



TESIS DE DOCTORADO

**TRANSTORNO DA
PERSONALIDADE BORDERLINE
COMORBIDADES E SUBTIPOS**

Amanda de Ervedosa Mendonça

ESCUELA DE DOCTORADO INTERNACIONAL DE LA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN Neurociencia y Psicología Clínica

SANTIAGO DE COMPOSTELA

2021



DECLARACIÓN DEL AUTOR DE LA TESIS

Transtorno da Prsonalidade Borderline: Comorbidades e Subtipos

D./Dña. Amanda de Ervedosa Mendonça

Presento mi tesis, siguiendo el procedimiento adecuado al Reglamento, y declaro que:

- 1) *La tesis abarca los resultados de la elaboración de mi trabajo.*
- 2) *En su caso, en la tesis se hace referencia a las colaboraciones que tuvo este trabajo.*
- 3) *La tesis es la versión definitiva presentada para su defensa y coincide con la versión enviada en formato electrónico.*
- 4) *Confirmando que la tesis no incurre en ningún tipo de plagio de otros autores ni de trabajos presentados por mí para la obtención de otros títulos.*

En Alto Paraíso de Goiás, 25 de Marzo de 2021.

Fdo.



D./Dña. **Estrella Romero Triñanes**

En condición de: **Tutor/a y director/a**

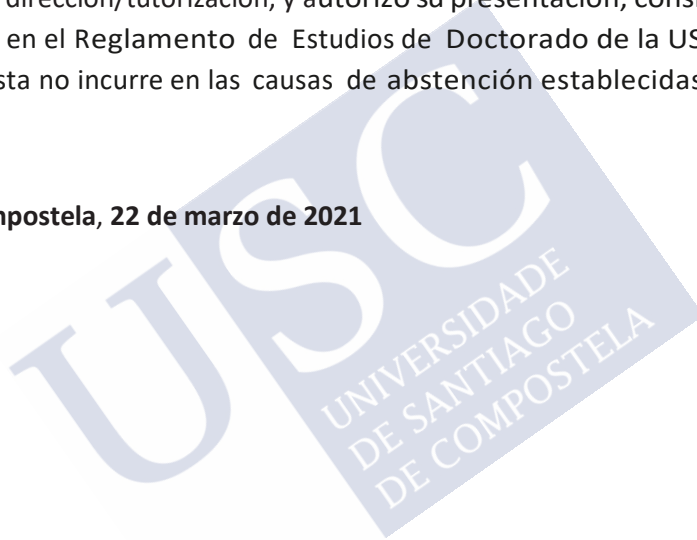
Título de la tesis: **Transtorno da Personalidade Borderline. Comorbidades e Subtipos.**

INFORMA:

Que la presente tesis, se corresponde con el trabajo realizado por D/Dña **Amanda de Ervedosa Mendonça**, bajo mi dirección/tutorización, y autorizo su presentación, considerando que reúne los requisitos exigidos en el Reglamento de Estudios de Doctorado de la USC, y que como director/tutor de esta no incurre en las causas de abstención establecidas en la Ley 40/2015.

En **Santiago de Compostela, 22 de marzo de 2021**

Firma electrónica





D./Dña. **Carmen Senra Rivera**

En condición de: **Director/a**

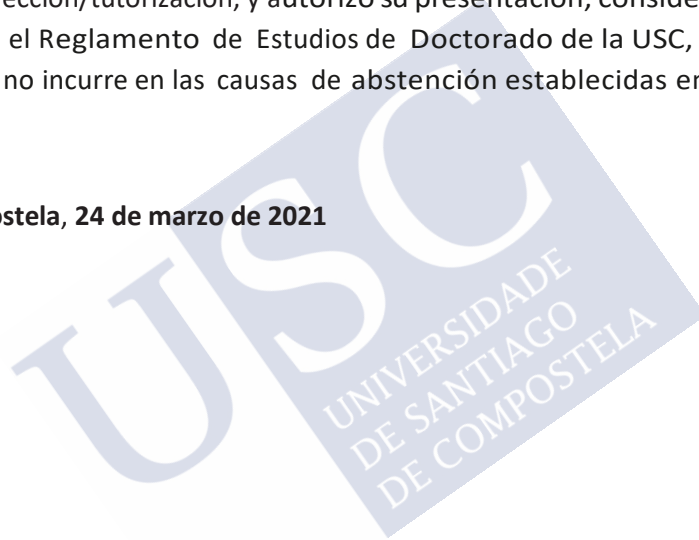
Título de la tesis: **Transtorno da Personalidade Borderline. Comorbidades e Subtipos.**

INFORMA:

Que la presente tesis, se corresponde con el trabajo realizado por D/Dña **Amanda de Ervedosa Mendonça**, bajo mi dirección/tutorización, y autorizo su presentación, considerando que reúne los requisitos exigidos en el Reglamento de Estudios de Doctorado de la USC, y que como director/tutor de esta no incurre en las causas de abstención establecidas en la Ley 40/2015.

En **Santiago de Compostela, 24 de marzo de 2021**

Firma electrónica





Conflicto de interés

A doutoranda Amanda de Ervedosa Mendonça declara não possuir nenhum conflito de interesse relacionado a esta tese de doutorado.



Fdo. Amanda de Ervedosa Mendonça

FUNDING

This research project was funded by the Executive Agency for Education, Audiovisual and Culture (EACEA) and by the European Commission, through the Erasmus Mundus External Cooperation Window, Lot 17 (1798 / 001-001-ECW). The previous predoctoral training was supported by the Spanish Agency for International Cooperation (AECID), through the MAEC Becas Program.

*Dedico a efetivação deste projeto a toda minha família
e especialmente aos meus pais,
que me deram a vida,
e que muito incentivaram a conclusão deste trabalho.
Quanto mais anos completo, quanto mais reconheço,
o quanto sou grata a vocês!*

AGRADECIMENTOS

Estaria iludido quem pensasse que um trabalho de tese dependeria praticamente de recursos financeiros e do esforço de um pesquisador. Por detrás da apresentação de um estudo como este, existe uma rede de apoio, fundamental para o desenlace do projeto. Agradeço a todas as pessoas que em algum momento, de alguma forma, contribuíram para a realização deste estudo. Tantas pessoas, direta e/ou indiretamente, estiveram envolvidas, que para que eu pudesse citar o nome de cada uma destas pessoas, a quem devo agradecimento, dependeria a inclusão de um novo capítulo nesta tese.

Primeiramente, agradeço a Deus. Cheguei a escutar, uma vez, que já era tempo de deixar que Cristo se aposentara. Perguntei-me, em contrapartida, como estariam as coisas por aqui sem que nunca estivesse vindo. Vejo um pouco de Deus em cada manifestação de altruísmo desinteressando, em cada familiar, amigo e profissional que generosamente compartilharam do seu tempo para que esta pesquisa fosse possível.

Este trabalho resulta do envolvimento e direção das professoras Carmen Senra e Estrella Romero, que aceitaram o desafio da orientação compartilhada e de participar na construção de um projeto sobre uma temática, em parte, pautada em base teórica ainda rudimentar ou desconexa, havendo pouca continuidade entre as pesquisas dedicadas a investigação dos subtipos do TPB. Também representando a captação empírica dos dados, outro obstáculo a ser vencido, tendo em vista as dificuldades de acesso a um maior número de pacientes com este transtorno. O compromisso tomado por ambas lhes exigiu maior abertura para driblar as diferenças culturais, do idioma e à distância, durante os períodos em que não pude residir em Santiago de Compostela. Por aceitarem este desafio, por darem-me oportunidade, pelo apoio, tempo dedicado e valiosa orientação, lhes agradeço.

A presente pesquisa também dependeu do envolvimento de profissionais vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Brasil (CONEP) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, que ao avaliarem o projeto autorizaram a participação dos colegas (psicólogos e psiquiatras) que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza (CAPS). Agradeço a boa vontade com que vários colegas vinculados a estes centros - mas também ao Espaço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e a diferentes clínicas particulares (como a Escola de Formação em Psicodrama Matriz Criativa e o Centro de Desenvolvimento Humano (CDH), entre outras) - dedicaram gratuitamente seu tempo para a cuidadosa descrição de pacientes diagnosticados com transtorno da personalidade borderline (TPB), através da solução dos questionários aplicados, possibilitando os dados empíricos manejados neste estudo.

Várias mãos, de diferentes formas, também estiveram colaborando com a concretização deste trabalho, seja através da revisão do conteúdo, facilitação de informações, contatos ou recursos. Tenho tudo isto gravado no coração da memória. Agradeço principalmente todo apoio e incentivos que recebi por parte dos meus familiares. Primeiramente, agradeço a meus pais, Ricardo César Ponte Mendonça e Gisneide Nunes Ervedosa, e avós, Paulo Maria Ervedosa e Gisleuda Nunes Ervedosa, que muito incentivaram o bom desenvolvimento desta pesquisa. Especialmente a minha mãe, dedico a conclusão deste trabalho.

Guardo muita gratidão aos meus avós guerreiros José Armando Mendes Mendonça e Mirta Maria Ponte Mendonça, por toda a amorosidade que compartilham e a todos os meus tios e primos, que também formam parte essencial da minha 'rede de apoio e afeto'. Não poderia deixar de mencionar Carmen Verônica Costa Mendonça, esposa do meu pai por mais de 30 anos, bem como a Sarah Daniele Costa Mendonça e Ricardo César Mendonça Júnior, a quem tenho o privilégio de ter como irmãos. Agradeço a melhor cunhada e única Patrícia Lopes e ao presente de Deus, o sobrinho Renan Lopes Mendonça. Agradeço, a Paulo Sérgio Nunes Ervedosa e

Ednyra Damasceno Ervedosa, que estiveram presentes nos momentos mais necessários e a Evelyne Nunes Ervedosa Bastos, que em cada atitude cotidiana escolhe por me abençoar.

Gratidão aos amigos de toda a vida, ao sempre atento João Tadeu de Andrade e família, e a todos os novos amigos internacionais que encontrei em Santiago de Compostela, alguns a quem entregaria o título de verdadeiros anjos da guarda: Vanessa Moreira, Paz González, Xoan Curiel, Mercedes Fernández, Fernando Jeremias! Muito Obrigada a Todos, Gratidão a Você!!!



Borderline Personality Disorder. Comorbidities and Subtypes

ABSTRACT

During the process of designing TPB, the term 'borderline' has been used to refer to a much broader and more diffuse range of symptoms, until it became possible to understand it as a personality disorder, with the current characteristics that define it. It is a disorder that requires attention, preserving the indicators considered impact and severity, commonly associated with self-mutilation and suicidal behavior. However, despite advances in the understanding of BPD, doubts remain about this construct, mainly predisposed to comorbidities, and difficulties in its diagnostic recognition. To continue clarifying BPD, the present study was dedicated to the analysis of subtypes, possible more homogeneous expressions of the disorder, according to the patterns of combination between its main symptoms and comorbidities. To this end, it counted on the collaboration of psychologists and psychiatrists who provided information on 79 patients with this problem. The questionnaires based on the Structured Clinical Interview for Axis I Disorders of DSM-IV and the List of Criteria for Personality Disorders facilitated data collection, corrected a different analysis process, including ACP and Cluster, to verify subtypes. The results allowed: (1) to describe relevant aspects, such as the main reasons that generated the demand for care or hospitalization, as well as to define the comorbidities found - the main ones being linked to mood disorders, anxiety and associated with substance use; (2) observing more homogeneous representations in the sample separated according to the sex of the patients, standing out in the female group, for example, instability in relationships and depressive symptoms, while in the male group the disorders associated with substance use and heteroaggressiveness were shown if more frequent; (3) recognize differences in the constancy of TPB characteristics according to age groups and which seem to be related to the development process; (4) to propose more homogeneous profiles of the disorder, according to the symptoms and comorbidities demonstrated. Thus, the results obtained facilitate the understanding of the heterogeneity of borderline personality disorder, which can be used in clinical practice and in directing new research in this area.

Keywords: borderline personality disorder, heterogeneous nature, symptoms and comorbidities, association standards, subtypes.

Trastorno de la Personalidad Límite. Comorbilidades y Subtipos

RESUMEN

Durante el proceso de conceptualización del TLP, el término ‘borderline’ fue utilizado para referirse a una gama más amplia y difusa de síntomas, hasta que se hizo posible su comprensión como trastorno de personalidad, con las características actuales que lo definen. Se trata de un desorden que demanda atención, conservando una incidencia importante e indicadores de gravedad, comúnmente asociados a comportamientos de autoagresión y suicidas. Sin embargo, a pesar de los avances en la comprensión del TLP, interrogantes sobre este constructo, especialmente predispuesto a comorbilidades, y dificultades para su reconocimiento diagnóstico todavía se mantienen. Con el objetivo de dar continuidad a la elucidación del TLP, el presente trabajo se dedicó a la exploración de subtipos, posibles expresiones más homogéneas del trastorno, según los patrones de combinación entre sus principales síntomas y comorbilidades. Para ello, se contó con la colaboración de psicólogos y psiquiatras que pusieron a disposición información relacionada a 79 pacientes que sufren de este trastorno. Cuestionarios basados en la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV y en la Lista de Criterios para los Trastornos de Personalidad facilitaron la recolección de los datos, posteriormente sometidos a diferentes análisis, entre ellos ACP y de Cluster, para la investigación de subtipos. Los resultados posibilitaron: (1) describir aspectos clínicos relevantes, como los principales motivos que generaron la demanda de asistencia u hospitalización, así como delimitar las comorbilidades – las principales, estando relacionadas a los trastornos del estado de ánimo, ansiedad y derivados del uso de sustancias; (2) observar representaciones más homogéneas en la muestra, separada en función del sexo, sobresaliendo en el grupo femenino, por ejemplo, la inestabilidad en las relaciones y los síntomas depresivos, mientras que en el grupo masculino, se destacaron los trastornos asociados al uso de sustancias y la heteroagresividad; (3) observar diferencias en la constancia de características del TLP conforme a los rangos de edad y que parecen relacionadas con el proceso de desarrollo; (4) sugerir perfiles más homogéneos del TLP, de acuerdo con los síntomas y comorbilidades demostrados. Así, los resultados ofrecen informaciones que favorecen a la comprensión de la heterogeneidad del TLP y que pueden ser de utilidad en la práctica clínica y para la orientación de nuevas investigaciones en este área.

Palabras clave: trastorno de la personalidad límite o borderline, naturaleza heterogénea, síntomas y comorbilidades, patrones de asociación, subtipos.

Transtorno da Personalidade Borderline. Comorbidades e Subtipos

RESUMO

O termo 'borderline', durante o processo de conceptualização do TPB, esteve sendo utilizado para referir-se a uma gama bastante mais ampla e difusa de sintomas, até tornar-se possível sua compreensão como transtorno da personalidade, com as características atuais que o definem. Trata-se de uma desordem que demanda atenção, conservando incidência importante e indicadores de gravidade, comumente associada a comportamentos de autoagressão e suicidas. No entanto, apesar dos avanços na compreensão do TPB, questionamentos acerca deste constructo, especialmente predisposto a comorbidades, e dificuldades para o seu reconhecimento diagnóstico se mantêm nos dias atuais. Visando dar continuidade ao processo de elucidação do TPB, o presente trabalho se dedicou à exploração de subtipos, possíveis expressões mais homogêneas do transtorno, segundo os padrões de combinação entre seus principais sintomas e comorbidades. Para tanto, contou-se com a colaboração de psicólogos e psiquiatras que disponibilizaram informações acerca de 79 pacientes que sofrem com este problema. Questionários baseados na Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV e na Lista de Critérios para os Transtornos de Personalidade facilitaram a coleta dos dados, posteriormente, submetidos a diferentes processos de análise, entre os quais de ACP e de Cluster, para a investigação de subtipos. Os resultados possibilitaram: (1) descrever aspectos clínicos relevantes, como os principais motivos que geraram a demanda de atendimento ou internação e delimitar as comorbidades – estando as principais ligadas às desordens de humor, ansiedade e derivadas do uso de substâncias; (2) observar representações mais homogêneas na amostra separada em função do sexo dos pacientes, sobressaindo-se no grupo feminino, por exemplo, a instabilidade nos relacionamentos e os sintomas depressivos, enquanto no masculino, as desordens associadas ao uso de substâncias e a heteroagressividade mostram-se mais frequentes; (3) constatar diferenças na constância de características do TPB segundo as faixas etárias e que parecem relacionadas ao processo de desenvolvimento; (4) sugerir perfis mais homogêneos do TPB, de acordo com os sintomas e comorbidades demonstrados. Deste modo, os resultados oferecem conteúdos que favorecem a compreensão da heterogeneidade do TPB e que podem servir de aproveitamento na prática clínica e na orientação de novas pesquisas nesta área.

Palavras Chave: transtorno da personalidade borderline, natureza heterogenia, sintomas e comorbidades, padrões de associação, subtipos.



ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	23
2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA	25
2.1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO – OS PRIMEIROS PASSOS	25
2.2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO NO SÉCULO XX	26
2.2.1. Entre a neurose e a psicose ou uma forma leve de esquizofrenia?	27
2.2.2. O uso de uma categoria pouco definida	28
2.2.3. Em busca de um conceito	29
2.2.4. Um transtorno da personalidade	30
2.2.4.1 Distúrbio borderline ou limítrofe da personalidade (DSM-III)	30
2.2.4.2. Transtorno da personalidade borderline (DSM-IV)	31
2.2.4.3. Transtorno da personalidade emocionalmente instável tipo borderline ou limítrofe (CID-10)	32
2.3. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO NO SÉCULO XXI	32
2.3.1. Reações ao DSM-IV e propostas de ajustes ao modelo diagnóstico para o TPB	32
2.3.2. DSM-5 e principais implicações para o TPB	33
2.3.3. TPB no modelo adicional	34
3. ASPECTOS CLÍNICOS RELEVANTES DO TPB	37
3.1. EPIDEMIOLOGIA E CURSO	37
3.2. RELAÇÕES DE COMORBIDADE DO TPB	39
3.3. A RESPEITO DO DIAGNÓSTICO	42
3.3.1. Erros diagnósticos comuns	42
4. ESTRUTURA FATORIAL E SUBTIPOS	45
4.1. ESTRUTURA FATORIAL DO TPB	45
4.2. SUBTIPOS DO TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE	49
4.2.1. Subtipos com base em pressupostos teóricos	49
4.2.2. Subtipos do TPB a partir da Exploração Empírica dos Sintomas	51
4.2.2.1. Com abordagem centrada nas variáveis	52
4.2.2.2. Com abordagem centrada nos sujeitos	53
4.2.3. Subtipos ligados ao funcionamento interpessoal e afetividade	58
4.2.4. Subtipos ligados a alguma comorbidade específica	59
4.2.5. Subtipos ligados à característica clínica específica	60

5. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	63
5.1. JUSTIFICATIVA E APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA	63
5.2. OBJETIVOS.....	65
5.2.1. Objetivo geral.....	65
5.2.2. Objetivos específicos.....	65
6. MÉTODO.....	67
6.1. INSTITUIÇÕES E AMOSTRA.....	67
6.1.1. Instituições	67
6.1.2. Considerações sobre a participação dos profissionais	67
6.1.3. Descrição da amostra.....	68
6.2. INSTRUMENTOS.....	69
6.2.1. Lista dos critérios para os transtornos de personalidade, Eixo II, DSM-IV ...	69
6.2.2. Entrevista clínica estruturada para os transtornos do Eixo I do DSM-IV.....	69
6.3. PROCEDIMENTOS DE SELEÇÃO	70
6.4. ANÁLISE	71
7. RESULTADOS.....	73
7.1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS PRELIMINARES	73
7.2. COMORBIDADES LIGADAS AOS EIXOS I E II DO DSM-IV.....	75
7.3. DETERMINAÇÃO DE PADRÕES ESPECÍFICOS DE COMORBIDADES.....	78
7.4. SUBTIPOS DE PACIENTES COM TPB	79
7.4.1. Verificação de subtipos utilizando-se da ACP.....	80
7.4.2. Verificação de subtipos através da análise de Cluster.....	82
7.5. RELAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS, VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E REGISTROS ASSISTENCIAIS	85
7.5.1. Perfis associados a faixa etária e sexo	85
7.5.2. Variáveis sociodemográficas e registros assistenciais entre os subtipos.....	86
8. DISCUSSÃO	87
8.1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS PRELIMINARES	87
8.2. COMORBIDADES LIGADAS AOS EIXOS I DO DSM-IV	89
8.3. RELAÇÕES DE COMORBIDADES COM OUTROS TPS.....	91
8.4. VERIFICAÇÃO DE SUBTIPOS DO TPB	92
8.4.1. Subtipos do TPB utilizando-se de ACP.....	92
8.4.2. Subtipos do TPB utilizando-se de Análises de Cluster	94
8.4.3. Interação entre as duas propostas de Subtipos (ACP e Cluster)	95
8.5. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ASSOCIADAS À IDADE E SEXO	96
8.6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	97

9. CONCLUSÕES E DIRETRIZES FUTURAS.....	99
9.1. CONCLUSÕES	99
9.2. DIRETRIZES FUTURAS.....	101
10. REFERÊNCIAS.....	103
11. RESUMO EN GALEGO	123
12. RESUMEN EN ESPAÑOL	139
13. ANEXOS	155
Anexo 1. Avaliação do projeto de pesquisa / Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza	
Anexo 2. Autorização para realização da pesquisa nos centros CAPs / Regional I de Fortaleza / Secretaria Municipal de Saúde	
Anexo 3. Autorização para realização da pesquisa nos centros CAPs / Regional II de Fortaleza / Secretaria Municipal de Saúde	
Anexo 4. Autorização para realização da pesquisa nos centros CAPs / Regional III de Fortaleza / Secretaria Municipal de Saúde	
Anexo 5. Autorização para realização da pesquisa nos centros CAPs / Regional V de Fortaleza / Secretaria Municipal de Saúde	
Anexo 6. Autorização para realização da pesquisa nos centros CAPs / Regional VI de Fortaleza / Secretaria Municipal de Saúde	
Anexo 7. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa Brasileiro	
Anexo 8. Questionário 1 (Avaliação dos TPs)	
Anexo 9. Questionário 2 (Retirado da Entrevista SCID-II)	
Anexo 10. Questionário 2 (2ª. Parte) Anexo 11. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos profissionais	

1. INTRODUÇÃO

A compreensão acerca do transtorno borderline, ainda no século XIX, aparece entre interpretações variadas e imprecisas, como distúrbios aproximados à esquizofrenia ou situados entre o limite da neurose e psicose, até alcançar a sua forma expressa no DSM-III, em 1980, como Transtorno da personalidade borderline (TPB). A partir de então, o TPB apresenta características definidas, deixa de estar associado à esquizofrenia (como expresso na CID 9, 1975), passando a ser reconhecido como um transtorno da personalidade, pela Associação Norte-Americana de Psiquiatria (APA), como expresso no DSM-III, em 1980. Desde então, conservando sua estrutura nosológica, embora recebendo ajustes em sua definição (Fernández, 2007; Paredes, 2015).

Mas, apesar dos avanços demonstrados no conhecimento sobre o TPB, prevalecem controvérsias acerca da sua taxonomia, bem como sobre o que representa, além de dificuldades para o seu reconhecimento diagnóstico (Mullins-Sweatt et al., 2012). Aparentemente, estes aspectos caminham juntos, colaborando com os mesmos a complexidade do transtorno, muitas vezes acompanhado por várias comorbidades, abrangendo grande diversidade de sintomas que se podem associar a seus critérios de identificação (Chanen, et al., 2017; Ferrer et al., 2010).

Além disso, trata-se de uma desordem com índice importante. Apesar das discrepâncias percebidas entre os indicadores epidemiológicos (Ellison, et al., 2018; Guilé, et al., 2018; Skodol et al. 2002), consensualmente, o TPB apresenta-se entre os mais prevalentes nos contextos clínicos. Ademais, se observam diferenças acentuadas entre os índices encontrados nos contextos clínicos e populacionais, sugerindo que grande número de casos não chega a receber diagnóstico (Gunderson, 2009).

Outro ponto de concordância, que destaca a importância de dar-se continuidade ao estudo do TPB, refere-se ao enorme sofrimento pessoal percebido, a cronicidade e a refratariedade dos tratamentos e os altos custos socio-sanitários que implica. Compreendendo-se que um melhor entendimento acerca da expressão heterogênea do TPB poderá favorecer ao aprimoramento da atenção em saúde direcionada a estes casos, o presente trabalho somou esforços na tentativa de aprofundar o conhecimento sobre esta relevante condição associada à natureza do transtorno da personalidade borderline.

Para tanto, o presente estudo partiu de uma fundamentação teórica, que apresenta um apanhado geral dos principais elementos que cooperam para a interpretação e contextualização do TPB. Aborda-se o processo de reconhecimento e definição do TPB ao longo da história. Em seguida, contextualiza-se o TPB através da exposição de importantes conteúdos ligados ao mesmo: sobre os elementos contidos no modelo diagnóstico mais recente e alternativo do DSM-5, que podem influenciar em ajustes no próprio significado do transtorno; aspectos como incidência, curso e fatores de risco; problemas diagnósticos comuns e relações de comorbidade. Finalmente, dispõem-se informações intimamente ligadas a heterogeneidade do TPB, por meio da apreciação de estudos que provaram a estrutura do transtorno, pautada em seus critérios de identificação, e que investigaram possíveis subagrupações significativas.

Em seguida, através do estudo empírico, verificou-se como os transtornos de personalidade, bem como a totalidade de desordens discriminadas por meio da SCID-I (Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo I do DSM-IV, First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1996) se distribuíram entre pacientes com o TPB. Logo, além de constatar as principais relações de comorbidade demonstradas pela amostra, também se

explorou, empregando-se diferentes tipos de análises, a constância de subagrupações mais homogêneas entre os sujeitos.

Portanto, subsequente a fundamentação teórica compartilhada, estão expressos no corpo do presente trabalho, os diferentes aspectos que direcionaram o estudo empírico, além do detalhamento da problemática, justificativa e objetivos, outros que fazem parte do método empregado (instituições e amostra, instrumentos para recolhida dos dados, procedimentos de seleção e processamento dos dados, entre outros). Em seguida, apresentam-se os resultados das análises empregadas, posteriormente relacionados e contrastados com as contribuições teóricas existentes e as principais conclusões extraídas.

2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Apesar do transtorno da personalidade borderline, em sua concepção atual, tratar-se de uma desordem relativamente jovem, resulta de esforços de interpretação clínica iniciados ainda no século XVIII para designar quadros com características, pelo menos em parte, afins ao transtorno.

Em continuidade, a compreensão acerca do TPB parece flutuar por várias definições, como tipos aproximados à esquizofrenia ou situados no limite, entre neurose e psicose, até alcançar a sua forma expressa no DSM-III (1980). A partir de então, deixa de ser entendido de forma vaga e aproximada à esquizofrenia (como expresso na CID-9, 1975), e com características bem definidas ganha propriedade nosológica, passando a ser considerado como um transtorno da personalidade.

Mas, apesar dos avanços que seguiram dando continuidade à compreensão do TPB, as dificuldades diagnósticas e controvérsias relativas ao seu significado se preservam. Adversidades, possivelmente decorrentes da sua própria natureza, que demonstra alto índice de comorbidades e abrange uma vasta combinação de sintomas associados a seus critérios diagnósticos (Mullins-Sweatt et al., 2012, Nesci, 2009).

Nas últimas décadas, vários estudos procuraram atender a demanda que subsiste de aprofundar o conhecimento sobre o TPB, bem como de aperfeiçoamento nosológico, de medidas e instrumentos que facilitem o diagnóstico adequado. Diferentes críticas e sugestões estiveram direcionadas à descrição e forma de classificação do TPB no DSM-IV, até a última versão deste Manual (DSM-5, APA, 2013), que optou por preservar os critérios de referência anteriores para o transtorno, mas também inclui na Seção III um modelo diagnóstico adicional para as desordens de personalidade.

2.1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO – OS PRIMEIROS PASSOS

A necessidade de se criarem categorias diagnósticas para distúrbios mentais graves, “próximos da alienação mental, mas sem sintomas declarados de ‘loucura’ não é nova na tradição psicopatológica” (Dalgalarrodo & Vilela, 1999, p.53-54) e, nesse sentido, entidades formadas ainda no século XIX, poderiam ser precursoras do conceito TPB.

Segundo os referidos autores, a estruturação inicial do significado do TPB parte do reconhecimento de pacientes que tendiam a regressar ao limite da esquizofrenia (estados mentais situacionais desestruturados). E, para fazer referência a quadros como estes se criaram distintos termos, tais como *delírios curáveis*, designado por Magnan ainda em 1893 (Lasa, 2003).

Clarkin e Marziali (1992), por sua vez, indicam a Bonet (1684) como o primeiro teórico a pronunciar a noção de covariação entre os estados de animo impulsivo e erráticos em única síndrome denominada *folie maniaco-mélancolique*. Posteriormente, Schacht e Herschel reforçam as observações de Bonet, mas acrescentam as características desta síndrome uma regularidade rítmica entre ‘altos e baixos’, cuja descrição mais se assemelha ao que hoje entendemos como transtorno ciclotímico. Mas, também reconheceram que alguns sujeitos demonstravam estados de alteração de animo não previsíveis ou erráticos, sem os padrões de periodicidade comuns a síndrome mencionada.

De modo semelhante, em 1854, Baillarger e Falret encontraram, entre pacientes com tentativas de suicídio, um grupo pequeno que não se encaixava nos padrões ordinários maníaco-

depressivos. Este grupo talvez pudesse representar quadros afins ao entendido atualmente como TPB, mas na realidade ainda carecia da discriminação de suas características.

Embora que os esforços por descrever quadros com semelhanças ao TPB sejam mais evidentes na segunda metade do século XIX, Berrios (1993) já considera '*manie sans delire, moral insanity e monomanias*', mencionadas por Pinel (1801), Prichard (1835) e Esquirol (1838), como conceitos prévios associados ao transtorno. Isto, porque se referem, em comum, a casos clínicos que apresentam uma violência insana afetivamente devastadora, com prejuízo do autocontrole, apesar de preservadas as capacidades intelectuais. Aspectos, que podem ser vivenciados por sujeitos com TPB com propensão à ira e que também possuem afinidade com a *heboïdofrenia*. Desordem, distinta por Kahlbaum (1890) entre adolescentes e, posteriormente, indicada como protoconceito do transtorno em estudo (Fernández, 2007; Paredes, 2015).

Na heboïdofrenia as alterações de personalidade prejudicam principalmente a capacidade de socialização, em decorrência de fatores tais como: as perturbações "na esfera instintiva", rápidas oscilações de um estado melancólico para expansivo e facilidade para atingir a ira, distúrbios da compreensão das regras morais e dos hábitos culturais, em casos extremos, tendência ou comportamentos delinquentes. As habilidades de pensamento e raciocínio se mantêm, sem o deterioro progressivo comum aos quadros esquizofrênicos, demonstrando condições para discutir acerca de temas variados com facilidade. Deste modo, muitas vezes passando aos olhos menos atentos apenas como jovens mal-educados, com intensa oscilação do humor e do comportamento. Mas, apesar disso, o autor considera que os hebóides de fato possuem dificuldades para apreender a realidade de forma precisa.

Portanto, apesar de que o TPB possa ser considerado como um transtorno relativamente jovem – uma vez tornando-se mais popularmente conhecido como transtorno da personalidade depois da publicação do DSM-III (1980) – advém de esforços de interpretação clínica muito anteriores. Ainda nesta época, já se utilizava o termo *borderland*, designado por Hughes (1884), para referir-se a sujeitos que pareciam estar toda a vida de um lado para o outro da linha da sanidade. Expressão, que pode haver influenciado a nomenclatura utilizada para referir-se ao TPB na atualidade (Ballone, 2005; González et al., 2006).

Como no exposto, antes do século XX, pôde-se observar a menção de casos com sintomas psicóticos transitórios (Magnan, 1893), que não se encaixavam nos padrões ordinários de psicose ou de neurose e mantinham as capacidades intelectuais (apesar de que Kahlbaum, 1890, aponte para um grupo com certa dificuldade de precisão da realidade). Também, de pacientes que não correspondiam aos padrões maníaco-depressivos mais comumente esperados entre aqueles com tentativa de suicídio (Baillarger & Falret, 1854). Além disso, se distinguiu os que evidenciavam labilidade do humor, dificuldade de controle das emoções, propensão à ira e a impulsividade (Kahlbaum, 1890), sem contar com a similaridade do termo introduzido por Hughes (1884). Em vista do exposto, com o conhecimento que temos hoje, podemos reconhecer rudimentos do conceito TPB em meio às contribuições supracitadas (Fernández, 2007; Lasa, 2003).

2.2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO NO SÉCULO XX

Após as primeiras revelações de categorias de pacientes, que não correspondiam aos padrões clássicos de psicose (estados mentais desestruturados) ou de neurose, durante o início do século XX, vários autores sugerem diferentes denominações para referir-se a transtornos mentais até então desconhecidos e que aparentavam uma forma leve de esquizofrenia ou uma tipologia específica, situada no limite, entre a neurose e a psicose. Algumas dessas referências serão vistas em continuidade.

Vale ressaltar que até a década de 30 predomina a compreensão dos transtornos mentais admitidos por meio dos fundamentos biológicos e genéticos. A partir de então, a psicanálise torna-se ferramenta principal para a interpretação destes tipos de transtornos, enfocados através

dos seus padrões psicodinâmicos e mecanismos de defesa. A partir de 60, a força da fenomenologia começa a despontar, junto a uma abordagem mais descritiva dos transtornos mentais, que ganha maior influência a partir dos anos 80. Tais influências, segundo o peso que exercem ao longo do tempo, evidenciam-se nos construtos que se podem associar ao transtorno da personalidade borderline, mostrados ao longo deste século (Fernández, 2007).

2.2.1. Entre a neurose e a psicose ou uma forma leve de esquizofrenia?

No princípio do XX, denotando o esforço por ‘decodificar’ determinados quadros clínicos ainda carentes de conceito, diferentes autores mencionam categorias consideradas aproximadas à esquizofrenia, algumas aportando semelhanças entre si, enquanto outras aparentavam maior independência. Neste mesmo esforço, também se mencionaram categorias consideradas ‘intermediárias’ (entre a neurose e a psicose). Em meio a este processo, algumas contribuições sugerem semelhanças com o transtorno estudado.

Neste contexto, Stern (1936) emprega o termo ‘borderline’ para pacientes que mantinham sensações difusas de insegurança, hiperestesia afetiva e baixa autoestima – aspectos que considera decorrentes de uma carência narcisista fundamental. Dois anos depois, também se refere à tendência destes casos a despertar fortes reações de contratransferência em seus terapeutas e a regredir intensamente na falta de uma estrutura ambiental mais organizada (situação que paradoxalmente buscam evitar). Stern, portanto, além de empregar a palavra ‘borderline’, para referir-se a determinado grupo de pacientes, discrimina as características deste grupo através de um viés de interpretação psicodinâmico, que predomina a partir desta época (González et al., 2006; Gunderson, 2009).

Entre as numerosas referências realizadas nesta época à quadros aproximados à esquizofrenia, Zilboorg (1941), por exemplo refere como *esquizofrenia ambulatorial*, formas quase não identificáveis de esquizofrenia, mais encontradas nos hospitais gerais e ambulatórios do que nos hospitais psiquiátricos. Anteriormente, também Bleuler (1911) e Rorschach (1911) afirmaram a presença de um modo de *esquizofrenia latente*, com características comuns a heboidofrenia descrita por Kahlbaum (Ballone, 2005).

Deutsch (1942) e Schimideberg (1947) se apoiam na psicanálise para a interpretação de quadros considerados em “estados intermediários” (Lasa, 2003; Paredes, 2015). A primeira menciona “personalidade como se” para pessoas que costumam manter uma tênue adequação nos relacionamentos sociais do dia a dia, no entanto, grave distúrbio nos mais significativos. Estas pessoas demonstravam falta de autenticidade em suas relações, devido a sérias distorções na interiorização das suas relações precoces de objeto. Atribuições, que recordam a fragilidade na identidade e as dificuldades interpessoais comuns entre os sujeitos com TPB, segundo compreensão mais recente do transtorno (Naffah, 2007; Vizgaitis e Lenzenweger, 2019).

Por sua vez, Schimideberg (1947) refere-se a pacientes intermediários, semelhantes aos mencionados antes por Claudel (1939), que conservavam como principais características a instabilidade, a falta de sentimentos normais e o profundo transtorno da personalidade. Conteúdos, que também expressam ‘afastamento da esquizofrenia’ e sugerem alguma aproximação com o transtorno da personalidade borderline. Portanto, como resultados de esforços por discernir casos clínicos que não se encaixavam no sistema de classificação da época, durante a primeira metade do século XX, diversos autores mencionam distúrbios psicopatológicos que se diferenciam da esquizofrenia e da neurose clássicas.

Entre as diferentes contribuições, Hoch e Polatin (1949) definem outra, que já poderia ter algum aspecto semelhante ao TPB: a *esquizofrenia pseudoneurótica*, uma combinação de pan-neurose, pan-ansiedade, transtornos na esfera sexual e sintomas brandos esquizofrênicos. No entanto, interpreta esta desordem como um tipo de esquizofrenia, com aparência neurótica (Dalgalarondo & Vilela, 1999; Paredes, 2015).

Na opinião de Fernandez (2007), o reconhecimento dos pacientes borderline se produz num período em que a psiquiatria esteve fortemente influenciada pela psicanálise e ainda mantinha um primitivo sistema de classificação das psicopatologias. Sistema, que chegou a possibilitar a seguinte divisão: por um lado, os neuróticos, analisáveis e tratáveis; por outro, os psicóticos, não analisáveis, incuráveis. Diante desta realidade, alguns sujeitos que aparentemente pertenciam ao primeiro grupo desvelavam-se mais severos do que o esperado, surpreendendo os analistas por demonstrarem maiores dificuldades durante o processo terapêutico (Paredes, 2015).

Além das referências supracitadas, criaram-se várias outras terminologias, entre as quais poderíamos citar: esquizoidia, esquizosis, esquizofrenia marginal, pré-esquizofrenia, caráter esquizofrênico, esquizofrenia abortiva, esquizofrenia pseudopsicopática, caráter psicótico, esquizofrenia subclínica, esquizofrenia oculta. Berger et al. (2000) chega a contabilizar quarenta termos para referir-se a quadros considerados intermediários (entre a neurose e a psicose), enquanto outros autores interpretaram desordens entendidas como aproximadas à esquizofrenia. Estas contribuições podem estar relacionadas aos esforços de reconhecimento do TPB, reconhecendo-se características afins ao transtorno entre representações associadas a ambos os grupos, sejam de tipologias consideradas intermediárias ou vinculadas à esquizofrenia.

2.2.2. O uso de uma categoria pouco definida

Assim como na primeira metade do século XX, nos anos seguintes, diferentes autores continuam referindo-se a tipos psicopatológicos que não correspondem à neurose ou esquizofrenia clássicas.

Mas, em meio a este processo de reconhecimento de novas entidades psicopatológicas, a partir dos anos 50, a síndrome borderline acaba se tornando uma categoria diagnóstica mais utilizada. Para Armony (2004a), a partir desta época, que o conceito borderline começa a constituir-se como entidade de direito próprio, com dinâmica específica que tanto se difere da psicótica quanto da neurótica, deixando de ser visto como mistura.

Neste período, Knight (1953) destaca-se entre os teóricos que mais contribuíram para a disseminação do termo borderline, utilizando-o para referir-se a pacientes, geralmente encontrados no contexto da internação psiquiátrica, que não poderiam classificar-se como psicóticos, nem como neuróticos. Segundo o autor, os *estados borderline* mantêm alterações das funções normais do Ego caracterizadas pela debilidade severa dos processos secundários do pensamento, de integração, da capacidade de realizar projetos realistas, da adaptação ao entorno, da manutenção das relações objetais e das defesas contra impulsos primitivos inconscientes (Bilbao, 2009; Paredes, 2015).

Por sua vez, Schmideberg (1959), citado por Gunderson (2009), define os pacientes borderline de outra maneira, considerando-os no limite da neurose e da psicose, mas também da psicopatia. Esta impressão parece compatível com o modo de funcionamento 'associal' descrito por Reich (1925) ou até mesmo com a predisposição a atitudes delinquentes observadas por Kahlbaum (1890) entre os heboídes. Schmideberg também sinaliza como aspecto comum entre tais pacientes um padrão de 'estável instabilidade', delimitando outros elementos como fazendo parte da síndrome, tais como: a deficiência para modelar emoções, tolerar frustração, sentimentos de ansiedade e depressão, transtorno da capacidade de fazer julgamentos razoáveis, comportamentos excessivos e tendências à ação como forma de lutar contra um vazio interior (Gunderson, 2009; Lasa, 2003). Denotando, portanto, descrever um constructo com algumas características intimamente ligadas à concepção atual do transtorno.

No entanto, apesar das relevantes contribuições supracitadas e do uso do termo borderline para referir-se a uma síndrome entre os limites do que já era conhecido, dúvidas com respeito ao seu próprio significado também fazem parte desta época, tais como: o 'borderline' seria um

tipo de paciente ou estado transitório? Uma organização da personalidade ou forma grave de neurose? Um tipo atenuado de psicose ou uma entidade nosológica de direito? Ou seria apenas uma rubrica de clínicos ou psicanalistas para os quadros não confortavelmente enquadrados nas categorias diagnósticas clássicas?

Referidos questionamentos indicam a carência de um conhecimento aprofundado relativo à síndrome borderline, consenso no seu entendimento e maturidade conceitual. Mas, também o próprio ‘movimento’ direcionado a atender a estes aspectos. No entanto, mesmo com a popularização deste termo que se realiza a partir dos anos 50, durante esta época e ainda por mais 20 anos, a ‘síndrome borderline’ mais aparece como uma expressão coloquial empregada entre os psicanalistas.

2.2.3. Em busca de um conceito

Gunderson (2009), quando se refere à ontogênese do transtorno da personalidade borderline, intitula a década de 70 como “An Adjective in Search of a Noun” (p.531), para representar uma época marcada pelos esforços por descrever o significado do quadro borderline. No entanto, ainda nos anos 60, alguns estudiosos já apresentam relevantes descrições deste transtorno (Ballone, 2005; Eppel, 2005).

Importante salientar que até o expresso no DSM-II (1968) e na CID-9 (1975) o transtorno borderline esteve situado junto às psicoses, associado à esquizofrenia, praticamente sinônimo da esquizofrenia latente. A própria definição deste manual reconhece o caráter precário da categoria, que sugere o acolhimento de formas de esquizofrenia mal definidas e obscuras.

Por outro lado, neste período já se observam significativas contribuições ao processo de elucidação do transtorno. Kernberg (1967), por exemplo, especifica as particularidades da estrutura psíquica borderline, caracterizada por uma acentuada debilidade do Ego e predomínio de mecanismos de defesa mais primitivos, como o da excisão. O autor explica que o predomínio deste tipo de mecanismo leva a posicionamentos extremos e a tendência a interpretar as coisas como inteiramente boas ou más. Além disso, a falta de tolerância à ansiedade e de controle dos impulsos representam aspectos marcantes entre os sujeitos com estrutura borderline (Cortés, 2000; González et al., 2006; Paredes, 2015).

Vários autores também destacaram as contribuições de Grinker que nesta época já empregou de um viés fenomenológico para a interpretação do transtorno borderline (Armony, 2004a; Ballone, 2005; Eppel, 2005). E, entre as suas contribuições, Grinker, Werble e Drye (1968), por meio de um estudo de análise multifatorial, acabaram registrando quatro tipos de pacientes considerados borderline: *fronteiriço psicótico*, *fronteiriço nuclear*, *fronteiriço de tipo como se* e *fronteiriço neurótico*.

O tipo *fronteiriço psicótico* caracterizou-se pela presença de conduta inadequada, não-adaptativa, problemas com teste de realidade e o sentido de identidade; além da conduta negativa e de raiva abertamente expressa. O tipo *fronteiriço nuclear*, por sua vez, pelo afeto negativo generalizado, envolvimento vacilante com os outros, atuação da raiva e identidade inconsistente. O *fronteiriço como se* pela tendência a copiar a identidade dos outros; destituição do afeto e conduta mais adaptativa. Também, pela presença de relacionamentos sem autenticidade e espontaneidade. Enquanto o *fronteiriço neurótico* demonstrou depressão anaclítica e ansiedade, dentre outras características neuróticas e narcisistas (Armony, 2004b).

Mas, em seguida, o autor também definiu aspectos comuns aos diferentes tipos borderline, que seriam: raiva como afeto principal, defeitos nos relacionamentos interpessoais, ausência de identidade consistente, uma forma difusa de depressão e de estável instabilidade ao longo da doença, sem progressão para uma esquizofrenia franca. Aspectos, que transparecem afinidades ao conceito TPB compreendidos na atualidade e a alguns dos seus critérios expressos no DSM-5.

Finalmente, outra contribuição muito importante trata-se dos resultados apresentados por Spitzer et al. (1979), como resposta a uma pesquisa encomendada por APA, com a finalidade de desenvolver critérios válidos para uma ou mais das condições borderline citadas com maior frequência na literatura. Estes autores reconheceram que o conceito borderline vinha sendo empregado para referir-se a dois grupos de pacientes distintos e relativamente independentes entre si (Fernández, 2007).

No primeiro grupo, confirmou-se a presença de distúrbio de identidade, relações interpessoais instáveis e intensas, atitudes impulsivas e imprevisíveis, raiva inapropriada com perda de controle, condutas autodestrutivas, baixo desempenho escolar ou profissional para o nível de inteligência, instabilidade afetiva marcante, além de sentimentos crônicos de vazio e intolerância a estar só. Características com semelhanças aos perfis expostos por Gunderson (1975) e Kernberg (1967). No segundo grupo, mais parecido à esquizofrenia, observou-se comunicação bizarra, ideias de referência, ideação paranoide, sensação de presença de força ou pessoa estranha, pensamento mágico, raptot inadequado com certa inadequação afetiva, hipersensibilidade à crítica e isolamento social.

Spitzer et al. (1979) acabaram concluindo que o anteriormente mencionado como ‘esquizofrenia latente ou borderline’, deveria ser rubricado como transtorno esquizotípico de personalidade, enquanto os chamados como ‘pacientes borderline’, classificados como transtorno da personalidade tipo borderline. Os resultados deste estudo acabaram influenciando a terceira versão do DSM, que passou a oferecer uma nova classificação para os quadros borderline (Dalgalarondo & Vilela, 1999).

Com base no exposto, evidencia-se, portanto, os esforços presentes nos anos 60 e 70 para conceituar uma categoria já utilizada entre médicos e psicanalistas. Durante esta última década, faz parte também o retorno significativo do viés descritivo de interpretação dos transtornos mentais, movimento que contribuiu para a clarificação da sintomatologia borderline (Gunderson, 2009). Em destaque, a colaboração de Spitzer et al. (1979) supera a condição deste transtorno, que segundo Fernández (2007), até então representava “uma espécie de ente sem forma definida” (p. 173).

2.2.4. Um transtorno da personalidade

No que diz respeito à evolução do conceito e significado do transtorno borderline ao longo da história, a década de 80 demonstra especial relevância, pois com a publicação do DSM-III (APA, 1980), o transtorno adquire forma precisa e se torna uma desordem da personalidade. A seguir, também será evidenciada a evolução do constructo na versão posterior deste Manual, bem como na CID-10 (OMS, 1992), importantes referências que serviram para a expressão da identidade do transtorno, durante as duas últimas décadas do século XX.

2.2.4.1 Distúrbio borderline ou limítrofe da personalidade (DSM-III)

O advento do DSM-III aporta um avanço significativo relacionado a área de pesquisa psicobiológica e epidemiológica, quando comparado ao DSM-II ou a CID-9. Mas, apesar de acrescentar mais precisão e clareza na comunicação científica relacionada aos transtornos mentais, vários estudiosos também mencionaram as limitações deste Manual, bem como das suas versões posteriores. Westen e Shedler (2000), por exemplo, referem que o modo de categorização em transtornos independentes não corresponde à realidade empírica e que os critérios estabelecidos para a identificação das patologias, por serem discriminados para maximizar a consistência interna dos conjuntos de critérios e minimizar a comorbidade entre os transtornos da personalidade, acabam se distanciando da observação clínica.

De todo modo, apesar das limitações e distintas opiniões acerca do DSM-III, sua publicação ocasiona uma mudança radical na situação nosológica do transtorno borderline.

Aproveitando os resultados de Spitzer et al. (1979), que concluíram que o conceito *borderline* na realidade estava sendo utilizado para mencionar dois grupos distintos de pacientes, APA (1980) acabou incorporando ao Manual os transtornos designados: *distúrbio Esquizotípico da personalidade* e o *distúrbio borderline ou limítrofe da personalidade*. O transtorno *borderline* passa a ser compreendido como uma desordem da personalidade e definido como “(...) um padrão de instabilidade do humor, relacionamentos interpessoais, e autoimagem começando no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos (...)” (APA, 1980; p. 366). Esta definição juntamente com os oito critérios estabelecidos para facilitar o diagnóstico do *distúrbio borderline* evidenciam seu amadurecimento conceitual.

Nesta edição do DSM, três dos critérios estabelecidos para o transtorno fazem referência a sintomas afetivos (instabilidade afetiva, raiva inadequada e intensa ou com falta de controle e sentimentos crônicos de vazio ou tédio). Outros três critérios evidenciam características comuns aos modos de relação interpessoal e de apresentação da identidade (padrão de relações interpessoais instáveis e intensas, caracterizado pela alternância entre extremos de superidealização e desvalorização, esforços frenéticos para evitar abandono real e imaginado e perturbação da identidade acentuada e persistente). Enquanto dois enfocaram o aspecto impulsivo comum entre os sujeitos com o *distúrbio borderline* (impulsividade em pelo menos duas das áreas potencialmente auto lesivas e ameaças, gestos ou comportamento suicida ou automutilante recorrente).

A apresentação do *distúrbio da personalidade borderline* posta no DSM-III delimita de modo preciso esta entidade clínica, superando sua forma vaga ainda preservada na CID.9 – que ainda conservava a classificação ‘*esquizofrenia borderline*’ para as variedades de esquizofrenias mal definidas - tornando-se oficialmente reconhecida e cada vez mais popular entre clínicos e investigadores (Armony, 2004a).

2.2.4.2. Transtorno da personalidade *borderline* (DSM-IV)

Junto à “oficialização” do *distúrbio de personalidade borderline*, preservaram-se durante este período questionamentos acerca da própria identidade deste transtorno, que demonstra um caráter clínico bastante heterogêneo e elevada comorbidade, com os transtornos do Eixo I e II (Ramos et al., 2002).

A década de 90 seguiu buscando amadurecer o conhecimento sobre o que o transtorno representa, fazendo-se presentes vários estudos a fim de aprofundar a compreensão das suas características (Fernández, 2007). E, neste contexto publicaram-se o DSM-IV e CID-10, servindo para a orientação diagnóstica para o transtorno.

Relativo às diferenças entre o DSM-IV (1994) e a sua versão anterior destaca-se a adição de um novo critério diagnóstico, que se refere à propensão de parte dos pacientes *borderline* a apresentar episódios psicóticos breves em situação de estresse e a cair em estados regressivos, quando se separaram das principais figuras de apego. Item que facilita a discriminação deste transtorno, entre os demais da personalidade, segundo Fernández (2007).

Outras modificações seriam: a inclusão do termo *acentuada impulsividade* na definição do transtorno, ressaltando a intensidade desta característica, e a substituição do termo *depressão*, por *episódios de disforia*, no critério que refere a instabilidade afetiva. Além disso, o acréscimo do termo *reatividade* para descrever o estado de ânimo, sinaliza que as flutuações afetivas geralmente aparecem como resposta ao meio, muitas vezes estando vinculadas aos conflitos interpessoais.

Mais adiante, a versão revisada do Manual, o DSM-IV-R (2000), não aporta mudanças à compreensão da desordem, mas mantém a sua definição e critérios, com apenas mínimos ajustes na redação.

2.2.4.3. Transtorno da personalidade emocionalmente instável tipo borderline ou limítrofe (CID-10)

Outra importante referência do transtorno borderline foi posta, ainda em 1992, na décima classificação dos transtornos mentais da OMS, a CID-10 (1992). Mas nesta classificação o transtorno da personalidade borderline ou limítrofe apresenta-se junto ao de personalidade emocionalmente instável.

O *transtorno da personalidade emocionalmente instável* se refere a um tipo de personalidade marcada pela tendência a agir impulsivamente sem consideração das consequências, em que acompanha a instabilidade afetiva. Este transtorno pode apresentar duas variantes: o *tipo impulsivo* e o *tipo borderline ou limítrofe*. A primeira variante, também conhecida como transtorno explosivo e agressivo da personalidade, tem como características predominantes a instabilidade emocional e a falta de controle dos impulsos. Enquanto a segunda, o tipo borderline ou limítrofe, soma as características de instabilidade emocional, a falta de clareza ou perturbações da autoimagem, dos objetivos e preferências internas, incluindo a sexual. Há uma propensão a manter formas de relacionamentos intensos e instáveis. Também sendo comuns sentimentos crônicos de vazio, esforços excessivos na busca de evitar ser abandonado e ameaças de suicídio ou atitudes de autolesão (OMS, 1992).

Deste modo, CID-10 e DSM-IV acabam por, de forma ampla, demonstrar compatibilidade no entendimento da desordem borderline, em formatos diferentes descrevem aspectos afins para o mesmo. Destacando-se entre as diferenças a ausência na CID-10 das características relativas ao nono critério expresso no DSM-IV para o diagnóstico do TPB, que se refere aos sintomas dissociativos ou ideação paranoide transitória e associada ao estresse. Ambas as ferramentas que, além de importantes referências de representação do transtorno da personalidade borderline, espelharam os esforços para o amadurecimento da compreensão deste transtorno durante as décadas que sucedem aos anos 80 (Fernández, 2007).

2.3. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO NO SÉCULO XXI

Apesar dos significativos avanços na compreensão do TPB, diferentes pesquisas seguiram buscando aprofundar a compreensão sobre a sua natureza (Conklin & Westen, 2005; Ramos et al., 2002; Skodol et al., 2002; Skodol et al., 2005), preservando-se os questionamentos relacionados ao seu conceito (Gunderson, 2010; New, et al., 2008). Críticas ao modelo diagnóstico expresso no DSM-IV ou revisão, bem como sugestões para novos sistemas diagnósticos também estiveram presentes, denotando diferentes pontos de vista clínico acerca da desordem estudada.

2.3.1. Reações ao DSM-IV e propostas de ajustes ao modelo diagnóstico para o TPB

Após a consolidação como entidade, alcançada a partir dos anos 80, os esforços para melhor entender o que representa, bem como de aperfeiçoamento do constructo TPB fizeram-se presentes até os dias atuais. Diferentes pontos de vista clínico acerca do TPB ou dos TPs em geral podem ser percebidos em meio a estas colaborações.

Os resultados de diferentes pesquisas confirmam a consistência interna dos critérios estabelecidos para o TPB presentes nas versões que variam entre o DSM-III e o DSM-IV-R (Conklin & Westen, 2005; Fossati et al., 1999; Johansen, et al., 2004; McGlashan et al., 2005; New et al., 2008; Sanislow et al., 2002).

Com base nisso, Gunderson (2009) defendeu a permanência dos critérios no DSM-5. Mas, levantou alguns questionamentos que poderiam indicar a necessidade de ajustes na definição e classificação do transtorno, entre as interrogações: a etiqueta limítrofe ou borderline deve ser mantida? O diagnóstico de fato corresponde ao Eixo I ou Eixo II dos transtornos mentais? O autor, como resposta as dificuldades diagnósticas e a insatisfação demonstrada por vários

profissionais ao modelo existente, publica uma proposta de ajuste ao sistema de diagnóstico do DSM-IV para o TPB (Gunderson, 2010).

Considerando que a identificação do transtorno se torna mais fácil por meio da observação das características fenotípicas, o autor propõe para o diagnóstico, que além da obrigatoriedade de que cumpram pelo menos cinco entre os nove critérios, os pacientes devam manifestar algum aspecto ligado a pelo menos três dos fatores: 'sensibilidade interpessoal', 'instabilidade do afeto', 'descontrole do comportamento' e 'distúrbio da identidade' (Gunderson, 2007, 2010). Por meio desta proposta o autor buscou facilitar o reconhecimento do TPB e evitar uma descontinuidade com o modelo diagnóstico anterior, que poderia causar efeitos negativos no âmbito da pesquisa e gerar dificuldades na prática clínica. Além disso, estimular novos estudos e diminuir a interseção das características ou comorbidades com outros transtornos. Mas, advertindo que esta proposta ainda dependeria de novos estudos empíricos para sua comprovação.

Alguns autores afirmaram a necessidade de um novo modelo para os TPs, que preservando os pontos fortes do sistema incorporado ao DSM-IV, procurasse atender as suas debilidades. Com esta finalidade, propondo-se a combinação de um sistema diagnóstico dimensional ao categórico existente (Gunderson, 2010; Westen & Shedler, 2000).

Por sua vez, Widiger e Simonsen (2005) propuseram um modelo baseado no temperamento, em que aparecem como características principais a ansiedade, hostilidade agressiva, depressividade, impulsividade e vulnerabilidade. Várias destas características que acabam coincidindo com os traços delimitados para o diagnóstico do TPB, de acordo com o modelo alternativo exposto na Seção III do DSM-5 (APA, 2013). Mas, em seguida, sugere também que fosse incorporado a este Manual um modelo em que as estruturas de personalidades normais e patológicas aparecessem de modo integrado e tomasse como base os cinco domínios indicados por McCrae e Costa (2003): extroversão, afabilidade, consciência, neuroticismo e abertura (Widiger, 2011). Ambos os modelos implicariam em profundas mudanças nas diretrizes estabelecidas no DSM-IV-R para o diagnóstico do TPB e dos demais transtornos de personalidade.

Outros autores, ainda, demandaram um repensar radical do conceito de transtorno mental, entendendo que problemas como as altas taxas de comorbidades entre os discriminantes diagnósticos não se poderiam solucionar apenas através da exclusão ou modificação de alguns critérios. Partindo de pontos de vista semelhantes, surgiram diferentes sugestões revolucionárias para o diagnóstico dos transtornos mentais, dimensionais e etiopatogênicas, por exemplos (Hopwood et al., 2017; Sirgiovanni, 2009;).

De forma comum a Sociedade Britânica de Psicologia (SBP, 2011) também tece críticas profundas quanto aos modos de classificação do DSM, ratificando que para a SBP qualquer sistema de classificação, no lugar de partir de categorias diagnósticas predeterminadas, deveria, antes, considerar a descrição de experiências, problemas ou sintomas específicos individuais.

Em meio a este contexto, com diferentes propostas e opiniões relativas à classificação geral das desordens e a forma expressa do TPB no DSM-IV ou revisão, que APA lança em 2013 o DSM-5, com vários ajustes, incluindo um modelo diagnóstico adicional para o transtorno borderline, embora preservando o sistema categórico, com os transtornos de personalidade e critérios conhecidos.

2.3.2. DSM-5 e principais implicações para o TPB

As principais mudanças relativas ao conceito do TPB demonstradas durante este século estão compreendidas na Seção III do DSM-5 (APA, 2013).

A realização da última edição do DSM tem início ainda em 1999, quando lançada uma avaliação dos pontos fracos e fortes do DSM-IV. Mas apesar de todos os procedimentos e etapas empregados para a elaboração do novo Manual, a quinta edição também recolhe várias críticas,

entre importantes opiniões, antes mesmo de publicada (Blackman, 2016; Clarkin & Huprich, 2011; Shedler et al., 2010). Entre as diferentes críticas, mencionaram, por exemplos, que muitas adições sugeridas não apresentavam suporte empírico, que vários discriminantes diagnósticos possuem baixa confiabilidade e até que seu corpo recebe influência indevida da indústria de medicamentos psiquiátricos, entre outras considerações.

De forma consensual, já se sabe que os transtornos mentais muitas vezes não se encaixam completamente dentro dos limites de classificação categórica dos diagnósticos psiquiátricos, principalmente quando se trata das desordens de personalidade (Esbec & Echeburúa, 2011; Paris, 2009; Ramos et al., 2002; Szerman et al., 2005).

Como resposta aos questionamentos relacionados ao sistema multiaxial de diagnóstico o DSM-5 passa a listar todas as desordens na Seção II, deste modo, fazendo com que as dez classificações conhecidas para os TPs apareçam em apartado comum aos demais transtornos. Mas, também, junto à Seção III – reservada, entre outras coisas, para a exposição de desordens que ainda dependem de maiores esclarecimentos - acrescenta um sistema de avaliação alternativo para os transtornos da personalidade (APA, 2013).

Deste modo o DSM-5 inclui dois modelos de avaliação para os TPs. O primeiro, categórico, expresso na Seção II, serve como referência para o diagnóstico deste tipo de transtorno e preserva a prática clínica diagnóstica conhecida. Enquanto o segundo, alternativo, busca incentivar novas pesquisas e atender as deficiências da primeira abordagem. Ambos incluem o TPB, que se preserva com a mesma nomenclatura, apesar dos prévios questionamentos a respeito da sua adequação (Gunderson, 2010; Kalapatapu et al., 2010).

2.3.3. TPB no modelo adicional

Como resposta às dificuldades diagnósticas e a alta sobreposição entre os transtornos da personalidade, a nova versão do DSM, propôs um modelo adicional híbrido expresso na Seção III, contendo o Critério A, que facilita a avaliação das dificuldades no funcionamento e a apresentação de traços da personalidade ligados a desordens específicas (incluindo o TPB), representando uma abordagem categórica, enquanto o Critério B, que favorece ao reconhecimento de uma série de traços desadaptativos, favorece a abordagem dimensional. Este modelo permite retratos mais afins às particularidades de cada sujeito e inclusive o acréscimo de novos traços que possam ser reconhecidos nos clientes.

O modelo diagnóstico para os TPs expresso na Seção III do DSM-5 apresenta-se em formato bastante diferente da Seção II. As primeiras mudanças evidentes no modelo adicional se podem observar na própria compreensão do que representa um transtorno da personalidade. Na Seção II está descrito como um padrão de vivência íntima que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura e que deve atingir no mínimo dois dos aspectos: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal e controle dos impulsos. Mas, na Seção III um TP está definido como uma deficiência (moderada a grave) no funcionamento da personalidade e pela constância de traço(s) patológicos da personalidade (APA, 2013).

Contudo, para o diagnóstico de um TP, o prejuízo no funcionamento e a constância do(s) traço(s) patológico(s) precisam apresentar-se de forma relativamente inflexíveis: demonstrando certa estabilidade ao longo do tempo e abrangendo uma ampla gama de situações pessoais e sociais, com latências reconhecidas pelo menos na adolescência ou início da idade adulta.

Para a análise dos níveis de funcionamento da personalidade, a Seção III possui uma 'Escala de Funcionamento da Personalidade' que possibilita a avaliação de aspectos ligados ao Autofuncionamento ('autoidentificação' e 'autodireção') e as formas de Relação Interpessoal ('empatia' e 'intimidade'). Esta escala sinaliza quando há orientação para um diagnóstico de TP e distingue cinco níveis de comprometimento, que variam de Nenhum a Extremo, para cada um dos quatro aspectos do funcionamento.

Esta Seção também apresenta uma tabela com a Descrição dos Traços Patológicos da Personalidade, que se organizam em cinco domínios principais: Afetividade Negativa, Desapego, Antagonismo, Desinibição e Psicoticismo. Assim, a manifestação de traço(s) patológico(s) da personalidade, somado ao prejuízo (moderado a extremo) do funcionamento aponta para o diagnóstico de transtorno da personalidade. Este modelo adicional, portanto, possui um caráter dimensional híbrido, previamente sugerido por autores como Westen e Shedler (2000), como possível alternativa para superação dos limites da classificação categórica.

Com respeito aos conteúdos particulares do TPB, as mudanças que trazem este novo modelo já podem ser percebidas na definição inicial da desordem, que somou ao padrão de instabilidade e impulsividade, a presença de assunção de riscos e/ou hostilidade, que também se tornaram características obrigatórias.

Logo, com respeito aos prejuízos ligados ao 'autofuncionamento': a 'autoidentificação' pode apresentar-se marcadamente pobre, pouco desenvolvida ou com autoimagem instável, muitas vezes associada à autocrítica excessiva, sentimentos crônicos de vazio ou estados dissociativos em situações de estresse. Enquanto a 'autodireção', sujeita a instabilidade, quanto aos objetivos, aspirações, valores ou planos de carreira. Nestes casos, os danos nas 'relações interpessoais' decorrem do comprometimento da capacidade de reconhecer os sentimentos e necessidades dos outros, somada à hipersensibilidade interpessoal e a tendência seletiva a observar os atributos negativos e vulnerabilidades dos demais. Por sua vez, a 'intimidade' costuma caracterizar-se pela intensidade, instabilidade e conflitos nas relações estreitas, marcadas pela desconfiança, carência, preocupação ansiosa com o abandono real ou imaginado e alternância entre superenvolvimento e retirada, em acorde com a tendência a idealizar ou desvalorizar de forma extrema os membros envolvidos.

Além dos critérios acima ligados à funcionalidade, para o diagnóstico do transtorno, faz-se necessária a presença de pelo menos quatro entre sete traços patológicos ligados ao TPB: labilidade emocional, ansiedade, insegurança de separação, depressividade, impulsividade, assunção de riscos e hostilidade, sendo que obrigatoriamente deva-se apresentar pelo menos um entre os três últimos critérios. Portanto, de acordo com este sistema diagnóstico, um sujeito com TPB sempre possui características vinculadas à afetividade negativa mais traços relacionados à desinibição e/ou antagonismo (APA, 2013).

Por meio deste modelo, também se poderá reconhecer entre os sujeitos com TPB outros traços patológicos da personalidade dispostos nesta Seção, mesmo quando não sejam considerados próprios do transtorno. Traços relacionados ao 'psicoticismo', por exemplo, como a desregulação cognitiva e perceptual, não correspondem aos critérios discriminados para o TPB, mas se poderão especificar quando apresentado pelo cliente (APA, 2013). Deste modo, facilitando o reconhecimento das particularidades de cada caso e suas possíveis relações de comorbidade.

Este sistema diagnóstico, embora apresente as características do TPB em um formato completamente distinto do modelo mantido na Seção II, preserva de forma geral os aspectos essenciais conhecidos do TPB. As características relacionadas aos nove critérios postos no modelo categórico aparecem descritas entre os conteúdos ligados aos prejuízos da funcionalidade (Critério A) e se completam entre os traços dispostos no critério B do modelo alternativo (os sete traços patológicos próprios do transtorno).

No entanto, denota algumas diferenças com respeito aos níveis de evidência dada sobre algumas características do TPB, que poderiam tocar no que se compreende acerca do mesmo. Os aspectos 'ansiedade' e 'depressividade', por exemplos, crescem em evidência no modelo alternativo, expostos de forma independente entre os sete traços patológicos vinculados ao transtorno, enquanto no modelo categórico o aspecto ansiedade constava sutilmente, ligados à labilidade emocional, junto ao sexto critério.

Por outro lado, os critérios que tratam respectivamente dos “sentimentos crônicos de vazio” e “ideação paranoide transitória relacionada ao estresse, ou severos sintomas dissociativos” denotam cair em evidência. Isto, porque as características relacionadas a estes critérios não se apresentam entre os sete traços discriminados para a desordem, em sua definição geral e nem entre os itens obrigatórios, sendo apenas mencionadas em meio ao item da funcionalidade ‘autoidentificação’.

Mas, apesar das considerações mencionadas, ainda não sabemos o quão profundamente a última versão do DSM poderá interferir na significação do TPB. Isto, porque embora preserve a prática diagnóstica conhecida - mantendo na Seção II os critérios contidos na versão anterior - com o modelo alternativo, principia outros hábitos diagnósticos e estimula novas pesquisas, que poderão chegar a incluir outros traços neste sistema, trazer mudanças que atinjam o significado das desordens avaliadas e inclusive do transtorno da personalidade borderline.

A partir de todo o exposto podemos observar os avanços na interpretação do TPB, que apesar da inquietação manifesta pelos clínicos e pesquisadores diante da sua complexa natureza, veio sofrendo poucos ajustes após sua consolidação em 1980 (Esbec & Echeburúa, 2011; Widiger, 2011). O modelo alternativo demonstrado pela nova ferramenta diagnóstica conserva em sua redação os elementos conhecidos da desordem, mas também incentiva novas pesquisas nesta área.

Neste movimento, a proposta de pesquisa atual dá continuidade ao estudo do TPB na prática clínica, verificando entre os pacientes com este diagnóstico a manifestação dos critérios ligados à desordem, suas relações de comorbidade e a formação de subgrupos ou expressões mais homogêneas do transtorno. Deste modo, pretendendo alcançar informações que possam avançar na compreensão da sua natureza e, por conseguinte, facilitar o seu reconhecimento e contribuir para o aprimoramento da atenção psicoterapêutica orientada aos que sofrem com o transtorno.

3. ASPECTOS CLÍNICOS RELEVANTES DO TPB

O esforço na compreensão acerca da natureza do TPB, na forma como se apresenta na realidade clínica, supera a delimitação dos seus sintomas principais compreendidos ao longo da história, mostrando-se como fundamental a observação de alguns conteúdos ligados à sua manifestação atual. Alguns destes aspectos considerados relevantes estarão expressos em continuidade, além de informações relacionadas à incidência e curso, a expressão de suas comorbidades e as dificuldades diagnósticas comuns diante de casos com TPB aparecem como elementos que se destacam entre as particularidades evidenciadas no transtorno.

3.1. EPIDEMIOLOGIA E CURSO

Grandes pesquisas dedicaram-se ao estudo epidemiológico do TPB entre adultos, principalmente nos Estados Unidos, a maior parte apontando para o índice de 1,4% da população total (ten Havel et al., 2016), consensualmente observando-se a maior prevalência significativa de mulheres entre os sujeitos com a desordem. A Associação Norte Americana de Psiquiatria, em 2000, chegou a apresentar uma estimativa de 75% dos casos compostos por mulheres. Mais recentemente, Meaney, et al. (2016) reconheceram uma média de 64,7% correspondente ao sexo feminino.

O transtorno de personalidade borderline se apresenta entre os tipos mais frequentes de TPs (Gunderson, 2009; Leichsenring, et al., 2011; Sansone & Sansone, 2011a), equivalente a 1,6% da população em geral e podendo chegar a 5,9% segundo a Associação Norte Americana de Psiquiatria (2015). Provavelmente, nas grandes cidades do Brasil, estando presente em mais da metade dos pacientes ligados ao Cluster B (dramáticos ou erráticos), uma vez que a investigação aponta para 2,7% da população com diagnósticos ligados a esta classe (Santana et al., 2018).

Os índices tendem a tornarem-se ainda mais altos em determinados contextos ou subpopulações, como entre os encarcerados ou em regime semiaberto, por exemplos (Wetterborg, et al., 2015). Entre os indivíduos em serviços de cuidados primários representam cerca de 6%, 10% em clínicas ambulatoriais de saúde mental e 20% entre os pacientes psiquiátricos internados (APA, 2013). Porém Ellison et al. (2018) encontraram prevalências maiores: 12% entre clínicas ambulatoriais e 22% entre pacientes hospitalizados.

Adicionalmente, o TPB apresenta-se comumente associado aos comportamentos suicidas e de autolesão, representando porcentagem significativa entre os pacientes que demonstram estes tipos de conduta (Abdul-Hamid, et al., 2014; Dubovsky & Kiefer, 2014; Lawn & McMahon, 2015; Sansone, et al., 2008). Os resultados encontrados por Aguilar e Esteban (2005) descrevem a estreita relação entre os aspectos relacionados ao suicídio e o TPB: 81% de sujeitos diagnosticados com este transtorno afirmaram pensamentos suicidas, comparado a 55% dos pacientes com outros TPs. Apenas 15% das pessoas com TPB não apresentaram tentativa de suicídio.

Outras pesquisas sugerem que 70% das pessoas com TPB tentaram suicídio durante a vida (Black et al. 2004; McGirr et al. 2007; Zanarini, et al., 2005); 8 a 10% consumam suicídio (APA, 2000) - taxa 50 vezes superior à observada na população em geral (Leichsenring, et al., 2011) – também compondo parcela considerável entre pacientes que completaram suicídio, 30% (Weinberg & Malsberger, 2012). No entanto, apesar do TPB haver sido considerado como o transtorno da personalidade com maior número de condutas suicidas (Zanarini, et al., 2006),

mais recentemente, Shafiee-Kandjani, et al. (2014) reconheceram os transtornos de personalidade depressiva e histriônica como os perfis de personalidade desadaptativa mais comuns entre pacientes com tentativa de suicídio. Mas, também, outras desordens aparecem entre os principais preditores associados aos comportamentos suicidas, como o transtorno depressivo maior, de ansiedade e ligados ao uso de substâncias. Desordens, que comumente acompanham os casos com TPB, bem como outros aspectos também observados entre os preditores, como a tendência impulsiva e a instabilidade emocional (Hawton, et al., 2013; Müller, et al., 2016; Wedig et al., 2012).

Além disso, vários clínicos destacam a incidência de condutas de autolesão impulsiva entre os pacientes com TPB (Marques, et al., 2017; Gratz, et al., 2014). Frequência, que também poderia ser influenciada pelas comorbidades comuns ao TPB como os transtornos de humor e ansiedade, preditores importantes destes tipos de comportamento autoagressivo (Cheung et al., 2013; Fliege, et al., 2009; Madge et al., 2011). Tais comportamentos se diferenciam dos atos suicidas por não apresentarem intenção de morte e, entre os sujeitos com TPB, tendem a se precipitar diante de ameaças de separação ou rejeição, também, frente a expectativas de assumir novas responsabilidades (APA, 2000; Nock & Favazza, 2009). Segundo Aguilar e Esteban (2005), 51% dos sujeitos com TPB manifestam estes tipos de autoagressão; 75% segundo o estudo realizado por Oldham (2006), enquanto se estima que 4 a no máximo 13% da população em geral em algum momento de suas vidas pratiquem a autolesão (Laporte et al., 2017).

Portanto, os conteúdos referidos acerca do TPB apontam tanto para a alta incidência do transtorno, quanto para sua gravidade. Condição, que também acaba por afetar as famílias e população em geral. Este transtorno costuma ser marcado pelo uso extensivo de tratamentos e as autoagressões (cortes ou queimaduras, por exemplos) colaboram para os altos índices de utilização dos serviços de saúde mental, embora que a ideação suicida recorrente esteja entre os principais motivos que os levam a busca de tratamento (Zanarini, 2009).

Contudo, a estimativa do próprio TPB sofre certa variabilidade durante diferentes fases da vida. Diferenças metodológicas empegadas, bem como dos recursos utilizados para a delimitação do diagnóstico, contribuíram para uma diversidade de resultados durante a investigação epidemiológica, mas, de forma geral, os resultados parecem apontar para taxas semelhantes entre adolescentes e adultos fora do contexto de internação. Por outro lado, pesquisas indicam que os adolescentes demonstram estimativas bastante maiores em meio hospitalar (Cailhol, et al., 2015; Ellison et al. 2018; Guilé et al., 2018) e, por sua vez, entre os com idade mais avançada o TPB sugere menor incidência (Balsis, et al., 2015). Em pesquisa realizada por Oltmanns, Rodrigues, Weinstein e Gleason (2014), por exemplo, entre 55 a 64 anos em amostra comunitária, constatou-se uma prevalência de 0,4% de pessoas com o transtorno da personalidade borderline.

Concernente ao curso do TPB, este se revela menos estável do que o esperado para os transtornos de personalidade (Leichsenring et al., 2011). O padrão mais comum apresenta-se com crônica instabilidade no início da idade adulta, episódios de sério descontrole afetivo e impulsivo. Mas, embora a tendência a emoções intensas, impulsividade e intensidade nos relacionamentos seja muitas vezes permanente, a partir dos 30 a 40 anos a maioria alcança uma maior estabilidade em seus relacionamentos e funcionamento profissional. As ameaças e tentativas mostram-se mais frequentes por volta dos 20 anos e a consumação entre 30 a 35 anos, mas, como esperado para a população em geral, tendem a diminuir com o avanço da idade, bem como o envolvimento em situações de risco (APA, 2000; Cheung et al., 2013; Tang et al., 2011).

Apesar de que a maioria das pessoas com o diagnóstico de TPB sejam capazes de trabalhar, este mostrou-se como o tipo de transtorno da personalidade mais frequente entre as 'alegações de deficiência' (Arvig, 2011). Por outro lado, indivíduos que se dedicam a psicoterapia muitas vezes mostram melhora ainda no primeiro ano de tratamento. Pesquisas apontam para os efeitos

da terapia em diferentes abordagens: a diminuição significativa dos sintomas, melhorias no funcionamento da personalidade e na qualidade de vida (Kamalabadi et al., 2012; Kröger, et al., 2013; Laurensen et al., 2014). Estudos com pacientes com TPB atendidos em clínicas ambulatoriais de saúde mental demonstram que após 10 anos, a metade dos sujeitos já não cumpre o número de critérios necessários para o diagnóstico deste transtorno (APA, 2000). Os sintomas agudos não se apresentam estáveis ao longo da vida (Arvig, 2011) e os índices do transtorno diminuem entre as pessoas com mais idade (Ellison et al., 2018).

Ainda existem poucas informações quanto à influência do aspecto evolutivo sobre as características do TPB, que favoreçam ao reconhecimento de particularidades do transtorno ligadas a adolescência ou a maturidade (Becker, et al., 2002; Abdurrahman & Hategan, 2015). Isto, embora que Bradley et al. (2005) tenha observado que entre os mais jovens a fragilidade na identidade se expresse de modo mais acentuado e superior às questões de desenvolvimento esperadas durante a adolescência. No entanto, de forma ampla, tratando-se de uma desordem da personalidade, compreende-se que, apesar de poder-se adquirir-se melhoras evidentes, em ambas as fases se apresente a predisposição a instabilidade.

Adicionalmente, alguns estudos também apontam para os transtornos desafiador e de oposição (TDO) e por déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) durante a infância como fatores de predisposição ao TPB. Segundo Philipsen et al. (2008), o TDAH infantil esteve associado a maior gravidade dos sintomas do TPB na fase adulta. No estudo realizado por Stepp, et al. (2012), níveis mais acentuados dos sintomas relacionados a ambos predizem o desenvolvimento do TPB na adolescência. Por sua vez, na pesquisa realizada por Burke e Stepp (2012), o TDAH e o TDO representaram as únicas desordens psiquiátricas infantis que serviram como elementos de predição do TPB, especialmente a dimensão ‘opositiva’ deste último. Contudo, ainda há demanda de investigação nesta área e de novos estudos que possam confirmar os conteúdos observados, que podem estar relacionados a evolução do transtorno da personalidade borderline.

3.2. RELAÇÕES DE COMORBIDADE DO TPB

A alta prevalência de psicopatologia comorbida entre os pacientes com TPB tem sido amplamente reconhecida (Biskin & Paris, 2013; Leichsenring et al., 2011). A multiplicidade de coincidências do TPB com outros, estejam entre os que fazem parte do Eixo I ou II do DSM-IV (Paris, 2009; Scott, 2017). Esta condição chegou a ser apontada por alguns autores como variável de predição para o transtorno da personalidade borderline e contribui para o agravamento dos quadros clínicos (Arenas, 2008). Portanto, na prática clínica, a apresentação de casos demonstrando um somatório de transtornos deve levar o clínico a checar os critérios que caracterizam o transtorno da personalidade borderline.

O TPB raramente se apresenta como diagnóstico único, mostrando-se propício a receber 3 ou mais diagnósticos para os do Eixo I (APA, 2013), estando os transtornos de humor entre os mais presentes. Em um estudo realizado por Smits et al. (2017), 80% da amostra com TPB preencheram critérios para ao menos um transtorno do Eixo I. Mas, na amostra analisada por Lewis, et al. (2012) representavam 97%, com uma média de 3,9 transtornos diagnosticados deste Eixo. Somente 8,7% preencheram critérios para apenas um diagnóstico do eixo I e 90,2% para dois a nove destes transtornos. Esta alta incidência, de comorbidades do TPB com outros do Eixo I, concorda com a literatura anterior; com dados que apontam para 98% de coincidência dos pacientes com TPB com ao menos uma desordem (Zimmerman & Mattia, 1999).

Ainda com base em Lewis et al. (2012), as comorbidades mais frequentes do TPB com o Eixo I do DSM-IV seriam: o transtorno depressivo maior (TDM, 73%), transtorno por estresse pós-traumático (TEPT, 51%), transtorno do pânico (44%), fobia social (FS, 42%), transtorno distímico (TD, 40%) e transtorno de ansiedade generalizada (TAG, 40%).

Os dados supracitados possuem alguma semelhança com Smits et al. (2017) que também reconhecem os transtornos do estado de ânimo entre os mais frequentes (54%), seguido dos transtornos de ansiedade (40%), transtornos pelo uso do álcool e de outras substâncias (29%) e transtornos alimentares (26%). A prevalência decrescente destas três primeiras classificações parece consensual, embora que algumas pesquisas anteriores apontam para incidências ainda maiores (Chanen et al. 2017; Lubman, et al., 2011; Zanarini, Frankenburg, Hennen, et al., 2004).

A comorbidade com os transtornos mencionados do Eixo I também foi vista em comparação com uma amostra de pacientes diagnosticada com outros TPs. Como resultado, Zanarini, Frankenburg & Parachini (2004) identificam que o grupo com TPB possui maior número de transtornos comorbidos que o outro, mas, também, maiores taxas de remissão obtidas ao longo de 6 anos, enquanto as comorbidades no outro grupo, com diferentes TPs, mostraram-se mais estáveis. Adicionalmente, em particular, Marissen, et al. (2012) apontam para a relevância da ‘adenonia’ entre os sujeitos com TPB, não apenas em função da incidência, mas porque se mostra positivamente associada a impulsividade disfuncional. Enquanto a anedonia entre os demais sujeitos vinculou-se a conduta de abstinência, entre os diagnosticados com TPB contribuiu para a elevação do comportamento impulsivo, propiciando às condutas de risco e o agravamento do quadro clínico. Mas, ainda, respectivo as desordens equivalentes aos transtornos do estado de ânimo, apesar da significativa maior predominância dos depressivo maior e distímico, o de tipo bipolar também alcança interseção importante com o TPB, constando em uma média de 18,5% dos casos, embora alguns estudos apontem para incidências ainda maiores (Asherson et al., 2014; Fornaro et al., 2016; Scott, 2017).

Quanto à comorbidade com os transtornos de ansiedade, Zanarini, et al. (2014) comparou a gravidade da expressão da ansiedade entre pacientes com TPB e com outros TPs, encontrando que os sintomas de ansiedade aparecem duas vezes mais graves entre os com transtorno da personalidade borderline. Dados que combinam com Zanarini, Frankenburg, Hennen, et al., (2004), que também identificaram maior prevalência dos transtornos de ansiedade entre os pacientes com TPB, em comparação aos que não possuíam este transtorno. Em continuidade, Zanarini et al. (2014) reconhece, entre o grupo com TPB, um perfil de temperamento mais vulnerável, sobressaem-se variáveis ligadas ao abuso não sexual durante a infância e ao neuroticismo. Além disso, ao longo de 16 anos de acompanhamento constatou-se que tais sintomas de ansiedade tendiam a redução significativa em ambos os grupos.

Com respeito à comorbidade entre o TPB e o transtorno por estresse pós-traumático (TEPT), vários estudos a sinalizam como coincidência comum (Knefel, Tran & Lueger-Schuster, 2016; Lewis et al. 2012). Entretanto, uma revisão publicada por Frías e Palmas (2015) revela algumas importantes conclusões: embora havendo relacionamento significativo entre estes transtornos, estudos demonstram que a probabilidade de pacientes com TPB também manifestarem TEPT não se apresenta regularmente maior do que entre outros TPs. Diferentes estudos comparativos, como o de Boggs (2005), porém, concordam em que os pacientes com TPB que também possuem diagnóstico de TEPT aparecem como quadros mais severos e com maior comprometimento psicossocial do que os demais sujeitos diagnosticados com o transtorno borderline.

Outra área de comorbidade investigada trata-se dos transtornos da conduta alimentaria (TCA). De acordo com Ben-Porath, et al. (2009) os estudos que investigaram a prevalência do TPB entre mulheres tratadas por TCA produziram estimativas bastante variadas e que oscilaram de 2% até 44%. Já Ambwani (2008), respectivo às taxas de comorbidade entre o TPB e a Anorexia Nervosa (AN), refere que variam em torno de 4,3% a 10%, enquanto que entre o TPB e a Bulimia Nervosa (BN), um pouco mais, em torno de 6,2% a 28 por cento.

De forma geral, compreende-se que o TPB e os demais TPs que correspondem ao Cluster B tendem a manifestar maior coincidência com a BN, enquanto a AN, sobretudo a de tipo

‘restritiva’, possui maior associação com o Cluster C (Gaudio & Di Ciommo, 2011). Isto, embora que se evidenciem casos severos com anorexia nervosa, em contexto de internação, com fortes problemas ligados a identidade e a instabilidade afetiva. Além disso, os pacientes com TCA e características de personalidade vinculadas ao Cluster B, incluindo o TPB, tendem a apresentar quadros clínicos mais graves e que dependem de períodos mais longos no tratamento das desordens ligadas ao comportamento alimentar (Gazzillo et al., 2013). Mas, também outros autores apontam para a alta representatividade do transtorno alimentar não especificado (TANE) entre os pacientes com TPB (Weingeroff, 2012).

Por sua vez, outra comorbidade importante com o TPB trata-se dos transtornos por uso de substâncias (Bornovalova, et al., 2009; Bornovalova, et al., 2010; Bornovalova, et al., 2013). Pesquisas revelam que o TPB se apresenta entre os tipos de desordens de personalidade mais frequentes em meio a pacientes atendidos por problemas relacionados ao uso de substâncias. As taxas globais dos transtornos por uso de substância em pacientes com TPB, no entanto, variam bastante, entre 14 a 72% frente a amostras recrutadas em diferentes locais - hospitais, ambulatorios ou comunidade (Lubman et al., 2011; Sansone, et al., 2014; Trull et al., 2016).

Além disso, de acordo com Dom e Moggi (2015), frente aos casos com TPB ou TPAS com comorbidade com transtorno por uso de substância, comumente se observa quadros com dependência grave e curso clínico desfavorável em geral. Razão, pela qual destaco a relevância da medida psicoterapêutica preventiva entre os sujeitos com TPB, a fim de evitar que o uso de substâncias se torne uma prática contribuindo para o agravamento do quadro clínico destes pacientes. A comorbidade com os TPAS, inclusive, coopera para o aumento da assunção de risco e de comportamentos suicidas (Arvig, 2011; Cheung et al., 2013).

Referente à comorbidade com os transtornos psicóticos, resultados de pesquisas apontam para uma maior associação destes tipos de desordens com os TPs que fazem parte do Cluster A. No entanto, apesar das alterações psicóticas não aparecerem de forma expressiva entre as comorbidades que acompanham o TPB, ‘episódios psicóticos’ se demonstram mais fortemente associados ao Cluster B e especialmente ao transtorno borderline (Newton-howes et al., 2010). Segundo Schroeder, et al. (2013), cerca de 20 a 50% de pacientes com este transtorno da personalidade relatam haver experimentado sintomas psicóticos alguma vez em suas vidas. Tratam-se, mais comumente, de alucinações ou ideias paranoides, que normalmente se apresentam de forma breve, embora que com aspectos fenomenologicamente semelhantes às compartilhadas em desordens psicóticas (Slotema et al., 2012; Adams & Sanders, 2011).

Contudo, as comorbidades que podem somar-se ao TPB não se extinguem neste tópico. Existem variadas contribuições neste sentido, mas, também, campo para ser explorado. Por exemplos, os transtornos somáticos e os ligados a impulsividade, como a cleptomania, foram menos investigados. Outras pesquisas sugerem incidência importante do transtorno por déficit de atenção e concentração (TDAH) entre os sujeitos com TPB, embora se conservando a demanda de que novos estudos apontem mais concretamente para as estimativas esperadas desta relação de comorbidade (Ferrer et al., 2010; McClure, et al., 2016). Philipsen et al. (2008) chegaram a encontrar uma prevalência de 41,5% do TDAH entre pacientes com TPB durante a infância e de 16,1% entre adultos. Em análise comparativa entre os aspectos impulsivos presentes em ambas as desordens, observou-se que as dificuldades de retenção de conduta entre sujeitos com TPB estão relacionadas a situações de estresse e a deficiência na capacidade de modulação afetiva, enquanto que entre os pacientes com TDAH os problemas para reter ou inibir comportamentos correspondem a uma característica central da desordem, acompanhada de déficits cognitivos no domínio da atenção que não fazem parte do transtorno borderline. Portanto, a constância desta comorbidade entre os pacientes com TPB repercute no agravamento da impulsividade e do quadro clínico (Lampe et al., 2007; Krause-Utz et al., 2016).

Por último, referido transtorno, habitualmente, também coexiste com outros transtornos de personalidade. No estudo realizado por Lewis et al. (2012) com pacientes com TPB, 52% preencheram critérios para ao menos outro diagnóstico do eixo II e cumpriram entre um a quatro TPs adicionais. Em Smits et al. (2017) a porcentagem sobe um pouco para 58,31%, mas ainda não há um consenso de qual TP seria o mais prevalente, enquanto este indica o TP de Esquiva, pesquisas anteriores apontam para o TP Histriônica (Arenas, 2008).

3.3. A RESPEITO DO DIAGNÓSTICO

Apesar das diretrizes expressas nos manuais de referência, DSM e CID, que facilitam o diagnóstico do transtorno da personalidade borderline (TPB), sua realização demanda um conhecimento aprofundado sobre os transtornos de personalidade e experiência no trato com os clientes (Ruibola, 2006). Dificuldades para o estabelecimento diagnóstico deste transtorno se mantêm até os dias de hoje (Kernberg & Yeomans, 2013; Lawn & McMahon, 2015; Mullins-Sweatt et al., 2012), fazendo-se necessárias mais pesquisas nesta área (Leichsenring et al., 2011). Os efeitos do modelo adicional expresso na sessão III do novo DSM na prática clínica ainda precisam ser observados.

A avaliação da personalidade não se trata de uma tarefa simples, uma vez que, em muitos casos, pode ser custoso diferenciar se se trata de um transtorno da personalidade (TP), um estado-traço, derivado de outro tipo de desordem ou de uma crise temporária em resposta às dificuldades da vida. Diante do TPB, o desafio aumenta em vista da complexidade de sua natureza (Armony, 2004a; Links, et al., 2015; Paredes & Enrique, 2015). Autores como Sharp et al. (2015) e Szerman et al. (2005), por exemplos, ainda apontam para o caráter questionável do transtorno, que Fernández (2007) chega a intitular como ‘conceito controvertido’.

Além da diversidade de condutas possíveis de associar-se aos critérios estabelecidos para o TPB, a elevada comorbidade que normalmente o acompanha com transtornos variados favorecem a sua heterogeneidade, dificultando o seu reconhecimento (Dubovsky & Kiefer, 2014; Hallquist & Pilkonis, 2012; Ferrer et al., 2010). Contudo, alguns autores ainda consideram que os problemas para diagnosticar o TPB podem estar relacionados a falta de precisão entre os nove critérios estabelecidos para o transtorno (DSM-IV-R) ou, até mesmo, a adequação deste sistema diagnóstico para os transtornos de personalidade (Hopwood et al., 2017; Paris, 2009; Widiger, 2011).

No entanto, apesar das dificuldades demonstradas, especialistas consideram que o diagnóstico adequado do TPB, bem como o reconhecimento das comorbidades que acompanham cada paciente, representam uma medida relevante para o gerenciamento do plano terapêutico, podendo inclusive também contribuir para atenuar possíveis dificuldades interpessoais que pudessem surgir entre cliente e profissional durante os acompanhamentos (Dubovsky & Kiefer, 2014; Lawn & McMahon, 2015).

3.3.1. Erros comuns e elementos ligados à eficácia diagnóstica

Na prática clínica, diante dos casos com TPB, comumente observam-se duas tendências errôneas. Por um lado, a variabilidade de sintomas que costumam acompanhar estes casos pode contribuir para um desvelamento parcial do que se apresenta, identificando-se somente os mais aparentes no momento da consulta (Links et al, 2015; Paris, 2009; Scott, 2017).

Muitas vezes entre estes casos realiza-se o diagnóstico das comorbidades que aparecem ligadas ao Eixo I do DSM-IV, como os transtornos de humor, relacionadas ao uso de substâncias, de ansiedade, entre outros, sem que seja indicado o transtorno da personalidade borderline. Consequentemente, vários especialistas acabam recebendo clientes com TPB sem reconhecer a sua elevada incidência: resultados de pesquisa revelam que a prevalência de casos com TPB em ambientes clínicos mostra-se muito maior quando comparada ao número obtido pelas avaliações feitas por clínicos sozinhos (Comtois & Carmel, 2016).

Mas, por outro lado, apresenta-se, ainda, uma tendência a diagnosticar com TPB os clientes que não se encaixam em outra categoria ou que não reagiram bem aos tratamentos direcionados, diante de propostas diagnósticas anteriores (Ramos, et al., 2002). As dificuldades para o emprego correto do diagnóstico do TPB acabam contribuindo para que vários casos com este transtorno cheguem à clínica muito confusos com respeito ao seu problema, havendo previamente recebido diagnósticos múltiplos.

Outros aspectos a se considerar, a fim de evitar realizações diagnósticas equivocadas, seriam a ‘intensidade’ e ‘persistência’ dos traços do TPB, que devem se manter por longa duração na história de vida do cliente, conhecida através dos relatos (DSM- 5, CID-10). Mosquera (2007) afirma que várias pessoas podem apresentar ditos traços em níveis de intensidade baixa, sem que por isto obtenham grandes problemas. A autora ressalta que além de equivocado, torna-se prejudicial estabelecer o diagnóstico do TPB quando o caso apresenta sintomatologia leve, mesmo que cumprindo os critérios que corresponderiam ao mesmo. Diante de situações como esta, compreende tratar-se de quadros de ‘instabilidade emocional’, mas não de um transtorno da personalidade propriamente dito. Condição que precisa ser diferenciada, para evitar que o cliente acredite possuir algo mais grave do que vivência, assuntando-se ou se desmotivando.

Além disso, características do Transtorno de Estresse Pós-Traumático ou reações pessoais a períodos críticos da vida podem assemelhar-se ao TPB, sem, no entanto, manterem caráter persistente ao longo da história.

Apesar dos problemas existentes, Paris (2009) esclarece que o reconhecimento dos casos com TPB não precisa ser tão difícil. Faz-se necessário obter uma história pessoal precisa do cliente e comprovar que os padrões de instabilidade afetiva e impulsividade tenham começado no início do desenvolvimento, demonstrando consistência ao longo do tempo.

Para o adequado desempenho diagnóstico, além da capacitação profissional, de um conhecimento geral acerca das características que compõem e distinguem os transtornos mentais entre si, e de forma mais específica dos TPs, vários autores destacam a necessidade de haver tempo suficiente para a valoração completa dos clientes (Mosquera. 2007; Ruiloba, 2006). Segundo Szerman et al. (2005), a avaliação transversal destes casos acaba conduzindo a erros ou orientação do tratamento sobre parte dos sintomas apresentados. Portanto, apesar de indiscutível a importância das entrevistas de anamnese para a avaliação do TPB, esta não deve realizar-se em uma única entrevista (Arvig, 2011).

As condições institucionais devem proporcionar espaço e tempo adequados para os atendimentos. Entre outros, Kernberg e Yeomans (2013) denunciam que muitas vezes o tempo dedicado às entrevistas se vê afetado pelas necessidades sanitárias. Na prática, em alguns serviços comunitários de atenção à saúde mental observa-se claramente a desproporção entre a demanda e a quantidade de profissionais disponíveis.

Gunderson (2011), em particular, recomenda mostrar os critérios de identificação do transtorno aos pacientes, perguntando-lhes com quais se identifica. Considera que envolvê-los ativamente no processo de interpretação diagnóstica pode facilitar uma melhor aceitação do mesmo.

No entanto, as dificuldades conceituais e diagnósticas que caracterizam classicamente este transtorno, junto a pluralidade de comorbidades que muitas vezes o acompanha, despertam a necessidade de compreender até que ponto estamos lidando com um construto compacto e coerente, ou se seria prioritário atender à diferentes perfis (subgrupos) associados ao conceito TPB. O esforço por elucidar esta questão levou ao desenvolvimento de diferentes estudos abordados no próximo capítulo.

4. ESTRUTURA FATORIAL E SUBTIPOS

Apesar dos avanços no conhecimento do transtorno da personalidade borderline, a heterogeneidade própria da desordem parece contribuir para que se mantenham questionamentos acerca da sua natureza, referida como complexa (Paris, 2009; Sharp et al. 2015). A heterogeneidade do constructo dá-se em razão da variedade de sintomas que podem associar-se aos seus critérios de identificação, mas também do elevado número de comorbidades que muitas vezes acompanha as pessoas com este diagnóstico. Aspecto, que favoreceu ao desenvolvimento de diferentes pesquisas visando aprofundar a compreensão acerca do transtorno ou até mesmo contribuir para o aperfeiçoamento da sua forma conceptual (Mullins-Sweatt et al., 2012).

Alguns estudos seguiram testando a adequação dos critérios postos para o TPB no DSM (III-R, IV, IV-R e na primeira Sessão do DSM-5), a unicidade do constructo representada por meio destes e modelos multifatoriais que resultem da afinidade entre os critérios. Mas também, outros trabalhos dedicaram-se a análise de subtipos mais homogêneos do TPB, havendo sido empregada uma variabilidade metodológica. Alguns verificaram subgrupos entre os sujeitos, segundo os padrões de afinidade que demonstram entre as características ligadas aos critérios próprios do transtorno, bem como entre as comorbidades que possuem. Mas, outros se dedicaram a análise de subtipos mais homogêneos, diferenciados segundo a apresentação de aspectos clínicos mais específicos, como os modos de manifestação da agressividade, interpessoalidade e afeto ou a associação com algum transtorno ou característica clínica em particular. Todas essas questões são abordadas nas seções que continuam.

4.1. ESTRUTURA FATORIAL DO TPB

Como mencionado anteriormente, a história demonstrou esforços para a interpretação de um transtorno evidenciado na prática clínica, até que um estudo realizado por Spitzer, Endicott e Gibbon (1979) exerceu especial contribuição, concluindo que as inúmeras maneiras de se referirem à ‘desordem intermediária’, na realidade, englobavam duas formações distintas. Os resultados desta pesquisa foram aproveitados pela APA, que incluiu no DSM-III (1980) as desordens designadas como: ‘distúrbio Esquizotípica de personalidade’ e o ‘distúrbio borderline ou limítrofe da personalidade’. Este último, que passou a representar ‘oficialmente’ o transtorno borderline, agora de modo delimitado, com características definidas (Fernández, 2007).

Porém, este avanço significativo na interpretação do TPB não debelou os questionamentos acerca da sua natureza heterogênea e novas investigações seguiram provando a sua unicidade, a adequação dos seus critérios e de modelos multifatoriais que melhor o representasse. Diferentes trabalhos, empregando de análises sobre os critérios contidos no DSM-III e versões posteriores, examinaram se o TPB poderia ser mais bem expresso por dois fatores (Benazzi, 2006; Rosenberger & Miller, 1989), três (Blais, Hilsenroth & Castlebury, 1997; Taylor & Reeves, 2007), quatro (Becker, et al., 2006) ou até cinco fatores (Andión et al., 2011). No entanto, as estruturas encontradas têm se mostrado instáveis através das amostras.

Entre os principais estudos deste tipo, Clarkin, et al. (1993) identificaram, em meio a uma amostra feminina com o transtorno, uma solução de 3 fatores, que abrangem 56% da variância. De acordo com os resultados, o primeiro fator refletiu as ‘incertezas frente os aspectos da própria identidade’, comuns entre os sujeitos com TPB, e também os ‘problemas nos

relacionamentos interpessoais'. Mas, além destes critérios, fazem parte do primeiro fator os que se referem ao 'sentimento de vazio ou tédio' e ao 'medo de abandono'. O segundo fator sinaliza as dificuldades associadas à regulação do humor, incluindo instabilidade do humor, descontrole da ira e as condutas de automutilação ou ligadas ao suicídio. Por último, o terceiro fator apresenta unicamente o critério impulsividade.

Mais adiante, Sanislow et al. (2002) aproveitando-se de uma Análise Fatorial Exploratória (AFE) realizada sobre os critérios para o TPB postos no DSM-III, examinou a adequação do modelo três fatores proposto: Dificuldades Interpessoais, Desregulação Afetiva e Desregulação Comportamental, encontrando o mesmo índice de ajuste entre este modelo e o unifatorial. Deste modo, a equipe concluiu que os critérios diagnósticos para o TPB parecem refletir uma construção estatisticamente coerente, mas que o modelo 3 fatores também poderia ser útil, aportando clareza conceitual.

O referido modelo apresenta o fator Dificuldades Interpessoais, que abrangeu quatro critérios que fazem menção a 'instabilidade nos relacionamentos', 'fragilidade na identidade', 'sentimentos crônicos de vazio' e 'ideação paranoide ou sintomas dissociativos'. Também, o fator Desregulação Comportamental conteve os critérios relativos à 'impulsividade' e 'recorrência de condutas suicidas ou de autolesão'. E, por sua vez, Desregulação Afetiva apresentou 'instabilidade afetiva', 'ira' e 'medo ao abandono'.

Portanto, a combinação dos critérios que compõem os fatores nos modelos de Clarkin et al. (1993) e Sanislow et al. (2002), apresentam semelhanças. Porém, distinguem-se principalmente Entre as diferenças, o critério 'medo ao abandono', antes associado ao fator Dificuldades Interpessoais e na Personalidade, agora consta junto ao Desregulação do Humor. Ainda mais, no segundo modelo, o critério 'impulsividade' já não aparece de forma isolada, mas em combinação com 'recorrência de condutas suicidas ou de autolesão' compõem o fator Desregulação Comportamental.

No entanto, as semelhanças entre as referidas estruturas trifatoriais não se reproduziram nos trabalhos afins, que obtiveram respostas variadas (apenas Andiön et al., 2011, chegou a encontrar melhor ajuste para o modelo de Sanislow et al. (2002), do que para o fator único). De todo modo, ambas as estruturas fatoriais, mais citadas e que expressaram semelhanças entre si, estão descritas na Tabela 1 para que sejam mais facilmente visualizadas.

A Tabela 1 indica os critérios associados a cada fator encontrado em ambos os modelos, de modo a facilitar a observação entre as suas afinidades e dessemelhanças. Os critérios postos em *itálico* demarcam as diferenças entre os modelos.

Tabela 1. Estruturas Fatoriais nos Modelos Clarkin et al. (1993) e Sanislow et al. (2002)

Modelo de Clarkin et al. (1993) / DSM-III-R	Modelo de Sanislow et al. (2002) / DSM-IV
Fator 1 - Dificuldades Interpessoais e na Identidade - Inst. Relacionamentos - Inst. Identidade - Vazio ou Tédio - <i>Medo ao Abandono</i>	Fator 1- Dificuldades Interpessoais e na Identidade - Inst. Relacionamentos - Inst. Identidade - Vazio ou Tédio - <i>Sint. Paranoide ou Dissociativos</i>
Fator 2 - Desregulação Afetiva - Inst. Afetiva - Ira - <i>Autolesão ou Suicídio</i>	Fator 2 - Desregulação Afetiva - Inst. Afetiva - Ira - <i>Medo ao Abandono</i>
	Fator 3 - Desregulação Comportamental - Impulsividade

Modelo de Clarkin et al. (1993) / DSM-III-R	Modelo de Sanislow et al. (2002) / DSM-IV
Fator 3 - Desregulação Comportamental - Impulsividade	- <i>Autolesão ou Suicídio</i>

Em meio aos trabalhos que se dedicaram a avaliar a adequação dos critérios que representam o TPB, Whewell et al. (2000), por sua vez, apresentaram uma proposta bastante diferenciada: dedicaram-se a examinar a validade dos dois tipos do Transtorno da personalidade Emocionalmente Instável (TPEI) descritos na CID-10, a partir dos critérios do manual DSM-III-R para o TPB. Para tanto, discriminaram previamente dois fatores de correspondência para os critérios do DSM-III-R: o fator 1, composto pelos aspectos comuns ao tipo impulsivo da CID-10, enquanto o fator 2, pelas características exclusivas do tipo borderline.

Como resultado, ao verificar as pontuações dos participantes – todos diagnosticados com o TPB - em cada um dos fatores acima mencionados, os autores concluíram que o melhor ajuste dos dados está representado por 4 agrupações. Dois grupos assemelhando-se aos tipos de TPEI segundo a CID-10: ‘Impulsivo’ (com escores elevados do fator 1, apesar de também conter o critério ‘perturbação da identidade’) e o ‘Borderline’ (com altos escores relativos ao fator 1 e 2). No entanto, também observaram outros 2 tipos que não se incluem no modelo CID-10: o chamado ‘Calmo-internalizado’ (com escores altos no fator 2, mas não no fator 1) e o ‘Indiferenciável’, que apesar de preencher os critérios para o diagnóstico do TPB de acordo com o DSM-III-R, não manifestou pontuação elevada em quaisquer dos fatores.

Em concordância, Andión et al. (2011), que se utilizaram de Análise Fatorial Confirmatória (CFA) para verificar a adequação de diferentes modelos, não encontraram resultados favoráveis para o modelo 2 fatores provado por Whewell et al. (2000), nem para os de Rosenberger e Miller (1989), também com dois fatores, e o de Becker et al. (2006), com 4 fatores. Mas, por outro lado, encontraram bons resultados para os 3 fatores de Sanislow et al. (2002), com ainda melhor ajuste que o modelo unidimensional. E, portanto, Andión et al. (2011) defendem a funcionalidade deste modelo para o TPB, considerando facilitar a compreensão do transtorno, a orientação do tratamento e de pesquisas ligadas a etiologia ou comorbidades.

Por outro lado, outras pesquisas que testaram este último modelo 3 fatores ratificaram a melhor adequação do modelo unidimensional. No estudo desenvolvido por Clifton e Pilkonis (2007) provou-se o modelo de Sanislow et al. (2002), mas também o de Clarkin et al. (1993), concluindo-se que apesar de ambos apresentarem ajustes “aceitáveis”, o melhor trata-se do modelo um fator congênere, isto é, todos os critérios atrelados a um único fator.

Também Johansen et al. (2004), ao replicarem o de Sanislow et al. (2002), observaram que as correlações entre os 3 fatores se mostraram extremamente elevadas, sinalizando pouca independência entre os fatores. Ademais, aplicaram análise de componentes principais sobre todos os critérios para os TPs presentes no Eixo-II do DSM-IV, que produziu uma solução composta pelos 9 critérios do TPB e mais nenhum outro, apoiando a coerência dos caracteres empregados para o reconhecimento da desordem.

Estes resultados combinam com os encontrados por Feske, et al. (2007), que ao aplicarem CFA sobre um modelo proposto 2 fatores, bem como sobre os de Sanislow et al. (2002), observando que entre os modelos multifatoriais as correlações entre os fatores se mostram muito altas para serem considerados variáveis independentes, mais uma vez reconhecendo melhor ajuste para o modelo fator único.

De forma ampla as pesquisas empregando de análises fatoriais sobre os critérios expressos para o transtorno no DSM-III e versões posteriores confirmam a sua unicidade (New et al.,

2008; Trull, et al., 2011) e apenas Andión et al. (2011) achou melhor ajuste para o trifatorial de utilidade reconhecida por Sanislow et al. (2002).

Igualmente Sharp et al. (2015), quando utilizando de análises fatoriais sobre os 9 critérios para o TPB (DSM-IV) obtiveram excelente ajuste para o modelo fator único, também resultando em soluções inadmissíveis o acréscimo de outro (s) fator (es). Ademais, ao aplicarem EFA sobre os critérios ligados aos seis transtornos de personalidades enfocados no estudo – os mesmos TPs incorporados à Sessão III do DSM-5 – constatou-se que os nove critérios diagnósticos do TPB compuseram um único fator.

Por outro lado, quando Sharp et al (2015) empregaram de um tipo de análise bifatorial baseado em EFA, alcançaram resultado curioso. Partindo do interesse de verificar se a covariância entre os critérios ligados aos seis TPs seria mais bem representada por ‘seis fatores’ ou por um modelo que incluísse ‘um fator geral comum aos TPs (que incorporaria todos os critérios) e vários fatores específicos da personalidade’, total ou parcialmente distintos: o modelo bifatorial forneceu o melhor ajuste dos dados. Os TPs estiveram fortemente relacionados ao fator geral e específico ou apenas a um fator específico. No entanto, apenas o TPB surpreende, parecendo “desaparecer” em meio ao fator geral, uma vez mostrando-se fortemente vinculado apenas a este fator. Até então, não se pode afirmar consistentemente quais elementos explicariam os resultados obtidos para o TPB através desta proposta de análise bifatorial, talvez a sua intensa comorbidade com outros TPs. Sharp et al. (2015) chega a questionar se os critérios estabelecidos para este transtorno na realidade representariam aspectos que costumam acompanhar os TPs de forma geral ou se seriam indicadores de gravidade ligada a este tipo de desordem. De todo modo, estes resultados, mais uma vez, acabaram servindo de indicador da especial complexidade do TPB, bem como da demanda de continuidade na investigação que visa esclarecê-lo.

Vários estudos também buscaram verificar a predominância ou a capacidade discriminatória dos critérios para o TPB expressos entre diferentes versões do DSM (III-R, IV e IV-R). Mas, apesar de afirmarem a consistência interna destes critérios, alcançaram respostas diversas quanto às posições hierárquicas dos mesmos, podendo-se observar uma maior concordância para a indicação de ‘sentimentos crônicos de vazio’ como o de menor capacidade discriminatória (Clifton & Pilkonis, 2007; Grilo et al., 2001; Johansen et al., 2004). Enquanto, por outro lado, ‘esforços para evitar abandono’ mostrou-se de especial relevância para a diferenciação diagnóstica, apesar de não estar entre os critérios mais frequentes (Altieri, 2011; Bornovalova et al., 2010; Clifton & Pilkonis, 2007; Sanislow et al., 2002).

Em suma, os trabalhos mencionados apontam para a adequação dos critérios que fazem parte do constructo TPB presentes no DSM (III-R, IV, IV-R e na primeira Sessão do DSM-5), até então, não havendo consenso quanto a um modelo multifatorial que melhor o represente. No entanto, a confirmação da unicidade deste transtorno, evidenciada através de análises centralizadas em seus critérios, não esgota a possibilidade de encontrarem-se agrupações mais homogêneas da complexa desordem, que possam auxiliar na sua compreensão.

Com este objetivo, trabalhos como os de Becker et al. (2006) e Lewis, et al. (2012) propuseram-se a verificar a relação entre os fatores e comorbidades encontradas. Também, Clifton e Pilkonis (2007) sugeriram que a ampliação das características observadas (ultrapassando os aspectos específicos do TPB), pudesse levar a melhores resultados. Proposta que denota coerência com a ‘natureza multidimensional’ dos TPs observada na prática clínica, uma vez que os sintomas principais demonstrados pelos pacientes, muitas vezes, não se resumem àqueles associados à desordem específica, principalmente, entre os com TPB, que possuem em geral índice de comorbidades mais elevado (Widiger & Mullins-Sweatt, 2009). Motivo, pelo qual na presente pesquisa também se procurou expandir o número de variáveis analisadas para a verificação de subgrupos, incluindo, além dos nove critérios diagnósticos, um leque amplo de transtornos.

Em continuidade, serão apresentados diferentes desenhos de pesquisa realizados, com o objetivo comum de favorecer a elucidação da desordem heterogênea, por meio do reconhecimento e análise de subtipos mais homogêneos do transtorno da personalidade borderline.

4.2. SUBTIPOS DO TRANSTORNO DA PERSONALIDADE BORDERLINE

Em meio às pesquisas que buscam melhor compreender a heterogeneidade do TPB, apresentaram-se estudos que avaliaram possíveis subagrupações mais homogêneas entre os sujeitos com o transtorno, devido à demonstração de aspectos clínicos diferenciados, apesar de sofrerem com a desordem em comum. E, em vista da grande variabilidade entre os desenhos de pesquisa que examinaram a formação de subgrupos, que alguns tópicos foram utilizados a seguir com o propósito de facilitar a visualização dos conteúdos.

4.2.1. Subtipos com base em pressupostos teóricos

Ao investigar-se acerca dos possíveis subtipos do TPB, podem-se reconhecer na literatura algumas propostas baseadas puramente na observação clínica, mas também estudos que claramente se pautaram em uma fundamentação teórico-clínica para a comprovação de subgrupos propostos.

Os grupos indicados por meio da observação clínica compuseram diferentes arranjos, variando segundo os elementos clínicos enfocados. Linehan, ainda em 1993, reconheceu subtipos segundo as formas de adesão a terapia: Borboleta, com maiores dificuldades, enquanto o Anexado mostrou-se predisposto ao vínculo ‘dependente’. Layden et al. (1993), por sua vez, pode ter sido o primeiro a mencionar subtipos segundo os padrões de comorbidade com outros TPs: Border-Esquiva/Dependente, Border-Histriônico/Narcisista e Border-Antissocial/Paranoico. Estes, porém, não foram replicados, embora que a presença de um grupo com predominância de aspectos do TPH conste em outros estudos (como em Smits et al., 2017). Logo, Millon et al. (2000) distinguiu outros três: Desanimado, Impulsivo e Autodestrutivo.

Ao se compararem os três subtipos, observou-se que os Dependentes consumavam a primeira conduta suicida com idades mais avançadas e apresentavam menor número de comportamentos relacionados ao suicídio. Os Impulsivos, por sua vez, mantiveram maior taxa de abuso de substâncias. Mas, além destas, não se encontraram diferenças significativas entres os grupos, respectivo a uma variedade de aspectos analisados – religião, trabalho, número de hospitalizações, doença familiar psiquiátrica e história de abuso sexual. Posteriormente, a constância de um subtipo com maior acentuação da impulsividade também apareceu entre os resultados de outros estudos empíricos (Shevlin, et al., 2007).

Por sua vez, os trabalhos de Lenzenweger, ey al. (2008) e Hallquist e Pilkonis (2012) tomaram como base as contribuições teóricas de Kernberg, para a investigação de subgrupos do TPB (Kernberg, 1967, 1975; Kernberg, 1984; Kernberg & Caligor, 2005). De acordo com a classificação diagnóstica estabelecida por Kernberg para os TPs (sistema dimensional que combina características categóricas) todos os distúrbios graves da personalidade, incluindo o TPB, existem em uma ‘organização limite da personalidade’. E, com base neste sistema, de antemão, já se poderia reconhecer dois grandes grupos do TPB: ‘com nível mais baixo de organização da personalidade’, mais grave e com maior agressividade; com ‘melhor nível de organização da personalidade’, menos grave, com menor agressividade.

No entanto, além de verificarem a constância destas duas agrupações, Lenzenweger et al. (2008) e Hallquist e Pilkonis (2012) também procuraram reconhecer subgrupos mais homogêneos entre os pacientes com TPB, segundo os modos predominantes de manifestação da agressividade, seja esta voltada para fora ou autodirigida.

Como resposta, a primeira pesquisa levou a três agrupações: um subtipo com melhor organização da personalidade, como esperado, e outros dois que sugerem as relações de comorbidade entre o TPB e o transtornos antissocial e paranoide, respectivamente. Por sua vez, na segunda pesquisa, além dos grupos que também demonstraram maior associação com estes TPs, os tipos Irritado/Agressivo e Irritado/Desconfiado, e do subgrupo Prototípico, com menor gravidade, também se observou um quarto grupo, designado Identidade Pobre/ Baixa Raiva.

Os dois primeiros subtipos encontrados em Hallquist e Pilkonis (2012), embora evidenciando raiva inadequada e altos níveis de sensibilidade interpessoal, mostraram-se bastante diferentes entre si: o grupo Irritado/Agressivo com maiores níveis de agressividade, espírito de manipulação e desinibição, conteve os mais jovens, com sintomas mais severos próprios do TPB, sendo o critério ‘esforços frenéticos para evitar um abandono’ fortemente presente (em 75% destes casos, versus 36% no grupo prototípico). Enquanto o subtipo Irritado/Desconfiado distinguiu-se principalmente pela elevada desconfiança interpessoal, possuindo medo de ser explorado, muito baixo histórico de casamento e os mais baixos níveis de ambivalência interpessoal.

Por sua vez, o grupo menos grave, o Prototípico, demonstrou níveis moderados de raiva inadequada e baixos nos demais aspectos citados. Também menor de autoagressão se comparado às classes Irritado/ Agressivo e Identidade Pobre/ Baixa Raiva. Além disso, maior histórico de matrimônio. Por último, o Identidade Pobre/Baixa Agressividade, alinhado com a expectativa de um grupo com baixo nível de comportamentos agressivos, antissociais e de desconfiança, por outro lado, surpreendeu por não demonstrar também menor intensidade em outras características do TPB. A ‘ira’ mostrou-se praticamente inexistente neste grupo, enquanto a ‘fragilidade na identidade’ sobressaiu-se, manifesta por 82% dos sujeitos que fazem parte deste grupo.

A tabela abaixo facilita a observação comparada entre os grupos alcançados por Lenzenweger et al. (2008) e Hallquist e Pilkonis (2012), respectivamente:

Tabela 2. Subgrupos em Lenzenweger et al. (2008) e Hallquist e Pilkonis (2012)

<u>Lenzenweger et al. (2008)</u>	<u>Hallquist e Pilkonis (2012)</u>
- NÃO Agressivo/ NÃO Paranoide/ NÃO Antissocial	- Grupo Prototípico
- Grupo Agressivo/ NÃO Paranoide/ Antissocial	- Grupo Irritado/ Agressivo
- Grupo NÃO Agressivo/ Paranoide/ NÃO antissocial	- Grupo Irritado/ Desconfiado- Grupo Identidade Pobre/ Baixa Raiva

Por meio da Tabela 2 podemos observar certa relação entre os resultados encontrados nos dois estudos. O grupo Não Agressivo/ Não Paranoide/ Não Antissocial, demonstra semelhança com o Prototípico, ambos com aparente maior nível de organização da personalidade. Também havendo afinidade entre os grupos Agressivo/ Não Paranoide/ Antissocial e o Irritado/ Agressivo, bem como entre os grupos Não Agressivo/ Paranoide/ Não antissocial e Irritado/Desconfiado, embora que os indicados por Hallquist e Pilkonis (2012) se apresentem menos puramente antissocial e paranoide, acrescentando novas características.

Mas, adicionalmente, os resultados deste trabalho reconheceram o grupo Identidade Pobre/Baixa Agressividade, em que o aspecto fragilidade da identidade se sobressai, apesar dos

baixos níveis de condutas relacionadas à agressividade. Deste modo, denotando que a heterogeneidade dos quadros borderline supera a hipótese ‘menor agressividade proporcional a menor sintomatologia psicopatológica’.

Até então, a literatura sinaliza sugestões diversificadas para subgrupos de pacientes com TPB, propostos através de observações clínicas ou de contribuição teórica. A variedade indicada responde as diferenças entre as abordagens - psicanalítica ou descritiva - e características enfocadas - referentes ao processo terapêutico ou aos sintomas psicopatológicos (próprios do TPB, associados a outros TPs ou a classificação diagnóstica de Kernberg para os transtornos de personalidade). Em suma os resultados apontam para a manifestação heterogênea da desordem, seja quanto aos modos de estabelecimento de vínculo terapêutico, expressão da agressividade ou correlação com outros transtornos. As subagrupações do TPB supracitadas favorecem a continuidade de pesquisas nesta área.

A seguir será apresentada uma série de estudos que também se dedicaram a investigação de subgrupos de sujeitos com TPB com base na distribuição de uma variedade de características clínicas observadas.

4.2.2. Subtipos do TPB a partir da Exploração Empírica dos Sintomas

Além das propostas de subtipos do TPB derivadas de observações clínicas ou fundamentação teórico-clínica, algumas pesquisas analisaram a formação de subgrupos mais homogêneos, segundo os padrões de afinidade demonstrados entre os aspectos próprios da desordem (seus critérios expressos no DSM-IV e até no DSM-III) e outras características clínicas associadas. Para tanto, havendo sido empregado diferentes tipos de análise.

Alguns estudos, manejando os nove critérios, partem da observação de traços latentes contínuos (os componentes dos fatores) – derivados de análises do tipo AFE ou Análise de Componentes Principais (ACP), como os expressos em ‘Estrutura Fatorial do TPB’. Mas, em seguida, buscando subgrupos ou padrões mais homogêneos da desordem, separam os sujeitos com alta pontuação para cada fator, para logo também verificar-se a predominância das comorbidades ligadas a cada grupo. Esta forma de abordagem para a investigação de subtipos do TPB pode ser referida como ‘centrada nas variáveis’.

Por outro lado, para a verificação de subtipos da desordem, também se empregaram de outros recursos de análise que possibilitam a classificação entre os sujeitos da amostra, segundo os padrões de afinidade que apresentam entre as variáveis (ou sintomas) observadas. Assim, uma vez delimitados os subgrupos entre os sujeitos, torna-se possível reconhecer os elementos predominantes em cada grupo e suas diferenças significativas. Estes estudos normalmente empregaram de análises de Clusters ou de classes latentes (ACL), podendo ser mencionados como de abordagem ‘centrada nos sujeitos’.

Mas, também, uma diversidade de desenhos de pesquisa prosseguiu explorando a natureza do TPB, dedicando-se a análise de subtipos do TPB, diferenciados segundo a manifestação de alguns aspectos específicos. Alguns seguiram buscando aprofundar acerca das manifestações afetivas e interpessoais; outros trabalhos observaram padrões mais homogêneos associados a alguma comorbidade em particular ou diferiram grupos segundo a ausência ou constância de alguma característica predeterminada. De forma comum, estes estudos partem de um enfoque de elementos clínicos observáveis mais ‘específico’ ou ‘restrito’ para a separação e análise dos subgrupos.

A seguir, a apresentação dos trabalhos incluídos neste tópico considerará as referidas abordagens para a organização dos conteúdos.

4.2.2.1. Com abordagem centrada nas variáveis

Provada a adequação dos critérios discriminantes do TPB, como expresso em ‘Estrutura Fatorial do TPB’, Becker et al. (2006) e Lewis et al. (2012) seguiram investigando manifestações mais homogêneas do transtorno. Identificados os principais fatores, que resultam das afinidades demonstradas entre os critérios do TPB (DSM-III-R, DSM-IV), em segundo procedimento, verificaram-se também as comorbidades predominantemente associadas a cada fator.

Becker et al. (2006), sobre uma amostra de adolescentes observaram a constância dos transtornos relacionados ao Eixo I do Manual, enquanto Lewis et al. (2012), aproveitando-se de uma amostra composta por adultos, propuseram-se a análise das desordens associadas a ambos os Eixos. Aspectos, que provavelmente colaboraram para a variabilidade dos resultados encontrados por ambos, expressos em continuação.

A Tabela 3 facilita a comparação entre as respostas obtidas nos dois trabalhos.

Tabela 3. Fatores e Comorbidades Encontrados por Becker et al. (2006) e Lewis et al. (2012)

Becker et al. (2006)	Lewis et al. (2012)
<p>Fator 1- Instabilidade nos Relacionamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inst. nos relacionamentos - <i>Medo ao abandono</i> <p>(Trans. Ansiedade)</p>	<p>Fator 1- Falha na Mentalização</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inst. nos relacionamentos - Inst. Identidade - <i>Sint. Paranoide ou Dissociativos</i> <p>(Trans. estresse pós-traum. e TPs Grupo B)</p>
<p>Fator 2- Irritabilidade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inst. afetiva - Ira - <i>Inst. Identidade</i> <p>(Trans. Ansiedade e de Oposição)</p>	<p>Fator 2- Desregulação Afetiva</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inst. afetiva - Ira - <i>Impulsividade</i> <p>(Trans. Ansiedade Generalizada e do Pânico)</p>
<p>Fator 3- Autonegação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autolesão ou Suicídio - Vazio ou Tédio <p>(Trans. Depressivos ou do Uso do Álcool)</p>	<p>Fator 3- Sensibilidade a Rejeição</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autolesão ou Suicídio - Vazio ou Tédio - <i>Medo ao Abandono</i>
<p>Fator 4- Impulsividade</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Inst. Identidade</i> - <i>Impulsividade</i> <p>(Trans. de Conduta e pelo Uso de Substâncias)</p>	

A Tabela 3 apresenta o modelo de quatro componentes homogêneos descrito por Becker et al. (2006). Como podemos observar, o subtipo Instabilidade nos Relacionamentos conteve ‘esforços para evitar abandono’, além do critério ‘instabilidade nos relacionamentos’, predispondo os transtornos de ansiedade. Irritabilidade, formado por ‘instabilidade afetiva’, ‘ira inapropriada’ e ‘fragilidade na identidade’, esteve vinculado aos transtornos de ansiedade e desafiante de oposição. O terceiro, Autonegação, abrangendo ‘condutas suicidas ou de autolesão’ e ‘sentimentos crônicos de vazio’, manteve maior associação com as desordens depressivas ou do uso do álcool. Por último, Impulsividade, composto por ‘impulsividade’ e ‘fragilidade na identidade’, predispe os transtornos de conduta e pelo uso de substâncias.

Porém, sobre uma amostra de adultos, Lewis et al. (2012) propuseram as agrupações: Falha na Mentalização, que incluiu ‘instabilidade nos relacionamentos’, ‘fragilidade da identidade’ e ‘ideação paranoide ou sintomas dissociativos’, prevendo o transtorno por estresse pós-traumático e os TPs que correspondem ao Grupo B (dramáticos, imprevisíveis ou erráticos); Afeto Desregulado, com predominância dos critérios ‘instabilidade afetiva’, ‘ira’, além de ‘impulsividade’, associou-se ao diagnóstico de ansiedade generalizada e transtorno do pânico; por último, Sensibilidade a Rejeição, composto por ‘tentativas de suicídio ou automutilação’, ‘esforços para evitar um abandono’ e ‘sentimentos crônicos de vazio’, mas que não demonstrou ligação significativa com nenhum outro transtorno.

Deste modo, os resultados alcançados por Becker et al. (2006) e Lewis et al. (2012) mostraram-se bastante distintos das estruturas fatoriais indicadas em estudos anteriores (tais como as de Clarkin et al., 1993 e Sanislow et al., 2002), além de independentes entre si. Entre as principais diferenças evidenciadas na Tabela 3, o critério ‘impulsividade’ exhibe variabilidade na sua posição estabelecida em cada modelo. No estudo de Lewis et al. (2012) aparece unido ao fator Desregulação Afetiva, enquanto em Becker et al. (2006) compõe um fator adicional junto a ‘instabilidade na identidade’. Mas, esta equipe considera que tais diferenças se relacionam com as particularidades de uma amostra adolescente, podendo contribuir para o esclarecimento sobre a natureza do TPB nesta faixa etária.

Por outro lado, entre as principais semelhanças observadas, pode-se reconhecer uma maior concentração dos transtornos considerados ansiosos associada aos fatores relacionados aos problemas no controle do ânimo. Além disso, quando também comparados aos modelos fatoriais de Clarkin et al. (1993) e Sanislow et al. (2002), os critérios relativos à ‘instabilidade nos relacionamentos’ e ‘instabilidade afetiva’ denotam sempre ‘reproduzir’ fatores por separadamente. Estes dois critérios, até então, nunca se apresentaram combinados a um único fator, constando sempre em fatores distintos.

Em continuidade, serão apresentados trabalhos que também se dedicaram a investigação de subgrupos do TPB, empregando de outros recursos de análises.

4.2.2.2. Com abordagem centrada nos sujeitos

Alguns trabalhos analisaram subtipos de sujeitos com TPB empregando de análises como de Clusters ou classes latentes (ACL), que facilitam a separação dos subgrupos, segundo os principais padrões de combinação entre as características que apresentam.

Após testarem a estrutural fatorial do TPB, baseada em seus critérios no DSM-III, Clifton e Pilkonis (2007) também utilizaram de ACL para a investigação de subgrupos entre os pacientes. No entanto, no lugar do reconhecimento de subgrupos, os resultados mais uma vez apontaram para uma apresentação única do transtorno. Isto, porque o melhor modelo distribuiu duas agrupações: aqueles que possuíam maior intensidade de sintomas do TPB, versus o grupo com menor intensidade dos critérios, não se estabelecendo subgrupos segundo a prevalência diferenciada destas características.

Porém, estes autores consideram que seus resultados não afirmam a inexistência de subgrupos, sugerindo que a variabilidade das características destes quadros deva superar os critérios estabelecidos para o TPB, a fim de examinar uma ampla gama de alternativas de fatores associados às expressões emocionais e aos padrões de relações interpessoais. E, sinalizam como estratégias mais frutíferas para a identificação de subtipos aquelas empregadas em estudos prévios, que aportam aspectos diferentes da base de critérios do DSM-IV, tais como: de Leihener et al (2003), que utiliza o modelo circunpleto de relações interpessoais e de Conklin, et al. (2006), através dos mecanismos de regulação afetiva. Contudo, estes trabalhos citados acabaram enfocando conteúdos mais específicos ligados ao transtorno, mas não o reconhecimento de subtipos que considerem todos os elementos essenciais da desordem.

Por sua vez, Shevlin et al. (2007) examinaram os subtipos de personalidades advindas da combinação dos critérios para o TPB no DSM-IV, acrescentando a observação sobre outros transtornos psicológicos e eventos estressantes da vida. Contudo, concentrando a análise sobre uma amostra mista, sem que todos cumprissem com o diagnóstico do transtorno borderline.

Assim, a aplicação de ACL levou a diferenciação dos seguintes grupos. A maior classe de número 4 caracterizou-se pela quase nula possibilidade de apoiar qualquer critério do TPB, com exceção referente à ‘impulsividade’. A menor classe, de número 1, por uma probabilidade relativamente alta de apoiar todos os critérios de sintomas do TPB. As de número 2 e 3 representam os grupos intermediários e se diferenciam pela probabilidade muito mais alta da classe 2 para assumir o segundo critério, que trata da ‘instabilidade nos relacionamentos’.

Deste modo, os resultados pouco cooperam para a elucidação de subtipos gerais do TPB e, mais uma vez, as agrupações encontradas resultam mais da quantidade de critérios presentes em cada grupo, do que de particularidades nas combinações entre os sintomas avaliados. Apenas, evidencia-se uma distinção entre os grupos moderados, por um demonstrar de forma significativa a maior presença de ‘instabilidade nos relacionamentos’ do que o outro.

De certo modo, a classe 1 encontrada por Shevlin et al. (2007) pode associar-se a de maior intensidade de características do TPB indicada por Clifton e Pilkonis (2007), enquanto os sujeitos que correspondem ao grupo com menor intensidade destas características poderiam estar distribuídos entre as classes moderadas de Shevlin et al. (2007). Contudo, as respostas de outras pesquisas sugerem que a ampliação razoável das variáveis observadas, em meio à amostra completamente diagnosticada com TPB, pode favorecer ao reconhecimento de subgrupos da desordem (Bladley et al., 2005; Critchfield et al., 2008; Zittel & Westen, 2004). Incluindo características vinculadas a outros TPs, em resposta a ACL, Critchfield et al. (2008) identificaram três agrupações do TPB: Narcisista/Histriônico, Esquiva/Obsessivo-Compulsiva (com a menor propensão para apresentar ‘impulsividade’) e Paranoide/Esquizotípica (com menor propensão para apresentar o critério relativo aos ‘esforços para evitar abandono’). As principais diferenças observadas entre os grupos, portanto, derivam de suas relações com outros transtornos da personalidade. Mas, também, em análise adicional, os autores verificaram dimensões subjacentes às características de comorbidade encontradas entre os sujeitos, identificando duas dimensões: Extroversão versus Introversão e Antagonismo versus Restrição.

Respectivo à prevalência de características ligadas a cada dimensão: ao aspecto extroversão mostraram-se positivamente associados os critérios do DSM relativos aos ‘esforços para evitar abandono’, ‘impulsividade’ e ‘raiva inadequada’; enquanto a introversão a ‘condutas suicidas ou de autolesão’. A impulsividade também é negativamente associada à evasão relacional, conduta suicida e aflição sintomática. Respectivo à segunda dimensão: o aumento do antagonismo relacionou-se positivamente com o critério ‘paranoia ou sintomas dissociativos’ e a menor presença de ‘esforços para evitar abandono’. Além disso, a interação entre ambas as dimensões apontou para dados como o vínculo significativo entre extroversão, antagonismo e o critério ‘impulsividade’.

Os resultados obtidos, tomando como base também a história pregressa, sinalizam que os sujeitos mais introvertidos e evasivos presentes no subgrupo do TPB Esquiva/Obsessivo-Compulsiva demonstram um maior risco de condutas suicidas, enquanto os mais extrovertidos, que compõem o Narcisista/Histriônico, maior de envolverem-se em situações arriscadas devido à conduta impulsiva.

Portanto, os resultados encontrados por Chitchfield et al. (2008) já apontam para subagrupações significativas e diferenciadas segundo as principais relações de comorbidade com o Eixo II do DSM-IV. Mas, os autores consideram que outras pesquisas se fazem necessárias para que estes conteúdos sejam replicados e para averiguar novos aspectos ligados aos subgrupos. Contudo, já se pode observar certa relação entre os grupos mencionados e a

resposta obtida por Smits et al. (2017), que empregando de análise de Cluster também verificou a distribuição dos TPs em meio a amostra ampla com o transtorno borderline, identificando: Extrovertido/Externalizado, Paranoide/ Esquizotípica e Nuclear. Em seguida, nesta proposta, observou-se adicionalmente a constância de transtornos ligados ao Eixo I do DSM-IV em cada subgrupo, entre outros aspectos clínicos.

O Extrovertido/Externalizado demonstrou uma maior porcentagem de homens e menos problemas de identidade em comparação com o Nuclear. Além disso, encontraram-se diferenças em meio aos problemas interpessoais e a conteúdos ligados a funcionalidade nos três grupos. Com estilo mais dominante e autocentrado, este grupo se diferencia por pontuações significativamente menores em ‘inibição social’ e ‘não assertividade’. Também possui menor grau de severidade dos sintomas e melhor ‘qualidade de vida’, enquanto o Nuclear aponta para a menor ‘qualidade de vida’ entre os grupos. Por outro lado, Extrovertido/Externalizado denota maiores problemas para adaptação as normas, obtendo deficiência em domínios ligados a responsabilidade e concordância social, que abrangem aspectos como confiabilidade, respeito e cooperação.

Os pacientes do grupo Paranoide/Esquizotípica, mais isolados, também possuem marcada não assertividade, porém, não apresentaram o padrão ambivalente característico do Nuclear, altamente ansiosos, seus problemas aparecem mais nas formas de inibição social e excessiva acomodação; não possuem o estilo intrusivo. Ademais, verificaram-se níveis mais baixos de ‘autossacrifício’ e acentuada desconfiança, que junto ao padrão de inibição poderiam interferir na busca do tratamento e contribuir para o pequeno número de sujeitos que fazem parte deste grupo. Além disso, por outro lado, este grupo obteve pontuações um pouco melhores ligadas a responsabilidade e concordância social, também autorrelato de melhor saúde.

Grande parte dos sujeitos concentrou-se no subgrupo Nuclear, sem a presença marcada de outras desordens da personalidade. Este grupo revelou um padrão de problemas interpessoais ambivalente, por um lado, marcado pela inibição, não assertividade e excessiva acomodação e, por outro, por alta necessidade de aproximação e estilo intrusivo, de controle e dominante. Smits et al. (2017) explicam que este padrão combina com a experiência comum entre os pacientes com TPB de manifestarem grande necessidade de intimidade, mas também grande ansiedade como resposta a intimidade.

A Tabela 4 recorda os resultados obtidos por Chitchfield et al. (2008) e Smits et al. (2017).

Tabela 4. Subgrupos Encontrados por Chitchfield et al. (2008) e Smits et al. (2017)

Grupos em Chitchfield (2008)	Grupos em Smits (2017)
- Narcisista / Histriônico	- Extrovertido / Externalizado
- Paranoide / Esquizotípica	- Paranoide / Esquizotípica
- Esquiva / Obsessivo Compulsiva	- Nuclear

Tabela 5. Subgrupos em Zittel (2002), Zittel e Westen (2004) e Bradley et al. (2005)

Grupos em Zittel (2002)	Grupos Zittel e Wester (2004)	Grupos em Bradley et al. (2005)
- Histriônico / Impulsivo	- Histriônico	- Histriônico
- Desregulado / Raivoso	- Des. Emoc. Externalizado	- Raiva / Externalizado
- Desreg. / Depressivo	- Des. Emoc. Internalizado	- Depressivo / Internalizado
		- Autofuncionamento / Internalizado

A Tabela 5 resume os principais resultados encontrados nos três estudos dedicados à investigação de subgrupos do TPB, de modo a favorecer a visualização de suas semelhanças ou possíveis associações. A priori torna-se notório o reconhecimento de uma agrupação do TPB com predominância de aspectos ligados ao TPH. Também, a formação de grupos em que se destacam condutas vinculadas à extroversão ou a introversão.

O trabalho de Bradley et al. (2005), por sua vez, dedicado a análise de uma amostra de adolescentes, se difere de Zittel & Westen (2004) apontando para um quarto grupo, Autofuncionamento / Internalizado. Mas, por outro lado, denotando concordância com os resultados de pesquisas que formaram subgrupos com expressões menos graves da desordem (Altieri, 2011; Clifton & Pilkonis, 2007; Hallquist & Pilkonis, 2012).

As agrupações alcançadas por Digre, et al. (2009) também apontam para diferenças respectivas à gravidade e a tendência mais extrovertida ou introvertida na conduta. Mas, adicionalmente, neste estudo, bem como no desenvolvido por Altieri (2011), também se analisou a resposta de cada subgrupo encontrado ao tratamento psicoterapêutico.

No primeiro trabalho, havendo sido empregada uma gama de instrumentos que possibilitaram variáveis demográficas, clínicas e psicológicas, uma análise de Cluster de dois passos proporcionou três agrupações, segundo os padrões de afinidades clínicas: “Retirada-Internalização”, que manifestava menor número de comorbidades, com maior possibilidade de fazer atribuições internas e de buscar apoio social; “Severo-Internalização”, com inúmeras coincidências com outros transtornos dos Eixos I e II e níveis maiores de gravidade, depressão, tentativas de suicídio e autoagressões, sintomas dissociativos, além de uma tendência a autculpabilização; “Ansioso-Externalizado”, mais propensos a buscar apoio social, com padrão de culpa atribuído a eventos negativos externos e acentuada ansiedade.

Deste modo, os grupos supracitados demonstraram diferentes tendências quanto à atribuição da responsabilidade sobre eventos negativos, em acordo com os dados obtidos por Zittel & Westen (2004) e Nesci (2009). Mas, por meio da pesquisa realizada por Digre et al. (2009) também se observaram, após um período de seis meses, respostas diferentes de cada grupo a psicoterapia. Havendo sido avaliada a apresentação de condutas agressivas, de suicídio, outros sintomas comuns à depressão e dissociativos, constatou-se que o subgrupo Retirada-Internalização, evidenciou redução dos níveis de dissociação, enquanto o Ansioso-Externalizado, grande redução dos sintomas depressivos. O subtipo Severo-Internalizado, por sua vez, não apresentou melhora significativa em nenhum dos aspectos analisados.

Portanto, apesar das limitações advindas de uma amostra pequena e sem que esteja inteiramente diagnosticada com transtorno borderline, os resultados já indicam que podem ser encontradas agrupações entre os sujeitos com TPB, de acordo com as afinidades entre os aspectos clínicos que apresentam, e que a eficácia do tratamento varia de acordo com os subgrupos. Além disso, introduz algumas relações entre as características predominantes e as respostas ao tratamento. Por outro lado, Altieri (2011), empregando da Escala para o Transtorno da Personalidade Borderline MCMI-III, distinguiram apenas dois subgrupos em função da gravidade: ‘Desregulado/ Mais Funcional’ e ‘Self Desregulado/ Menos Funcional’.

O grupo Self Desregulado/ Menos Funcional manifestou mais intensidade nos valores associados a todas as dimensões que fazem parte da escala utilizada. Assim, os sujeitos compreendidos neste grupo revelaram-se: significativamente mais deprimidos e ansiosos (domínio da desregulação emocional), mais propensos a níveis mais elevados de condutas inadequadas para reduzir ou lidar com o afeto negativo (domínio da desregulação do comportamento), a experimentar expectativas de serem abusados e a subjugar as suas próprias necessidades aos outros, evitar conflitos e a negatividade (domínio da desregulação interpessoal). Além disso, mais propícios a experiências psicóticas ou dissociativas transitórias

(domínio da desregulação cognitiva) e a perceberem-se, de alguma forma, como defeituosos (domínio da desregulação do Self). Aspecto, que também favorece a evasão social.

Adicionalmente, observaram-se as respostas de ambos os grupos a um programa de tratamento que aproveita os princípios de atenção plena de Linehan (1993), comparando-se as respostas iniciais dos sujeitos àquelas obtidas após o Módulo Inicial de Atenção Plena e, mais uma vez, depois de 9 meses de tratamento continuado. Os resultados observados nas duas etapas de avaliação apontaram para a redução dos sintomas pré-avaliados entre os componentes de ambos os grupos. Porém, obtendo o Self Desregulado/ Menos Funcional, ainda, maiores níveis de redução dos sintomas.

A Tabela 6 recorda os subgrupos encontrados por Digre et al. (2009) e Altieri (2011), paralelamente.

Tabela 6. Subgrupos Encontrados por Digre et al. (2009) e Altieri (2011)

Grupos em Digre et al. (2009)	Grupos em Altieri (2011)
- Ansioso/ Externalizado	- Self Desregulado / Menos Funcional
- Severo / Internalização	- Desregulado / Mais Funcional
- Retirada / Internalização	

Nos estudos realizados por Digre et al. (2009) e Altieri (2011), as subagrupações responderam a diferenças na gravidade dos sintomas. Contudo, possivelmente influenciado pelo tipo de instrumento utilizado, o segundo alcançou resultados que se limitam a esta diferenciação. Adicionalmente, ambos avaliaram a reação de cada subgrupo à terapia. Mas, enquanto em Digre et al. (2009) o grupo mais severo mostrou-se como o único sem evolução aparente, em Altieri (2011), aquele com maior intensidade dos sintomas, menos funcional, acabou evidenciando melhores respostas ao programa de base comportamental-dialética. Deste modo, sinalizando que mesmo os quadros graves com TPB podem se beneficiar com o tratamento.

De forma geral, os estudos dedicados à análise de subtipos entre os sujeitos com TPB, segundo a distribuição entre os sintomas próprios da desordem, entre outras características clínicas, ainda não alcançaram respostas consensuais que possam representar subtipos considerados padrões do TPB. No entanto, alguns trabalhos já reconheceram subagrupações significativas, favorecendo a continuidade da pesquisa nesta área.

Aspectos metodológicos, como a concentração da análise sobre uma amostra completamente diagnóstica com o TPB e a ampliação razoável do número de características clínicas observadas, provavelmente, auxiliaram no alcance de melhores resultados. Em meio à variedade de contribuições, além de distinções ligadas a gravidade, a expressão introvertido/internalizado ou extrovertido/externalizado, sintomas predominantemente depressivos, histriônicos e raiva inadequada parecem destacar-se como aspectos ‘divisores de agrupações’, mas também outras características associadas ao TP narcisista junto ao histriônico, paranoide junto ao Esquizotípica, fragilidade na identidade, impulsividade e ansiedade.

Novas pesquisas fazem-se necessárias, a fim de verificar se existem padrões quanto aos principais elementos que determinam os subtipos e que favoreçam ao reconhecimento de modelos amplos de agrupações consideradas próprias do transtorno. Por outro lado, outros estudos também buscaram colaborar com o conhecimento do TPB, distinguindo subgrupos, não segundo a combinação entre os principais sintomas ligados a desordem, mas em vista de diferenças nas manifestações relacionadas a algum aspecto clínico, de modo mais específico. Em continuidade, por exemplo, serão apresentados diferentes desenhos de pesquisa que

apontaram para subgrupos, em vista da expressão ligada ao funcionamento interpessoal e a afetividade.

4.2.3. Subtipos ligados ao funcionamento interpessoal e afetividade

No curso da investigação sobre as demonstrações afetivas e interpessoais entre sujeitos com o TPB, alguns estudos acabaram reconhecendo diferentes agrupações mais homogêneas do transtorno. Leihener et al. (2003), por exemplo, quando exploraram o funcionamento interpessoal, utilizando do Modelo Circumplex, não encontraram um padrão predominante, mas duas agrupações, denominadas como ‘Autônomos’ e ‘Dependentes’. Resultados que denotam concordância com os grupos indicados por Linehan (1993), Borboleta e Anexado, em função dos modos predispostos à aderência e estabelecimento do vínculo terapêutico.

Ainda neste curso, aproveitando-se do inventário para problemas interpessoais Circumplex (IIP-C, Alden, Wiggins e Pincus, 1990) e do Inventário de Problemas Interpessoais (Horowitz et al., 2000), Salzer et al. (2013) e Wright, et al. (2013) obtiveram afinidades em seus resultados, encontrando subtipos que apontam para uma variedade de padrões interpessoais: Vingativo, Não Assertivo, Explosivo e Socialmente Evasivo. Mas, se distinguiram principalmente pelo reconhecimento, por parte de Salzer et al. (2013), de um grupo com padrão de Submissão Moderada, enquanto Wright et al. (2013) observaram um grupo marcado pela Intrusão.

Além disso, de especial relevância para o tratamento do TPB, também se avaliaram as formas de manifestação do ‘controle com esforço’. Conteúdo, ligado à capacidade de inibir uma resposta predominante em favor de uma subdominante, portanto, de autorregulação afetiva e comportamental, podendo ser medido em três subescalas: ‘controle inibitório’, a condição de resistir a tendências inapropriadas de aproximação, ‘controle da ativação’, de resistir a tendências inapropriadas de evasão e ‘controle da atenção’, de intencionalmente modificar e centrar a atenção.

Por meio da colaboração de uma pequena amostra com a desordem, Hoermann et al. (2006) puderam identificar três agrupações significativas: o Grupo 1, exibiu alto nível de ‘controle com esforço’ e baixos de ansiedade, psicoticismo, alienação, difusão da identidade e defesas primitivas. O Grupo 2, aparentemente intermediário entre os grupos 1 e 3: mostrou-se com altos níveis de ‘controle da ativação’, porém baixos para controle de inibição e de atenção, apresentando pouca ansiedade e alienação, moderados níveis ligados ao psicoticismo, difusão da identidade e defesas primitivas. O terceiro, porém, exibiu níveis baixos em todas as dimensões de ‘controle com esforço’. Este estudo, portanto, indica uma importante relação entre estes mecanismos e a expressão clínica do TPB, que denota níveis distintos de dificuldades interpessoais, em vista dos padrões de habilidade ligados ao ‘esforço controle’.

Os resultados desta pesquisa parecem em acorde com Conklin et al. (2006), que apesar de reconhecerem a ‘desregulação afetiva’ como o principal aspecto que difere os pacientes com TPB de um grupo com distímia, verificaram padrões diferentes de respostas interpessoais, expressão de afetos e formas de regulação entre aqueles com transtorno borderline. Os demais trabalhos e anteriores nesta área também revelam a heterogeneidade em meio a estes conteúdos estudados (Faulkner, 1998; Horiguchi, 1999).

Além disso, Wright, et al. (2010), através de um estudo longitudinal - 3 avaliações ao longo de 4 anos - acrescentam que, apesar da constância dos problemas interpessoais, os padrões observados entre os sujeitos com TPB se modificam ao longo do tempo, não como mero efeito de evolução, mas por receberem influência das condições vivenciadas. Portanto, apesar do TPB caracterizar-se pela instabilidade afetiva, interpessoal e do comportamento, também se pode observar entre os que sofrem com este transtorno níveis de dificuldades e estilos de respostas diferentes, que devem ser considerados durante o processo terapêutico. A demanda por aprofundar a compreensão acerca dos comportamentos interpessoais e afetivos comuns aos casos com a desordem ainda persiste, motivando a novas pesquisas (Lazarus et al., 2014).

4.2.4. Subtipos ligados a alguma comorbidade específica

Alguns desenhos de pesquisa proporcionaram a observação de subgrupos do TPB que promovem informações acerca da expressão desta desordem associada a algum tipo de comorbidade em específico.

Aproveitando-se da associação entre as características do TPB e dos transtornos por uso de substâncias (os mais frequentes entre os pacientes com TPB, segundo Smits et al., 2017, depois dos transtornos de humor e de ansiedade), Mercer, ainda em 1996, analisou a formação de subgrupos entre os sujeitos com TPB internados devido ao uso de substâncias. Em seguida, também dividindo a amostra entre homens e mulheres para sua comparação.

Como resultados puderam-se distinguir dois subgrupos: um em que predominava a associação dos critérios ‘perturbação da identidade e esforços frenéticos para evitar o abandono’ e outro com a combinação da ‘desregulação afetiva e expressão inadequada da raiva’. Porém, todos apresentaram uma alta prevalência de transtorno de humor e o uso do álcool e cocaína como as principais drogas de uso. Logo, também se observando as diferenças de gênero: as mulheres mostraram maior gravidade psiquiátrica e incidência dos transtornos de ansiedade, além de histórico com abuso sexual. O subgrupo masculino, por sua vez, maior coincidência com o transtorno da personalidade antissocial (TPAS) e com o histórico de violência doméstica, demonstrando afinidade a perfis alcançados anteriormente (Bradley et al., 2005).

Por sua vez, em estudo realizado por Bornovalova et al. (2010), sobre ampla amostra de sujeitos que faziam uso de drogas, encontraram quatro agrupações, diferenciadas em função do nível de sintomas do TPB que demonstravam. Estes autores acabaram concluindo que os pacientes com mais altos níveis de sintomas do TPB também apresentaram maior índice de dependência de cocaína e álcool, bem como de transtornos emocionais, quando comparados aos demais. Estes resultados mostram-se afins aos obtidos anteriormente por Mercer (1996), que destacam a presença dos transtornos de humor entre os sujeitos com TPB internados pelo uso de substância, também reconhecendo o álcool e a cocaína como as principais drogas utilizadas.

Por sua vez, dada a significativa representatividade dos Transtornos Alimentares Não Especificados (TANE) entre os sujeitos com TPB, 20% da amostra avaliada por Weingeroff (2012) e a pouca profundidade no conhecimento da expressão destas desordens entre os pacientes com TPB, que neste estudo também se buscou analisar a distribuição de subgrupos, segundo o tipo de TANE presente. Deste modo, havendo sido formado cinco subgrupos nomeados como: ‘anorexia nervosa subliminar acima do baixo peso de corte’, ‘anorexia nervosa subliminar sem perda da menstruação’, ‘bulimia nervosa subliminar’ (transtorno marcado por episódios de compulsão alimentar e de ‘compensação inadequada’, sem, no entanto, cumprir com todos os critérios ou duração propostos para o diagnóstico de bulimia nervosa, segundo o DSM-IV), ‘transtorno de compulsão alimentar’ e ‘purga desordem’.

Em continuidade, a autora dedicou-se a avaliar o curso na manifestação destas desordens, ao longo de 10 anos, reconhecendo que os pacientes com compulsão alimentar demonstravam uma taxa particularmente lenta para a remissão e, por outro lado, moderada para novos surtos. De outro modo, entre aqueles com anorexia nervosa subliminar sem baixo peso, evidenciaram-se taxas altas de recorrência. Resultados, que acrescentam informações de interesse relativas à expressão do TANE entre os pacientes com transtorno da personalidade borderline.

Por sua vez, impulsionado pela comorbidade observada entre casos clínicos com TPB e o Transtorno por Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Ferrer et al. (2010) propuseram-se a examinar, em meio a uma ampla amostra diagnosticada com transtorno borderline, se os que também possuíam TDAH formariam um subtipo impulsivo mais homogêneo. Os resultados apontaram para duas subagrupações claras. O primeiro, composto pelos pacientes borderline com TDAH, formou um perfil mais homogêneo, impulsivo e associado ao transtorno de abuso

de substâncias, enquanto o segundo, com pacientes borderline sem TDAH, mais desordens de ansiedade e depressão. Além disso, os TPs antissocial e obsessivo-compulsivo mostraram maior frequência no grupo TPB-TDAH, enquanto o TP de esquizofrenia só esteve presente no segundo grupo.

A análise sobre subgrupos mais homogêneos com TPB, separados em vista de alguma comorbidade em específico, como demonstrado nos estudos supracitados, oferece conteúdos de aproveitamento clínico, favorecendo a profundidade no conhecimento de sua natureza. Mas, ainda, outros trabalhos se detiveram a verificação de subgrupos, segundo a associação com outras características clínicas que serão comentados em sequência.

4.2.5. Subtipos ligados à característica clínica específica

No processo de investigação acerca de subagrupações significativas do TPB, alguns estudos verificaram a formação de subgrupos mais homogêneos a partir da associação com alguma característica clínica em específico.

Algumas pesquisas empregaram de grupos de comparação procurando melhor compreender as manifestações de autolesão entre os pacientes com TPB. Schmieder (1997), por exemplo, procurando observar se existe relação entre o maior déficit neuropsicológico e as condutas de autolesão, comparou entre os sujeitos com TPB o subgrupo ‘automutilante’ com o ‘não-automutilante’. Mas, como resultado, apesar da associação inversamente proporcional entre os níveis de funcionalidade e de prejuízo neuropsicológico, não se constatou relação ou proporcionalidade entre este prejuízo e as condutas autolesivas.

Também se observaram distinções significativas entre os pacientes que relataram sentir dor durante os episódios de autolesão e aqueles que não sentiam dor. O primeiro grupo demonstrou maiores índices ligados à depressão, ansiedade, impulsividade, dissociação e sintomas pós-traumáticos; ademais, de maior número de tentativas de suicídio e prevalência de abuso sexual na infância. O segundo grupo, demonstrou um quadro geral mais grave do que os que experimentavam dor em tais circunstâncias.

Estes trabalhos ofereceram informações relacionadas às formas de manifestação das condutas autolesivas entre os casos com TPB, empregando da análise de subgrupos entre estes pacientes. Mas, em continuidade, outros desenhos de pesquisa também se dedicaram a esta área. You, et al. (2011), por exemplo, ao compararem um grupo que praticavam autolesão ‘com maior frequência’, com aqueles que, por outro lado, chegaram a manifestar atitudes ‘mais severas’, encontraram significativamente maior número de critérios ligados ao TPB no primeiro grupo.

Os resultados dos estudos, portanto, sugerem não haver uma relação direta entre as condutas de autolesão e o déficit neuropsicológico, mas que os casos que relatam ‘não sentir dor’ durante as manifestações costumam estar associados a quadros clínicos mais graves, quando comparados aos que sentem dor durante as condutas. Além disso, apontam para uma maior predisposição do ‘comportamento repetitivo’ de autolesão entre os sujeitos com TPB, do que de comportamentos autolesivos mais graves, embora que também possam aparecer de modo muito grave.

Mas, ainda, outros trabalhos centraram-se sobre outros aspectos clínicos para a separação de subgrupos. Nesci (2009) distinguiu subgrupos com TPB de acordo com o modo de atribuição dos participantes às causas dos acontecimentos negativos, interna ou externa. Isto, para, em seguida, verificar as respostas de cada grupo a um programa de terapia intensiva com base dialético-comportamental. Em acordo com a hipótese previa, o grupo com atribuição externa mostrou níveis mais baixos de variação sobre os fatores clínicos observados entre o período inicial e o de alta da terapia. Os resultados indicam, portanto, que a marcada predisposição a se evadir da responsabilidade sobre acontecimentos negativos mostrou-se como fator que interfere negativamente no processo terapêutico.

Também, visando favorecer informações que auxiliassem no reconhecimento diagnóstico do TPB, Zimmerman et al. (2014) procuraram facilitar a distinção entre o TPB e o Transtorno de Humor Bipolar (THB), uma entre as desordens com a qual ainda se confundem pacientes que, na realidade, possuem as características do TPB (Paris, 2009). Isto, porque o ‘aspecto de fundo distímico’ ou humor disfórico que muitas vezes acompanham os pacientes com o TPB, somado a predisposição a labilidade afetiva, instabilidade do humor e comportamentos impulsivos, podem em uma observação menos aprofundada confundir estes casos clínicos com os quadros que apresentam transtorno de humor bipolar ou dificultar o diagnóstico de episódios maníacos ou hipomaniacos entre os mesmos.

Em vista disto, que os autores acima repartiram uma ampla amostra de sujeitos com TPB, segundo a constância ou ausência de histórico familiar com THB. Em seguida, compararam-se características demográficas, clínicas e psicossociais sem que, no entanto, fossem encontradas diferenças relevantes. Apenas, o critério que faz menção a ‘raiva inadequada’ mostrou-se maior no grupo sem histórico para o THB, que também relatou menores taxas de ‘aumento do apetite e fadiga’.

Os resultados apresentados sugerem, portanto, que o histórico de familiares com THB não representa marcador útil para facilitar o reconhecimento deste transtorno de humor entre sujeitos com TPB ou para facilitar a distinção entre este transtorno da personalidade e o transtorno de humor. Mas, ainda assim, apresentam conteúdos de utilidade clínica.

A partir do exposto neste capítulo, portanto, observamos uma variedade de pesquisas que partiram do esforço comum de auxiliar com a elucidação da natureza do TPB. Algumas, que avaliaram subagrupações mais homogêneas entre os pacientes com a desordem, delimitados em função de algum aspecto clínico em específico (ligado a interpessoalidade, alguma comorbidade, sintoma ou característica em concreto), proporcionaram conteúdos que colaboram com a profundidade no entendimento sobre a expressão clínica do transtorno.

Mas, também, apesar de confirmada a unicidade do TPB, representada por meio de seus critérios de identificação (sua estrutura fatorial), outras pesquisas seguiram investigando a apresentação de subgrupos mais homogêneos, formados segundo as afinidades demonstradas pelos sujeitos, entre os sintomas próprios da desordem e comorbidades associadas. Contudo, a investigação nesta área ainda se apresenta na sua infância e os estudos realizados ainda obtêm respostas bastante independentes, apontando para diferentes formações de subtipos.

Em meio à variedade de resultados encontrados, algumas características clínicas se sobressaem, entre as que contribuíram para a separação de subgrupos, tais como: a propensão ao comportamento histriônico, introvertido/internalizado ou extrovertido/externalizado, sintomas predominantemente depressivos e a raiva inadequada. Mas, também diferiram entre os grupos a associação entre os transtornos de personalidade narcisista e histriônico, paranoide e Esquizotípica, bem como a apresentação acentuada da conduta impulsiva, ansiedade ou fragilidade na identidade. Contudo, ainda se fazem necessárias novas pesquisas, a fim de verificar se existem padrões quanto aos aspectos principais que determinam os subgrupos e que também possam favorecer a identificação de modelos amplos de agrupações consideradas próprias do transtorno da personalidade borderline.

Neste sentido, considerando que a investigação acerca de possíveis subtipos do transtorno da personalidade borderline poderá acrescentar informações, cooperando com a profundidade no conhecimento da desordem, que a presente pesquisa também se dedicou a verificação de subtipos entre os sujeitos com TPB, segundo as afinidades apresentadas entre os sintomas próprios do TPB e a distribuição de comorbidades associadas a ambos os Eixos do DSM-IV.



5. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Antes de descrever as diferentes seções do método seguidas no trabalho, serão apresentadas algumas das razões que sustentam o interesse deste estudo.

5.1. JUSTIFICATIVA E APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

Na introdução deste trabalho, abordou-se acerca da natureza controversa do conceito TPB, que ao longo da história tem sido objeto de debates recorrentes entre pesquisadores e clínicos. Os questionamentos acerca do TPB mostraram-se presentes, mesmo após sua definição posta no DSM-III, em 1980 (quando se estabelece como conceito com características bem discriminadas), apesar do número crescente de estudos relacionados e dos considerados avanços no seu conhecimento (Zandersen, et al., 2019).

Em continuidade, “uma formação comorbida” (Paris, 2009) também se apresenta como modo de fazer menção a natureza do transtorno, interpretada como ‘heterogênea’ ainda em tempos mais atuais. Trata-se do transtorno da personalidade com mais alta incidência de comorbidade com 3 ou mais transtornos do Eixo I. Dados apontam também que mais da metade dos casos tendem a preencher critérios para ao menos outro transtorno do Eixo II (Lewis et al., 2012).

A elevada comorbidade que muitas vezes o acompanha e a grande variedade de sintomas que pode vincular-se aos critérios que servem para identificação do transtorno definem a sua heterogeneidade (Martinez, et al., 2005; Paris, 2009). Este aspecto de sua natureza favorece aos questionamentos acerca do que o mesmo representa, bem como às dificuldades para diagnosticá-lo e tratá-lo, obstaculizando o desenvolvimento de estratégias de tratamento eficazes, tanto de corte psicológico como psicofarmacológico (Saunders & Silk, 2009; Starcevic & Janca, 2018).

Em contextos clínicos, observa-se que as próprias características da desordem podem favorecer para que seja erroneamente diagnosticada ou infradiagnosticada (Ramos et al., 2002; Paris, 2009); frequentemente pessoas com TPB chegam à clínica muito confusas a respeito do seu problema e havendo recebido diagnósticos múltiplos. Muitas vezes o reconhecimento do transtorno da personalidade é prescindido, reconhecendo-se apenas algumas desordens mais evidentes no momento da consulta (como os transtornos do estado de ânimo, por abuso de substâncias ou da conduta alimentar, por exemplos) ou, por outro lado, passam a ser diagnosticados com TPB casos considerados mais graves e que não responderam bem a tratamentos anteriores (Paris, 2005; Mosquera, 2007).

Pesquisas sugerem que na realidade a estimativa do TPB se revele maior do que a aparente (Ellison et al., 2018; Gunderson, 2009), dados apontam, por exemplo, que a prevalência de sujeitos com TPB em ambientes clínicos apresenta-se maior do que o número de diagnósticos obtidos por meio da avaliação dos clínicos sozinhos (Paris, 2009). Mas, apesar da sua relevância clínica e do número amplo de estudos publicados relacionados ao tema, o conhecimento acerca do TPB ainda se mostra muito atrás quando comparado a maioria das afecções psicopatológicas (Gunderson, 2009; Zandersen et al., 2019), fazendo-se necessárias novas investigações que auxiliem a clarificar a natureza deste transtorno (Sharp, 2018). Necessidade, que ainda se torna mais urgente em função da sua incidência significativa e gravidade.

Estima-se a constância do TPB em 1,6% da população em geral, podendo chegar a 5,9% (APA, 2013). Estudos realizados por McGlashan et al. (2000) e Ellison et al. (2018) indicam que os casos com TPB alcançam 15% a 25% da população clínica em geral, a mais alta

incidência entre os distúrbios da personalidade. De forma consensual, estando entre os TPs mais incidentes.

Trata-se de uma perturbação grave, que pode prejudicar o funcionamento do sujeito nos variados âmbitos de sua vida, causando-lhe acentuado sofrimento, como também a seus familiares. Também, comumente associada aos comportamentos suicidas e de autolesão, representando porcentagem significativa entre os pacientes que demonstram este tipo de conduta (Abdul-Hamid et al., 2014; Dubovsky & Kiefer, 2014; Lawn & McMahon, 2015). Aproximadamente 8 a 10% das pessoas com TPB consumam o suicídio (APA, 2000); com base em Aguilar e Esteban (2005), apenas 15% nunca apresentaram tentativa de suicídio. Dados, que sinalizam a gravidade do transtorno.

Em vista do exposto, diferentes estudos procuraram aprofundar o conhecimento sobre a heterogeneidade do TPB. Alguns seguiram testando a unicidade do conceito e a representação do mesmo através de um menor número de critérios, na tentativa de enxugar a quantidade de sintomas que podem estar ligados a sua definição (Giesen-Bloo et al., 2010; New et al., 2008; Feske et al., 2007; Conklin & Westen, 2005; Fossati et al., 1999). Estes trabalhos, de forma geral, apesar de alguns apontarem também para a adequação de um modelo pautado em três fatores (Andión et al., 2011; Sanislow et al., 2002; Sanislow et al., 2000), confirmaram a unicidade do transtorno de personalidade. Por outro lado, o conceito TPB segue recebendo questionamentos, Shap et al. (2015) sugerem que possa tratar-se na realidade de uma dimensão única de severidade, comum a todos os transtornos de personalidade.

Também com a finalidade de ampliar o entendimento sobre o mesmo, outras pesquisas focalizaram o exame sobre suas relações de comorbidade: frequência ou formas (tipos ou níveis de gravidade) com que outras desordens aparecem junto ao TPB. Zanarini et al. (2014), por exemplo, avaliaram a expressão da gravidade dos sintomas de ansiedade entre os sujeitos com transtorno borderline.

Outras investigações, ainda, dedicaram-se a análise de subtipos do TPB (Zimmerman et al., 2014; Digre et al., 2009). Embora reconhecendo que represente um construto único, estes estudos exploram a formação de subgrupos, em função de possíveis padrões de afinidade entre os sintomas demonstrados pelos sujeitos que sofrem com o transtorno, buscando identificar formas mais homogêneas do mesmo. Analisam, pois, se em meio às características clínicas expressas pelas pessoas com TPB se produzem subagrupações mais semelhantes.

Diferentes autores defendem que o reconhecimento de subgrupos do TPB pode cooperar com a orientação psicoterapêutica e o aperfeiçoamento de programas específicos (Lewis et al., 2012; Bradley et al., 2005; Smits et al., 2017). No entanto, ainda engatinha a literatura concernente a esta área, exibindo trabalhos que demonstram pouca consistência e que indicam a necessidade de maior exploração neste sentido (Hallquist & Pilkonis; 2012).

Alguns elementos de carácter metodológico podem haver influenciado nos resultados de estudos anteriores, como por exemplo o emprego de amostras mistas (isto é, sem que todas as pessoas de fato correspondessem ao diagnóstico do TPB) para a averiguação dos subtipos. Além disso, vários dos trabalhos anteriores denotam um desenvolvimento disperso ou assistemático, com uma ampla variação em seus desenhos de pesquisa e critérios estabelecidos para a separação dos subgrupos. Como por exemplos: Hoerman (2006) distinguiu-os a partir das habilidades de 'esforço controle' que continham; Ferrer et al. (2010), entre sujeitos com TPB, comparou os que também possuíam transtorno por deficit de atenção com hiperatividade (TDAH) com aqueles que não mantinham este diagnóstico; por outro lado, Rebok et al. (2015) e Lenzenweger et al. (2008) tomaram como base, para a verificação de subtipos, contribuições teóricas bastante diferenciadas. Por outro lado, alguns autores (tais como Critchfield et al., 2008) sugerem que um leque mais amplo de sintomas a ser observado entre os pacientes com TPB pode contribuir com melhores resultados.

Clifton e Pilkonis (2007), por exemplo, ao buscarem subgrupos a partir de como se distribuem os critérios de identificação do transtorno (DSM-III) entre os sujeitos, encontraram dados que apontam para uma apresentação única do TPB, não permitindo a apreciação de subgrupos significativos. De acordo com estes autores, no entanto, os resultados não cancelam a existência de subtipos, mas indicam que a variabilidade das características desses quadros supera tais critérios, devendo ser examinada uma gama maior de fatores associados às expressões emocionais e aos padrões de relações interpessoais.

A presente pesquisa, por sua vez, toma como alicerce a literatura direcionada a exploração da heterogeneidade do TPB e, especialmente, a que se relaciona aos subtipos do transtorno. E, por entender que o avanço nesta área e o reconhecimento de subagrupações principais da complexa desordem possam aportar conteúdos que favoreçam a elucidação sobre a natureza do construto, facilitem o seu processo diagnóstico e de tratamento, que se fundamenta na seguinte proposta: Analisar como se combinam, em meio a uma amostra totalmente diagnosticada com TPB, as características vinculadas aos critérios de discriminação do TPB (DSM-IV ou DSM-5 – Sección II), os demais TPs e aqueles transtornos evidenciados através da Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID-I), a fim de averiguar as principais relações de comorbidade que aparecem e a formação de subtipos.

Adicionalmente, visando aprofundar o conhecimento acerca da natureza do TPB, uma vez obtendo-se, até então, poucas informações acerca das possíveis mudanças que acompanham o gênero e o curso da desordem, que se buscou comparar a expressão clínica entre os sujeitos da amostra, segundo as diferentes faixas etárias e sexos. Este trabalho, portanto, realizou-se no esforço de esclarecer os seguintes questionamentos: Através da análise dos padrões de heterogeneidade das características clínicas dos sujeitos com TPB podem-se encontrar subgrupos significativos? Existem distinções significativas entre os padrões de sintomas demonstrados pelos pacientes com menores e maiores faixas etárias? Existem diferenças significativas entre os padrões de sintomas de homens e mulheres com TPB?

5.2. OBJETIVOS

5.2.1. Objetivo geral:

Analisar a natureza do TPB na prática clínica, através da verificação de possíveis subgrupos mais homogêneos do transtorno, a partir dos padrões de afinidade que demonstram entre suas principais características clínicas e relações de comorbidades.

5.2.2. Objetivos específicos:

- Identificar as principais comorbidades que aparecem ligadas aos Eixos I e II do DSM-IV.
- Verificar padrões específicos de comorbidade a partir dos transtornos de personalidade mais frequentes na amostra.
- Analisar se existem configurações de sintomas e comorbidades que possam indicar subtipos mais homogêneos de pacientes.
- Discriminar os principais sintomas clínicos e relações de comorbidade demonstrados de forma distinta entre os sujeitos com menor e maior faixas etárias.
- Descrever os principais sintomas clínicos e relações de comorbidades demonstrados de forma distinta pelos sujeitos do sexo masculino e feminino.



6. MÉTODO

Diferentes pontos relacionados ao método de pesquisa estarão expressos nos tópicos seguintes.

6.1. Instituições e Amostra

6.1.1. Instituições

Este trabalho contou com o apoio da coordenação colegiada da Secretaria de Saúde Mental de Fortaleza e com a aprovação do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa do Brasil (CONEP), possibilitando que esta pesquisa haja sido realizada com a colaboração dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Fortaleza (Anexos 1- 7).

Os CAPS representam unidades que oferecem serviços à comunidade, em regime aberto, de atenção terapêutica e social a pessoas com transtornos mentais em estado grave. Estes centros, contam com a atuação multidisciplinar de diferentes especialistas (arteterapeutas, assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, entre outros) com o objetivo de promover, além do atendimento clínico, a reinserção social dos usuários, pelo acesso ao lazer, ao trabalho, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

A presente pesquisa contou com a colaboração de profissionais vinculados a 7 unidades CAPS. Mas, a fim de poder capturar um número suficiente de sujeitos, também obteve a importante colaboração de psicólogos e psiquiatras que atuam em clínicas particulares de Fortaleza e no Serviço de Psicologia Aplicada – unidade, que faz parte do campus da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e que disponibiliza uma gama de serviços à comunidade de atenção psicoterapêutica (individual, familiar e de grupo), em regime aberto e para todas as idades.

Deste modo, a coleta das informações sobre a amostra, realizou-se através da participação de psicólogos e psiquiatras, incorporados aos CAPS, SPA e clínicas particulares (tais como a Escola de Formação em Psicodrama Matriz Criativa e o Centro de Desenvolvimento Humano (CDH), entre outras), ao longo do período de aproximadamente dois anos (concernente a maio de 2014 até maio de 2016).

6.1.2. Considerações sobre a participação dos profissionais

As informações da amostra não seriam obtidas sem a colaboração de psicólogos ou psiquiatras, com distintas formações, mas que em comum possuem capacitação em psicopatologia e experiência clínica no acompanhamento de sujeitos com transtornos psiquiátricos, sofrimento emocional e/ou desordens do comportamento. Vários motivos influenciaram a captação indireta dos dados. A coleta realizou-se através da participação dos profissionais, visando facilitar o acesso às informações, uma vez que os pacientes com TPB costumam apresentar quadros graves, em que a interferência do pesquisador para a solução direta dos instrumentos poderia ser inconveniente. Além disso, a medida proposta pretendeu preservar os clientes de interferências no processo psicoterapêutico e obter os conteúdos provenientes do viés clínico dos especialistas.

Bradley et al. (2005), de modo similar, também contou com a disposição dos colegas para realizar um estudo, em que analisou a formação de subgrupos entre adolescentes diagnosticados com TPB. Medida, que viabiliza a obtenção dos dados, pois os sujeitos com este diagnóstico habitualmente demonstram inconstância e dificuldade de aderência ao tratamento, fatores, que

obstaculizam o acesso aos clientes para o apanhado direto dos conteúdos, através da resolução dos questionários ou de entrevista.

Além de facilitar o acesso às informações, a colaboração dos profissionais representa uma vantagem por tratar-se de observadores com conhecimento e habilidades que proporcionam a identificação de ‘nuances’ em psicopatologia. Weste e Shedler, ainda em 2000, explicam que muitos aspectos da personalidade se reconhecem implicitamente, através da escuta atenta às narrativas e formas de atuar na sala de consulta.

Ademais, a observação clínica geralmente tem caráter longitudinal, proporcionando dados que superam os que se poderiam alcançar através de única entrevista ou da resolução de questionários aplicados em um único dia. O enfoque clínico também se mostra particularmente útil, quando se trata de estudar sintomas e processos da personalidade, que podem sofrer variações de intensidade no tempo, de acordo com o contexto e humor dos clientes.

Por outro lado, uma pesquisa aos pacientes de forma direta depende da condição dos mesmos para participar, devendo ser evitados os que se encontrem em situação de risco ou em crise, frequentes entre os casos em tratamento com transtorno na personalidade borderline, predispostos a instabilidade. Quadros clínico que também se podem agravar, quando há escassez dos recursos financeiros para subsistência, como ocorre com alguns sujeitos da amostra.

Além disso, a autoresolução por parte dos pacientes de questionários da personalidade exigiria dos mesmos um nível de autoconhecimento elevado e capacidade de discernimento para relatar com precisão diversos aspectos acerca da própria personalidade, habilidades que nem todos dispõem. Enquanto os instrumentos de tipo médico-relato parecem menos vulneráveis aos autopreconceitos ou a resposta ‘defensiva’ (Weste & Shedler, 2000). Em vista da variabilidade de dedicação a educação, parte da amostra também não apresentaria a agilidade para a leitura e interpretação de textos adequada para a resolução de um questionário de personalidade com um moderado número de itens.

A colaboração dos colegas, portanto, além de proteger os clientes de uma possível interferência em seu processo terapêutico particular, proporcionou o acesso às informações e um ponto de vista clínico acerca das características dos pacientes anônimos com TPB, conteúdos necessários para a consecução dos objetivos deste trabalho.

Mas, apesar da acessibilidade proporcionada pelos profissionais, por outro lado, alguns fatores dificultam a aquisição dos dados empíricos sobre os pacientes com TPB e o alcance de um número de amostra mais representativo. Entre os esperados: os problemas que, influenciados pela própria complexidade do transtorno, subsistem para diagnosticar o TPB, fazendo com que muitos passem pelo atendimento sem que esta desordem seja reconhecida (Mullins-Sweatt et al., 2012; Paris, 2009). Outro aspecto, que empecilha a captação da amostra: trata-se da fragilidade na adesão ao tratamento, comum a parte dos sujeitos com o transtorno (Arenas, 2008). Condição, que também contribui para que os clínicos não obtenham informações suficientes sobre os sujeitos, antes que se desliguem do processo, para realizar o diagnóstico de transtorno de personalidade.

6.1.3. Descrição da amostra

O estudo foi realizado com as descrições individuais das características clínicas de 84 pacientes anônimos. Entre estes, no entanto, cinco não cumpriram com os critérios necessários para o diagnóstico do TPB com base nas diretrizes do DSM-IV e, portanto, apenas 79 formaram a amostra.

Pacientes de ambos os sexos compuseram a amostra, sendo a maioria formada por mulheres (81%), todos diagnosticados com o transtorno da personalidade borderline, de acordo com as diretrizes expressas no DSM-IV e DSM-5 (Eixo II), atendidos em regime aberto, em clínicas particulares ou centros comunitários especializados compreendidos na cidade de Fortaleza- Ce.

Além disso, possuem idades entre 13 a 62, sendo apenas 15 sujeitos adolescentes, com idade média de 30.7 ($SD= 11.8$).

6.2. Instrumentos

Diferentes estudos prévios propuseram que o estudo da heterogeneidade do TPB e a verificação de subtipos devam incorporar variáveis clínicas que superem os critérios estabelecidos para a identificação do transtorno (Clifton & Pilkonis, 2007; Critchfield et al., 2008; Hallquist & Pilkonis, 2012; Lenzenweger et al., 2008). Neste sentido, o presente estudo incluiu como variáveis de análise, além dos critérios próprios do TPB, os demais transtornos de personalidade compreendidos no DSM-IV, bem como comorbidades ligadas ao Eixo I, reconhecidas através da *Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo I do DSM-IV*, também alguns aspectos de relevância clínica e comumente observados durante a entrevista de anamnese (como idade e queixa principal, entre outros).

6.2.1. Lista dos critérios para os transtornos de personalidade, Eixo II, DSM-IV

Tomando como referência estudos anteriores dedicados a avaliação dos transtornos de personalidade, como o de Bradley et al. (2005), que investigou subtipos do TPB em adolescentes, apresentou-se aos profissionais um primeiro questionário, composto por uma lista com todos os critérios para os TPs incluídos no Eixo II do DSM-IV. Tratou-se de 81 critérios, para que marcassem como ‘presente’ ou ‘ausente’, de acordo com as características percebidas no paciente relatado. Entre os itens também constaram as definições que correspondem a cada TP, para serem sinaladas do mesmo modo. Portanto, a lista conteve um total de 91 questões.

A referida medida (Anexo 8) facilitou a identificação das diferentes características de personalidade apresentadas pelos pacientes. Além disso, através da aplicação das regras do DSM-IV, também se pôde confirmar o diagnóstico do TPB e reconhecer os outros transtornos de personalidade que apareceram entre os casos clínicos.

Por meio da resolução da lista por parte dos profissionais, evitou-se sobrecarregar os pacientes com um número elevado de perguntas. E, possibilitou a composição da amostra, uma vez que nem todos os sujeitos diagnosticados com TPB estariam indicados para colaborar com a resolução de um questionário de personalidade.

6.2.2. Entrevista clínica estruturada para os transtornos do Eixo I do DSM-IV

A confecção da SCID-I parte do objetivo de produzir-se um instrumento eficiente, através de um modelo que favorecesse a sua fiabilidade e que permitisse a fácil aplicação, em tempo propício à prática clínica, apesar do grande número de itens avaliados. Este instrumento mostrou-se eficaz para o aprimoramento da confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico, sendo também amplamente utilizado em trabalhos de pesquisa (Evren, et al., 2006; Giuseppe et al., 2007; Mikolajewski, et al., 2011).

Um aspecto essencial do instrumento diz respeito a sua forma de pontuação, que se estabelece através do julgamento clínico do profissional com respeito à constância de cada critério e não da resposta do paciente (Del-Bena et al., 2001).

Este instrumento disponibiliza os módulos: Episódios de Humor, Sintoma Psicóticos e Associados, Diagnóstico Diferencial dos Transtornos Psicóticos, Transtornos de Humor, Transtorno do Uso de Álcool e Outras Substâncias, Transtornos de Ansiedade e Outros Transtornos. Todos, contêm duas colunas que exprimem de modo paralelo a descrição dos critérios do Eixo I e perguntas em formato semiestruturado facilitadoras do diagnóstico. Desta maneira, a marcação dos critérios como positivo ou negativo (presente ou ausente) orienta o diagnóstico.

Além disso, cada módulo organiza-se em ‘segmentos’ mais específicos, por exemplo, o módulo ‘episódios de humor’ dispõe dos segmentos: episódio depressivo maior, episódio

maníaco, episódio hipomaníaco, transtorno distímico, transtorno de humor devido a uma condição médica geral e transtorno de humor induzido por substância.

Em meio a cada segmento os critérios estruturam-se através de uma organização que favorece a agilidade no manejo da entrevista. Deste modo, ao apontar-se negativamente a presença de certos critérios, o entrevistador, obedecendo às indicações postas no próprio manual, já pode saltar para outro segmento ou grupo de critérios. Assim, o profissional não precisa deter-se a checar uma por uma da totalidade de questões discorridas no material. Isto, porque ao responder-se negativamente a determinados critérios, de antemão, já se exclui a possibilidade de que o paciente cumpra com os elementos necessários para o diagnóstico de alguns transtornos, tornando-se descartável a resolução de outros critérios associados, devendo o profissional passar a checagem de questões relacionadas a outras desordens.

A SCID-I pauta-se em um modelo que considera todos os aspectos necessários de acordo com o DSM-IV para o cumprimento do diagnóstico de cada um dos transtornos abordados. Este modelo, através da ordem com que dispõe os critérios e das indicações que comunica ao profissional ao longo do corpo, tanto facilita o reconhecimento correto das desordens como também favorece a agilidade do processo. Desta maneira, permite a resolução de uma quantidade elevada de itens, em tempo razoável (geralmente entre 30 a 1h quando empregada para o diagnóstico de sujeitos em tratamento psiquiátrico). Condição, que poderia explicar o grande número de pesquisas relacionadas aos TPs que se utilizam deste material, como também as de metodologia quantitativa (Isaacs et al., 2011; Frewen et al., 2011 e Stevenson, et al., 2011; por exemplo).

Outra vantagem significativa trata-se da disposição atual de uma versão SCID-I traduzida e adaptada para uso no Brasil. Previamente, a correspondente ao DSM-III demonstrou bons índices de concordância. Em 1994, quando publicado o DSM-IV, as questões da SCID acompanharam o ajuste, mantendo a estrutura básica, e sua nova adaptação brasileira também apresentou bons índices de confiabilidade (Del-Bena et al., 2001). Tratando-se, pois, de um instrumento que favoreceu o alcance de resultados válidos para este trabalho de pesquisa.

No presente estudo administrou-se a SCID-I para verificar as comorbidades ligadas ao Eixo I do DSM-IV apresentadas pelos sujeitos da amostra.

6.3. Procedimentos de seleção

Para que a pesquisa pudesse contar com a colaboração de centros comunitários brasileiros, o projeto proposto precisou ser aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Brasil (CONEP). Mas, para tanto, alguns procedimentos anteriores fizeram-se necessários.

Primeiramente, o projeto passou pela avaliação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que consentiu a participação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Fortaleza no desenvolvimento da pesquisa (Anexos 1 a 7). Logo, junto a autorização concedida pela SMS, anexou-se alguns arquivos (comprovações da identidade do pesquisador, títulos e vínculo com o curso e universidade aos quais o projeto está associado) ao Plataforma Brasil online, bem como inseriu-se também a descrição dos conteúdos relativos ao projeto, de acordo com os campos indicados no sistema.

Este sistema online guarda as informações disponibilizadas pelo pesquisador e serve de comunicação entre o mesmo, a CONEP e um centro de pesquisa específico indicado pela comissão, para auxiliar com a avaliação da proposta de pesquisa. Neste caso, havendo sido indicado o centro de pesquisa que faz parte da Universidade Federal do Ceará.

Uma vez obtida a aprovação da SMS e da CONEP (Anexo 7), iniciou-se a apresentação da proposta junto aos coordenadores de centros CAPS de Fortaleza, que facilitaram o contato com os psicólogos e psiquiatras que compunham as equipes de atenção à saúde mental.

Durante o primeiro contato estabelecido com os profissionais, que atuam nos CAPS, ou clínicas particulares, demonstrou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em modelo aprovado pelo comitê de ética e concordância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Este escrito declara conteúdos buscando garantir a proteção dos sujeitos envolvidos na pesquisa, como a sua vontade de colaborar e a inteira liberdade para interromper a sua participação, sem nenhum constrangimento ou necessidade de explicação. No TCLE também constam informações ligadas ao projeto (tema, justificativa, objetivos, entre outras), de apresentação do pesquisador e do centro de pesquisa que avaliou o projeto, bem como esclarecimentos respectivos a forma de coleta de dados (Anexo 11).

Para o profissional participar da pesquisa, este deveria ter acompanhado previamente pacientes com TPB. Esses pacientes tanto poderiam se preservar em tratamento com o clínico, quanto já não estariam sendo atendidos no momento. De uma forma ou de outra, pediu-se ao colaborador que facilitasse a descrição de um paciente, de sua própria eleição, com o dito diagnóstico, através do preenchimento dos instrumentos antes citados. Para tanto, os colaboradores deveriam consultar os registros clínicos do paciente eleito durante a resolução do material.

Os profissionais realizaram a solução dos questionários, de forma individual e na presença da pesquisadora. A fim de evitar a fadiga do colaborador, sugeriu-se que cada instrumento fosse resolvido em dias diferentes, respeitando-se as preferências de data, horário e local indicados pelo mesmo. Cada instrumento, por separado, costumou levar entre 30 minutos a uma hora para ser respondido. Recordando que junto a Lista de Critérios também acompanharam algumas questões referentes a características do terapeuta (tais como especialidade e tempo de experiência, entre outros) e do paciente (tais como sexo, idade, estado civil, entre outros).

A presença da pesquisadora, neste primeiro momento, serviu para facilitar o esclarecimento quanto à forma ideal de solução do questionário e de alguma dúvida que surgisse. Através da aplicação do primeiro instrumento (Anexo 8), permitiu-se a confirmação do diagnóstico de TPB no paciente, de acordo com as diretrizes do DSM-IV. Apenas quatro dos sujeitos descritos pelos clínicos não cumpriram a todos os critérios necessários para o referido diagnóstico, não podendo ser incluídos na amostra.

Sempre quando recebida a confirmação diagnóstica para o TPB, o profissional poderia dar continuidade a descrição do caso através da SCID-I. Esta entrevista, com questões para marcar como presente ou ausente (Anexo 9 e 10) foi facilitada pela pesquisadora para esclarecimento de dúvidas e orientação dos itens os quais seria devido ater-se ao logo do processo.

Finalmente, em cada instrumento reservou-se um espaço para que os profissionais pudessem comprovar a participação, registrando suas assinaturas e números no Conselho Regional de Medicina (CRM) ou Conselho Regional de Psicologia (CRP).

6.4. Análise

Para análise dos dados, foi utilizada a versão 24.0 para Windows do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Por meio da aplicação do programa mencionado, foram realizados os seguintes testes: estatística descritiva (análise de frequência, escores médios e desvios-padrão), contrastes qui-quadrado para a comparação de grupos em variáveis categóricas, análise de variância para a comparação em variáveis contínuas, análise fatorial exploratória (análisis de componentes principais com rotação Varimax) para identificar agrupamentos de sintomas, e análise de Cluster (método de Ward) para descobrir que existem grupos homogêneos de indivíduos, dependendo de seus sintomas e comorbidades.



7. RESULTADOS

7.1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS PRELIMINARES

Antes da realização das principais análises, foram observadas algumas características sociodemográficas e clínicas preliminares que servem de apresentação da amostra. Posteriormente, também se verificou a associação entre estas características e a presença de vários sintomas e comorbidades. A seguir, a Tabela 7, contém as informações sociodemográficas coletadas.

Tabela 7. Características Sociodemográficas

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS		N	%	Média	Desvio Padrão	Ranque
Sexo						
	Homens	15	19			
	Mulheres	64	81			
Idade				30.7	11.8	13-62
Estado Civil						
	Solteiro	58	73.4			
	Casado	11	13.9			
	Separado	5	6.3			
	Viúvo	1	1.3			
	União Estável	4	5.1			
Nível de estudos						
	Sem estudos	2	2.5			
	Alfabetizado	1	1.3			
	Ensino Fundamental	16	20.3			
	Ensino Médio	22	27.8			
	Téc. Profissionalizante	2	2.5			
	Superior Incompleto	14	17.7			
	Superiores Completo	22	27.8			
Renda						
	Sem Renda	49	62			
	Até 1 salário mínimo	8	10.1			
	Até 4 salários mínimos	8	10.1			
	Superior a 4 salários	14	17.1			

Nota: Na tabela se apresentam porcentagens ou médias segundo o caráter das variáveis examinadas, categórico ou contínuo.

A tabela acima demonstra um ranque amplo de idade entre os participantes da amostra e a predominância do sexo feminino (81%), já sendo de antemão conhecida a incidência maior de mulheres entre os que recebem diagnóstico do TPB (APA, 2013; Holthausen e Habel, 2018). Além disso, a maioria preservou-se solteira (73,4%), tratando-se de uma condição possivelmente influenciada pela labilidade afetiva, intensidade e instabilidade nos relacionamentos, comuns ao transtorno da personalidade borderline. Por outro lado, apesar da

marcada propensão a instabilidade e das frequentes interrupções nos estudos, que muitas vezes acompanham estes casos, uma porcentagem significativa alcançou nível alto: 45,5% ingressaram em alguma faculdade e 27,8% chegaram a completar algum curso superior. Por outro lado, a maior parte dos pacientes mantiveram-se financeiramente dependentes, 62% não possui renda própria.

Somaram-se às variáveis demográficas, alguns dados clínicos preliminares relevantes para a caracterização da amostra foram coletados. A Tabela 8 apresenta alguns deles.

Tabela 8. Aspectos Clínicos Preliminares

VARIÁVEIS CLÍNICAS	N	%	Média	Desvio Padrão	Ranque
Número mínimo de internações			0.9	1.6	0-10
Número de atendimentos realizados pelo psicoterapeuta / sessões clínicas			70.5	109.9	3-816
Motivos principais que levaram a internação					
Ameaça ou Ideação Suicida	8	10			
Tentativa de Suicídio	6	7.5			
Autoagressão	5	6.2			
Depressão	5	6.1			
Sintomas Psicóticos	3	3.7			
Motivo principal de assistência psicológica					
Depressão	17	21.5			
Ideação suicida	9	11.3			
Tentativa de suicídio	8	10.1			
Autoagressividade	5	6.3			
Heteroagressividade	5	6.3			

Nota: Na tabela se apresentam porcentagens ou médias válidas segundo o caráter das variáveis examinadas, categórico ou contínuo.

A tabela acima demonstra um número médio de 0,9 internações psiquiátricas sofridas pelos pacientes. Este índice, no entanto, recebe influência da variabilidade entre o número de internações: o ranque mostrou-se entre 0 a 10 número mínimo de internações conhecidas pelos terapeutas. No entanto, apenas 35,8% da amostra utilizaram deste tipo de serviço, sendo que 13,4% passaram por apenas uma ou duas internações ao longo da vida. A maior parte, 64,2%, nunca passou por internação. Vale recordar, porém, que a amostra foi composta por sujeitos que faziam uso de serviços de tipo aberto de atendimento, apenas um paciente vinha sendo acompanhado em hospital psiquiátrico, devido à dependência de cocaína.

Procurou-se reconhecer junto aos profissionais a idade em que seu paciente havia sofrido a primeira internação psiquiátrica. Contudo, a grande maioria não soube precisar esta informação, por haver ocorrido bastante antes do tempo em que começou a acompanhar seu paciente. Condição, que sugere idades mais baixas para a primeira internação, embora que os poucos que souberam responder citaram idades entre 14 e 33 anos.

Também se calculou¹ o número aproximado de sessões em que os pacientes estiveram sendo acompanhados em terapia pelos profissionais colaboradores. A Tabela 8 apresenta um ranque bastante variado e uma média alta de número de sessões. Isto, porque parte dos sujeitos (38%) estiveram durante anos em terapia. E, mesmo quando havendo interrupções prolongadas no tratamento, contabilizou-se todos os períodos de atendimento realizados pelo profissional.

Além disso, os participantes foram orientados a descrever (através dos instrumentos utilizados) as informações sobre um paciente anônimo com TPB, o qual obtivessem mais informações. Esta instrução acabou colaborando para a eleição de casos clínicos acompanhados durante mais tempo. Ademais, através da análise de frequência observou-se que 64,3% da amostra completaram até 50 sessões, 20, 2% até somente 12 e 20% mais de 100 sessões.

Portanto, apesar da conhecida dificuldade de adesão ao tratamento percebida entre os pacientes com transtorno da personalidade borderline (Arenas, 2008), a amostra estudada retrata uma significativa parcela de pessoas com este diagnóstico com boa aderência à terapia e que poderiam corresponder ao subtipo de pacientes com TPB reconhecido Linehan (1993), ao qual refere como ‘anexado’ por aderirem bem ao tratamento. Por outro lado, o tempo prolongado de tratamento observado na maior parte da amostra também poderia servir como indicativo da cronicidade da desordem.

Posteriormente, neste trabalho, procurou-se verificar se haveria diferenças entre os pacientes com maior aderência a terapia e os demais, não encontrando-se diferenças significativas respectivo aos sintomas próprios do TPB e as relações de comorbidades diagnosticadas.

A Tabela 8 exhibe também os principais motivos que levaram os sujeitos a internação psiquiátrica. Os mais frequentes foram condutas ligadas ao suicídio, ameaças ou ideação (10% da amostra), em sequência, as tentativas de suicídios (7,5%), condutas autoagressivas (6,2%) e depressão (6,1%). Alguns terapeutas, que sinalizaram a depressão como causa de internação, relataram estados em que os pacientes se encontravam ‘entregues e sem vontade de viver’. Em seguida, sintomas psicóticos também foram citados entre as principais razões que levaram a hospitalização psiquiátrica (3,7%), alguns mencionaram ‘crises de estado de humor com o despontar de sintomas psicóticos’.

Importante ressaltar que as porcentagens postas na Tabela 8 representam os ‘pacientes internados pelos referidos motivos’. Isto, porque tais sintomas também aparecem entre os mais incidentes em meio aos sujeitos que não sofreram internação, constando em porcentagens muito mais amplas na totalidade da amostra.

Por último, o mesmo quadro expõe os principais motivos que levaram os pacientes a buscar assistência psicológica junto aos profissionais participantes da pesquisa. A depressão aparece como o principal (21,5%), alguns colaboradores descreveram estados depressivos com relato de alto nível de sofrimento e em que se apresentam ‘sem perspectiva de vida’. Ideação suicida (11,3%), tentativas de suicídio (10,1%) e autoagressividade (6,3%) também estão entre as principais razões de atendimento, ademais constando a heteroagressividade (6,3%). Estes fatores, além de representarem causas frequentes que levaram os pacientes a buscarem psicoterapia, também se revelaram como sintomas comuns à amostra.

7.2. COMORBIDADES LIGADAS AOS EIXOS I E II DO DSM-IV

Depois de observados alguns aspectos sociodemográficos e clínicos preliminares, verificou-se entre os pacientes diagnosticados com TPB a frequência com que se encontram outras desordens associadas. As Tabelas 9 e 10 expõem as porcentagens ligadas às desordens correspondentes aos Eixos I e II do DSM-IV.

¹ Calculou-se o número aproximado de sessões considerando-se o período completo de atendimento e o número de sessões normalmente realizadas por mês.

Tabela 9. Comorbidades ligadas ao Eixo I do DSM-IV

TRANSTORNOS MENTAIS	N	%
T. Bipolar I	25	31,6
T. Bipolar II	3	3,8
T. Depressivo Maior	43	54,4
T. Distímico	17	21,5
Esquizofrenia	2	2,5
T. Esquizofreniforme	1	1,3
T. Delirante	1	1,3
T. Psicótico Breve	3	3,8
Fobia específica	16	20,3
T. do pânico	8	10,1
T. Obsessivo-compulsivo	16	20,3
T. Estresse pós-traumático	13	16,5
T. ansiedade generalizada	24	30,4
T. de somatização	11	13,9
T. somatização indiferenciado	11	13,9
Hipocondria	7	8,9
T. dismórfico corporal	6	7,6
Bulimia nervosa	3	3,8
T. alimentar não especificado	10	12,7
Abuso do álcool	8	10,1
Dependência do álcool	7	8,9
Abuso de outras substâncias	5	6,3
Dependência de outras substâncias	12	15,2
TRANSTORNOS DO EIXO I AGRUPADOS SEGUNDO O DSM-IV		
T. DE HUMOR (T. de Animo)	70	88,6
T. PSICÓTICOS	7	8,9
T. DE ANSIEDADE	59	74,7
T. SOMATOFORMES	24	30,4
T. ALIMENTAR	13	16,4
T. SUBSTÂNCIAS	31	39,2

De acordo com o exposto na tabela anterior, os transtornos do estado de humor (espectro depressivo e bipolar) e os transtornos de ansiedade representam os mais comuns entre os pacientes, com pontuações de 88,6% e 74,7%, seguidos daqueles relacionados com o uso de substâncias (39,2%). E, de modo independente, o transtorno depressivo maior (54,4%), o transtorno bipolar I (31,6%) e o transtorno de ansiedade generalizada (30,4%) alcançaram maiores frequências.

Cabe sinalizar, que apesar de uma alta porcentagem da amostra (73,4%) apresentar sintomas psicóticos, apenas 8,9% receberam diagnóstico para algum transtorno psicótico, os demais sujeitos manifestaram tais sintomas associados a algum transtorno do humor. Os sintomas psicóticos mais presentes correspondem aos delírios, de tipos persecutório, referência e grandiosidade, e alucinações, auditivas e visuais. No entanto, exceto em três casos, os sintomas psicóticos exibiram caráter marcadamente transitório e secundário.

Com respeito as desordens decorrentes do uso de substâncias, além dos sujeitos diagnosticados com abuso ou dependência do álcool (19%) e com abuso ou dependência de outras substâncias (21,5%), mais 12,7% da amostra também declararam haver realizado o uso de drogas ilícitas. No topo das substâncias mais utilizadas e que causaram maiores problemas estão a cocaína e a maconha (consumidas respectivamente por 17,7% e 12,7% dos pacientes), em sequência estão as do grupo de Sedativos-Hipnóticos-Ansiolíticos (11,4%). Nestes casos, os pacientes realizaram o uso abusivo de medicações que servem para o controle da ansiedade,

estando o Diazepam e o Frontal entre as principais. Além destas, outras normalmente administradas para facilitar o sono e a Amitriptilina (antidepressivo, que pode ter efeito calmante).

Uma quantidade significativa da amostra apresentou desordens somatoformes (30.4%), 13,9% receberam o diagnóstico para o transtorno de somatização. Mas, uma porcentagem de igual tamanho também manifestou queixas físicas inexplicáveis, embora sem cumprir com o número de oito queixas físicas diferentes, correspondendo, portanto, ao transtorno de somatização indiferenciado (DSM-IV).

Por sua vez, entre os transtornos da conduta alimentar, sobressaíram-se os transtornos não especificados, reconhecidos em 12,7% da amostra, sendo o por compulsão (sem purga) o mais comum.

Adicionalmente, observou-se o número de desordens expressas pelos pacientes, constatando-se que uma porcentagem considerável sofre com três ou mais comorbidades associadas ao Eixo I (26,6%); entre 58,2% coexistiram duas e 15,2% reuniram os critérios para o diagnóstico de um transtorno entre os organizados na Tabela 3. Esta distribuição não mostrou diferenças significativas em função do gênero.

A seguir, a Tabela 10 contém as porcentagens com que outros TPs acompanharam a amostra.

Tabela 10. Comorbidades ligadas ao Eixo II do DSM-IV

TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE	N	%
T. Esquizoide	13	16.5
T. Esquizotípica	17	21.5
T. Paranoide	37	46.8
T. Histriônica	21	26.6
T. Narcisista	18	22.8
T. Antissocial	13	16.5
T. Esquiva	32	40.5
T. Dependente	18	22.8
T. Obsessivo-Compulsiva	4	5.1
TRANSTORNOS DO EIXO II AGRUPADOS SEGUNDO O DSM-IV		
	47	61.0
Cluster A (Excêntricos, estranhos)		
Cluster B (Dramáticos, emocionais)	38	48.1
Cluster C (Ansiosos, temerosos)	42	53.2

A referida tabela aponta altos índices de comorbidade dos pacientes com TPB, principalmente, com os transtornos paranoide (46,8%) e de esquiva (40,5%). Mas, também os outros TPs expressaram índices significativos: com exceção do transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva (5,1%), todos os demais apresentaram mais de 16% em meio ao grupo de pacientes estudado.

Com respeito ao número de TPs associados, verificou-se que 36,7% da amostra com TPB possuía comorbidade com três TPs; 31,6% coincidiram com dois e porcentagem semelhante com apenas outro TP, enquanto 10,1% não demonstrou critérios para outro transtorno da personalidade.

7.3. DETERMINAÇÃO DE PADRÕES ESPECÍFICOS DE COMORBIDADES

Em vista da alta incidência dos transtornos paranoide (46,8%) e de esquiva (40,5%) junto a amostra, verificou-se se os perfis com estas características da personalidade possuíam padrões específicos de coocorrência respectivo às desordens ligadas ao Eixo I do DSM-IV. Para tanto, separaram-se para comparação três grupos de sujeitos: o primeiro, com comorbidade com o TP paranoide, mas não com o de esquiva (n=23); o segundo, com coincidência com o TP de esquiva, mas não com o TP paranoide (n=18); por sua vez, o terceiro grupo apresentou comorbidade mista, isto é, com ambos os transtornos da personalidade mencionados (n=14). A constância dos transtornos que fazem parte do Eixo I verificadas em cada grupo estão expressas na tabela seguinte.

Tabela 11. Comorbidades do Eixo I nos subgrupos 'Paranoide', 'Esquiva' e 'Misto'

TRANSTORNOS MENTAIS	PARANOIDE	ESQUIVA	MISTO	χ^2 (p)
	N=23	N=18	N=14	
	%	%	%	
T. Bipolar I	39.1	22.2	42.9	1.85 (.36)
T. Bipolar II	0.0	11.1	7.1	2.52 (.28)
T. Depressivo maior	43.5	66.7	50	2.23 (.32)
T. Distímico	13.0	55.6	14.3	10.79 (.003)*
Esquizofrenia	4.3	0.0	7.1	1.20 (.54)
T. Esquizofreniforme	0.0	5.6	0.0	2.09 (.35)
T. Delirante	4.3	0.0	0.0	1.41 (.49)
T. Psicótico Breve	0.0	11.1	0.0	4.26 (.11)
Fobia específica	8.7	38.9	35.7	58.3 (.05)
T. do pânico	4.3	16.7	14.3	1.79 (.40)
T. Obsessivo-compulsivo	17.4	44.4	28.6	3.58 (.16)
T. Estres pós-traumático	17.4	27.8	28.6	.85 (.65)
T. ansiedade generalizada	34.8	33.3	7.1	3.84 (.14)
T. de somatização	13.0	11.1	14.3	.87 (.23)
T. somatização indiferenciado	17.4	5.9	7.1	1.35 (.55)
Hipocondria	8.7	5.9	14,3	.84 (.72)
T. Dismórfico Corporal	4.3	5.9	7.1	.62 (.99)
Bulimia nervosa	4.3	0.0	7.1	1.32 (.63)
T. alimentar não especificado	8.7	11.1	21.4	1.33 (.51)
Abuso do álcool	8.7	11.1	28.6	2.73 (.29)
Dependência do álcool	4.3	5.6	7.1	.13 (.92)
Abuso de outras substâncias	8.7	5.6	7.1	.13 (.92)
Dependência de substâncias	13.0	27.8	7.1	2.78 (.25)
TRANSTORNOS DO EIXO I AGRUPADOS SEGUNDO O DSM-IV				
T. DE HUMOR (T. de Animo)	87.0	100	92.9	2.54 (.28)
T. PSICÓTICOS	8.7	16.7	7.1	.94 (.62)
T. DE ANSIEDADE	78.3	100	71.4	8.12 (.01)*
T. SOMATOFORMES	42.9	28.6	28.6	.62 (.99)
T. ALIMENTAR	13.0	11.1	28.5	2.66 (.41)
T. COM SUBSTÂNCIAS	30.4	44.4	35.7	.86 (.65)

Os grupos Paranoide e Misto sugerem perfis menos marcados, enquanto o Esquiva sinaliza maior particularidade, respectivo as relações de comorbidades apresentadas.

A Tabela 11 indica que os três subgrupos, como na amostra geral, possuem maior predominância dos transtornos do estado de humor e de ansiedade. No entanto, identificou-se uma significativa predominância no subgrupo Esquiva do transtorno distímico (55,6%) e dos transtornos de ansiedade (100%), particularmente, da fobia específica (38,9%), em comparação com os demais grupos e com a amostra geral. Portanto, o subgrupo Esquiva desvendou-se um perfil com ainda maior intensidade de perturbações emocionais. Por outro lado, as tensões

emocionais denotam expressarem-se mais acentuadamente na forma de desordens somatoformes no grupo Paranoide.

Adicionalmente, pode-se observar que todos os 16 casos da amostra com diagnóstico para o transtorno obsessivo compulsivo estiveram divididos entre os três subgrupos e em maior concentração no Esquiva, embora que sem atingir diferenças estatísticas. Também, os transtornos psicóticos aparecem mais associados a este grupo, embora que este tipo de desordem apareça em número pequeno em toda a amostra, dificultando a identificação de tendências robustas.

As comorbidades dos grupos Paranoide, Esquiva e Misto com os outros TPs estarão expostas na Tabela 12, abaixo.

Tabela 12. TPs Comorbidos nos subgrupos 'Paranoide', 'Esquiva' e 'Misto'

TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE	PARANOIDE N=23 %	ESQUIVA N=18 %	MISTO N=14 %	χ^2 (p)
T. Esquizoide	4.5	16.7	42.9	8.71 (.01)*
T. Esquizotípica	30.4	22.2	35.7	.73 (.69)
T. Histriônica	43.5	16.7	7.1	7.14 (.02)*
T. Narcisista	34.8	11.1	28.6	3.07 (.21)
T. Antissocial	4.3	16.7	21.4	2.66 (.26)
T. Dependente	21.7	44.4	7.1	6.06 (.05)*
T. Obsessivo-compulsiva	4.3	0.0	21.4	5.86 (.05)
TRANSTORNOS DO EIXO II AGRUPADOS SEGUNDO O DSM-IV				
Cluster A (Excêntricos, estranhos)	34.8	27.8	49.9	4.09 (.08)
Cluster B (Dramáticos, emocionais)	47.8	27.8	42.9	5.79 (.05)
Cluster C (Ansiosos, temerosos)	21.7	44.4	28.6	5.18 (.06)

Nota: As porcentagens equivalentes aos TPs paranoide e esquiva não aparecem na tabela, uma vez que os mesmos representam os critérios para a formação dos subgrupos

Na referida tabela observa-se que o perfil paranoide revelou uma maior afinidade com o TP histriônica; o perfil esquiva apresentou maior nível de comorbidade com o TP dependente. O misto, por sua vez, demonstrou associação alta com o TP esquizoide, sugerindo também maior concentração do TP obsessivo-compulsiva.

Por sua vez, a análise dos TPs agrupados nos três Clusters, indica que o perfil paranoide possui maiores índices de comorbilidades com os Clusters B e A; o perfil esquiva com os transtornos ligados ao seu próprio Cluster (Cluster C); o perfil misto mais alta comorbidade com os Clusters A e B.

7.4. SUBTIPOS DE PACIENTES COM TPB

Procuramos melhor compreender a heterogeneidade do TPB, a partir dos padrões de afinidade entre os principais sintomas do TPB e suas relações de comorbidade, empregando de diferentes processos de análises.

Primeiramente, aplicou-se a análise de componentes principais (ACP) sobre os nove critérios de discriminação do TPB. Após reconhecidos os três principais fatores de associação, deu-se continuidade a exploração de subtipos mais homogêneos, observando-se as comorbidades (associadas a ambos os Eixos do DSM-IV) relacionadas as três agrupações de sujeitos.

Posteriormente, a fim de verificar se se apresentam grupos de pacientes com configurações específicas de sintomas e de comorbidades, também utilizamos de uma análise de Clusters (método de Ward e como medida de similaridade a distância Euclidiana quadrática), incluindo-se como variáveis os nove critérios que correspondem ao TPB e as comorbidades encontradas na amostra, ligadas a ambos os Eixos do DSM-IV.

7.4.1. Verificação de subtipos utilizando-se da ACP

A aplicação da ACP, com rotação Varimax, sobre os sintomas dos pacientes ligados aos nove critérios diagnósticos do transtorno (DSM-IV), resultou em três componentes, com um valor próprio superior a 1 e que explicam 49,42% da variância. A análise do gráfico de sedimentação também recomendou a retenção de três componentes, submetidos a rotação. Os resultados se apresentam na Tabela 13.

Tabela 13. Matriz fatorial sobre os critérios do TPB

CRITERIOS PARA O TPB (DSM-V)	Fator I	Fator II	Fator III
9. Ideação paranoide transitória/sintomas dissociativos relacionados ao estresse	.74	-.05	.10
6. Instabilidade afetiva	.60	.18	.40
8. Ira inapropriada e intensa	-.54	.24	.31
5. Comp. suicidas ou automutilantes	.47	.12	-.19
3. Perturbação da identidade	.14	.78	.05
7. Sentimentos crônicos de vazio	.27	.60	-.00
1. Esforços para evitar abandono	-.03	.58	.32
4. Impulsividade	.04	.03	.78
2. Relacionamentos instáveis	.23	.32	.48

A Tabela 13 mostra que o primeiro fator (alcançando 17,64% da variância após rotação) revela a combinação predominante da ‘ideação paranoide transitória (...)’ (critério 9), ‘instabilidade afetiva’ (critério 6) e ‘recorrência de comportamentos suicidas ou automutilantes’ (critério 5). Por outro lado, mostrou pontuação negativa com os critérios ‘ira inapropriada e intensa’ (critério 8). Este fator denota um padrão de reatividade intensa frente a situações de estresse (embora que não heteroagressiva) e que, portanto, referimos neste trabalho como: ‘Vulnerabilidade Intensa ao Estresse’.

O segundo, ‘Frágil na Identidade’ (representado 16,74% da variância explicada), ressalta a associação entre ‘perturbação da identidade’ (critério 3), ‘sentimentos crônicos de vazio’ e ‘esforços para evitar abandono’ (critério 1).

Por último, o fator ‘Desinibição do Comportamento’ (15,04% da variância explicada), definiu-se fundamentalmente por pontuações altas em ‘impulsividade’ (critério 4) e ‘relacionamentos instáveis’ (critério 2).

Em continuidade, com o propósito de identificar tipos de pacientes com predominância de um ou outro grupo de sintomas, selecionaram-se pacientes com alta pontuação em cada um dos fatores (pontuação Z maior ou superior a 0,5). Deste modo, 16 casos corresponderam ao subgrupo ‘Vulnerabilidade Intensa ao Estresse’, 33 a ‘Frágil na Identidade’ e 19 ao padrão ‘Desinibição do Comportamento’.² Em seguida, examinaram-se as relações de comorbidades presentes nestes três grupos (Tabela 14).

² Uma vez sendo agrupados a partir das pontuações equivalentes aos fatores, não representam grupos necessariamente excludentes. Ao verificar-se a sobreposição entre os grupos, identificaram-se seis casos que pertencem tanto ao primeiro quanto ao segundo. No entanto, não houve sobreposição entre os que pertencem a ‘Desinibição comportamental’. Contudo, por não se

Tabela 14. Comorbidades com o Eixo-I (DSM-IV) nos grupos ‘Vulnerabilidade ao Estresse’, ‘Frágil na Identidade’ e ‘Desinibição do Comportamento’.

TRANSTORNOS MENTAIS	VULNERAB. AO ESTRESSE	FRÁGIL NA IDENTIDADE	DESINIBIÇÃO COMPORT.
	N=16	N=33	N=19
	%	%	%
T. Bipolar I	18.8	33.3	26.3
T. Bipolar II	0.0	9.1	0.0
T. Depressivo maior	68.8	54.5	42.1
Distímia	31.3	21.2	26.3
Esquizofrenia	6.3	3.0	5.3
T. Esquizofreniforme	0.0	0.0	5.3
T. Delirante	0.0	0.0	0.0
T. Psicótico Breve	12.5	3.0	0.0
Fobia específica	12.5	24.2	26.3
T. do pânico	12.5	9.1	5.3
T. Obsessivo-compulsivo	31.3	21.2	15.8
T. Estresse pós-traumático	18.8	21.2	5.3
T. ansiedade generalizada	37.5	33.3	21.1
T. de somatização	6.3	21.2	5.3
T. de somatização indiferenciado	25.0	12.1	10.5
Hipocondria	6.3	12.1	5.3
T. dismórfico corporal	12.5	15.2	5.3
Bulimia Nervosa	0.0	6.1	5.3
T. alimentar não especificado	6.3	6.1	15.8
Abuso do álcool	6.3	15.2	26.3
Dependência álcool	6.3	6.1	21.1
Abuso de substâncias	6.3	9.1	9.1
Dependência de substâncias	6.3	6.1	42.1
TRANSTORNOS DO EIXO I AGRUPADOS SEGUNDO O DSM IV			
T. DE HUMOR (T. de Animo)	93.8	93.3	78.9
T. PSICÓTICOS	18.8	8.1	10.5
T. ANSIEDADE	87.5	81.8	68.4
T. SOMATOFORMES	37.5	36.4	15.8
T. ALIMENTAR	6.3	12.4	21.1
T. SUBSTÂNCIAS	18.8	27.6	68.4

Como exposto na Tabela 14, os transtornos do estado de humor e de ansiedade mostraram-se comuns aos três grupos, apresentando menores variações. Ainda assim, podem-se observar índices um pouco menores no subgrupo Desinibição do Comportamento, principalmente na apresentação do transtorno por estresse pós-traumático e depressivo maior. Também, para as desordens somatoformes, de forma geral.

O subtipo ‘Desinibição do Comportamento’, com predomínio dos critérios ‘impulsividade’ e ‘instabilidade nos relacionamentos’, apresentou outras diferenças importantes: frequências substancialmente superiores nos transtornos relacionados com substâncias (68.4%, enquanto nos demais grupos constaram 18.8% e 27.6%, respectivamente) e, sobretudo, nos estados mais graves, de dependência. Também indicou porcentagem um pouco maior de casos com transtorno da conduta alimentar, sendo a ‘compulsão sem purga’ a forma mais comum percebida na amostra.

Por sua vez, o primeiro e segundo subtipos mostraram padrões de comorbidades mais semelhantes, ligadas ao Eixo-I do DSM-IV. Contudo, também se pode observar maior

apresentarem como grupos excludentes, tornou-se impossibilitada alguma prova de contraste, como a de tipo qui-quadrado, por exemplo.

concentração das desordens de tipo bipolar no grupo ‘Frágil na Identidade’, enquanto o grupo ‘Vulnerabilidade ao Estresse’ conteve maior concentração do transtorno psicótico breve, também um pouco mais dos transtornos depressivo maior, distímico e obsessivo-compulsivo.

Em continuidade comparamos os três grupos de sujeitos, segundo as comorbidades com as desordens da personalidade (Tabela 15).

Tabela 15. Comorbidades com o Eixo II (DSM-IV) nos grupos ‘Vulnerabilidade ao Estresse’, ‘Frágil na Identidade’ e ‘Desinibição do Comportamento’.

TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE	VULNERAB. AO ESTRESSE N=16	FRÁGIL NA IDENTIDADE N=33	DESINIBIÇÃO DO COMPORT. N=19
	%	%	%
T. Esquizoide	18.8	18.2	10.5
T. Esquizotípica	25.0	24.0	21.1
T. Paranoide	56.3	54.5	31.5
T. Histriônica	25.0	30.3	18.5
T. Narcisista	12.5	21.2	15.8
T. Antissocial	6.3	15.2	21.1
T. Dependente	18.8	36.4	5.3
T. Esquiva	37.5	42.4	42.1
T. Obsessivo-compulsiva	0.0	3.0	10.5
TRANSTORNOS DO EIXO II AGRUPADOS SEGUNDO O DSM-IV			
Cluster A (Excêntricos, estranhos)	75.0	69.7	31.6
Cluster B (Dramáticos, emocionais)	37.5	48.5	36.8
Cluster C (Ansiosos, temerosos)	43.8	60.6	42.1

Como figura na Tabela 15, os grupos acima preservaram padrões de comorbidades semelhantes aos descritos na amostra total, os TPs paranoide e de esquiva, por exemplos, mantiveram-se como os mais presentes nos três agrupamentos. No entanto, estes também demonstraram distribuições de comorbidades distintas. O ‘Desinibição Comportamental’ revelou menor índice de transtornos que tendem a excentricidade e introversão (Cluster A) e, além disso, distinguiu-se dos demais pela menor prevalência do TP paranoide. O ‘Perturbação da Identidade’ diferenciou-se principalmente pela maior concentração do TP dependente, enquanto o ‘Vulnerabilidade ao Estresse’ indicou menor pontuação para o antissocial.

7.4.2. Verificação de subtipos através da Análise de Cluster

Em um segundo momento, procurou-se reconhecer subtipos de pacientes com TPB mais homogêneos através da análise de Cluster. Para tanto, incluíram-se como variáveis os nove critérios que servem para o reconhecimento do TPB, bem como comorbidades ligadas aos eixos I e II do DSM-IV, alcançando um total de 39 variáveis.

Contudo, mesmo com a variedade dos caracteres observados para a verificação de subtipos do TPB, as agrupações encontradas indicaram poucas diferenças significativas – havendo sido empregado os testes qui-quadrado ou o exato de Fisher (quando as condições para aplicação do qui-quadrado não foram encontradas) para a comparação das variáveis entre os grupos. A seguir, as Tabelas 16, 17 e 18 apresentam os conteúdos relativos aos três subgrupos formados.

Tabela 16. Subtipos entre os pacientes com TPB a partir da análise de Cluster

CRITÉRIOS DO TPB (DSM-IV)	IMPULSIVO N=40	NUCLEAR N=27	COM	χ^2 (p)
			FRAGILIDADE NA IDENTIDADE N=12	
	%	%	%	
1. Esforços para Evitar Abandono	70	77.8	83.3	1.07 (.58)
2. Relacionamentos Instáveis	85.0	85.2	83.3	.21 (1.00)
3. Perturbação da Identidade	82.5	70.4	91.7	2.71 (.26)
4. Impulsividade	85.0	77.8	66.7	2.02 (.36)
5. Comp. Suicidas ou Automutilante	72.5	74.1	83.3	.58 (.75)
6. Instabilidade Afetiva	97.5	92.6	100	1.30 (.73)
7. Sentimentos Crônicos de Vazio	87.5	92.6	83.3	1.02 (.63)
8. Ira Inapropriada e Intensa	92.5	88.9	100	1.06 (.63)
9. Ideação Paranoide Transitória	65.0	63.0	66.7	.06 (.97)

Como se observa na tabela acima não houve diferenças significativas na distribuição dos critérios próprios do TPB entre os três grupos. A alta incidência dos nove critérios em meio a amostra, praticamente, já previa estes resultados. Assim, pode-se notar apenas discretas diferenças não significativas na apresentação dos critérios. O primeiro grupo tem comparativamente maior presença do critério Impulsividade, portanto, referido como subtipo 'Impulsivo'. O segundo grupo intitulado como 'Nuclear', apresenta uma discretamente maior para o critério 'sentimentos crônicos de vazio'. Por sua vez, o terceiro grupo designado como 'Com fragilidade na Identidade', conteve maior índice para o critério 'perturbação da identidade'.

A seguir, a Tabela 17 contém as frequências das comorbidades ligadas ao Eixo I do DSM-IV correspondentes a cada grupo.

Tabela 17. Comorbidades com o Eixo I (DSM-IV)

TRANSTORNOS MENTAIS	IMPULSIVO N=40	NUCLEAR N=27	COM	χ^2 /EF (p)
			FRAGILIDADE NA IDENTIDADE N=12	
	%	%	%	
T. Bipolar I	32.5	18.5	66.6	8.73 (.01)*
T. Bipolar II	2.5	0.0	16.7	4.64 (.06)
T. Depressivo maior	55.0	59.3	41.7	2.35 (.30)
T. Distímico	20.0	18.5	33.3	.94 (.62)
Esquizofrenia	2.5	0.0	8.3	2.35 (.39)
T. Esquizofreniforme	2.5	0.0	0.0	1.35 (>0.99)
T. Delirante	2.5	0.0	0.0	1.35 (>0.99)
T. Psicótico Breve	5.0	3.7	0.0	.49 (>0.99)
Fobia Específica	20.0	18.5	25.0	.22 (.90)
T. do pânico	7.5	14.8	8.3	1.08 (.69)
T. Obsessivo-compulsivo	12.5	25.9	33.3	3.30 (.19)
T. Estres pós-traumático	15.0	18.5	16.7	.31 (.92)
T. Ansiedade generalizada	25.0	37.0	33.3	1.16 (.56)

TRANSTORNOS MENTAIS	IMPULSIVO	NUCLEAR	COM	$\chi^2/EF (p)$
	N=40	N=27	FRAGILIDADE NA IDENTIDADE N=12	
	%	%	%	
T. de Somatização	7.5	14.8	33.3	4.78 (.06)
T. de Somatização indiferenciado	17.5	7.4	16.7	1.55 (.55)
Hipocondria	10.0	3.7	16.7	1.32 (.60)
T. dismórfico corporal	7.5	3.7	16.7	2.06 (.29)
Bulimia nervosa	5.0	0.0	8.3	2.11 (.26)
T. alimentar não especificado	2.5	33.3	0.0	13.52 (.001)*
Abuso do álcool	15.0	3.7	8.3	2.10 (.35)
Dependência do álcool	7.5	11.1	0.0	1.89 (.63)
Abuso de outras substâncias	5.0	7.4	8.3	.73 (.85)
Dependência de substâncias	17.5	11.1	16.7	.47 (.82)
TRANSTORNOS DO EIXO I AGRUPADOS SEGUNDO O DSM-IV				
T. DE HUMOR (T. de Animo)	85.0	81.5	100	2.21 (.30)
T. PSICÓTICOS	12.5	3.7	8.3	1.48 (.50)
T. DE ANSIEDADE	62.5	81.5	83.3	2.96 (.23)
T. SOMATOFORMES	25.0	25.9	58.3	5.23 (0.07)
T. ALIMENTAR	7.5	33.3	8.3	7.52 (.02)*
T. SUBSTÂNCIAS	45.0	29.6	33.3	2.10 (.35)

Com base no exposto, pode-se reconhecer uma maior concentração do transtorno bipolar I no grupo Com fragilidade na Identidade. O transtorno bipolar do tipo II também ocorre com mais frequência neste grupo. Além disso, obteve maior concentração significativa para o transtorno de somatização indiferenciado e para os somatoformes de forma ampla. Por sua vez, o grupo mencionado Com Nuclear destacou a maior presença do transtorno da conduta alimentar não especificado, predominando na amostra o transtorno por compulsão (sem purga) - desordem caracterizada por compulsão alimentar recorrente na ausência dos comportamentos compensatórios inadequados típicos da bulimia nervosa. Logo, o grupo Impulsivo sugeriu uma maior tendência ao abuso do álcool e menor para o transtorno obsessivo-compulsivo.

Ademais, conforme expresso na Tabela 18, observou-se diferença significativa na distribuição do TP Esquizotípica, com maior concentração no grupo Com fragilidade na Identidade, que também conteve maior incidência do TP esquiva, embora sem atingir valor considerado significativo. Por outro lado, o grupo Impulsivo obteve os menores índices para estas desordens. Por sua vez, o subgrupo referido Com Nuclear sinalizou menor associação com o TP antissocial.

Tabela 18. Comorbidades com o Eixo II (DSM-IV)

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE	IMPULSIVO	NUCLEAR	COM FRAGILIDADE NA IDENTIDADE	$\chi^2 (p)$
	N=40	N=27	NA IDENTIDADE N=12	
	%	%	%	
T. Esquizoide	15.0	11.1	33.3	2.91 (.23)
T. Esquizotípica	12.5	22.2	50.0	7.70 (.02)*
T. Paranoide	42.5	55.6	41.7	.95 (.62)
T. Histriônica	30.0	22.2	25.0	.59 (.77)
T. Narcisista	20.0	22.2	33.3	.94 (.62)
T. Antissocial	20.0	7.4	25.0	2.79 (.27)
T. Dependente	25.0	14.8	33.3	1.85 (.40)

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE	IMPULSIVO N=40	NUCLEAR N=27	COM FRAGILIDADE NA IDENTIDADE N=12	χ^2 (p)
	%	%	%	
T. Esquiva	32.5	40.7	66.7	4.47 (.11)
T. Obsessivo-compulsiva	2.5	7.4	8.3	1.67 (.47)
TRANSTORNOS DO EIXO I AGRUPADOS SEGUNDO O DSM-IV				
Cluster A (Excêntricos, estranhos)	52.5	55.6	75.0	1.94 (.40)
Cluster B (Dramáticos, emocionais)	50.0	44.4	50.0	.220 (.90)
Cluster C (Ansiosos, temerosos)	50.0	51.9	66.7	1.05 (.59)

7.5. RELAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS, VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E REGISTROS ASSISTENCIAIS.

Analisou-se a relação entre as características diagnósticas (sintomatologia própria do TPB), comorbidades relacionadas aos Eixos I e II, padrões específicos de comorbidades e subtipos do TPB, com as variáveis sociométricas (com especial atenção ao gênero e idade) e com os registros assistenciais (idade da primeira internação, número de sessões, de internamentos, motivos dos ingressos psiquiátricos e queixas atuais na assistência clínica). Para tanto, empregando-se das análises qui-quadrado ou de variância, de acordo com a natureza categórica ou contínua das variáveis empregadas.

Ao verificar-se a relação entre as características específicas do TPB (os nove critérios diagnósticos) e as variáveis sociométricas, encontramos valores significativos associados ao ‘nível de renda’ ($\chi^2=9.58$; $p<.05$). Os pacientes que não apresentaram renda própria mostraram maior frequência de ‘ideação paranoide transitória ou sintomas dissociativos’.

Não encontramos diferenças significativas quando relacionamos os dados sociométricos e os transtornos ligados ao Eixo I. Contudo, observamos que os diagnosticados com TP obsessivo-compulsiva tendiam a ‘níveis de renda mais altos’ ($p<.05$) e que entre os com estado civil ‘separado’, 60% apresentaram o TP Narcisista ($p=.06$).

7.5.1. Perfis associados à faixa etária e sexo

A fim de observar as possíveis diferenças na manifestação do TPB associadas à idade, utilizamos de comparação entre os quartis 1 (de 13 a 23 anos) e o quartil 4 (de 38 a 62). Os subgrupos derivados dos quartis apresentaram perfis semelhantes não se encontrando diferenças importantes relacionadas aos aspectos sociodemográficos ou diagnósticos ligados aos Eixos I e II. Porém, algumas significativas na apresentação de critérios considerados próprios da desordem: a ‘perturbação na identidade’ ($\chi^2 = 5.15$, $p<.05$) e a ‘impulsividade’ ($\chi^2 = 3.88$, $p<.05$) estiveram mais presentes entre os mais jovens, enquanto a ‘ideação paranoide ou sintomas dissociativos’ mais frequente no segundo quartil ($\chi^2 = 5.03$, $p<.05$).

Logo, devido a predominância de mulheres na amostra, as diferenças associadas a idade também foram examinadas particularmente entre as mulheres, verificando-se resultados semelhantes aos supracitados - a comparação realizada sobre a amostra total. Mais uma vez encontraram-se diferenças significativas frente aos critérios ‘perturbação da identidade’ ($\chi^2 = 5.37$, $p<.05$) e ‘impulsividade’ ($\chi^2 = 3.66$, $p<.05$), mais comuns entre os mais jovens, enquanto ‘ideação paranoide ou sintomas dissociativos’ permaneceu mais comum entre os com mais idade ($\chi^2 = 4.36$, $p<.05$). Contudo, na comparação realizada entre os quartis de idade no grupo

inteiramente feminino, os resultados também sugeriram uma maior frequência diagnóstica do TP antissocial no quartil mais jovem ($\chi^2 = 3.47$; $p = .06$).

Respectivo as variações relacionadas ao sexo, as mulheres apresentaram uma frequência maior do critério que refere a ‘instabilidade nos relacionamentos’ ($p < .05$). Além disso, observaram-se algumas diferenças na manifestação de comorbidades que fazem parte do Eixo-I, estando os transtornos do humor mais presentes entre as mulheres ($\chi^2 = 8.83$, $p < .001$) e os ligados ao uso de substâncias, entre os pacientes do sexo masculino ($\chi^2 = 5.84$, $p < .01$). Por sua vez, respectivo aos transtornos de personalidade, não se evidenciaram mudanças significativas, embora que observada uma frequência do TP Antissocial um pouco maior entre os homens, 33,3%, enquanto as mulheres corresponderam a 12,5% ($p = .05$). Além disso, a ‘heteroagressividade’ apareceu como o principal motivo que levou os homens a internação (33,3%), enquanto entre as mulheres seriam a ‘depressão’ (30,4%), tentativas (19,5%) e ameaças de suicídio (15,2%).

7.5.2. Variáveis sociodemográficas e registros assistenciais entre os subtipos

Por último, observou-se a distribuição das variáveis sociodemográficas e registros assistenciais entre os subgrupos diferenciados segundo as principais relações de comorbidade com os TPs (Paranoide, Esquiva e Misto), bem como entre os subtipos derivados das análises de componentes principais (Vulnerabilidade ao Estresse, Frágil na Identidade e Desinibição) e de Cluster (Impulsivo, Nuclear e Com Fragilidade na Identidade).

Em meio aos grupos separados em função da(s) comorbidade(s) com os TP paranoide e/ou TP Esquiva, verificou-se que o subtipo Paranoide apresentou níveis mais altos de renda, enquanto os de Esquiva indicaram os menores níveis de aquisição ($F_{(2,52)} = 4.62$, $p < .01$). Também, o Misto diferenciou-se dos demais pela expressão da ‘heteroagressividade’ entre os motivos que levaram à terapia (35,7% dos casos), enquanto os outros dois não apresentaram este sintoma. Nestes grupos, como na amostra total, a depressão, as condutas ligadas ao suicídio e a autoagressividade aparecem como as queixas principais.

Por sua vez, entre os subtipos formados em função da predominância dos sintomas próprios do TPB, pode-se observar diferenças significativas associadas ao sexo e idade. O subtipo Desinibição do Comportamento concentrou a mais alta proporção de sujeitos do sexo masculino (47,4%; $\chi^2 = 13.10$, $p < .01$). Por outro lado, no Vulnerabilidade ao Estresse observou-se a mais alta média de idade: 39,50, frente a 28,03, correspondente ao restante dos casos ($F_{(1,77)} = 15.10$, $p < .001$). Logo, com respeito aos registros assistenciais, puderam-se reconhecer algumas peculiaridades entre os ‘motivos’ de tratamento. O subtipo Frágil na Identidade concentrou os casos que buscaram ajuda por dificuldades nos relacionamentos interpessoais (12,2%), enquanto o Desinibição do Comportamento reuniu aqueles que indicaram problemas ligados ao consumo de substância (15,8%).

Por último, entre as agrupações derivadas da análise de Cluster, encontraram-se diferenças importantes relacionadas às ‘queixas principais’ apresentadas no início do processo terapêutico. Os problemas associados ao ‘humor’ e a ‘autoagressividade’ mostraram-se significativamente mais presentes no grupo Com Fragilidade na Identidade ($\chi^2 = 5.71$, $p < .05$; $\chi^2 = 5.63$, $p < .05$). Também chamou a atenção a maior porcentagem neste grupo com relato de ‘ideação suicidada’, 33,3%, enquanto os tipos Impulsivo e Nuclear, respectivamente, concentraram 7,5% e 7,4% de sujeitos com esta queixa ($\chi^2 = 13.10$, $p = .056$).

8. DISCUSSÃO

Na atualidade, ainda se conservam questionamentos acerca da natureza do transtorno da personalidade borderline (Sharp et al., 2015). A grande variedade de sintomas que pode vincular-se aos seus critérios de identificação e a elevada comorbidade que muitas vezes o acompanha compõem a sua heterogeneidade, colaborando com os ditos questionamentos e, pelo menos em parte, com as dificuldades diagnósticas e de tratamento (Ferrer et al., 2010; Mullins-Sweatt et al., 2012; Nesci, 2009).

Em vista do exposto, que além de observar a evolução do ‘construto TPB’ ao longo da história, o presente estudo propôs-se a seguir examinando a expressão clínica do TPB, suas principais relações de comorbidade e a apresentação de possíveis subtipos (agrupações mais homogêneas) da desordem.

8.1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS PRELIMINARES

A presente tese contou com a colaboração de uma amostra inteiramente diagnóstica com TPB, segundo a observação dos terapeutas e a classificação do DSM-IV para este transtorno da personalidade.

Em vista da dificuldade³ para captar um amplo número de casos clínicos com TPB, que se optou pela inclusão de adultos e adolescentes, resultando em uma amostra com amplo ranque de idade (13 a 62 anos). Assim, proporcionando um retrato que, embora menos específico (incluindo diferentes faixas etárias), deva assemelhar-se ao que geralmente se encontra na prática clínica dedicada ao tratamento dos transtornos mentais.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, a partir da sua quarta edição, o diagnóstico do TPB para adolescentes pode ser realizado desde que os traços mal adaptativos apareçam de modo persistente e generalizado, improváveis de se limitarem a um estágio específico do desenvolvimento ou a manifestação de outro tipo de transtorno mental. Também, para que o diagnóstico possa ser realizado entre indivíduos com menos de 18 anos, os traços mal adaptativos deverão estar presentes por no mínimo um ano. Além disso, apesar do redobrado cuidado que se deve ter ao concluir um diagnóstico de TPB em adolescentes (fase de transição para idade adulta, em que padrões de conduta tendem a ser modificados), a incidência do transtorno ainda nesta faixa etária parece bastante considerável: dados de pesquisa apontam para 11% em clínicas ambulatoriais e 78% entre adolescentes suicidas que recebem atendimento de urgência psiquiátrica (Cailhol et al., 2015; Guilé et al, 2018).

No presente estudo, ao compararem-se os quartis com sujeitos mais jovens (13-23) e com maior faixa etária (38-62) - em acorde com pesquisas anteriores que compararam adultos e adolescentes com TPB (Becker et al., 2006) - os padrões de sintomas demonstraram-se

³ Esta dificuldade parece advir não de uma prevalência baixa do TPB, apesar dos frequentes problemas para aderência ao tratamento entre os sujeitos com estas características. Mas, de problemas que subsistem para o próprio desvelamento do transtorno, que, muitas vezes, tende a ser infradiagnosticado (Paris, 2009). Deste modo, vários casos não chegam a ter o TP reconhecido, mas apenas as principais comorbidades que o acompanham (como o transtorno depressivo ou pelo uso de substâncias, por exemplos). Além disso, parte dos profissionais de psicologia não mantém a prática diagnóstica para os TPs, alguns, buscando evitar os malefícios provenientes do ‘estigma’.

semelhantes. Isto, apesar de haver-se encontrado algumas diferenças, especificadas mais adiante no texto.

Com respeito a outros aspectos sociodemográficos preliminares da amostra em geral, 81% dos participantes representaram mulheres, prevalência feminina conhecida (Ellison et al., 2018; Guile et al., 2018; Skodol & Bender, 2003). A maioria (73,4%) manteve estado civil ‘solteiro’, possivelmente influenciado por aspectos comuns do transtorno, como a intensidade e instabilidade nos relacionamentos, e a labilidade afetiva, entre outros. Mas, apesar da marcada propensão a instabilidade e das frequentes interrupções nos estudos, que muitas vezes acompanham estes casos, uma porcentagem significativa da amostra alcançou nível alto de estudo. Por outro lado, mais da metade dos pacientes (62%) mantem-se financeiramente dependente, não apresentando renda; condição, provavelmente influenciada pela cronicidade do transtorno (Gross et al., 2002; Keuroghlian & Zanarini, 2015).

Outras variáveis clínicas foram previamente observadas, checou-se a necessidade de internação psiquiátrica (o número ao longo da vida), os principais motivos que levaram a internação ou a busca de outros serviços de assistência psicológica.

Vale salientar que com exceção de um caso, em internação psiquiátrica devido à dependência de cocaína, os demais vinham sendo atendidos em consultórios particulares (55%) ou em outras instituições de regime aberto (43,75%). Ainda assim, mais de um terço da amostra, em algum momento da vida, precisaram de internação por motivo psiquiátrico, principalmente devido a episódios graves de falta de controle afetivo e impulsividade. Por outro lado, a maior parte dos pacientes (64,2%) nunca precisou de internação por motivo psiquiátrico. Além disso, a grande maioria dos profissionais não soube informar a idade da primeira internação, por haver ocorrido muito antes de iniciarem o tratamento com os pacientes da amostra. Aspecto, que pode sugerir uma tendência de que as primeiras internações ocorram em faixas etárias mais jovens. Mas, os poucos profissionais que souberam responder indicaram idades entre os 14-33 anos.

Os motivos que levaram a internação tratam-se, respectivamente, dos seguintes: ameaça ou ideação suicida (10% da amostra total sofreram internamento por esta razão), tentativa de suicídio (7,5%), condutas autoagressivas (6,25%), quadros críticos de depressão (6,25%) ou sintomas psicóticos (3,75%). Portanto, os principais representam ameaça a própria vida dos pacientes. Entre os internados por depressão, alguns terapeutas relataram a demonstração de altos níveis de sofrimento ou de estados em que o paciente se encontrava ‘entregue e sem vontade de viver’. Em menor proporção, alguns ingressaram devido à apresentação de sintomas psicóticos, normalmente acompanhados por crises do estado de humor.

Quanto aos motivos que levaram à busca de psicoterapia junto aos profissionais participantes, destacaram-se a depressão (21,51%), ideação suicida (11,31%), tentativa de suicídio (10,12%), autoagressividade (6,32%) e também a heteroagressividade (6,32%). Além desses, sucederam as dificuldades interpessoais, sintomas ligados à depressão ou a ansiedade, problemas decorrentes do uso de drogas, entre outros.

Os dados acima concordam com Zanarini (2009) que reconhece a ideação suicida recorrente entre os principais motivos que levam aos sujeitos com TPB a buscarem tratamento, destacando também as condutas autoagressivas como cooperadoras dos altos índices de utilização dos serviços de saúde mental. Além disso, os motivos de internação e tratamento sinalados representam características muito frequentes na amostra geral, mesmo entre os que nunca obtiveram internação por motivo psiquiátrico ou que apontaram outras razões para o tratamento.

Os resultados alcançados, lamentavelmente, confirmam a alta prevalência de tentativas de suicídio e de autolesão associada aos pacientes com TPB (Abdul-Hamid et al., 2014; Dubovsky & Kiefer, 2014; Lawn & McMahon, 2015). Segundo Aguilar e Esteban (2005) apenas 15% das pessoas com este diagnóstico nunca tentaram suicídio. A taxa de consumação, 50 vezes superior a estimada para a população em geral (Leichsenring et al., 2011), também rubrica a gravidade

do transtorno, os altos níveis de sofrimentos vivenciados por estes pacientes, a necessidade da atenção psicoterapêutica adequada para estes casos, da orientação de suporte e preventiva em meio aos processos terapêuticos, visando minorar o sofrimento e diminuir os riscos de suicídio.

Além das condutas ligadas ao suicídio, na prática clínica em geral com frequência também se observaram comportamentos autoagressivos entre sujeitos com TPB (Gratz et al., 2014; Marques et al., 2017). Segundo APA (2013), estes muitas vezes aparecem diante de ameaças percebidas de separação ou rejeição, também frente a expectativas de assumir novas responsabilidades. Na presente pesquisa 75% da amostra cumpriram com o critério “recorrência de comportamentos, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante”.

Todos os critérios próprios do TPB demonstraram alta incidência em meio a amostra, inclusive o que refere aos ‘sentimentos crônicos de vazio’, que embora com capacidade discriminatória questionada em estudos anteriores (Clifton & Pilkonis, 2007; Grilo et al., 2001; Johansen et al., 2004), esteve presente em 88% dos casos. Portanto, a conhecida manifestação de instabilidade afetiva, na identidade e relacionamentos, esperada entre os que sofrem com o transtorno, esteve evidente (Barrachina et al., 2011; Esterberg, et al., 2010), destacando-se como o mais frequente o critério ‘instabilidade afetiva’ (95%), enquanto ‘Ideação paranoide transitória’ obteve menor incidência, constando em 63,8% dos casos.

Por último, outro aspecto que se pode ressaltar, trata-se do número alto de sessões de tratamento realizados pelos pacientes (uma média de 70,5 sessões, apesar do também alto desvio padrão, 109,9). Deste modo, os resultados revelam que apesar da conhecida dificuldade de adesão ao tratamento percebida entre os casos com TPB (Arenas, 2008), a amostra estudada apresentou uma significativa parcela de sujeitos que correspondem ao subtipo do TPB mencionado por Linehan (1993) como ‘anexado’, por indicarem boa adesão à terapia. A orientação dada aos profissionais, para que selecionassem um caso clínico com este diagnóstico o qual conservassem mais informações em suas memórias, pode haver contribuído para a eleição de pacientes com mais tempo de acompanhamento. Por outro lado, este tempo prologando também poderia ser influenciado pela própria cronicidade da desordem que apresentam.

8.2. COMORBIDADES LIGADAS AOS EIXOS I DO DSM-IV

O TPB apresenta-se como desordem propícia a receber três ou mais diagnósticos para os transtornos do Eixo I, estando os transtornos do humor entre os mais presentes (Koenigsberg et al., 1999; Magill, 2004; Smits et al., 2017). Pesquisas também indicam maior número de comorbidades relacionadas aos pacientes com TPB, quando comparados aos com outros transtornos de personalidade (Zanarini, Frankenburg & Parachini, 2004). Diferentes estudos apontam para altas porcentagens de desordens relacionadas ao Eixo I entre pacientes com TPB, evidenciando-se pequenas oscilações que variam entre 80% (Smits et al., 2017) e 97%-98% (Lewis et al., 2012; Zimmerman & Mattia, 1999). No presente estudo, encontramos que a totalidade da amostra apresentou comorbidade para ao menos uma desordem e 26.6% para três ou mais transtornos ligados ao Eixo I (DSM-IV).

Vale ressaltar, que durante a coleta das informações empíricas, os psicoterapeutas foram orientados a responder as questões que serviam para a avaliação destes tipos de desordens, aproveitando-se dos elementos apreendidos sobre o paciente durante todo o período de tratamento e considerando não somente o estado atual do paciente anônimo, mas também os antecedentes. Isto significa, por exemplo, que havendo sido de conhecimento que o sujeito cumpriu com os sintomas para o transtorno depressivo maior, este conteúdo foi incluído na pesquisa para a avaliação das comorbidades, mesmo quando adquirido melhora ou remissão de sintomas. Aspecto, que pode haver contribuído para um registro ainda maior de comorbidades associadas ao Eixo-I entre os casos com TPB, mas que colabora para uma visão mais ampla das comorbidades manifestas.

Respectivo aos principais tipos presentes na amostra, os resultados apontaram para a incidência predominante das desordens afetivas, comorbidades comuns entre casos com TPB (Sauer-Zavala, et al., 2016). No presente estudo, 88,6% cumpriram diagnóstico para ao menos um transtorno do estado de humor, mostrando-se mais frequente o depressivo maior: 54,4% demonstraram pelo menos um episódio de TDM sem nunca ter apresentando um maníaco ou hipomaníaco. Entre os registrados com transtorno bipolar, a presença de episódios de mania combinados a episódios de depressão maior mostrou-se mais frequente que os casos de hipomania com depressão associada. Além disso, apesar de normalmente compreender-se o transtorno distímico como um quadro depressivo crônico e menos acentuado, na amostra, normalmente esteve acompanhado de ao menos um episódio mais intenso de depressão maior – boa parte equivalendo ao diagnóstico atual de Transtorno Depressivo Persistente, com episódios intermitentes de depressão maior (DSM-5), demonstrando uma tendência conhecida a recorrência dos episódios depressivos (Perry, et al., 1992). No total, 87,3% dos sujeitos, em algum momento de suas vidas, completaram diagnóstico para o transtorno depressivo maior. Com exceção de um paciente, todos os que manifestaram algum transtorno do estado de humor sofreram pelo menos um episódio depressivo maior ao longo da vida.

Além dos transtornos de humor, sobressaíram-se os de ansiedade (74,7%) e, especialmente, o ‘transtorno de ansiedade generalizada’ (30,4%). A alta incidência dos transtornos classificados entre os de ansiedade segundo o DSM-IV em meio a pacientes com TPB concorda com as pesquisas anteriores (Zanarini et al., 2014). E, também, aponta para a adequação do destaque sobre o aspecto ‘ansiedade’ no modelo proposto para o TPB, no Eixo III do DSM-5. Isto, porque o DSM-IV expressa sutil referência a ansiedade em meio ao critério ‘instabilidade emocional’, enquanto na nova proposta a ‘ansiedade’ aparece citada de modo independente entre os traços considerados próprios da desordem.

Depois dos transtornos afetivos, os relacionados com o uso de substâncias demonstraram maior frequência, constando entre 39,2% dos sujeitos. Estes resultados mostraram-se coerentes com a literatura científica, uma vez que a prevalência decrescente destas desordens, de humor, ansiedade e substâncias, apresenta certo consenso (Smits et al., 2017; Zanarini et al., 2004a; Zanarini et al., 1998). Entre as desordens relacionadas ao uso de substâncias, apresentou-se maior incidência dos quadros mais graves, de dependência de substâncias não-álcool, constando em 15,2% dos pacientes. Estes resultados concordam com Dom e Moggi (2015) que também verificaram a predominância dos quadros mais graves de dependência, em meio aos sujeitos com transtorno pelo uso de substâncias e de personalidade borderline.

Também, verificamos que a cocaína apareceu no topo das substâncias não-álcool mais utilizadas e/ou causadoras de maiores problemas - droga que predispõe mais rapidamente a estados de dependência, em comparação ao álcool, maconha ou inalantes (Silva, et al., 2009). Em sequência, sucederam os problemas devido ao consumo de maconha e medicações que fazem parte do grupo de ‘sedativos-hipnóticos-ansiolíticos’. Nestes casos, os pacientes realizaram o uso abusivo de medicações que servem para o controle da ansiedade, como Diazepam e o Frontal. Também, da Amitriptilina (antidepressivo, que pode ter efeito calmante), entre outras normalmente administradas para facilitar o sono.

De forma geral, os resultados apontaram não somente para o alto índice de sujeitos com transtornos associados ao uso de substância - sem contar com mais 12,7% que não cumpriram com os critérios diagnósticos, mas fizeram uso de drogas ilícitas – mas também para a maior concentração de quadros com ‘dependência’ de substâncias não-álcool. Condição, que sugere estados mais graves do transtorno no DSM-IV, que classifica as desordens entre abuso e dependência, enquanto o DSM-5 acaba abolindo esta distinção para referir-se a níveis gradativos de dependência.

Embora que seja possível à recuperação de transtornos ligados ao uso de substâncias entre pacientes com TPB (Fein & Nip, 2012), esta relação de comorbidade muitas vezes acaba

agravando as dificuldades próprias do transtorno da personalidade e o quadro clínico em geral. Portanto, faz-se relevante aos psicoterapeutas que acompanham casos clínicos com TPB um ‘enfoque de prevenção’ durante o processo. Além das intervenções que colaboram com o suporte emocional e o fortalecimento saudável da identidade, o investimento em relações sociais benéficas, a inclusão em atividades laborais, recreativas adequadas ou de enriquecimento pessoal, que ajudam a prevenir o contato com as drogas causadoras de prejuízos (Cavalcante, et al., 2008; SENAD, 2012).

Outro aspecto que chamou atenção neste estudo, embora que anteriormente já se houvesse observado maior concentração de ‘preocupações somáticas’ entre os pacientes diagnosticados com TPB (Sansone et al., 2008), trata-se da representatividade dos transtornos somatoformes (30,4%) entre os sujeitos que compuseram a amostra: especialmente, 13,9% dos pacientes cumpriram com as características equivalentes ao transtorno de somatização segundo o DSM-IV. Ademais, a mesma proporção de sujeitos, embora sem cumprir com o número de oito queixas físicas diferentes necessárias para o transtorno de somatização, manifestaram queixas físicas inexplicáveis completando diagnóstico para o ‘transtorno de somatização indiferenciado’. Em sequência, os transtornos da conduta alimentar estiveram presentes em 16,5%, sobressaindo-se os não especificados, mostrando-se como mais comuns o por compulsão (sem purga) e em seguida a bulimia nervosa. Deste modo, como anteriormente observado por Sansone e Sansone (2011b), prevalecendo a associação do TPB com os transtornos alimentares marcados pela impulsividade.

Por último, demonstraram menor porcentagem na amostra os transtornos psicóticos, equivalendo a 8,9% no total, mostrando-se mais frequente o psicótico breve (presente em 3 casos). Contudo, apesar da menor incidência das desordens classificadas como psicóticas, chamou atenção em meio à amostra a grande porcentagem de sujeitos que em algum momento expressaram ‘sintomas psicóticos’ (71, 25%), sem cumprir com as características diagnósticas para algum transtorno psicótico. Os principais sintomas demonstrados representam delírios, de tipos persecutório, referência e grandiosidade, logo também as alucinações, auditivas e visuais. Mas, de forma geral, exceto em três casos, estes tipos de sintomas aparecem de modo transitório e secundário, na maioria dos casos durante uma crise associada a transtorno de humor. Contudo, estes resultados indicam que a apresentação transitória de sintomas psicóticos entre casos clínicos, que também demonstrem características próprias do TPB, pode alertar ao profissional à necessidade de avaliação diagnóstica deste transtorno.

8.3. RELAÇÕES DE COMORBIDADES COM OUTROS TPs

Apesar de todas as precauções tomadas na coleta de informações relativa às desordens do Eixo II, a fim de fornecer o melhor retrato clínico dos pacientes, os resultados da pesquisa surpreenderam com o número de comorbidades associadas ao Eixo II observadas entre os pacientes. O elevado índice de comorbidades do TPB e, até mesmo, seu ‘entrelaçamento’ com outras desordens de personalidade representam conteúdos abordados em estudos anteriores (Biskin & Paris, 2013; Leichsenring et al., 2011; Scott, 2017; Sharp et al., 2015). Ainda assim, na maioria dos trabalhos os índices de sujeitos com TPB diagnosticados com outro(s) TP(s) não alcançaram 60% (Arenas, 2008; Lewis et al., 2012; Smits et al., 2017), neste estudo, porém, 90% da amostra apresentou critérios para ao menos outro transtorno da personalidade e 36.4% para mais de duas comorbidades.

A tendência natural dos profissionais participantes a elegerem pacientes para o estudo que acompanhavam há mais tempo ou que recordavam por sua gravidade provavelmente contribuiu para o aumento do número de comorbidades equivalentes ao Eixo-II. Mas, este elevando número de comorbidades também poderia sugerir a necessidade de ajustes no modelo diagnóstico categórico, no modo como se apresenta no DSM-IV e na Seção II da última versão. Por outro lado, autores como Sharp et al. (2015) ainda questionam a natureza do TPB e se seus

critérios, na realidade, corresponderiam à condição de gravidade clínica comum entre os que possuem alguma desordem de personalidade, refletindo a confluência de distúrbios ‘internalizantes’ e ‘externalizantes’ (Eaton et al., 2011), em vez de uma entidade diagnóstica específica.

Na amostra em estudo, os transtornos de personalidade mais frequentes corresponderam aos TPs paranoide (46,8%), de esquiva (40,5%) e, em seguida, ao TP histriônico (26,6%). Os demais também exibiram índices significativos, atingindo a mais de 15% dos sujeitos, com exceção do transtorno da personalidade obsessivo-compulsivo, presente em 5% da amostra. Porém, ainda não há um consenso acerca de quais TPs seriam os mais prevalentes entre os sujeitos com TPB: alguns apontam para o TP histriônico (Arenas, 2008; Digre et al., 2009; Lewis et al., 2012), embora Smits et al. (2017) para o TP de esquiva e, junto a Chitchfield et al. (2008), para o TP paranoide como o mais prevalente entre os relacionados ao Cluster A, considerados excêntricos ou introvertidos.

Contudo, ao analisarem-se os sujeitos diagnosticados com TPB, os resultados das pesquisas sugerem que na prática clínica - apesar de tratar-se de uma desordem que faz parte do Cluster B (dos transtornos dramáticos, imprevisíveis ou irregulares) - a expressão da desordem pode associar-se as três categorias postas no DSM-IV para os transtornos de personalidade. No estudo realizado por Critchfield et al. (2008), que verificou a formação de subtipos segundo as relações de comorbidades com o Eixo II, evidencia-se claramente o vínculo do TPB com as três classificações expressas no Manual. Também no presente trabalho, as principais comorbidades demonstradas (os TPs paranoide e de esquiva) estão ligadas, respectivamente, aos transtornos excêntricos (Cluster A) e ansiosos ou receosos (Cluster C) e, em seguida, ao TP histriônico equivale ao Cluster B.

Além disso, dada a representatividade dessas desordens em meio a amostra inteiramente diagnosticada com TPB, também analisamos os padrões de comorbidade entre aqueles que possuíam diagnóstico para o TP paranoide, de esquiva e ambos. Desde modo, verificando-se uma maior constância do transtorno distímico no subgrupo Esquiva, além da esperada manifestação mais acentuada dos transtornos ansiosos e, por outro lado, menor associação com os TPs que fazem parte do Cluster B (dramáticos, imprevisíveis ou irregulares). Conteúdos, que demonstram certa equivalência com investigações anteriores que reconheceram subtipos do TPB mais marcados por sintomas depressivos e inclinados à introversão (Bradley et al., 2005; Digre et al., 2009).

8.4. VERIFICAÇÃO DE SUBTIPOS DO TPB

8.4.1. Subtipos do TPB utilizando-se de ACP

Procuramos melhor compreender a heterogeneidade do TPB por meio da investigação de subtipos, que derivassem dos padrões de combinação entre os critérios próprios da desordem e as comorbidades que se apresentam. O exame empregando ACP favoreceu um modelo trifatorial, correspondente a 49.42% da variância. O primeiro fator, mencionado como ‘Vulnerabilidade ao Estresse’, conteve os critérios ‘ideação paranoide transitória ou sintomas dissociativos’, ‘instabilidade afetiva’ e ‘recorrência de comportamentos relacionados ao suicídio ou automutilação’. O segundo, ‘Frágil na Identidade’, além do critério que refere a esta fragilidade, foi composto pelos ‘sentimentos crônicos de vazio’ e ‘esforços para evitar abandono’. O terceiro, ‘Desinibição’, pelos critérios ‘impulsividade’ e ‘instabilidade nos relacionamentos’.

Estes resultados apresentam algumas semelhanças com as respostas obtidas por Clarkin et al. (1993) e Sanislow et al. (2002), uma vez que nos modelos trifatoriais expressos por ambos, os critérios ‘instabilidade afetiva’, ‘impulsividade’ e ‘perturbação na identidade’ também aparecem por separadamente, compondo fatores diferentes. Deste modo, podendo-se sugerir

que estes três critérios talvez representem os mais fundamentais, dos quais os outros derivem ou se associem.

No estudo de Taylor e Reeves (2007) os critérios ‘instabilidade afetiva’ e ‘comportamentos impulsivos’ também aparecem em fatores diferentes. Este conteúdo sugere consonância com outros estudos que identificaram subgrupos em que a desregulação afetiva se sobressai entre sujeitos predispostos a ‘internalização’ (Bradley et al., 2005; Zittel & Westen, 2004). A variação da impulsividade percebida entre subgrupos com TPB mostrou-se também em alguns trabalhos que reconheceram a prevalência de subtipos mais propensos aos padrões de externalização ou internalização (Critchfield et al., 2008; Digre et al., 2009; Smits et al., 2017). Porém, de forma geral, os resultados da investigação de subtipos do TPB mostraram-se bastante variados, outros estudos não encontraram as mesmas semelhanças mencionadas anteriormente na distribuição fatorial dos critérios (Becker et al., 2006; Lewis et al., 2012).

Neste trabalho, a fim de avaliar, mais detalhadamente, subtipos do TPB com predominância dos sintomas ligados a cada fator, separamos três grupos de sujeitos que obtiveram alta pontuação para cada um dos fatores encontrados, em seguida, comparando-se as comorbidades observadas entre os três grupos de sujeitos.

O grupo Vulnerabilidade ao Estresse, apesar da maior concentração do critério ‘instabilidade afetiva’ e ‘recorrência de comportamentos relacionados ao suicídio ou automutilação’, manteve importante associação negativa com ‘ira inapropriada’, indicando uma expressão da agressividade mais voltada para si, de modo equivalente ao grupo ‘Não agressivo/Paranoide/ Não antissocial’, encontrado por Lenzenweger et al. (2008). Mas, além disso, em pesquisas anteriores também se observa que a variabilidade na expressão da raiva ou do comportamento agressivo parece favorecer a diferenciação de subtipos do transtorno da personalidade borderline (Bradley et al., 2005; Hallquist & Pilkonis, 2012; Zittel, 2002; Zittel & Westen, 2004). Estes conteúdos sinalizam que, apesar de normalmente esperar-se de pacientes com TPB, episódios de explosão e manifestação da ira, existem pessoas com este transtorno que conservam a manifestação da agressividade geralmente volta para si.

Ainda respectivo ao grupo Vulnerabilidade ao Estresse separado na amostra, este subtipo conteve um pouco maior associação com a totalidade de transtornos psicóticos, correspondente a 18,8% dos casos, e especialmente com o transtorno psicótico breve (12,5%). Também se observou a mais alta média de idade entre os que correspondem a este fator - 39,5, frente a 28,03 equivalente ao restante dos casos. Condição, que parece combinar com os resultados advindos da comparação entre os sujeitos mais jovens e com mais idade da amostra geral, estando o critério ‘ideação paranoide transitória ou sintomas dissociativos’ mais presente entre os últimos. Deste modo, indicando tratar-se de um sintoma mais comum entre os mais velhos. Além disso, o grupo mencionado recorda o subtipo proposto por Digre et al. (2009), ‘Severo-Internalizado’, descrito com maior concentração das desordens depressivas, tentativas de suicídio, autoagressões e sintomas dissociativos.

Por sua vez, o subtipo Frágil na Identidade recorda respostas anteriores à análise de subtipos do TPB, em que a variação na intensidade do aspecto ‘perturbação na identidade’ parece haver influenciado na diferenciação dos mesmos (Hallquist & Pilkonis, 2012; Smits et al., 2017). Neste trabalho, aparentando maior associação com o transtorno de somatização (desordem psicossomática, que depende de no mínimo oito queixas físicas diferenciadas para o seu diagnóstico) e com o transtorno da personalidade dependente. Também um pouco maior concentração das queixas ligadas aos relacionamentos interpessoais, entre os motivos que levaram à terapia.

Por último, o subtipo ligado ao fator Desinibição, com menor associação com os TPs que fazem parte do Cluster A (excêntricos ou introvertidos), obteve maior porcentagem para os transtornos ligados ao uso de substâncias. Inclusive, em observação dos registros assistenciais, pode-se constatar que aqueles que buscaram terapia devido a problemas ligados ao uso de

substâncias corresponderam ao fator Desinibição. Este grupo conteve a mais alta proporção de sujeitos do sexo masculino (47,4%; $\chi^2= 13.10$, $p< .01$), mas, também, indicou maior concentração de problemas no comportamento alimentar, prevalecendo o transtorno da compulsão periódica e a BN, desordens que se podem relacionar a dificuldade de controle ou a impulsividade, bem como o TP antissocial, mais frequente neste grupo.

Deste modo, o subtipo Desinibição concorda com pesquisas anteriores que reconheceram agrupações do TPB mais marcados pela impulsividade (Millon et al., 2000; Zittel, 2002) e que indicaram a maior predisposição conhecida entre esta característica e as comorbidades mencionadas (Becker et al., 2006; Smits et al., 2017). Em outros trabalhos também se evidenciou a variação na intensidade da impulsividade manifesta entre os subtipos, segundo a predisposição ao comportamento Extrovertido/Externalizado ou Introvertido/Internalizado (Digre et al., 2009; Smits et al., 2017). Critchfield et al. (2008), por exemplo, descreve um grupo relacionado ao aspecto Extrovertido/Externalizado, que sugere semelhanças ao Desinibição, uma vez que apresenta menores índices de inibição social, porém, maiores problemas de adaptação as normas, deficiência em domínios ligados a responsabilidade e concordância social.

Por outro lado, compreendemos que apesar do TPB equivaler aos transtornos referidos como dramáticos ou irregulares, mais vinculados ao padrão Externalizado, também existe parcela de sujeitos com TPB propensos a Internalização. Entre estes, as manifestações do transtorno provavelmente conservem mais semelhanças com as características do grupo Vulnerabilidade ao Estresse e dependam de maior atenção para o reconhecimento diagnóstico, uma vez que podem ser mais facilmente confundidos com quadros depressivos graves, por apresentarem um padrão impulsivo que se expressa de modo menos protagonico e escaparem do perfil Externalizado mais esperado para os casos com transtorno borderline.

8.4.2. Subtipos do TPB utilizando-se de Análises de Cluster

Em continuidade, seguimos investigando subtipos do TPB, utilizando-se de análise de Clusters sobre os critérios próprios do TPB e as comorbidades ligadas a ambos os Eixos do DSM-IV. Tipo de recurso, que agrupa os sujeitos segundo os padrões de afinidades demonstrados. Como resultado, aproveitamos três agrupações etiquetadas como ‘Com Fragilidade na Identidade’ (n=12), ‘Impulsivo’ (n=40), e ‘Nuclear’ (n=27). Isto, apesar de que a ‘impulsividade manifesta por meio de comportamentos de risco ou autoprejudiciais’ e os ‘problemas relacionados à identidade’ correspondam a incidências importantes nos três grupos.

A alta frequência com que todos os critérios próprios do TPB apareceram em meio a amostra favoreceu a uma distribuição pouco definida entre os grupos. Contudo, procuramos também avaliar a distribuição das comorbidades nas três agrupações, encontrando-se algumas diferenças significativas. Especialmente, o grupo mencionado Com Fragilidade na Identidade diferenciou-se pelo maior índice do TP Esquizotípica ($p= .021$), bem como do transtorno bipolar I ($p= .013$). Associação, entre estas comorbidades, não rara, também observada em estudos anteriores, havendo-se constatado que a bipolaridade favorece a debilidade na identidade e se relaciona com traços esquizotípicos (Esterberg et al., 2010; Savitz, et al., 2010; Savitz, et al., 2009). Resultados como estes, entre outros, acabaram influenciando na justaposição dos transtornos do humor em meio ao DSM-5, de modo que os transtornos bipolares se preservaram ‘como ponte’, situados entre os transtornos depressivos e psicóticos, em vista da sintomatologia, histórico familiar e genética que apresentam (Cosgrove & Suppes, 2013; Möller, et al., 2015).

Outros trabalhos também chegaram a distinguir subtipos do TPB com predominância do TP Esquizotípica (Chitchfield et al., 2008), que representou o transtorno da personalidade que mais sofreu variação entre as agrupações obtidas. Os resultados que encontramos, em parte, também recordam as características do subtipo Esquizotípico/Paranoide, descritas por Smits et

al. (2017). Estes consideraram que a acentuada desconfiança e o padrão de inibição prevalentes neste subtipo poderiam interferir na busca do tratamento, contribuindo para o menor número de sujeitos, em consonância com os resultados desta pesquisa.

Outras características percebidas intitulado Com Fragilidade na Identidade também sugeririam afinidade com o perfil descrito para o subtipo Esquizotípico/Paranoide no estudo supracitado, conservando maiores coincidências com os transtornos ligados ao Cluster A e com o TP esquiva. Além disso, este grupo demonstrou maior associação com os transtornos somatoformes e os problemas associados ao ‘humor’ e a ‘autoagressividade’ mostraram-se significativamente mais presentes ($\chi^2=5.71$, $p<.05$; $\chi^2=5.63$, $p<.05$). Também chamou a atenção a maior porcentagem neste grupo de ‘ideação suicida’ entre os motivos que levaram à terapia (33,3%, enquanto os tipos Impulsivo e Nuclear concentraram 7,5% e 7,4% de sujeitos com esta queixa, $\chi^2=13.10$, $p=.056$).

Por sua vez, o subgrupo intitulado como Impulsivo, conteve um pouco maior concentração dos transtornos relacionados com o uso de substâncias de forma ampla. Esta condição associada a menor incidência dos traços obsessivo-compulsivos, desordem que possui entre suas características essenciais o controle, denota que a maior porcentagem dos problemas ligados ao uso de substâncias esteja influenciada, justamente, pela dificuldade de controle vivenciada neste grupo em que predomina o aspecto impulsivo (Chester, Lynam, Milich & DeWall, 2016).

Em sequência, no tipo Nuclear, a predisposição impulsiva e as desordens de ansiedade comuns ao TPB parecem haver influenciado a maior concentração significativa dos transtornos da conduta alimentar (especialmente, na forma de compulsão, sem purga), também fazendo-se presente uma maior porcentagem do estado de dependência do álcool, entre as desordens ligadas ao uso de substâncias. Em vista destes conteúdos, que este grupo também poderia ser intitulado ‘Vazio Vital’, uma vez que recorda a associação conhecida entre o transtorno depressivo maior e a confusão interoceptiva, comuns na comorbidade com os transtornos alimentares e de dependência de álcool (Doba, et al., 2018). Aspectos que também podem haver exercido influência no desenvolvimento destas comorbidades.

8.4.3. Interação entre as duas propostas de Subtipos (ACP e Cluster)

Os processos de análise empregados para a análise de subtipos possibilitaram propostas de agrupações diferenciadas. Partindo de uma análise de componentes principais sobre os critérios próprios do TPB, separamos três subtipos designados Vulnerabilidade ao Estresse, Frágil na Identidade e Desinibição. Logo, empregando-se de análise de Cluster, destacamos outros três subtipos, cujas principais diferenças correspondem a algumas relações de comorbidade. Os altos índices equivalentes aos nove critérios na amostra favoreceram a pequenas variabilidades entre estas características nos grupos derivados de Cluster, ainda assim influenciando na titulação dos subgrupos: Impulsivo, Nuclear e Com Fragilidade na Identidade.

Os resultados alcançados por meio de ambos os processos de análise mais uma vez registram a multiplicidade de formas nas quais o TPB pode se expressar na prática clínica e combinar suas comorbidades. As respostas obtidas na investigação dos subtipos estiveram sujeitas às limitações de um número pequeno na amostra, possibilitando observar, em ambos os processos, algumas predisposições conhecidas entre sintomas e comorbidades. Mas, ao compararem-se as variabilidades entre os subgrupos, em ambas as propostas, tornou-se possível observar certa variabilidade na concentração do aspecto impulsivo, bem como das desordens de ansiedade e do humor. Deste modo, sugerindo que, embora muito comuns aos pacientes com TPB, a variabilidade na apresentação destes aspectos, também observada em estudos prévios (Becker et al., 2006; Bradley et al. (2005); Smits et al., 2017), possa favorecer a agrupações mais homogêneas.

No presente estudo, os subtipos Desinibição (ACP) e Impulsivo (Cluster) recordam perfis do TPB mais aproximados aos padrões de Externalização indicados anteriormente, como em Eaton et al., 2011 ou Digre et al., 2009, em que a impulsividade se associa ao maior índice de transtornos ligados ao uso de substâncias e ao TP antissocial. Por outro lado, em comparação, as desordens de ansiedade apareceram de forma mais proeminente nos demais grupos separados neste estudo. Também em meio às agrupações alcançadas, os tipos Vulnerabilidade ao Estresse (ACP) e Com Fragilidade na Identidade (Cluster) sugeriram maior associação com transtornos ou traços psicóticos, sinalizando que a experimentação mais intensa de sintomas ou traços psicóticos também possa propiciar formações mais homogêneas. Inclusive, a associação com o TP esquizotípica, como resposta a análise de Cluster, representou um dos principais fatores que cooperaram para a divisão de subgrupos, recordando o resultado de pesquisas anteriores (Critchfield et al., 2008).

Adicionalmente, observamos que parte da amostra, não estando ligada ao critério que refere a ‘conduta impulsiva autoprejudicial ou de risco’ - 23,5% não apresentou este critério – e, por outro lado, associando-se a desordens mais propensas a inibição - alguns transtornos de ansiedade e TPs ligados aos Clusters A (excentricos) e C (temerosos), como o TP de esquiva, por exemplo – poderia compor uma parcela de pacientes que mantêm o padrão impulsivo próprio do TPB de modo menos aparente. Condição, que demandaria mais tempo e atenção por parte do profissional para o reconhecimento do transtorno e para que estes pacientes não se conservem subdiagnosticados com alguma desordem do humor. Esta interpretação concorda com resultados de diferentes trabalhos que ressaltaram a menor propensão de determinados subgrupos a apresentarem o comportamento impulsivo esperado, estando mais marcados pela ansiedade e inibição ou pela inibição e a desregulação do humor, tais como os subtipos intitulados Esquiva/Obsessivo e Inibido/Desregulado, delineados por Smits et al. (2017) e Zittel (2002).

Além disso, no presente estudo, ao analisarem-se os padrões de combinação entre as comorbidades e sintomas nos diferentes grupos, chamou à atenção a representatividade das desordens somatoformes e a associação proporcional entre a expressão somática das tensões psíquicas e os índices do critério ‘fragilidade na identidade’, mais acentuados nos grupos Fragilidade na Identidade (ACP) e Com Fragilidade na Identidade (Cluster). Por outro lado, a apresentação das desordens de tipo bipolar parece acentuar os problemas ligados à identidade comuns ao transtorno borderline, representando em investigação anterior, os problemas relacionados à fragilidade na identidade também aspecto que cooperou para composição de subgrupos mais específicos (Hallquist & Pilkonis, 2012).

Em vista do exposto, considerando-se os resultados apreendidos de forma geral, torna-se possível além de sinalizar alguns fatores que denotam colaborar para a separação de subgrupos, propor pelo menos dois perfis mais homogêneos possíveis na apresentação do TPB. Um perfil que indicaria tendência maior a desinibição, a manifestação de comportamentos impulsivos prejudiciais ou de risco, índices mais acentuados de desordens ligadas ao uso de substâncias de forma ampla e do TP antissocial. Este subgrupo concentraria maior porcentagem de homens quando comparado à amostra geral. Em sequência, o outro perfil se apresentaria mais propenso às desordens relacionadas à ansiedade, aos desajustes de somatização e as perturbações de identidade comuns ao transtorno de personalidade borderline.

8.5. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ASSOCIADAS À IDADE E SEXO

Realizou-se uma análise comparativa entre os sujeitos mais jovens e com mais idade da amostra. Apesar de que adolescentes e adultos com TPB apresentem sintomas afins, pesquisas anteriores apontam para a demanda de profundidade nesta área. Becker et al. (2002), por

exemplo, sugeriram que a investigação continuada pudesse levar ao reconhecimento de características centrais do TPB próprias da adolescência.

No presente estudo, os quartis com sujeitos mais jovens (13-23) e com maior faixa etária (38-62) confirmaram os padrões semelhantes, não indicando diferenças significativas quanto as variáveis clínicas preliminares ou relações de comorbidades. Contudo, os critérios próprios do TPB que referem a ‘instabilidade na identidade’ e a ‘impulsividade’, mostraram-se significativamente mais frequentes no primeiro grupo, enquanto os ‘sintomas dissociativos e ideação paranoide transitória ligada ao estresse’ esteve mais presente no segundo.

Os resultados supracitados apontam para diferenças de interesse clínico, que podem estar relacionadas ao curso ou evolução do transtorno e que confirmam sugestões anteriores, de que a conduta impulsiva diminuiria entre os sujeitos com mais idade (Oltmanns & Balsis, 2011). Por outro lado, em comum encontramos na pesquisa realizada por Bradley et al. (2005), que o critério ‘instabilidade na identidade’, em meio a um alto número de variáveis, apareceu entre os principais elementos descritivos da amostra composta por adolescentes, sugerindo tratar-se de um aspecto notável entre jovens com TPB, acima das questões esperadas de desenvolvimento nesta faixa.

Em continuidade, neste trabalho buscou-se também examinar se existem diferenças significativas na expressão da desordem quando comparados os aspectos clínicos observados entre homens e mulheres. Como resultado desta comparação, discernimos uma maior concentração do critério que refere a ‘instabilidade nos relacionamentos’ entre as mulheres. Além disso, no grupo feminino os transtornos do humor, condutas relacionadas ao suicídio e outros sintomas depressivos apareceram entre os principais motivos que levaram à terapia, enquanto no grupo masculino destacaram-se os ‘comportamentos heteroagressivos’. Além disso, em consonância com resultados prévios, os transtornos relacionados ao uso de substâncias predominaram no grupo masculino (Woodford, 2012), que também concentrou maior incidência do TP antissocial. As diferenças clínicas encontradas parecem estar relacionadas a expressão de gênero, a maior predisposição conhecida de mulheres associadas ao padrão de Internalização e dos homens a Externação, e concordam com os perfis anteriores em amostras com TPB, quando também comparadas em função do sexo (Mercer, 1996; van den Brink, et al., 2018; Mikolajewski et al., 2011).

8.6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A presente pesquisa demonstrou algumas limitações. Em primeiro lugar, seria desejável que o tamanho da amostra, neste estudo acerca de um transtorno tão complexo e, particularmente, para a análise de subtipos, houvesse alcançado maior número de sujeitos, favorecendo a resultados mais robustos e conclusivos. No entanto, a dificuldade envolvida na coleta desse tipo de amostra, conforme observado na literatura existente, representa uma das desvantagens mais frequentes nesse campo.

Ademais, as características sociodemográficas da amostra alcançada, com ampla faixa etária e diferença importante nas proporções de gênero, reduzem a possibilidade de generalização dos resultados obtidos. Como em estudos anteriores, a amostra pertence a um contexto sociocultural definido e demonstrou porcentagem de pessoas do sexo feminino bastante superior. No entanto, a clínica apoia a prevalência do TPB entre as mulheres, de modo que a distribuição encontrada se ajusta à manifestação do distúrbio. Além disso, embora a ampla faixa etária dos pacientes incluída favoreça a um retrato menos específico da desordem, por outro lado, assemelha-se ao encontrado na prática clínica, entre aqueles que buscam tratamento.

Representa outra limitação que os conteúdos apreendidos sobre cada caso derivem de um único informante, estando submetido a possíveis lapsos do julgamento clínico ou da memória do profissional. Isto, embora que pesquisas anteriores comprovem a existência de correlações moderadas ou altas ($r = 0,50$ a $0,80$) dos julgamentos clínicos, a partir de avaliações feitas por

entrevistas e considerando-se uma ampla gama de variáveis clinicamente relevantes (Dutra, et al., 2004; Hilsenroth et al., 2000; Westen & Muderrisoglu, 2003; Westen et al., 1997). Além disso, buscando reduzir a influência das concepções particulares acerca do TPB e as possíveis falhas de memória, que se incluíram no estudo apenas os relatos dos sujeitos que completaram os critérios diagnósticos para o transtorno segundo o DSM-IV e ofereceu-se aos profissionais a possibilidade de consultar os registros dos pacientes sempre que necessário.



9. CONCLUSÕES E DIRETRIZES FUTURAS

9.1. CONCLUSÕES

As principais conclusões deste estudo, obtidas através de uma amostra totalmente diagnosticada com TPB, estão expressas abaixo.

- Respectivo às comorbidades associadas ao Eixo I do DSM-IV sobressaíram-se os transtornos do humor (88.6%), de ansiedade (74,7%) e, em seguida, as que decorrem do uso de substâncias (39.2%). Com exceção de um caso clínico, todos os que manifestaram algum transtorno do humor sofreram pelo menos um ‘episódio depressivo maior’ ao longo da vida. O ‘transtorno de ansiedade generalizada’ representou o mais frequente entre os da sua categoria. Logo, entre os de substância não-álcool, predominaram os casos com dependência de cocaína. Conteúdo, que aponta para a relevância de medidas de prevenção ao uso de drogas entre os sujeitos com o transtorno da personalidade borderline.

- Os transtornos considerados psicóticos, por sua vez, apresentaram a menor incidência (8,8%). No entanto, chamou a atenção a grande quantidade de sujeitos (71,25%) que, em algum momento, experimentou ‘sintomas psicóticos’, delírios e/ou alucinações, normalmente em caráter transitório. Deste modo, indicando que a apresentação transitória destes sintomas entre pacientes, que também demonstrem algumas características próprias do TPB, possa servir de alerta ao clínico da necessidade de avaliação diagnóstica do transtorno da personalidade borderline.

- Os níveis de comorbidades com outros TPs mostraram-se muito altos: 90% apresentaram critérios para pelo menos outro TP, com maiores frequências o paranoide (46,8%), de esquiva (40,5%) e o histriônico (26,6%). Desde modo, apesar do TPB tratar-se de uma desordem que faz parte do Cluster B (considerados dramáticos, imprevisíveis ou irregulares), na prática clínica, a expressão da desordem pode associar-se as três classificações postas no DSM-IV para os transtornos de personalidade.

- A associação com os transtornos paranoide ou de esquiva evidenciou padrões diferentes de comorbidade, estando o transtorno distímico significativamente mais associado ao TP de esquiva, também as desordens de ansiedade, quando observadas em sua totalidade, principalmente, as fobias específicas.

- Os processos de análise empregados para a análise de subtipos possibilitaram propostas de agrupações diferenciadas. A ACP possibilitou o modelo trifatorial, que recebeu os seguintes títulos: o fator Frágil na Identidade (com altas pontuações para ‘perturbação da identidade’, ‘sentimentos crônicos de vazio’ e ‘esforços para evitar abandono’) conteve maior índice dos transtornos de somatização e TP Dependente (Cluster C), também apresentou mais queixas ligadas aos relacionamentos interpessoais, entre os motivos que levaram à terapia. O Vulnerabilidade ao Estresse (com altas pontuações para ‘ideação paranoide transitória’, ‘instabilidade afetiva’ e ‘recorrência de comportamentos suicidas ou automutilantes’). Os sujeitos vinculados a este fator apresentaram maior média de idade e sugerem maior associação

com os transtornos psicóticos. Por último, o fator Desinibição Comportamental (com altas pontuações nos critérios ‘impulsividade’ e ‘relacionamentos instáveis’), aparece um pouco menos vinculado ao Cluster A, indicou maior associação com as desordens relacionadas ao uso de substâncias, sugerindo maior aproximação com os transtornos por compulsão alimentar e de personalidade antissocial, desordens que podem estar relacionadas à dificuldade de controle.

Em continuidade, a análise de Cluster separou três grupos diferenciados, sobretudo, por algumas comorbidades. O TP esquizotípica representou o transtorno de personalidade que mais favoreceu a diferenciação de subtipos, estando significativamente para incidente no grupo nomeado Com Fragilidade na Identidade, com menor número de sujeitos e maior associação com as desordens somatoformes. No subgrupo Nuclear, o aspecto impulsivo e a ansiedade, comuns aos casos com TPB, expressam-se de modo particular por meio da concentração significativa do transtorno alimentar por compulsão e sem purga (desordem alimentar mais prevalente na amostra). Por último, o subgrupo Impulsivo sugeriu menor predominância das desordens de ansiedade, em comparação aos demais, e maior dos transtornos ligados ao uso de substâncias de forma ampla, também do TP antissocial, quando comparado ao tipo Nuclear.

As respostas a ambos os processos de análise para a verificação de subtipos registram a multiplicidade de formas nas quais o TPB pode combinar suas comorbidades. Entre os padrões observados, chamou à atenção a representatividade das desordens somatoformes e a associação proporcional entre a expressão somática das tensões psíquicas e os índices do critério ‘fragilidade na identidade’. Por outro lado, a apresentação das desordens de tipo bipolar parece acentuar os problemas ligados à identidade próprios do transtorno borderline.

Considerando-se os resultados apreendidos de forma geral, tornou-se possível sugerir pelo menos dois perfis mais homogêneos de uma mesma desordem: um perfil que indicaria tendência maior a desinibição, a manifestação de comportamentos impulsivos prejudiciais ou de risco, índices mais acentuados de desordens ligadas ao uso de substâncias de forma ampla e do TP antissocial; outro perfil mais propenso às desordens de ansiedade, aos desajustes de somatização e as perturbações de identidade próprias do transtorno de personalidade borderline.

- A comparação entre as faixas etárias mais jovem e com mais idade não obteve diferenças importantes referentes aos padrões de comorbidade ou variáveis clínicas preliminares. No entanto, os critérios que referem a ‘perturbação na identidade’ e ‘impulsividade’ apresentaram maior incidência entre os mais jovens, enquanto o que engloba ‘sintomas dissociativos e ideação paranoide transitória ligada ao estresse’ mostrou-se mais acentuado no segundo grupo. Estas diferenças podem estar relacionadas ao curso ou à evolução do transtorno da personalidade borderline.

- Na presente amostra, os subgrupos separados em função do sexo demonstraram perfis mais homogêneos. O critério que refere a ‘instabilidade nos relacionamentos’ esteve mais incidente no grupo feminino. Neste grupo preponderaram os transtornos de humor, condutas ligadas ao suicídio e outros sintomas depressivos aparecem entre os principais motivos que levaram à terapia, enquanto no grupo masculino destacaram-se os ‘comportamentos heteroagressivos’. Também estiveram mais frequentes entre os homens as desordens relacionadas ao uso de substâncias e o TP antissocial.

A natureza do transtorno da personalidade borderline permanece recebendo questionamentos em função da sua heterogeneidade e dificuldades diagnósticas que subsistem. No presente

trabalho, a alta concentração de todos os critérios próprios do TPB em meio a amostra diagnosticada com o transtorno recorda estudos anteriores, que reafirmam a adequação dos nove critérios expressos no DSM-IV para a identificação da desordem (Altieri, 2011; New et al., 2008; Trull, et al., 2011). Por outro lado, a muito alta superposição entre o TPB e os demais transtornos de personalidade, que chamou a atenção em meio aos resultados, recorda críticas anteriores a este sistema diagnóstico e trabalhos que conservam questionamentos acerca do que representa o TPB, como o de Sharp et al. (2015), que considera que o TPB talvez melhor correspondesse a um fator geral, que captura a gravidade clínica comum a todos os TPs, em vez de um perfil específico de sintomas. Esta abordagem ainda dependeria de pesquisas que a confirmassem. No entanto, as respostas obtidas por meio do presente estudo parecem apontar, apesar da sua utilidade, para a insuficiência do modelo categórico do DSM-5, como instrumento de interpretação do transtorno da personalidade borderline, de como se realiza na prática clínica, em toda sua complexidade. Provavelmente, um sistema que disponibilize a descrição de traços da personalidade, que sugerem a necessidade de cuidado, no lugar de categorias psicopatológicas da personalidade, se ajuste melhor à realidade demonstrada por cada sujeito, favorecendo a condução terapêutica.

9.2. DIRETRIZES FUTURAS

A pesquisa nesta área deve progredir propondo estudos com amostras mais amplas que facilitem a verificação dos subtipos e empregando-se da metodologia longitudinal, mais apropriada para a observação do curso da desordem, suas diferentes trajetórias de mudança e respostas aos processos terapêuticos evidenciadas em cada subtipo proposto.

Outros trabalhos, ao dar continuidade à investigação dos subtipos, poderão avaliar se as principais associações entre características e comorbidades observadas neste estudo se replicam. Também, verificar como se reproduzem os subgrupos separados em função da predominância dos padrões Extrovertido ou Introverso ou entre os com comorbidade com o TP Esquizotípica - que indicou maior variação entre os subgrupos, sugerindo compor subtipo mais homogêneo da desordem – em contraste com os demais. Além disso, analisar se se reproduzem as diferenças observadas na amostra separada segundo as faixas etárias. Novas variáveis, concernentes a aspectos da personalidade ou outras características clínicas de interesse poderão ser incluídas para a verificação dos subtipos.

Por outro lado, observa-se na atualidade que o interesse em esclarecer a heterogeneidade do TPB, desvendar subtipos principais e melhor compreender suas relações de comorbidade (Gunderson et al., 2018; Lewis et al., 2012; Smits et al., 2017), ainda segue acompanhado de questionamentos mais essenciais, ligados a própria conceptualização do transtorno. Sharp et al. (2018), por exemplo, chega a apelar para uma redefinição unificada do conceito *borderlineness*, como um estado de gravidade que abrange uma variabilidade de TPs, rejeitando o TPB como categoria para um transtorno da personalidade específico.

Como resposta às dificuldades diagnósticas e a alta sobreposição entre os transtornos da personalidade, a nova versão do DSM, propôs um modelo adicional híbrido expresso na Seção III, contendo o Critério A, que facilita a avaliação das dificuldades no funcionamento e a apresentação de traços de personalidade ligados a desordens específicas (incluindo o TPB), representando uma abordagem categórica, enquanto o Critério B, que favorece ao reconhecimento de uma série de traços desadaptativos, disponibiliza uma abordagem dimensional. Este modelo permite retratos mais afins às particularidades de cada sujeito e inclusive o acréscimo de novos traços que possam ser reconhecidos nos clientes.

No entanto, novas pesquisas fazem-se necessárias a fim de examinar como esta nova proposta vem respondendo às exigências da prática clínica, frente à variabilidade de casos e especialmente com características que correspondem ao transtorno da personalidade borderline. Estudos incluindo a aplicação do modelo adicional (DSM-5), além de provar a validade deste

formato para a avaliação do TPB e indicar propostas de ajustes, poderão dar continuidade ao processo de elucidação da natureza deste transtorno, bem como do reconhecimento de expressões mais homogêneas possíveis.

10. REFERÊNCIAS

- Abdul-Hamid, S., Denman, C., & Dudas, R. B. (2014, junho). Self-relevant disgust and self-harm urges in patients with borderline personality disorder and depression: A pilot study with a newly designed psychological challenge. *PLoS One*, *9*(6), e99696. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0099696>.
- Abdurrahman, M. & Hategan, A. (2015). Etiology and epidemiological correlates of borderline personality disorder in older adults. Em A. Hategan; J. A. Bourgeois; G. I. Xiong (Ed.). *A borderline personality disorder in older adults: Emphasis on care in institutional settings* (pp. 23-30). Nova Publishers.
- Adams B., & Sanders, T. (2011). Experiences of psychosis in borderline personality disorder: A qualitative analysis. *Journal of Men Health*, *20*, 381-391. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638237.2011.577846?journalCode=ijmh20>
- Aguilar, E., & Esteban, C. (2005). Trastorno límite de personalidad y suicidio en trastorno límite... La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *3*, 386-394.
- Altieri, P. (2011). *Borderline personality disorder and dialectical behaviour therapy in an Australian private hospital setting: Treatment response and BPD subtypes*. [Tese de doutorado, RMIT University]. https://researchrepository.rmit.edu.au/discovery/delivery?vid=61RMIT_INST:ResearchRepository&repId=12247523130001341#13248413400001341
- Ambwani, S. (2008). *Mood, food, traits, and restraint: an experimental investigation of negative affect, borderline personality, and disordered eating*. [Tese de doutorado, Texas A&M University]. <http://oaktrust.library.tamu.edu/bitstream/handle/1969.1/ETD-TAMU3050/AMBWANI-DISSERTATION.pdf>
- Andión, O., Ferrer, M., Gancedo, B., Calvo, N., Barral, C., Torrubia, R., & Casas, M. (2011). Confirmatory factor analysis of borderline personality disorder symptoms based on two different interviews: the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorder and the Revised Diagnostic Interview for Borderlines. *Psychiatry Research*, *190*, 304–308. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.014>
- Arenas, I. A. (2008). *Variables predictoras de abandono del tratamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad*. [Tese de doutorado, Universidad del País Vasco].
- Armony, N. (2004a). *Borderline: Uma outra normalidade*. Revinter.
- Armony, N. (2004b). Borderline e espaço potencial Winnicottiano. *Psicologia e Saúde*, *12*(2), 22-460. <https://silo.tips/download/borderline-e-espao-potencial-winnicottiano>

- Arvig, T. J. (2011). Borderline personality disorder and disability. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*, 59(4), 158–160. <https://doi.org/10.1177/216507991105900401>
- Asherson, P., Young, A. H., Eich-Höchli, D., Moran, P., Porsdal, V., & Deberdt, W. (2014). Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults. *Current Medical Research and Opinion*. 30(8), 1657-1672.
- Associação Psiquiátrica Americana. (1989). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-III* (3ª ed., S Giordano Júnior Rev. & LHS Barbosa Trad.) Manole. (Trabalho original publicado em 1980)
- Associação Psiquiátrica Americana. (2000). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV* (4ª ed.). Artes Médicas do Sul. (Trabalho original publicado em 1994)
- Associação Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-R* (4ª ed. Rev., C Dornelles Trad.) Artmed. (Trabalho original publicado em 2000)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th edition). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ballone, G. (2005). Personalidade borderline. Em *PsiquWeb*. <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?sec=91&art=150>
- Balsis, S., Zweig, R. A., & Molinari, V. (2015). Personality disorders in later life. Em P. A. Lichtenberg, B. T. Mast, B. D. Carpenter, & J. Loebach Wetherell (Eds.). *APA handbooks in psychology®. APA handbook of clinical geropsychology. Assessment, treatment, and issues of later life* (Vol. 2, pp. 79-94). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14459-003>
- Barrachina, J., Pascual, J. C., Ferrer, M., Soler, J.; Rufat, M. J., Andión, O., Tiana, T., Martín-Blanco A.; Casas, M., & Pérez, V. (2011, November/December). Axis II comorbidity in borderline personality disorder is influenced by sex, age and clinical severity. *Comprehensive Psychiatry*, 52(6), 725-730. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.11.009>
- Becker, C. B., Smith, L. M., & Cio, A. C. (2006). Peer-facilitated eating disorder prevention: A randomized effectiveness trial of cognitive dissonance and media advocacy. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 550–555. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.4.550>
- Becker, D.F., Grilo, C.M., Edell, W.S., & McGlashan, T.H. (2002). Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: Comparison with hospitalized adults. *The American Journal of Psychiatry*, 159(12), 2042-2047. DOI:10.1176/appi.ajp.159.12.2042
- Benadi, A. (2014, janeiro). *Breve história dos “fronteiriços”*. <http://www.org2.com.br/histborders.htm>

- Ben-Porath, D. D., Wisniewski, L., & Warren, M. (2009). Differential treatment response for eating disordered patients with and without a comorbid borderline personality diagnosis using a dialectical behavior therapy (DBT)-informed approach. *Eating disorders*, 17(3), 225–241. <https://doi.org/10.1080/10640260902848576>
- Biskin, R. S., & Paris, J. (2013). Comorbidities in borderline personality disorder: real-world issues and treatment implications. *Psychiatric Times*, 30(1): 29. <https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA316796600&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=08932905&p=AONE&sw=w>
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of personality disorders*, 18 (3), 226–239. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445>
- Blackman, J. (2016). Review of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.) Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual, 5th Edition, and Essentials of Psychiatric Diagnosis: Responding to the Challenges of DSM-V. *Psychoanalytic Psychology*, 33(4): 651-663.
- Blais, M., & Norman, D. (1997). A psychometric evaluation of the DSM-IV personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 11, 168–176. <https://doi.org/10.1521/pedi.1997.11.2.168>
- Boggs, C. D. (2005). *Clinical overlap between posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder innmale veterans*. [Tese de doutorado, Texas A&M University, 2005]. <http://oaktrust.library.tamu.edu/handle/1969.1/4367>
- Bornovalova M., Hicks, B., Iacono, W., & McGue, M. (2009). Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: A longitudinal twin study. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1335–1353. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990186>.
- Bornovalova, M. A., Gratz, K. L., Levy, R., & Lejuez, C. W. (2010). Understanding the heterogeneity of BPD symptoms through latent class analysis: initial results and clinical correlates among inner-city substance users. *Psychological Assessment*, 22(2), 233-245. <https://doi.org/10.1037/a0018493>
- Bornovalova, M; Hicks, B; Iacono, W; McGue, M. (2013) Longitudinal twin study of borderline personality disorder traits and substance use in adolescence: Developmental change, reciprocal effects, and genetic and environmental influences. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(1), 23-32. <https://doi: 10.1037/a0027178>
- Bradley, R., Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1006–1019. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00401.x>
- Burke, J. D, & Stepp, S. D. (2012). Adolescent disruptive behavior and borderline personality disorder symptoms in young adult men. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 35-44. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9558-7>
- Cailhol, L., Gicquel, L., & Raynaud, J-P. (2015). Borderline personality disorder in adolescents. Em L.T. Oliveira & J.V.M. Pereira trad., M Marques Ed. *Transtorno de Personalidade Borderline H.4*. (pp. 1-18). Tratado de Saúde Mental da Infância e

- Adolescência da IACAPAP. <https://iacapap.org/content/uploads/H.4-Borderline-Portuguese-2020.pdf>
- Cavalcante, M.B.P.T., Alves, M.D.S., & Barroso, M.G.T. (2008). Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(3), 555-559. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000300024>
- Chanen, A., Sharp, C. & Hoffman, P., Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder (2017). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority. *World psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(2), 215–16. <https://doi.org/10.1002/wps.20429>
- Chester, D. S., Lynam, D. R., Milich, R., Powell, D. K., Andersen, A. H., & DeWall, C. N. (2016). How do negative emotions impair self-control? A neural model of negative urgency. *NeuroImage*, 132, 43–50. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2016.02.024>
- Cheung, Y. T. D., Wong, P. W. C., Lee, A. M., Lam, T. H., Fan, Y. S. S., Yip, P. S. F. (2013). Non-suicidal self-injury and suicidal behavior: Prevalence, co-occurrence, and correlates of suicide among adolescents in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(7), 1133-44. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0640-4>
- Clarkin, J., Hull, J., & Hurt, S. (1993). Factor structure of borderline personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 7(2), 137-143. <https://doi.org/10.1521/pedi.1993.7.2.137>
- Clarkin, J., & Huprich, S. (2011). Do DSM-5 personality disorder proposals meet criteria for clinical utility? *Journal of Personality Disorders*, 25(2), 192-205. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.2.192>
- Clifton, A., & Pilkonis, P. (2007). Evidence for a single latent class of diagnostic and statistical manual of mental disorders borderline personality pathology. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 70-78. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.07.002>
- Comtois, K. A., & Carmel, A. (2016). Borderline personality disorder and high utilization of inpatient psychiatric hospitalization: Concordance between research and clinical diagnosis. *Journal of Behavioral Health Services & Research.*, 43, 272-280. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11414-014-9416-9>
- Conklin, C., Bradley, R., & Westen, D. (2006). Affect regulation in borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 69-77. https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2006/02000/Affect_Regulation_in_Borderline_Personality.1.aspx
- Conklin, C., & Westen, D. (2005). Borderline Personality Disorder in Clinical Practice. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 867–875. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.867>

- Cortés, C. (2000). ¿Quién es el Paciente Limítrofe?. *Salud Mental*, 23, 30-38. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=22644>
- Cosgrove, V. E., & Suppes, T. (2013). Informing DSM-5: biological boundaries between bipolar I disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *BMC Medicine*, 11(127). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-127>
- Critchfield, K. L., Clarkin, J. F., Levy, K. N., & Kernberg, O. F. (2008). Organization of cooccurring Axis II features in borderline personality disorder. *Clinical Psychology*, 47(Pt 2), 185-200. <https://doi.org/10.1348/014466507X240731>
- Dalgalarondo, P., & Alves, W. (1999). Transtorno borderline: História e atualidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2(2), 52-71. <https://doi.org/10.1590/1415-47141999002004>
- Del-Bena, C., Vilelab, J., Crippab, J., Hallaka, J., Labatec, C., & Zuardia, A. (2001). Confiabilidade da “Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV – versão clínica” traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 156-159. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000300008>
- Diaz-Marsá, M., Carrasco, J., de Anta, L., Molina, R., Sáiz, J., Cesar, J., & López-Ibor, J. (2011). Psychobiology of borderline personality traits related to subtypes of eating disorders: A study of platelet MAO activity. *Psychiatry Research*, 190(2-3), 287-290. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.04.035>
- Digre, E., Reece, J., Johnson, A., & Thomas, R. (2009). Treatment response in subtypes of borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 3, 56-67. <https://doi.org/10.1002/pmh.64>
- Doba, K., Berna, G., Constant, E., & Nandirino, J. (2018). Self-differentiation and eating disorders in early and middle adolescence: A cross-sectional path analysis. *Eating Behaviors*, 29, 75-82.
- Dubovsky, A. N., & Kiefer, M. M. (2014). Borderline personality disorder in the primary care setting. *Medical Clinics*, 98 (5), 1049-1064. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.06.005>
- Dom, G., & Moggi, F. (2015). *Co-occurring addictive and psychiatric disorders: A practice-based handbook from a European perspective*. Springer.
- Dutra, L., Campbell, L., & Westen, D. (2004). Quantifying clinical judgment in the assessment of adolescent psychopathology: Reliability, validity, and factor structure of the child behavior checklist for clinician report. *Clinical Psychology*, 60(1), 65-85. <https://doi.org/10.1002/jclp.10234>
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Borderline personality disorder co-morbidity: Relationship to the internalizing-externalizing structure of common mental disorders. *Psychological Medicine*, 41(5), 1041–1050. <http://doi.org/10.1017/S0033291710001662>

- Ellison, W. D., Rosenstein, L., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 561-573. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008>
- Eppel, A. B. (2005). Uma visão psicobiológica da personalidade limítrofe. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(3), 262-268. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082005000300005>
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 39(1), 1-11. <https://www.trastornolimite.com/images/stories/pdf/Trastornos-de-la-personalidad-en-el-DSM-V.pdf>
- Esterberg, M. L., Goulding, S.M., & Walker, E. F. (2010). Cluster A personality disorders: Schizotypal, schizoid and paranoid personality disorders in childhood and adolescence. *Journal of Psychopathology Behavioral Assessment*, 32, 515–528. <https://doi.org/10.1007/s10862-010-9183-8>
- Evren, C., Barut, T., Saatcioglu, O., & Cakmak, D. (2006, março). Axis I psychiatric comorbidity among adult inhalant dependents seeking treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 38(1), 57-64. doi:<http://dx.doi.org.ezbusc.usc.gal/10.1080/02791072.2006.10399828>
- Faulkner, C. (1998). *Borderline personality disorder subtypes among hospitalized female adolescents*. [Tese de doutorado, University of Rhode Island]. <https://digitalcommons.uri.edu/dissertations/AAI9921547/>
- Fein, G., & Nip, V. (2012) Borderline personality symptoms in short-term and long-term abstinent alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36(7): 1188-1195. DOI:10.1111/j.1530-0277.2011.01730.x
- Fernández, M. (2007). *Trastorno límite de la personalidad: estudio de un concepto controvertido*. Amarú Editorial.
- Ferrer, M., Andión, O., Matalí, J., Valero, S., Navarro, J., Ramos-Quiroga, J., Torrubia, R. & Casas (2010, dezembro). Comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in borderline patients defines an impulsive subtype of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 24(6), 812-822. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.6.812>
- Feske, U., Kirisci, L., Tarter, R., & Pilkonis, P. (2007). An Application of Item Response Theory to the DSM-III-R Criteria for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 21, 418–433.
- Fliege, H., Lee, J. R., Grimm, A., & Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 66(6), 477–493. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.10.013>
- Fornaro, M., Orsolini, L., Marini, S., De Berardis, D., Perna, G., Valchera, A., Ganança, L., Solmi, M., Veronese, N., & Stubbs, B. (2016). The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders comorbidity: Systematic review and

- meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 195, 105-118. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.040>
- Frewen, P. A., Dozois, D. J. A., Neufeld, R. W. J., Densmore, M., Stevens, T. K., & Lanius, R. A. (2011). Self-referential processing in women with PTSD: Affective and neural response. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(4), 318–328. <https://doi.org/10.1037/a0021264>
- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Namia, D., & Novella, L. (1999). Latent structure analysis of DSM-IV borderline personality disorder criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 1(40): 72–79. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(99\)90080-9](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90080-9)
- Frías, Á., & Palma, C. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: a review. *Psychopathology*, 48(1), 1–10. <https://doi.org/10.1159/000363145>
- Gaudio, S. & Di Ciommo, V. (2011). Prevalence of personality disorders and their clinical correlates in outpatients adolescents with anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 73 (9), 769-774. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318235b9b5>
- Gazzillo, F., Lingiardi, V., Peloso, A., Giordani, S., Vesco, S; Zanna, V., Filippucci, L., & Vicari, S. (2013). Personality subtypes in adolescents with anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 54 (6), 702–712. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.006>
- Giesen-Bloo, J., Wouters, L., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). The Borderline Personality Disorder Severity Index-IV: Psychometric evaluation and dimensional structure. *Journal of Personality Disorders*, 49, 136-141.
- Giuseppe, M., Umberto, A., Enrico, P., & Filippo, B. (2007). Bipolar obsessive-compulsive disorder and personality disorders. *Bipolar Disorders*, 9(7), 722-729.
- González, S., Díaz-Marsá, M., Fuentenebro, F., López-Ibor, J., & Carrasco, L. (2006). Revisión histórica del concepto de trastorno límite de la personalidad (Borderline). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(5), 336-343. <https://medes.com/publication/22723>
- Gratz, K. L., Tull, M. T., & Levy, R. (2014). Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 44(10). 2099-2112 doi. <http://doi.org/10>
- Grilo C. M., McGlashan T. H., Morey L. C., Gunderson J. G., Skodol A. E., Shea M. T. Sanislow, C. A., Zanarini, M. C., Bender, D., Oldham, J. M., Dyck, I., & Stout, R. L. (2001) Internal consistency, intercriterion overlap and diagnostic efficiency of criteria sets for DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 104(4), 264–272.

- Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., Lantigua, R., & Weissman, M. M. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives Internal Medicine*, *162*(1), 53-60. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.1.53>
- Guerrero, M. (2007). *Transtorno límite de la personalidad. Estudio de un concepto controvertido*. Amarú Ediciones.
- Guilé, J. M., Boissel, L., Alaux-Cantin, S., & de La Rivière, S. G. (2018). Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, *9*, 199–210. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S156565>
- Gunderson, J. (2007). Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *164*(11), 1637-40. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071125>
- Gunderson, J. (2009). Borderline personality disorder: Ontogeny of a diagnosis. *The American Journal of Psychiatry*, *166*, 530-39. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121825>
- Gunderson, J. (2010). Revising the borderline diagnosis for DSM-V: An alternative proposal. *Journal of Personality Disorders*, *24*(6), 694-708. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.6.694>
- Gunderson, J., Stout, R., McGlashan, T., Shea, T., Morey, L., Grilo, C.M., Zanarini, M.C., Yen, S., Markowitz, J.C., Sanislow, C., Ansell, E., Pinto, A. & Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Archives of General Psychiatry*, *68*(8), 827-837. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- Gunderson, J., Herpertz, S., Skodol, A., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, *4*, 18029. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Hallquist, M., & Pilkonis, P. (2012, julho). Refining the phenotype of borderline personality disorder: Diagnostic criteria and beyond. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, *3*(3), 228-246.
- Have, M. ten, Verheul, R., Kaasenbrood, A., Dorsselaer, S. van, Tuithof, M., Kleinjan, M., & Graaf, R. de (2016). Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *BMC Psychiatry*, *16* (246). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0939-x>
- Hawton, K., Saunders, K., Topiwala, A., & Haw, C. (2013). Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *Journal of affective disorders*, *151*(3), 821–830. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.020>
- Hilsenroth, M. J., Steven J., Ackerman, M. A., Blagys, M. D., Becky, D., Baumann, M. A., Baity, M. Smith, S. R., Price, J., Smith, C., Heindselman, T. L., Mount, M. & Holdwick Jr., D. J. (2000). Reliability and validity of DSM-IV Axis V. *The American Journal of Psychiatry*, *157* (11), 1858-63. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1858>

- Hopwood, C., Kotov, R., Krueger, R., Watson, D., Widiger, T., Althoff, R., Ansell, E., Bach, B., Bagby, R., Blais, M., Bornovalova, M., Chmielewski, M., Cicero, D., Conway, C., De Clercq, B., De Fruyt, F., Docherty, A., Eaton, N., Edens, J. & Zimmermann, J. (2017). The time has come for dimensional personality disorder diagnosis. *Personality and Mental Health*, 12. <https://doi.org/10.1002/pmh.1408>
- Horiguchi, T. (1999) A content analysis of the Rorschach test by subtypes of borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 45: 69-75.
- Hyun, A. (2007). *Evaluating the borderline personality: A study of identity and narrative voice*.
<http://books.google.com.br/books?id=pnygfTUEVI8C&pg=PA33&lpg=PA33&dq=Borderline+DSM#v=onepage&q=Borderline%20DSM-&f>.
- Isaacs, R. (2011). Substance use and its relationship to genetics, personality, and the stress response. *Information & Learning*.
- Johansen, M., Karterud, S., Pedersen, G., Gude, T., & Falkum, E. (2004). An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (4), 289 - 298. <https://doi.org/10.1046/j.1600-0447.2003.00268.x>
- Junqueira, C., & Junior Coelho, N. (2006). Freud e as neuroses atuais: As primeiras observações psicanalíticas dos quadros borderline. *Psicologia Clínica*, 18(2), 25 – 35.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652006000200003
- Kalapatapu, R., Patil, U., & Goodman, M. (2010). Using the internet to assess perceptions of patients with borderline personality disorder: what do patients want in the DSM-V? *Cyber Psychology, behavior, and Social Networking*, 13(5), 483-494. <https://doi.org/10.1089/cyber.2009.0351>
- Kamalabadi, M. J., Ahmadi, S. A., Etemadi, O., Fatehizadeh, M., Bahrami, F., & Firoozabadi, A. (2012, janeiro). A study of the effect of couple dialectical behavioral therapy on symptoms and quality of marital relationships and mental health of Iranian borderline personality couples: A controlled trial. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 3(9), 1480–1487. <https://psycnet.apa.org/record/2012-22425-047>
- Kernberg, O. F, & Yeomans, F. E. (2013). Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: Practical differential diagnosis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 77(1), 1-22. <https://doi.org/10.1521/bumc.2013.77.1.1>
- Keuroghlian, A. S., & Zanarini, M. C. (2015). Lessons learned from longitudinal studies of personality disorders. In S. K., Huprich. (Ed.). *Personality disorders: Toward theoretical and empirical integration in diagnosis and assessment* (pp. 145–161). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14549-007>
- Knefel, M., Tran, U. S., & Lueger-Schuster, B. (2016). The association of posttraumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder, and borderline personality

- disorder from a network analytical perspective. *Journal of anxiety disorders*, 43, 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.002>
- Koenigsberg, H. W., Anwunah, I., New, A. S., Mitropoulou, V., Schopick, F., & Siever, L. J. (1999). Relationship between depression and borderline personality disorder. *Depression & Anxiety*, 10(4 Special Issue), 158-167. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6394\(1999\)10:4<158::AID-DA4>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6394(1999)10:4<158::AID-DA4>3.0.CO;2-B)
- Krause-Utz, A., Cackowski, S., Daffner, S., Sobanski, E., Plichta, M. M., Bohus, M., Ende, G., & Schmahl, C. (2016). Delay discounting and response disinhibition under acute experimental stress in women with borderline personality disorder and adult attention deficit hyperactivity disorder. *Psychological Medicine*, 46(15), 3137-3149. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001677>
- Kröger, C., Harbeck, S., Armbrust, M., & Kliem, S. (2013). Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 411–416. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.04.008>
- Lampe, K.; Konrad, K.; Kroener, S; Fast, K ; Kunert, H. J., & Herpertz, S. C. (2007). Neuropsychological and behavioral disinhibition in adult ADHD compared to borderline personality disorder *Psychological Medicine*, 37(12), 1717-1729. <https://doi.org/10.1017/S0033291707000517>
- Laporte, N., Ozolins, A., Westling, S., Westrin, Å., Billstedt, E., Hofvander, B., & Wallinius, M. (2017, agosto). Deliberate self-harm behavior among young violent offenders. *PLoS ONE*, 12(8), e0182258. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182258>
- Lasa, A. (2003). Hiperactividad y trastornos de la personalidad II: Sobre la personalidad límite. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 35/36(5), 5-118. <https://www.sepypna.com/articulos/hiperactividad-trastornos-personalidad-2/>
- Laurensen, E. M., Westra, D., Kikkert, M. J., Noom, M. J., Eeren, H. V., van Broekhuizen, A. J., Peen, J., Luyten, P., Busschbach, J. J., & Dekker, J. J. (2014). Day Hospital Mentalization-Based Treatment (MBT-DH) versus treatment as usual in the treatment of severe borderline personality disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 14, 149. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-149>
- Lawn, S., & McMahon, J. (2015). Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 510–521. <https://doi.org/10.1111/jpm.12226>
- Lazarus, S. A., Cheavens, J. S., Festa, F., & Rosenthal, M. Z. (2014) Interpersonal functioning in borderline personality disorder: A systematic review of behavioral and laboratory-based assessments. *Clinical Psychology Review*, 34(3): 193- 205. DOI:10.1016/j.cpr.2014.01.007

- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377 (9759), 74-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Leihener, F., Wagner, A., Haaf, B., Schmidt, C., Lieb, K., Stieglitz, R., & Bohus, M. (2003). Subtype differentiation of patients with borderline personality disorder using a circumplex model of interpersonal behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 248–254. <https://doi.org/10.1097/01.NMD.0000061150.38924.2A>
- Lenzenweger, M., Clarkin, J., Yeomans, F., Kernberg, O., & Levy, K. (2008). Refining the borderline personality disorder phenotype through finite mixture modeling: Implications for classification. *Journal of Personality Disorders*, 22 (4), 313-31. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.4.313>.
- Lewis, K., Caputi, P. & Grenyer, B. (2012). Borderline personality disorder subtypes: A factor analysis of the DSM-IV criteria. *Personality and Mental Health*, 6(3), 196-206. <https://doi.org/10.1002/pmh.1183>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- Links, P. S., Ross, J., & Gunderson, J.G. (2015). Promoting good psychiatric management for patients with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 753–763. <https://doi.org/10.1002/jclp.22203>
- Lubman, D. I., Hall, K., Pennay, A., & Rao, S. (2011). Managing borderline personality disorder and substance use - an integrated approach. *Australian family physician*, 40(6), 376–381. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21655482/>
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., De Leo, D., de Wilde, E. J., Fekete, S., van Heeringen, K., Ystgaard, M., & Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: Findings from the child & adolescent self-harm in Europe (CASE) Study. *European child & adolescent psychiatry*, 20(10), 499–508. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0210-4>
- Magill C. A. (2004, agosto). The boundary between borderline personality disorder and bipolar disorder: current concepts and challenges. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 49(8), 551–556. <https://doi.org/10.1177/070674370404900806>
- Marissen, M. A., Arnold, A., & Franken, H. I. (2012). Anhedonia in borderline personality disorder and its relation to symptoms of impulsivity. *Psychopathology*, 45, 179–184. <https://doi.org/10.1159/000330893>
- Marques, S., Barrocas, D., & Rijo, D. (2017). Intervenções psicológicas na perturbação borderline da personalidade: Uma revisão das terapias de base cognitivo-comportamental. *Acta médica portuguesa*, 30(4), 307–319. <https://doi.org/10.20344/amp.7469>
- Martinez, G., Cortés, G., & Martínez-Raga, J. (2005). *Trastorno límite de la personalidad: Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Médica Panamericana.

- Meaney, R., Hasking, P., & Reupert, A. (2016). Prevalence of borderline personality disorder in university samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *PLoS One*, *11*(5), e0155439. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155439>
- Mercer, D. E. (1996). *Subgroups of addicted and non addicted borderline outpatients based on symptoms exhibited and comorbid disorders*. [Tese de doutorado, University of Pennsylvania].
- McClure, G., Hawes, D. J., & Dadds, M. R. (2016). Borderline personality disorder and neuropsychological measures of executive function: A systematic review. *Personality and Mental Health*, *10*(1), 43-57. <https://doi.org/10.1002/pmh.1320>
- McCrae, E., & Costa, P. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective* (2nd ed.). Guilford.
- McGirr, A., Paris, J., Lesage, A., Renaud, J., & Turecki, G. (2007). Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: a case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *The Journal of clinical psychiatry*, *68*(5), 721–729. <https://doi.org/10.4088/jcp.v68n0509>
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Ralevski, E., Morey, L. C., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Bender, D., Stout, R. L., Yen, S., & Pagano, M. (2005). Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Toward hybrid model of Axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *162*, 883–889. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.883>
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson J. G., Shea, M. T., Morey L.C, Zanarini, M. C., & Stout, R. L. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Baseline Axis I/II and II/I diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. *102*(4), 256–264. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102004256.x>
- Mikolajewski, A., Pizzarello, S. & Taylor, J. (2011, setembro) Borderline personality disorder symptom clusters predict substance use disorder symptoms in nonclinical sample. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *30*(7): 722-731. DOI:10.1521/jscp.2011.30.7.722
- Millon, T. (1998). *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Masson.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2000). *Personality disorders in modern life*. John Wiley & Sons, Inc.
- Möller, J., Helm, F., Müller-Kalthoff, H., Nagy, N., & Marsh, H.W. (2015). Dimensional comparisons and their consequences for self-concept, motivation, and emotion. In Wright, J. D. *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* (Vol. 6, pp. 430-436). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.26092-3>
- Mosquera, D. (2007). *Trastorno límite de la personalidad: profundizando en el caos*. Ediciones Pléyades,

- Mullins-Sweatt, S. N., Edmundson, M., Sauer-Zavala, S., Lynam, D. R., Miller, J. D., & Widiger, T. A. (2012). Measures to assess maladaptive variants of the five-factor model five-factor measure of borderline personality traits. *Journal of Personality Assessment*, *94*(5), 475-487. <https://doi.org/10.1080/00223891.2012.672504>
- Naffah Neto, A. (2007) A problemática do falso self em pacientes de tipo borderline: revisitando Winnicott, *Revista Brasileira de Psicanálise*, *41* (4), 77-88.
- Nagata, T., Oshima, J., Wada, A., Yamada, H., Ota, Y., Yamauchi, T., Iketani, T., & Kiriike, N. (2004). Lifetime diagnosis of major depressive disorder among social anxiety disorder patients. *Seishin Igaku (Clinical Psychiatry)*, *46*(4), 381-387. Retrieved from <https://search-proquest-com.ezbusc.usc.gal/scholarly-journals/lifetime-diagnosis-major-depressive-disorder/docview/620410564/se-2?accountid=17253>
- Nesci J. (2009). *Identification and Clinical Utility of Subgroups of Borderline Personality Disorder*. A thesis submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Psychology, PGrad Dip (Psychology) Discipline of Psychology School of Health Sciences RMIT University, <https://core.ac.uk/reader/15617840>
- New, A., Triebwasser, J., & Charney, D. (2008, outubro). The case for shifting borderline personality disorder to axis I. *Biological Psychiatry*, *64*(8), 653-659. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.04.020>
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., Anagnostakis, K., Cooper, S., & Bowden-Jones, O. (2010, abril). The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *45*(4), 453-460. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0084-7>
- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 9–18). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11875-001>
- Oldham, J. M. Borderline Personality Disorder and Suicidality. (2006, janeiro). *American Journal of Psychiatry*. *163*(1): 20-26.
- Oltmanns, T. F., & Balsis, S. (2011). Personality disorders in later life: Questions about the measurement, course, and impact of disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, *7*, 321-349. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-090310-120435>
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Artmed.
- Organização Mundial da Saúde. (1998). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 - Diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários*. Artes Medicas.
- Paredes, P. (2015). Elucidación epistémica e histórica del trastorno de la personalidad limite o borderline. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *44*(3), 189-195. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.04.001>

- Paris J. (2005). Borderline personality disorder. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 172(12), 1579–1583. <https://doi.org/10.1503/cmaj.045281>
- Paris, J. (2018). Differential diagnosis of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, <https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=Jzt7DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA575&dq=Paris+2018+Borderline&ots=SVIJ6OEL7N&sig=tygh1jqdRb27njeR9d2qdSiv6Oc#v=onepage&q=Paris%202018%20Borderline&f=false>
- Paris, J. (2009). The treatment of borderline personality disorder: Implications of research on diagnosis, etiology and outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 277-290. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153457>
- Perry, J. C., Lavori, P. W., Pagano, C. J., Hoke, L. & O'Connell, M.E. (1992, Jan-Mar) Life events and recurrent depression in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6(4): 394-407. DOI:10.1521/pedi.1992.6.4.394
- Philipsen, A., Limberger, M. F., Lieb, K., Feige, B., Kleindienst, N., Ebner-Priemer, U., Barth, J., Schmahl, C., & Bohus, M. (2008, fevereiro). Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 118-23. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.035782>
- Ramos, R., Perera, C., Urdani, A. & Iglesias, S. (2002). Factores asociados al diagnóstico de transtorno límite de la personalidad en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Actas Espanholas de Psiquiatria*, 30(3), 153-159
- Rebok, F., Teti, G.L., Fantini, A.P., Cárdenas-Delgado, C., Rojas, S.M., Derito, M. N., & Daray, F. M. (2015). Types of borderline personality disorder (BPD) in patients admitted for suicide-related behavior. *Psychiatric Quarterly*, 86(1), 49-60. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11126-014-9317-3>
- Ruiloba, J. (2006). *Introducción a la psicología y la psiquiatria* (6ª ed.). Elsevier.
- Russ, M., Shearin, E, Clarkin, J., & Harrison, K. (1993). Subtypes of self-injurious patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(12), 1869-1871. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.12.1869>
- Salzer, S., Streeck, U., Jaeger, U., Masuhr, O., Warwas, J., Leichsenring, F. & Leibling, E. (2013, fevereiro) Patterns of interpersonal problems in borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(2): 94-98. DOI:10.1097/NMD.0b013e3182532b59
- Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Morey, L. C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Stout, R. L., Zanarini, M. C., & McGlashan, T. H. (2002). Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *The American journal of psychiatry*, 159 (2), 284–290. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.284>

- Sanislow, C., Grilo, C. & Mcglashan, T. (2000, outubro). Factor analysis of the DSM-III-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1629-1633. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1629>
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011a). Personality disorders: A nation-based perspective on prevalence. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(4), 13–18. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21637629/>
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011b). Personality pathology and its influence on eating disorders. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(3), 14-18. <https://www.researchgate.net/publication/51046181>
- Sansone, R. A., Tahir, N. A., Buckner, V. R., & Wiederman, M.W. (2008). The relationship between borderline personality symptomatology and somatic preoccupation among internal medicine outpatients. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 10, 286-290. <https://doi.org/10.4088/pcc.v10n0403>
- Sansone, R. A., Watts, D. A., Wiederman, M.W. (2014, junho) Borderline personality symptomatology and legal charges related to drugs. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 18(2): 150-152
- Santana, G., Coelho, B., Wang, P., Chiavegatto Filho, A., Viana, P., & Andrade, L.H. (2018, abril) *The epidemiology of personality disorders in the Sao Paulo Megacity general population*. PLOS ONE, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195581>
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K., & Wilner, J. (2016, fevereiro). Transdiagnostic treatment of borderline personality disorder and comorbid disorders: a clinical replication series. *Journal of Personality Disorders*, 30 (1): 35-51. DOI:10.1521/pedi_2015_29_179
- Saunders, E. F. H., Silk, K. R. (2009, outubro) Personality trait dimensions and the pharmacological treatment of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 29(5): 461-467. DOI:10.1097/JCP.0b013e3181b2b9f3
- Savitz, J., van der Merwe, L., Newman, T. K., Stein, D. J., & Ramesar, R. (2010). Catechol-o-methyl transferase genotype and childhood trauma may interact to impact schizotypal personality traits. *Behavior Genetics*, 40(3), 415-423. <https://doi.org/10.1007/s10519-009-9323-7>
- Savitz, J., van der Merwe, L., Stein, D., & Solms, M. (2009, março) Neuropsychological status of bipolar I disorder: Impact of psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3): 243-251. DOI:10.1192/bjp.bp.108.052001
- Schmieder, L. (1997). *Neuropsychological characteristics of self-mutilating and other subgroups of borderline women*. [Tese de Doutorado, The Fielding Institute].
- Schneider, B., Wetterling, T., Sargk, D., Schneider, F., Schnabel, A., Maurer, K. & Fritze, J. (2006). Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(1), 17-27. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0593-7>

- Schroeder, K., Fisher, H. L., & Schäfer, I. (2013, janeiro). Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder: Prevalence and clinical management. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(1), 113-119. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835a2ae7>
- Scott, N. P. (2017), Misdiagnosis or comorbidity: Borderline personality disorder in a patient diagnosed with bipolar disorder. *The American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, 12(10), 4-5. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2017.121002>
- Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Conselho Municipal de Saúde. Comissão Organizadora de II (2010). *Relatório final da II Conferência Municipal de Saúde Mental – Intersectorial de Fortaleza*. Conselho Municipal de Saúde Mental / Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.
- Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. (2013). *Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias (5ª ed)*. SENAD http://www.conseg.pr.gov.br/arquivos/File/Livro_completo_SENAD5.pdf
- Shafiee-Kandjani, A. R., Amiri, S., Arfaie, A., Ahmadi, A., & Farvareshi, M. (2014). Relationship between personality profiles and suicide attempt via medicine poisoning among hospitalized patients: A case-control study. *International Scholarly Research Notices*, 675480. <https://doi.org/10.1155/2014/67548>
- Sharp, C. (2018, abril). Calling for a unified redefinition of “borderlineness”: Commentary on Gunderson et al. *Journal of Personality Disorders*, 32 (Special Issue), 168-174. <https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.2.168>
- Sharp, C., Wright, A. G. C., Fowler, J. C., Frueh, B. C., Allen, J. G., Oldham, J., & Clark, L.A. (2015, março). The structure of personality pathology: Both general (‘g’) and specific (‘s’) factors? *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2): 387–398. <https://doi.org/10.1037/abn0000033>
- Shedler, J., Beck, A., Fonagy, P., Gabbard, G., Gunderson, J., Kernberg, O., Michels, R. & Westen, D. (2010, setembro). Personality disorders in DSM-5. *The American Journal of Psychiatry*, 167(9): 1026-1028. DOI:10.1176/appi.ajp.2010.10050746
- Shevlin, M., Dorahy, M., Adamson, G. & Murphy, J. (2007, setembro). Subtypes of borderline personality disorder, associated clinical disorders and stressful life-events: a latent class analysis based on the British Psychiatric Morbidity Survey. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(3), 273-281.
- Silva, C. R., Kolling, N. M., Carvalho, J. C. N., Cunha, S. M., & Kristensen, C. H. (2009). Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. *Aletheia*, 30, 101-12. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942009000200009
- Sirgiovanni, E. (2009). The mechanistic approach to psychiatric classification. *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, 2, 45-49.
- Skodol, A., Gunderson, J., Pfohl, B., Widiger, T., Livesley, W. & Siever, L. (2002). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structures.

- Biological Psychiatry*, 51, 936–950. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01324-0](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01324-0)
- Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2003). Why are women diagnosed borderline more than men?. *Psychiatry Quarterly*, 74, 349-360. <https://doi.org/10.1023/A:1026087410516>
- Smits, M. L., Feenstra, D. J., Bales, D. L., de Vos, J., Lucas, Z., Verheul, R., & Luyten, P. (2017). Subtypes of borderline personality disorder patients: A cluster-analytic approach. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(16). <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0066-4>
- Starcevic, V., & Janca, A. (2018, janeiro) Pharmacotherapy of borderline personality disorder: Replacing confusion with prudent pragmatism. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(1): 69-73. DOI:10.1097/YCO.0000000000000373
- Stepp, S. D., Burke, J. D., Hipwell, A. E., & Loeber, R. (2012, janeiro). Trajectories of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder symptoms as precursors of borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 7-20. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9530-6>
- Stevenson, J., Datyner, A., Boyce, P., & Brodaty, H. (2010, dezembro). The effect of age on prevalence, type and diagnosis of personality disorder in psychiatric inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(9), 981-987. <https://doi.org/10.1002/gps.2645>
- Szerman, N., Peris, M. D., Ruiz, A., Ruiz, M., Gunderson, J. G., Rejas, J., & Study Group for the Validation of the DIB-R into Spanish (2005). Linguistic adaptation and validation into Spanish of the Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorders-Revised (DIB-R). *Current Medical Research and Opinion*, 21(8), 1251–1259. <https://doi.org/10.1185/030079905X56385>
- Tang, W., Dominska, M., Greenwell, P. W., Harvanek, Z., Lobachev, K. S., Kim, H. M., Narayanan, V., Mirkin, S. M., & Petes, T. D. (2011). Friedreich's ataxia (GAA)_n•(TTC)_n repeats strongly stimulate mitotic crossovers in *Saccharomyces cerevisiae*. *PLoS genetics*, 7(1), e1001270. <https://doi.org/10.1371/journal.pgen.1001270>
- Taylor, J. & Reeves, M. (2007, setembro). Structure of borderline personality disorder symptoms in a nonclinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 805-16. <https://doi.org/10.1002/jclp.20398>
- Trull, T. J., Distel, M. A., & Carpenter, R. W. (2011). DSM-5 Borderline personality disorder: At the border between a dimensional and a categorical view. *Current Psychiatry Reports*, 13(1), 43–49. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0170-2>
- van den Brink, Chantal., Harte, Joke M., Denzel, A. Dorina. (2018). Men and women with borderline personality disorder resident in Dutch special psychiatric units in prisons: A descriptive and comparative study. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 28(4): 324-334.

- Vizgaitis, A., & Lenzenweger, M. (2019). Pierced identities: Body modification, borderline personality features, identity, and self-concept disturbances. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 10 (2): 154-162.
- Wedig, M., Silverman, M., Frankenburg, F., Reich, D., Fitzmaurice, G., & Zanarini, M. (2012). Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychological Medicine*, 42(11), 2395-2404. doi:10.1017/S0033291712000517
- Weinberg, I., & Maltzberger, J. (2012). Suicidal behaviors in borderline personality disorder. *Exploring the Phenomenon of Suicide*. 115-152. https://www.researchgate.net/publication/286138371_Suicidal_behaviors_in_borderline_personality_disorder.
- Weingeroff, J. L (2012). *The course of eating disorder not otherwise specified and its subtypes in patients with borderline personality disorder*. [Tese de doutorado, Boston University].
- Westen, D., Moses, J. M., Silk, K. R., Lohr, N. E., Cohen, R., & Segal, H. (1992). Quality of depressive experience in borderline personality disorder and major depression: When depression is not just depression. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 382-393. <https://doi.org/10.1521/pedi.1992.6.4.382>
- Westen, D., & Muderrisoglu, S. (2003). Assessing personality disorders using a systematic clinical interview: Evaluation of an alternative to structured interviews. *Journal of Personality Disorders*, 17(4), 351-369. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.4.351.23967>.
- Westen, D., Muderrisoglu, S., Fowler, C., Shedler, J., & Koren, D. (1997). Affect regulation and affective experience: Individual differences, group differences, and measurement using a Q-sort procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (3), 429–439. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.3.429>
- Westen, D., & Rosenthal, R. (2003). Quantifying construct validity: Two simple measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 608–618. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.3.608>
- Westen, D., & Shedler, J. (1999). Revising and Assessing Axis II, Part 2: toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 273-285. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.156.2.273>
- Westen, D., & Shedler, J. (2000). A Prototype Matching Approach to Diagnosing Personality Disorders Toward DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, 14, 109-126. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.2.109>
- Wetterborg, D., Långström, N., Andersson, G., & Enebrink, P. (2015). Borderline personality disorder: Prevalence and psychiatric comorbidity among male offenders on probation in Sweden. *Comprehensive psychiatry*, 62, 63–70. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.06.014>

- Whewell, P., Ryman, A., Bonanno, D. & Heather, N. (2000). Does the ICD classification accurately describe subtypes of borderline personality disorder? *British Journal of Medical Psychology*, 73, 483–494. <https://doi.org/10.1348/000711200160679>
- Widiger, T., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*, 19(2), 110–130. <https://doi.org/10.1521/pedi.19.2.110.62628>
- Widiger, T., & Mullins-Sweatt, S. (2009). Five-factor model of personality disorder: A proposal for DSM-V. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 197–220. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153542>
- Widiger, T. (2011). Integrating Normal and Abnormal Personality Structure: A Proposal for DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, 25(3), 338–363. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.3.338>
- Woodford, M. (2012) Men, addiction, and intimacy: Strengthening recovery by fostering the emotional development of boys and men. *Routledge/Taylor & Francis Group*, DOI:10.4324/9780203869796
- Wright, A. G., Hallquist, M. N., Beeney, J. E., & Pilkonis, P. A. (2013). Borderline personality pathology and the stability of interpersonal problems. *Journal of abnormal psychology*, 122(4), 1094–1100. <https://doi.org/10.1037/a0034658>
- Wright, A. G., Hopwood, C. J., Skodol, A. E., & Morey, L. C. (2016). Longitudinal validation of general and specific structural features of personality pathology. *Journal of Abnormal psychology*, 125(8), 1120–1134. <https://doi.org/10.1037/abn0000165>
- Wright, A. G., Pincus, A. L., & Lenzenweger, M. F. (2010, outubro). Modeling stability and change in borderline personality disorder symptoms using the revised Interpersonal Adjective Scales-Big Five (IASR-B5). *Journal of Personality Assessment*, 92(6), 501–513. <https://doi.org/10.1080/00223891.2010.513288>
- You, J., Leung, F., Fu, K., & Lai, C. M. (2011, fevereiro). The prevalence of nonsuicidal self-injury and different subgroups of self-injurers in Chinese adolescents. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 15(1), 75–86. <https://doi.org/10.1080/13811118.2011.540211>
- Zanarini M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 120(5), 373–377. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01448.x>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 155, 1733–1739. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.173398>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2004a). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *The American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2108–2114. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.11.2108>

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., & Parachini, E. A. (2004b). A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with borderline personality disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(7), 903–907. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0704>
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Conkey, L. C., & Fitzmaurice, G. M. (2014). Treatment rates for patients with borderline personality disorder and other personality disorders: A 16-year study. *Psychiatric Services*, *66*(1), 15–20. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400055>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Hennen, J., & Silk, K. R. (2005, junho). Adult experiences of abuse reported by borderline patients and Axis II comparison subjects over six years of prospective follow-up. *The Journal of nervous and mental disease*, *193*(6), 412–416. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000165295.65844.52>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R.; Dubo, E. D; Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. *155*, 1733-1739.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Conkey, L. C., & Fitzmaurice, G. M. (2014). Treatment rates for patients with borderline personality disorder and other personality disorders: A 16-year study. *Psychiatric Services*, *66*(1), 15–20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25270039/>
- Zanarini, M., Frankenburg, F., Hennen, J., Reich, B., & Silk, K. (2006) Prediction of the 10-Year Course of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 827-832. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.827>
- Zandersen, M., Henriksen, M. G., & Parnas, J. (2019). A recurrent question: What is borderline?. *Journal of Personality Disorders*, *33*(3), 341–369. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_348
- Zimmerman, M., Martinez, J., Young, D., Chelminski, I., & Dalrymple, K. (2014). Differences between patients with borderline personality disorder who do and do not have a family history of bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(7), 1491–1497. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.012>
- Zimmerman, M., & Mattia, J. (1999) Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *156*(10), 1570 – 1574. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1570>.
- Zittel, C. (2002, December). *Subtyping borderline personality disorder*. [Tese de Doutorado, University of Massachusetts].
- Zittel, C., & Westen, D. (2004). *Subtyping borderline personality disorder*. Unpublished manuscript, Emony University.
- Zittel, C., & Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 867 – 875. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.867>.

11. RESUMO EN GALEGO



11. RESUMO EN GALEGO

11.1. INTRODUCCIÓN

Durante o longo proceso de conceptualización do TPB, o termo ‘borderline’ foi utilizado para referirse a unha ampla e difusa gama de síntomas, até que se presentou como trastorno da personalidade en 1980 na terceira edición do DSM (*Diagnose and Statistical Manual*) na que se relacionaron os criterios diagnósticos para a súa identificación.

Actualmente, o trastorno segue sendo interpretado como un patrón de inestabilidade nas relacións, a autoimaxe, e os afectos xunto con condutas impulsivas. Na Sección II do DSM-5 (APA, 2013), mantendo as pautas da versión anterior, descríbense nove criterios para facilitar o seu recoñecemento e diagnóstico. Ademais, na Sección III do citado manual, alentado, posiblemente, polas persistentes dificultades diagnósticas, preséntase un novo enfoque que trata de liquidar algún dos problemas de solapamento de síntomas entre distintos trastornos da personalidade, tomando como eixos o funcionamento e trazos específicos.

Con todo, malia o crecente número de estudos relacionados coa súa conceptualización e dos avances considerados no seu coñecemento, as cuestións sobre a súa natureza seguen abertas, permanecendo como fonte de debate entre clínicos e investigadores (Wright, et al., 2016; Zandersen, et al., 2019).

Trátase do trastorno da personalidade con maior incidencia de comorbilidade, tanto cos trastornos mentais como con outros trastornos da personalidade. Con respecto a este, adoita coexistir con tres ou máis trastornos do Eixo I e máis da metade dos casos tenden a reunir criterios para polo menos outro trastorno do Eixo II (Lewis et al., 2012). O número elevado de trastornos que moitas veces o acompañan e a gran variedade de síntomas que se poden vincular aos seus criterios de identificación, preservados na Sección II do DSM-5 (APA, 2013), dan conta da heteroxeneidade do trastorno (París, 2009). Sen dúbida, este aspecto da súa natureza favorece os interrogantes sobre o que representa, así como as dificultades para diagnosticalo e tratalo, complicando o desenvolvemento de estratexias de tratamento efectivas, tanto psicolóxicas como farmacolóxicas (Saunders & Silk, 2009; Starcevic & Janca, 2018).

En contextos clínicos, obsérvase que as propias características do trastorno poden favorecer que sexa mal diagnosticado ou infradiagnosticado (Paris, 2009; Ramos et al., 2002). Ás veces, non se recoñece o propio trastorno da personalidade e identifícanse outros trastornos comórbidos que se manifestan de modo máis evidente no momento da consulta (como os trastornos do estado de ánimo, abuso de substancias ou conduta alimentaria, por exemplo). Outras veces, o diagnóstico de TLP úsase en pacientes máis graves, que non responderon ben a tratamentos anteriores (Mosquera, 2007; Paris, 2005).

A investigación previa suxire que, en realidade, a estimación de TLP adoita ser máis alta que a informada (Ellison et al., 2018; Gunderson, 2009) e os datos apuntan, por exemplo, que a prevalencia de pacientes con TLP en contornas clínicas é maior que o número de diagnósticos obtidos a través da avaliación de clínicos de maneira independente. A prevalencia do TLP está estimada nun 1,6% da poboación, podendo chegar ao 5,9% (APA, 2013). Mesmo, estudos realizados por McGlashan et al. (2000) e Ellison et al. (2018) indican que os casos con TLP poden alcanzar do 15% ao 25% da poboación clínica, permanecendo entre os TP con maior incidencia. Cómpre engadir, que se trata dun trastorno grave, que pode prexudicar o funcionamento da persoa en diversos ámbitos da súa vida, provocando un severo sufrimento

persoal e familiar. Así mesmo, asóciase comunmente con condutas suicidas e autolesivas nunha porcentaxe significativa de casos (Abdul-Hamid et al., 2014; Dubovsky & Kiefer, 2014; Lawn & McMahon, 2015). Aproximadamente do 8 ao 10% das persoas con TLP suicídanse (París, 2009). Segundo Aguilar e Esteban (2005), só o 15% dos pacientes nunca realizou intentos de suicidio.

O complexo panorama descrito impulsou que diferentes estudos tratasen de profundar na heteroxeneidade de TLP analizando a súa estrutura factorial. Neste sentido, algúns continuaron probando a unicidade do concepto nun intento de limitar a cantidade de síntomas que poden estar vinculados á súa definición (por exemplo, Conklin & Westen, 2005; Feske et al., 2007; Fossati et al., 1999; Giesen- Bloo et al., 2010; New et al., 2008). Aínda que confirmada a unicidade do trastorno, por diferentes investigacións, en base aos oito ou nove criterios establecidos para o seu recoñecemento no DSM (III, IV, IV- R), algúns autores tamén apoiaron a adecuación dun modelo trifactorial (Andión et al., 2011; Sanislow et al., 2000; Sanislow et al., 2002). Mesmo, á vista dos cuestionamentos existentes, xurdiron varias propostas de interpretación, Shap et al. (2015), por exemplo, considera que a mellor conceptualización estaría representada por unha dimensión global de gravidade, que represente os trazos comúns que comparten todos os trastornos da personalidade.

Por outra banda, tamén co obxectivo de achegar claridade á condición heteroxénea do TLP, algúns estudos dedicáronse á análise da representatividade ou das formas en que se manifestan as diferentes comorbilidades entre os pacientes con este diagnóstico. Por exemplo: Weingeroff (2012) tivo como obxectivo avaliar a expresión de trastornos da conduta alimentaria inespecíficos; Frías e Palmas (2015), trastorno de tensión postraumática; Ferrer et al. (2010), trastorno por déficit de atención con hiperactividade.

O certo é que o coñecemento sobre o TLP aínda está moi por detrás da maioría dos trastornos psicopatolóxicos (Gunderson, 2009; Zandersen et al., 2019), polo que se precisan máis investigacións que axuden a aclarar a natureza deste trastorno (Sharp, 2018). Necesidade, que se volve aínda máis urxente á vista da súa importante incidencia e gravidade.

A presente investigación, toma como base a literatura dirixida a explorar a heteroxeneidade do TLP e, especialmente, a relacionada coa identificación de subtipos do TLP. Entendendo que o avance no recoñecemento de agrupacións caracterizadas por perfís clínicos máis homoxéneas nun trastorno tan complexo pode achegar contidos que favorezan o esclarecemento da súa natureza, e que, en última instancia, faciliten o seu proceso de diagnóstico e tratamento. Polo tanto, a partir dos datos recollidos sobre unha mostra diagnosticada con TLP, analizarase como se combinan os criterios diagnósticos do DSM-IV e DSM-5 (Sección II), os demais trastornos da personalidade e outros trastornos mentais, de xeito que se poida indagar sobre as principais relacións de comorbilidade que aparecen e a formación de subtipos. Adicionalmente, dada a escasa información existente sobre características específicas do trastorno que acompañan ao sexo e ao desenvolvemento evolutivo, examínase a expresión clínica dos pacientes en función destas características demográficas.

Esta tese, en definitiva, aborda a análise da natureza heteroxénea da TLP, tratando de recoñecer subgrupos significativos de pacientes a partir dos patróns específicos demostrados entre características clínicas e comorbilidades.

11.2. OBXECTIVOS

O **obxectivo xeral** da presente tese foi analizar a natureza do TLP na práctica clínica, comprobando posibles subgrupos máis homoxéneos do trastorno, a partir dos patróns de afinidade que se manifestan entre as súas principais características clínicas e comorbilidades. Este obxectivo xeral concretouse a través dos seguintes **obxectivos específicos**:

1. Identificar as principais comorbilidades que aparecen vinculadas aos Eixos I e II do DSM-IV.
2. Verificar patróns específicos de comorbilidade en función dos trastornos de personalidade máis frecuentes da mostra.
3. Analizar se existen configuracións de síntomas e comorbilidades que poidan indicar subtipos de pacientes máis homoxéneos.
4. Discriminar os principais síntomas clínicos e as relacións de comorbilidade demostradas diferencialmente entre individuos con grupos de menor e maior idade.
5. Describir os principais síntomas clínicos e relacións de comorbilidades mostradas de xeito diferente por individuos masculinos e femininos.

11.3. MÉTODO

11.3.1. Institucións e mostra

Esta tese contou co apoio da coordinación colexiada da Secretaría de Saúde Mental de Fortaleza (SMS) e coa aprobación da Comisión Nacional de Ética en Investigación de Brasil (Comissão Nacional de Ética em Investigación do Brasil — CONEP), posibilitando a colaboración dos Centros de Atención Psicosocial (CAPS) de Fortaleza nesta investigación (Anexos 1 - 7).

Os CAPS representan unidades que ofrecen servizos á comunidade, en réxime aberto, de atención terapéutica e social a persoas con trastornos mentais en estado grave. Estes centros contan coa actuación multidisciplinar de diferentes especialidades, co obxectivo de promoveren, ademais da atención clínica, a reinserción social dos usuarios, para o acceso ao lecer, ao traballo, ao exercicio dos dereitos civís e o fortalecemento dos lazos familiares e comunitarios.

Con todo, co fin de obter información sobre un número suficiente de suxeitos, a presente investigación tamén contou coa colaboración de psicólogos e psiquiatras que exercen en clínicas particulares de Fortaleza, así como no Servizo de Psicología Aplicada (SPA), unidade que forma parte do campus da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), ofrecendo unha ampla gama de servizos de atención psicoterapéutica para a comunidade, en réxime aberto, para todas as idades.

Así, a recollida de información sobre a mostra levouse a cabo a través da participación de psicólogos e psiquiatras, incorporados aos CAPS, SPA e clínicas particulares ao longo do período de aproximadamente dous anos (de maio do 2014 até maio de 2016). Ao longo dese período obtivéronse descrições das características clínicas de 84 pacientes. Entre eles, con todo, cinco non cumpriron cos criterios necesarios para o diagnóstico de TLP con base nos requisitos do DSM-IV e, por iso, unicamente 79 conformaron a mostra.

A mostra estivo composta por pacientes de ambos os sexos, a maioría mulleres (81%), todos diagnosticados co trastorno límite da personalidade, de acordo coas pautas establecidas no DSM-IV e DSM-5 (Sección II), atendidos en réxime aberto, en clínicas particulares ou centros comunitarios especializados, dentro da cidade de Fortaleza- Ce. Estes pacientes (entre eles 15 adolescentes) presentaron idades entre 13 e 62 anos, cunha media de idade de 30.7 (SD=11.8).

11.3.2. Instrumentos

Este estudo seguiu a recomendación de investigadores que, para a análise da heteroxeneidade do TLP e a verificación de subtipos, propoñen incorporar variables clínicas que vaian máis aló dos criterios establecidos para a identificación do trastorno (Clifton & Pilkonis, 2007; Critchfield et al., 2008; Lenzenweger et al., 2008; Hallquist & Pilkonis, 2012). Así, no presente estudo, á parte dos criterios propios do TLP, recolleuse información sobre os demais TPs comprendidos no DSM-IV e tamén sobre os trastornos do Eixo I. Ademais,

solicitouse información sobre aspectos de relevancia clínica e comunmente observados durante a entrevista de anamnese (como idade e queixa principal, entre outros).

Por unha banda, tomando como referencia estudos previos como o de Bradley et al. (2005), que investigou subtipos do trastorno límite da personalidade en adolescentes, aos profesionais colaboradores presentóuselles unha *listaxe de criterios para os trastornos de personalidade incluídos no Eixo II* do DSM-IV. Desta forma, presentáronse 81 criterios, para que cada un deles fose indicado como 'presente' ou 'ausente', segundo as características percibidas no paciente. Entre os elementos tamén constan as definicións que corresponden a cada TP, para seren identificadas do mesmo xeito, polo que a lista contén, no seu conxunto, un total de 91 cuestións (Anexo 8). Esta medida facilitou a identificación das distintas características de personalidade presentadas polos pacientes. Ademais, mediante a aplicación das regras do DSM-IV, foi posible confirmar o diagnóstico de TLP e identificar os demais trastornos de personalidade presentes entre os casos clínicos. O enchemento desta lista por parte dos profesionais evitou sobrecargar aos pacientes cun número elevado de enquisas, e favoreceu a composición da mostra, xa que non todos os individuos diagnosticados con TLP serían indicados para colaboraren coa resolución dun cuestionario da personalidade.

Por outra banda, para o exame dos trastornos do Eixo I foi utilizada a *Entrevista Clínica Estructurada para os Trastornos do Eixo I* (SCID-I), que mostrou ser un instrumento eficiente, que pode ser aplicado nun tempo razoable na práctica clínica malia o amplo número de ítems avaliados (Anexos 9 e 10). Un aspecto esencial deste instrumento é a súa forma de puntuación, que se establece a través do xuízo clínico do profesional sobre a constancia de cada criterio, e non da resposta específica do paciente. Ademais, este instrumento mostrou a súa fiabilidade no diagnóstico psicopatolóxico e foi tamén utilizado con frecuencia en traballos previos de investigación (Giuseppe et al., 2007; Mikolajewski et al., 2011; Nagata et al., 2004).

11.3.3. Procedemento

Unha vez obtida a aprobación da SMS e do CONEP, iniciouse unha presentación da investigación entre os coordinadores de centros CAPS de Fortaleza, que facilitaron o contacto cos psicólogos e psiquiatras que compoñían os equipos de atención á saúde mental.

Durante o primeiro contacto establecido cos profesionais dos CAPS, SPA ou clínicas particulares, mostrouse o chamado *Termo de Consentimento Libre e Informado (TCLE)* (Anexo 6), nun modelo aprobado polo comité de ética de acordo coa Resolución 196/96 do Consello Nacional de Saúde. Este escrito busca garantir a protección dos suxeitos involucrados na investigación, así como a súa vontade para colaboraren e a enteira liberdade para interromperen a súa participación, sen ningún compromiso ou necesidade de xustificación. O TCLE, entre outra información, contén a presentación do proxecto, do centro de investigación brasileiro que o avaliou, e da investigadora, e describe a forma de recollida e manexo dos datos.

Para que o profesional puidese colaborar coa investigación, debía atender previamente a pacientes con TLP. Estes pacientes poderían manterse en tratamento co clínico ou xa non estar a ser atendidos nese momento. Dun xeito ou doutro, solicitóuselle ao colaborador que facilitase a descrición dun paciente da súa elección co devandito diagnóstico mediante o enchemento dos instrumentos antes citados. Ademais, os colaboradores tamén deberían consultar os rexistros clínicos do paciente seleccionado á hora de responderen as preguntas formuladas nos instrumentos.

O enchemento dos instrumentos por parte dos profesionais realizouse de forma individual e en presenza da investigadora. Co obxectivo de evitar a fatiga do colaborador, suxeriuse que os cuestionarios se resolveran en días diferentes, respectándose as preferencias de data, horario e lugar indicados por el mesmo. Cada instrumento, por separado, requiriu de 30 minutos a unha hora para o seu completado. Ademais, incluíronse algunhas cuestións referentes a

características do terapeuta (tales como: especialidade e tempo de experiencia, entre outros) e do paciente (tales como: sexo, idade, estado civil, entre outros).

11.3.4. Análises estatísticas

Para a análise dos datos, utilizouse a versión 24.0 para Windows do paquete estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Mediante este paquete realizáronse as seguintes probas: análise de estatísticas descritivas (análises de frecuencia, medias e desviacións estándar); contrastes *chi-cadrado* para a comparación de grupos en variables categóricas; análise de varianza para a comparación en variables continuas; análise factorial exploratoria (análise de compoñentes principais con rotación Varimax) para identificar agrupamentos de síntomas; análise de Clúster (método de Ward) para examinar se existiren grupos homoxéneos de individuos, atendendo aos seus síntomas e comorbilidades.

11.4. RESULTADOS PRINCIPAIS E DISCUSIÓN

11.4.1. Descritivos sociodemográficos e clínicos preliminares

Os pacientes que formaron parte da mostra presentaron idades entre 13 e 62 anos, cunha media de 30,7 (SD=11.8), e foron predominantemente mulleres (81%), en liña coa evidencia previa sobre o TLP (Ellison et al., 2018; Guilé et al., 2018). Ademais, o estado civil da maioría (73,4%) era “solteiro”, e isto é algo que podería estar relacionado coas propias características do trastorno, como a inestabilidade nas relacións e a labilidade afectiva, entre outros. Con todo, a pesar da marcada propensión á inestabilidade e as frecuentes interrupcións dos estudos que adoitan ser comúns nestes casos, unha porcentaxe substancial da mostra alcanzou un alto nivel de estudos (27,8% completou a educación superior). En canto á situación económica, máis da metade (62%) seguen sendo economicamente dependentes e sen xerar ingresos; condición probablemente influenciada pola cronicidade do trastorno (Gross et al., 2002; Keuroghlian & Zanarini, 2015).

En canto a variables de corte clínico, atopouse que máis dun terzo (35,8%) nalgún momento da vida necesitou hospitalización por motivos relacionados coa saúde mental; entre os motivos que levaron a esa hospitalización destacan a ameaza ou ideación suicida (10%), intento de suicidio (7,5%), condutas autoagresivas (6,25%), cadros críticos de depresión (6,25%) ou síntomas psicóticos (3,75%). Así pois, os principais motivos de hospitalización psiquiátrica veñen dados por ameazas á propia vida dos pacientes.

Tamén se investigaron os motivos que xeraron demanda de psicoterapia e, entre eles, destacan: depresión (21,51%), ideación suicida (11,31%), intento de suicidio (10,12%), autoagresividade (6,32%) e heteroagresividade (6,32%). Ademais destes, foron mencionadas dificultades interpersoais, síntomas relacionados con ansiedade e problemas derivados do uso de drogas.

En xeral, os datos anteriores coinciden con outros estudos (e. g., Zanarini, 2009) onde se observou que a ideación suicida recorrente figura entre as principais razóns que impulsan aos individuos con TLP a buscaren tratamento. Tamén se sabe que os comportamentos autolesivos contribúen ás altas taxas de uso dos servizos de saúde mental por parte dos pacientes TLP (Abdul-Hamid et al., 2014; Dubovsky & Kiefer, 2014; Lawn & McMahan, 2015). Estes comportamentos aparecen moitas veces asociados a ameazas percibidas de separación ou rexeitamento, ou a expectativas de asumir novas responsabilidades (APA, 2013). A relevancia dos comportamentos suicidas e autolesivos queda patente no noso traballo, onde o 75% da mostra cumpriu o criterio de “recorrenza de comportamentos, xestos ou ameazas suicidas ou de comportamento autolesivo”.

11.4.2. Comorbilidades en relación co Eixo I do DSM-IV

Neste estudo atopamos que a totalidade da mostra mostrou comorbilidade con polo menos outro trastorno do Eixo I, un 26,6% con tres ou máis. Nasas comorbilidades sobresaen os trastornos do estado de ánimo (88.6%), ansiedade (74,7%) e, a continuación, os asociados ao uso de substancias (39.2%). Estes resultados mostran coherencia coa literatura científica previa, onde, xustamente, móstrase certo consenso respecto á ordenación destes trastornos nas cifras de comorbilidade dos pacientes con TLP (Smits et al., 2017; Zanarini et al., 2004a; Zanarini et al., 1998).

Entre os pacientes diagnosticados con algún trastorno do estado de ánimo, o 54,4% presentou diagnóstico de trastorno depresivo maior, 21,5% para o distímico, 31,6% e 3,8% para os trastornos de tipo bipolar I e II. Fóra dun caso clínico, todos os que foron diagnosticados con algún trastorno do estado de ánimo manifestaron polo menos un ‘episodio depresivo maior’ ao longo da súa vida (87,3% dos pacientes).

Por outra banda, o trastorno de ansiedade xeneralizada apareceu como o trastorno máis frecuente entre os da súa categoría (30,4%). A alta presenza observada de trastornos de ansiedade entre os pacientes límite (Zanarini et al., 2014) sintoniza co protagonismo que a característica ‘ansiedade’ adquiriu na Sección III do DSM-5 para a caracterización do TLP. Así, mentres que o DSM-IV fai unha sutil referencia á ansiedade dentro do criterio ‘inestabilidade emocional’, na nova proposta a ansiedade ocupa un lugar destacado, aparecendo consignada de modo independente entre os trazos considerados propios do trastorno límite.

Entre os trastornos relacionados con uso de substancias, presentáronse con maior frecuencia os cadros máis graves de dependencia de substancias non alcohólicas, constituíndo o 15,2% dos pacientes. Estes resultados concordan con Dom e Moggi (2015), que tamén verificaron a predominancia dos casos máis graves de dependencia entre os individuos con trastorno polo uso de substancias e da personalidade *borderline*. Tamén atopamos que a cocaína aparece como unha das principais substancias non alcohólicas máis utilizadas e/ou xeradoras de maiores problemas e que, ademais do 39,2% que recibiu diagnóstico asociado a uso de substancias, máis 12,7% da mostra declarou usar drogas ilícitas. Estes resultados sinalan a importancia de adoptar un enfoque preventivo do consumo de drogas durante o acompañamento terapéutico dos suxeitos co devandito trastorno da personalidade.

Por outra banda, aínda que Sansone et al. (2008) observaran previamente unha maior concentración de “preocupacións somáticas” entre os pacientes con TLP, neste estudo chamou a atención a representatividade dos trastornos somatomorfos (30,4%): en particular, o 13,9% dos pacientes cumpriron coas características diagnósticas do trastorno de somatización. Ademais, a mesma proporción de individuos, aínda que non cumpríu co número de oito queixas físicas diferentes necesarias para o trastorno de somatización, manifestou queixas físicas inexplicables completando o diagnóstico de ‘trastorno de somatización indiferenciado’. A continuación dos somatomorfos, aparecen, nas cifras de comorbilidade, os trastornos da conduta alimentaria, que están presentes no 16,5% da mostra, destacando os non especificados, e mostrándose o trastorno por atracón como o máis común na mostra, seguindo da bulimia nerviosa. Deste xeito, como en Sansone e Sansone (2011b), prevaleceu a asociación do TLP cos trastornos alimentarios marcados pola impulsividade.

Por último, os trastornos psicóticos apareceron con menores porcentaxes, cunha proporción de 8,9% en total, sendo máis frecuente o trastorno psicótico breve, presente en tres pacientes. Con todo, a pesar da menor frecuencia dos trastornos clasificados como psicóticos, chamou a atención entre a mostra a gran porcentaxe de pacientes que nalgún momento expresaron ‘síntomas psicóticos’ (71,25%), sen cumprir coas características diagnósticas para algún trastorno psicótico. Os principais síntomas mostrados son os delirios, de tipo persecutorio, referencia e grandeza, así como as alucinacións auditivas e visuais. Pero, de forma xeral, estes síntomas aparecen de modo transitorio e, na maioría dos casos, durante unha crise asociada a

algún trastorno do estado de ánimo. Porén, estes resultados indican que a aparición transitoria de síntomas psicóticos entre casos clínicos que presenten outras características do TLP, debe alertar aos profesionais sobre a necesidade dunha avaliación diagnóstica deste trastorno.

11.4.3. Asociación con outros TPs e Patróns Específicos de Comorbilidades

Ao examinar a presenza doutros trastornos de personalidade na mostra, atópanse altos índices de comorbilidade do TLP, especialmente cos trastornos paranoide (46,8%) e por evitación (40,5%). Os demais tamén exhibiron índices altos, alcanzando a máis de 15% dos suxeitos, con excepción do trastorno de personalidade obsesiva-compulsiva, presente en 5% dos pacientes. Ao redor dun 90% da mostra presentou criterios doutro trastorno da personalidade, e unha 36,4% mostra comorbilidade con máis de dous trastornos.

Así pois, e a pesar de todas as precaucións tomadas na recollida de información sobre os trastornos do Eixo II, os resultados desta investigación sorprenderon polo número de comorbilidades asociadas ao Eixo II observadas entre os pacientes. O elevado índice de comorbilidades do TLP foi posto de manifesto en estudos previos (Biskin & Paris, 2013; Leichsenring et al., 2011; Scott, 2017; Sharp et al., 2015), aínda que na maioría dos traballos as porcentaxes de suxeitos con TLP diagnosticado con outro(s) TP(s) non adoita acadar o 60% (Areas, 2008; Lewis et al., 2012; Smits et al., 2017).

É posible que, neste estudo a tendencia natural dos profesionais para elixiren pacientes que seguiran durante máis tempo ou que lembraban pola súa gravidade contribuíse ao elevado número de comorbilidades co Eixo II. Con todo, este incremento no número de comorbilidades tamén podería suxerir a necesidade de axustes no modelo diagnóstico categórico, tal como se presenta no DSM-IV e na Sección II da última versión. Doutra banda, autores como Sharp et al. (2015) chegan a cuestionar a natureza do TLP e propoñen que os criterios deste trastorno, en realidade, poderían corresponder a unha condición de gravidade clínica común entre os individuos con algún trastorno de personalidade, reflectindo a confluencia de disfuncións 'internalizantes' e 'externalizantes' (Eaton et al., 2011), no canto dunha entidade diagnóstica específica.

Respecto aos trastornos específicos que aparecen máis asociados ao TLP, o noso traballo mostra que as principais comorbilidades (os TP paranoide e por evitación) correspóndense, respectivamente, cos trastornos excéntricos (Clúster A) e receosos (Clúster C); a continuación, sitúase a comorbilidade co trastorno histriónico (26,6%) que se corresponde co Clúster B. Así, estes resultados concordan con investigacións previas que suxiren que na práctica clínica – a pesar de tratarse dun trastorno que forma parte do Clúster B (dos trastornos dramáticos, imprevisibles ou irregulares) - a expresión do TLP pode asociarse ás tres categorías expostas no DSM-IV para os trastornos de personalidade (Critchfield et al., 2008).

Neste traballo, ademais, examináronse patróns específicos de comorbilidade, atendendo á asociación cos TP paranoide e por evitación ou esquiva, os máis comúns na mostra. Os resultados indicaron que a asociación co TP evitativo describe un perfil lixeiramente máis homoxéneo: os individuos diagnosticados con este TP mostráronse significativamente máis propensos ao trastorno distímico ($p=.003$) e aos trastornos de ansiedade ($p=.01$), especialmente ás fobias específicas ($p=.05$).

11.4.4. Identificación de subtipos de pacientes con TLP

Empregáronse dous procesos diferentes de análises para examinar posibles subtipos do TLP, considerando as combinacións presentadas entre os síntomas propios do trastorno e as súas comorbilidades.

11.4.4.1. Subtipos delimitados a partir do ACP

A aplicación do ACP, con rotación Varimax, sobre os nove criterios diagnósticos do trastorno (DSM-IV), resultou en tres compoñentes, cun valor propio superior a 1 e que explican 49,42% da varianza. A análise do gráfico de sedimentación tamén recomendou a retención de tres compoñentes, que foron sometidos a rotación. Despois de identificados os tres factores, tamén se distinguiron os suxeitos con alta puntuación para cada un deles, e examinouse a distribución das comorbilidades.

A solución trifactorial atopada ten semellanzas cos resultados obtidos por Clarkin et al. (1993) e Sanislow et al. (2000, 2002), situando os criterios ‘inestabilidade afectiva’, ‘impulsividade’ e ‘perturbación da identidade’ en factores diferentes, o que podería suxerir que estes criterios se atopan entre os fundamentais, dos cales se asocian ou derivan os demais.

O primeiro factor (que explica 17,64% da varianza post rotación) revela a combinación predominante da ‘Ideación paranoide transitoria relacionada coa tensión ou síntomas dissociativos graves’ (criterio 9), ‘inestabilidade afectiva’ (criterio 6) e ‘recorrecia de comportamentos suicidas ou automutilantes’ (criterio 5). Doutra banda, mostrou unha carga negativa neste factor o criterio ‘ira inapropiada e intensa’ (criterio 8). O factor denota, así, un patrón de reacción intensa fronte a situacións de tensións (sen ser heteroagresiva) e que, polo tanto, foi denominado neste traballo como *Vulnerabilidade Intensa ao Estrés*.

O subtipo vinculado con altas puntuacións en ‘Vulnerabilidade ao Estrés’ mostrou unha maior concentración de trastornos psicóticos (18,8%), especialmente do psicótico breve (12,5%), e tamén maior media de idade ($M=39,5$, fronte a 28,03 no resto dos casos). Esta maior media de idade enlaza cos resultados derivados da comparación posterior entre os suxeitos máis novos e de maior idade da mostra xeral, onde se atopou que o criterio ‘ideación paranoide transitoria ou síntomas dissociativos’ está máis presente entre os últimos. Deste xeito, este parecería ser un síntoma máis común entre as persoas de máis idade. Ademais, o grupo de Vulnerabilidade ao Estrés lembra ao subtipo proposto por Digre et al. (2009), ‘Severo-Internalizado’, descrito con maior concentración dos trastornos depresivos, intentos de suicidio, autoagresións e síntomas dissociativos.

O segundo factor (*Fraxilidade da Identidade*), que representa o 16,74% da varianza explicada, reflicte a asociación entre ‘perturbación da identidade’ (criterio 3), ‘sentimentos crónicos de vacio’ e ‘esforzos para evitar o abandono’ (criterio 1). O grupo de pacientes definido por este factor mostra certa semellanza con propostas previas, nas que a variación na intensidade do aspecto ‘alteración da identidade’ parece influír na diferenciación de subtipos (Hallquist & Pilkonis, 2012; Smits et al., 2017). Pero, ademais diso, atopamos máis vinculados a este grupo os trastornos de tipo bipolar I e II (42,4%, fronte a 18,8% e 26,3% nos outros grupos), de somatización (21,2%, fronte a 6,3% e 5,3%) e TP dependente (36,4%, fronte 18,8% e 5,3%).

Por último, o factor *Desinhibición do Comportamento* (15,04% da varianza explicada), definiuse fundamentalmente polas puntuacións en ‘impulsividade’ (criterio 4) e ‘relacións inestables’ (criterio 2). O grupo de pacientes altos neste factor mostra unha comorbilidade máis baixa cos TP do Clúster A (31,6%, fronte a 75,0% e 69,7%). Doutra banda, obtivo unha comorbilidade alta para os trastornos relacionados co uso de substancias (68,4%, mentres que nos demais grupos foi de 18,8% e 27,6%) e para trastornos da conduta alimentaria (21,1%, fronte a 6,3% e 12,4%), prevalecendo o trastorno por atracón e a bulimia nerviosa. Estas comorbilidades, así como a maior prevalencia do TP antisocial (21,1%, fronte a 6,3% e 15,2%), pódense asociar á dificultade de control ou á impulsividade, que parece estar no centro deste factor.

Deste xeito, os resultados sobre o subtipo correspondente a ‘Desinhibición’ mostra semellanzas con estudos anteriores que tamén recoñeceron agrupacións do TLP marcadas pola impulsividade (Millon et al., 2000; Zittel, 2002); os resultados tamén se poden vincular ao

corpo de investigacións que mostran a relación entre a impulsividade e as comorbilidades mencionadas (Becker et al., 2006; Smits et al., 2017). Así mesmo, noutros traballos evidenciouse a relevancia da impulsividade cando se diferencia entre subtipos con predisposición Extrovertida/ Externalizada ou Introvertida/ Internalizada (Digre et al., 2009; Smits et al., 2017). Critchfield et al. (2008), por exemplo, describen un grupo de corte Extrovertido/ Externalizado que mostra semellanzas ao de Desinhibición, xa que presenta menores índices de inhibición social, así como maiores problemas de adecuación ás normas, e deficiencia en áreas relacionadas coa responsabilidade e concordancia social.

Doutra banda, estes resultados poñen de manifesto que, a pesar de que o TLP se considere representante dos trastornos coñecidos como ‘dramáticos’ ou ‘inestables’, máis vinculados ao patrón Extrovertido/ Externalizado, parece existir unha fracción de pacientes con propensión á introversión. Entre estes, as manifestacións do trastorno probablemente amosen semellanzas coas características do grupo Vulnerabilidade ao Estrés e probablemente necesiten de maior atención para o seu recoñecemento e diagnóstico, debido a que poderían ser facilmente confundidos con cadros depresivos graves, por presentaren un patrón impulsivo que se expresa de modo menos protagónico, e por diferenciarse do perfil Externalizado, o máis esperado para os casos TLP.

11.4.4.2. Subtipos do TLP a partir da análise clúster

A través da análise clúster obtivéronse tres agrupacións, que foron denominadas como *Impulsivo*, *Nuclear* e *Con Fraxilidade na Identidade* que, malia mostraren pouca variabilidade na concentración dos criterios TLP, presentaron algunhas diferenzas significativas referidas ás comorbilidades.

Así, a pesar da gran variabilidade de combinacións cos trastornos de personalidade, a concentración de TP esquizotípico mostrou ter influenciado a división dos subgrupos, estando significativamente ($p < .05$) máis presente no grupo designado *Con Fraxilidade na Identidade*. Este grupo, que ten un tamaño máis reducido que os outros dous, tamén se presentou significativamente máis asociado aos problemas de humor e á autoagresividade ($\chi^2 = 5.71$, $p < .05$; $\chi^2 = 5.63$, $p < .05$), e marxinalmente, á ideación suicida como motivo que impulsa á terapia (33,3%, mentres que os tipos Impulsivo e Nuclear concentraron o 7,5% e 7,4% de suxeitos con esta queixa, $\chi^2 = 13.10$, $p = .056$). Adicionalmente, mostrou maior vinculación cos Clústers A e C (especialmente o TP por evitación, 66,7%, fronte a 32,5 e 40,7%), o que denota que este subtipo poida concentrar persoas asociadas a un patrón introvertido ou internalizado.

Na investigación previa tamén se definiron subtipos do TLP con predominancia do TP esquizotípico (e. g., Chitchfield et al., 2008). En particular, os nosos resultados lembran as características do subtipo Esquizotípico/Paranoide, descritas por Smits et al. (2017). Estes autores consideraron que a acentuada desconfianza e o patrón de inhibición predominante neste subtipo poderían interferir na procura do tratamento, e isto podería influír sobre o número reducido de individuos que configura este grupo, en liña cos resultados da nosa investigación.

Doutra banda, no tipo *Nuclear*, a predisposición impulsiva e os trastornos de ansiedade comúns ao TLP parecen influír sobre a significativa concentración de trastornos da conduta alimentaria ($p < .05$), especialmente, o trastorno por atracón; obsérvase tamén unha maior presenza de dependencia de alcol entre os trastornos relacionados co uso de substancias. Á luz deste patrón de resultados, este grupo podería ser denominado tamén como ‘Con Baleiro Existencial’, xa que parece conter a asociación coñecida entre o trastorno depresivo maior e a confusión interoceptiva, comúns na comorbilidade cos trastornos da conduta alimentaria e de dependencia de alcol (Doba et al., 2018).

Por último, o grupo designado como Impulsivo, con maior número de suxeitos, podería ser máis facilmente aliñado co patrón predominantemente Extrovertido/ Externalizado, suxerindo menor asociación co Clúster A (principalmente co TP Esquizotípico 12,5%, fronte a 22,2% e

50%) e o TP por evitación (32,5%, fronte a 40,7% e 66,7). Presenta, con todo, maior asociación cos trastornos relacionados co consumo de substancias (45% fronte a 29,6% e 33,3%), e, en particular, co abuso de alcol. Este grupo tamén se caracteriza por unha menor incidencia do trastorno obsesivo-compulsivo, unha entidade psicopatolóxica que posúe entre as súas características esenciais o control (Chester et al., 2016); isto denota que a maior porcentaxe dos problemas relacionados co uso de substancias está influído, xustamente, pola dificultade de control que experimenta o grupo impulsivo.

11.4.4.3. Relación entre as dúas propostas de subtipos (ACP e Clúster)

Como acabamos de indicar, o ACP sobre os criterios do TLP permitiu definir tres subtipos designados como Vulnerabilidade á Tensión, Fraxilidade na Identidade e Desinhibición. Logo, a través da análise clúster, destacamos outros tres subtipos: Impulsivo, Nuclear e Con Fraxilidade na Identidade.

Os resultados acadados apuntan á variedade de formas nas cales o TLP pode expresarse na práctica clínica e combinar as súas comorbilidades. As respostas obtidas na investigación dos subtipos, aínda que estiveron suxeitas ás limitacións dun número reducido de pacientes, permitiron recoñecer algunhas predisposicións coñecidas entre síntomas e comorbilidades. Con todo, en ambas as propostas de subtipos, observamos certa variabilidade na expresión da impulsividade, así como na concentración dos trastornos emocionais (especialmente, os de ansiedade), suxerindo que estas diferenzas, tamén vistas en estudos previos (Becker et al., 2006; Bradley et al. (2005); Smits et al., 2017), poidan contribuír a delimitar agrupacións máis homoxéneas do trastorno.

No presente estudo, os subtipos Desinhibición (ACP) e Impulsivo (Clúster) lémbrennos os perfís do TLP indicados anteriormente, aparentemente máis cerca dun patrón de exteriorización puro, onde a impulsividade asóciase a unha maior taxa de trastornos relacionados co uso de substancias e co TP antisocial (Eaton et al., 2011 ou Digre et al., 2009). Doutra banda, en comparación, os trastornos de ansiedade apareceron de forma máis prominente nos demais grupos.

Ademais, tendo en conta que 23,5% non corresponderon ao criterio ‘impulsividade’, consideramos que unha parcela máis pequena da mostra, ao estar tamén vinculada aos trastornos máis propensos á inhibición – entre os de ansiedade ou asociados aos Clusters A e C - podería conservar o patrón impulsivo propio do TLP de xeito menos acentuado ou aparente. Condición esta, que demandaría máis tempo e atención do profesional para o recoñecemento do trastorno, para evitar que estes pacientes se atopasen infradiagnosticados con algún trastorno do estado de ánimo. Esta interpretación concorda con resultados de investigacións que delimitaron subgrupos máis marcados pola inhibición e polos trastornos afectivos, como os tipos Evitación/Obsesivo e Inhibido/ Desregulado, definidos por Smits et al. (2017) e Zittel (2002).

Ademais, neste estudo, ao analizarmos os patróns de combinación entre comorbilidades e síntomas nos diferentes grupos, chamou a atención a representatividade dos trastornos somatomorfos e a asociación proporcional entre a expresión somática das tensións psíquicas e os índices do criterio ‘fraxilidade na identidade’, con porcentaxes máis altas nos grupos Fraxilidade na Identidade (ACP) e Con Fraxilidade na Identidade (Clúster). Doutra banda, a manifestación dos trastornos de tipo bipolar parece acentuar os problemas relacionados coa identidade propios do trastorno borderline. Estes datos lembran investigacións nas que a concentración dos problemas relacionados coa identidade exerceron influencia na separación de subtipos do trastorno (Hallquist & Pilkonis, 2012).

Segundo o anterior, considerando os resultados atopados de forma xeral, pódense suxerir polo menos dous perfís máis homoxéneos na presentación do TLP: un perfil máis aproximado a un patrón puro de Externalización, que indicaría maior tendencia á desinhibición, a manifestación de condutas impulsivas prexudiciais ou de risco, maior concentración do TP

antisocial e de trastornos relacionados co uso de substancias. Este perfil, sería aínda máis común entre os homes. O outro perfil, concentra pacientes con tendencia á introversión, maior experiencia de ansiedade e trastornos que corresponden ao Clúster C; ademais, maior propensión aos trastornos de somatización e alteracións de identidade máis pronunciados.

11.4.5. Perfís clínicos asociados a idade e sexo

No presente estudo, ao compararse o cuartil 1 de idade (de 13 a 23 anos) co cuartil 4 (de 38 a 62) non se observaron diferenzas importantes referentes aos patróns de comorbilidade ou variables clínicas preliminares. Con todo, os criterios de 'perturbación da identidade' ($p < .05$) e 'impulsividade' ($p < .05$) presentaron maior incidencia entre os máis novos, mentres o criterio de 'síntomas disociativos e ideación paranoide transitoria relacionada co estrés' ($p < .05$) mostrouse máis acentuado no segundo grupo.

Estes resultados apuntan a diferenzas de interese clínico que poden estar relacionadas co curso ou evolución do trastorno e que confirman hipóteses expostas na literatura previa sobre a diminución da conduta impulsiva en suxeitos maiores (Oltmanns & Balsis, 2011). Doutra banda, na investigación realizada por Bradley et al. (2005), atópase que o criterio 'inestabilidade na identidade', no medio dun alto número de variables, apareceu entre os principais elementos descritivos dunha mostra integrada por adolescentes, e isto suxeriu que se trata dun aspecto notable entre mozos con TLP, máis aló das peculiaridades de desenvolvemento asociadas á adolescencia ou a este rango de idade.

Este traballo tamén buscou examinar se existen diferenzas significativas na expresión do trastorno ao compararmos homes e mulleres. Como resultado desta comparación, atopamos unha maior concentración do criterio 'inestabilidade nas relacións' entre as mulleres. Ademais, no grupo feminino, os trastornos do estado de ánimo e as condutas relacionadas co suicidio apareceron entre os principais motivos que levaron á terapia, mentres que no grupo masculino sobresaíron os 'comportamentos heteroagresivos'. Ademais, en liña cos coñecementos previos, os trastornos relacionados co uso de substancias predominaron no grupo masculino (Woodford, 2012), que tamén estivo máis asociado ao TP antisocial.

As diferenzas mencionadas poderían estar relacionadas coa expresión de xénero, de acordo cos perfís anteriormente atopados en mostras con TLP, cando se realizan tamén comparacións segundo o sexo e poderían explicar por que as mulleres con TLP adoitan estar sobrerrepresentadas nos servizos de saúde mental e os homes con TLP, en cambio, teñen máis probabilidades de estar nos programas de tratamento por abuso de substancias e/ou cárceres (Sansone et al., 2014; Van dean Brink, et al., 2018). Ter en conta estas diferenzas clínicas podería ser particularmente relevante á hora de avaliar os pacientes en contornas de saúde mental ou de atención primaria (Mercer, 1996; Mikolajewski et al., 2011).

11.5. CONCLUSIONES

- No presente estudo a totalidade dos pacientes presentaron comorbilidade para polo menos un trastorno relacionado co Eixo I e o 26.6% para tres ou máis trastornos, sobresaíndo os trastornos do estado de ánimo (88.6%), ansiedade (74.7%) e os derivados do uso de substancias (39.2%). Os trastornos psicóticos foron os que presentaron menor incidencia (8.8%). Con todo, chamou a atención a porcentaxe de pacientes (71.25%) que, nalgún momento, experimentou 'síntomas psicóticos', xeralmente de carácter transitorio, indicando que a presentación transitoria destes síntomas tamén pode servir de alerta ao clínico na avaliación diagnóstica do TLP.
- A presenza de comorbilidade con outros trastornos da personalidade foi moi elevada (90%), con maior frecuencia do paranoide (46.8%), por evitación ou esquiva (40.5%) e histriónico (26.6%). Por tanto, a pesar de que o TLP forma parte do Clúster B (considerados dramáticos,

imprevisibles ou inestables), na práctica clínica a expresión do trastorno pódese asociar aos tres clústers do DSM-IV.

- Os patróns de comorbilidade dos trastornos de personalidade paranoide e por evitación ou esquiva con outros trastornos mentais deron lugar a perfís diferentes, con clara propensión neste último a asociarse co trastorno distímico e os trastornos de ansiedade, especialmente, fobias específicas.
- Os procesos de análises empregadas para o estudo de subtipos posibilitaron propostas de agrupacións diferenciadas. A Análise de Compoñentes Principais (ACP) suxeriu un modelo trifactorial, cuxos compoñentes recibiron as seguintes denominacións: o factor Fráxil na Identidade (con puntuación alta en 'perturbación da identidade', 'sentimentos crónicos de vacío' e 'esforzos por evitar o abandono') con maior índice de trastornos de somatización e TP Dependente (Clúster C); este grupo tamén presentou máis queixas asociadas ás relacións interpersoais, entre os motivos que conduciron á terapia. O de Vulnerabilidade ao Estrés amosou puntuacións altas en 'ideación paranoide transitoria', 'inestabilidade afectiva' e 'recorrenza de condutas suicidas ou autolesivas'). Os individuos vinculados a este factor tiñan unha idade media máis alta e presentaron unha maior asociación aos síntomas psicóticos. Por último, o factor de Desinhibición Comportamental (con puntuación alta nos criterios de 'impulsividade' e 'relacións inestables'), aparece menos vinculado ao Clúster A, indicando unha maior asociación cos trastornos relacionados co uso de substancias, suxerindo maior proximidade cos trastornos por compulsión alimentaria e de personalidade antisocial, trastornos relacionados coa dificultade de control.

A análise clúster diferenciou grupos, sobre todo, por algunhas comorbilidades. O TP esquizotípico representou o trastorno de personalidade que máis favoreceu a separación de subtipos, estando máis presente no grupo Con Fraxilidade na Identidade, con menor número de individuos e maior asociación cos trastornos somatoformes. No subgrupo Nuclear, en particular, a impulsividade e a ansiedade, comunmente experimentadas por pacientes con TLP, parecían influír na maior concentración do trastorno por atracón (trastorno da conduta alimentaria máis prevalecente na mostra).

As propostas de ambos os procesos de análises empregadas para a identificación de subtipos rexistran a multiplicidade de formas nas cales o TLP pode combinar as súas comorbilidades. Entre os patróns observados, chamou a atención a representatividade dos trastornos somatomorfos e a asociación proporcional entre a expresión somática das tensións psíquicas e os índices do criterio 'fraxilidade na identidade'. Doutra banda, a presentación dos trastornos de tipo bipolar parece acentuar os problemas relacionados coa identidade, propios do trastorno límite da personalidade.

Considerando os patróns entre síntomas e comorbilidades observados nos resultados de forma xeral, pódense suxerir polo menos dous perfís máis homoxéneos na presentación do TLP: un perfil máis aproximado a un patrón puro de Externalización, que indicaría maior tendencia á desinhibición, a manifestación de condutas impulsivas prexudiciais ou de risco, maior concentración do TP antisocial e de trastornos relacionadas co uso de substancias. Este perfil, sería aínda máis común entre os homes. O outro perfil concentra os pacientes que suxiren unha tendencia a un patrón de introversión, con maior experiencia de ansiedade e de trastornos que corresponden ao Clúster C, tamén máis propensión aos trastornos de somatización e a alteracións da identidade máis pronunciadas.

- A comparación entre franxas de idade apenas mostrou diferenzas referentes aos patróns de comorbilidade e outras variables clínicas. Contodo, xurdiron diferenzas significativas na presentación dos criterios propios do trastorno, xa que a 'alteración da identidade' e a 'impulsividade' foron máis presentes no grupo máis novo, mentres que os 'síntomas dissociativos

e a ideación paranoide transitoria ligada á tensión' foron máis pronunciados entre os pacientes con máis idade. Estas diferenzas poderían estar relacionadas coa propia evolución do TLP.

- A comparación entre sexos respecto aos síntomas clínicos e ás relacións de comorbilidade manifestadas polos pacientes mostrou perfís semellantes das características propias do TLP entre homes e mulleres. Con todo, o criterio referido á 'inestabilidade nas relacións' presentou unha frecuencia significativamente superior no grupo feminino. Ademais, neste grupo predominaron os trastornos do estado de ánimo, e as condutas e/ou tentativas de suicidio; porén, no grupo masculino sobresaíron os trastornos relacionados co uso de substancias. Polo que respecta aos trastornos da personalidade, observouse unha frecuencia lixeiramente superior do trastorno de personalidade antisocial entre os homes. Ademais, a 'heteroagresividade' apareceu como o principal motivo que levou os homes ao ingreso, mentres que entre as mulleres foron os 'síntomas depresivos' e 'os intentos e/ou as ameazas de suicidio'.

A pesar dos patróns de afinidade atopados entre síntomas e comorbilidades, esta tese segue retratando a heteroxeneidade do TLP e a complexidade da natureza deste constructo. Por unha banda, o índice alto de todos os criterios diagnósticos para o TLP, lembra estudos anteriores que reafirman a adecuación dos nove criterios propostos no DSM-IV para a súa identificación (Feske et al., 2007; New et al., 2008; Trull et al., 2011). Por outra banda, o elevado solapamento entre o TLP e outros trastornos da personalidade, lembra críticas previas a este sistema de diagnóstico, así como as dúbidas suscitadas sobre esta categoría clínica. Neste sentido, Sharp et al. (2015) afirman que o TLP posiblemente corresponda mellor a un factor xeral, que captura a gravidade clínica común a todos os TP, en lugar dun trastorno discreto.

En suma, as respostas obtidas a través do presente estudo parecen apuntar ás insuficiencias do modelo categorial do DSM, como instrumento para a interpretación do TLP. En vista das dificultades diagnósticas, a última versión deste Manual publicou un novo modelo, articulado sobre trazos de personalidade patolóxicos e dificultades no funcionamento, en lugar de síntomas. Futuras investigacións poderán avaliar como esta abordaxe responde as demandas da práctica clínica, fronte á variabilidade de casos con características que corresponden ao trastorno límite da personalidade. Probablemente, un sistema que proporcione a descrición dos trazos desadaptativos da personalidade, en lugar de categorías psicopatolóxicas da personalidade, se axuste mellor á realidade revelada por cada individuo, favorecendo a condución terapéutica.



12. RESUMEN EN ESPAÑOL



12. RESUMEN EN ESPAÑOL

12.1. INTRODUCCIÓN

Durante el largo proceso de conceptualización del TPB, el término ‘borderline’ fue utilizado para referirse a una amplia y difusa gama de síntomas, hasta que se presentó como trastorno de la personalidad en 1980 en la tercera edición del DSM (*Diagnosis and Statistical Manual*) en la que se relacionaron los criterios diagnósticos para su identificación.

Actualmente, el trastorno sigue siendo interpretado como un patrón de inestabilidad en las relaciones, la autoimagen, y los afectos junto con conductas impulsivas. En la Sección II del DSM-5 (APA, 2013), manteniendo las pautas de la versión anterior, se describen nueve criterios para facilitar su reconocimiento y diagnóstico. Además, en la Sección III del citado manual, alentado, posiblemente, por la indefinición diagnóstica que perdura, se presenta un nuevo enfoque que trata de solventar alguno de los problemas de solapamiento de síntomas entre distintos trastornos de la personalidad, tomando como ejes el funcionamiento y los rasgos específicos. No obstante, a pesar del creciente número de estudios relacionados con su conceptualización y de los avances considerados en su conocimiento, las cuestiones sobre su naturaleza siguen abiertas, permaneciendo como fuente de debate entre clínicos e investigadores (Wright, et al., 2016; Zandersen, et al., 2019).

Se trata del trastorno de la personalidad con mayor incidencia de comorbilidad, tanto con los trastornos mentales como con otros trastornos de la personalidad. A este respecto, suele coexistir con tres o más trastornos del Eje I y más de la mitad de los casos tienden a reunir criterios para al menos otro trastorno del Eje II (Lewis et al., 2012). El número elevado de trastornos que muchas veces lo acompañan y la gran variedad de síntomas que se pueden vincular a sus criterios de identificación, preservados en la Sección II del DSM-5 (APA, 2013), dan cuenta de la heterogeneidad del trastorno (París, 2009). Sin duda, este aspecto de su naturaleza favorece los interrogantes sobre lo que representa, así como las dificultades para diagnosticarlo y tratarlo, complicando el desarrollo de estrategias de tratamiento efectivas, tanto psicológicas como farmacológicas (Saunders y Silk, 2009; Starcevic y Janca, 2018).

En contextos clínicos, se observa que las propias características del trastorno pueden favorecer que sea mal diagnosticado o infradiagnosticado (Paris, 2009; Ramos et al., 2002). A veces, no se reconoce el propio trastorno de la personalidad y se identifican otros trastornos comórbidos que se manifiestan de modo más evidente en el momento de la consulta (como los trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias o conducta alimentaria, por ejemplo). Otras veces, se reconocen los casos más graves y que no respondieron bien a tratamientos anteriores (Mosquera, 2007; Paris, 2005).

La investigación previa sugiere que, en realidad, la estimación de TLP suele ser más alta que la informada (Ellison et al., 2018; Gunderson, 2009), los datos apuntan, por ejemplo, que la prevalencia de pacientes con TLP en entornos clínicos es mayor que el número de diagnósticos obtenidos a través de la evaluación de clínicos de manera independiente. La prevalencia del TLP está estimada en un 1,6% de la población, pudiendo llegar al 5,9% (APA, 2013). Incluso, estudios realizados por McGlashan et al. (2000) y Ellison et al. (2018) indican que los casos con TLP pueden alcanzar del 15% al 25% de la población clínica, permaneciendo entre los TP con mayor incidencia. Cabe añadir, que se trata de un trastorno grave, que puede perjudicar el funcionamiento de la persona en diversos ámbitos de su vida, provocando un severo sufrimiento personal y familiar. Asimismo, se asocia comúnmente con conductas suicidas y autolesivas en un porcentaje significativo de casos (Abdul-Hamid et al., 2014;

Dubovsky y Kiefer, 2014; Lawn y McMahon, 2015). Aproximadamente del 8 al 10% de las personas con TLP se suicidan (París, 2009). Según Aguilar y Esteban (2005), solo el 15% de los pacientes nunca realizó intentos de suicidio.

El complejo panorama descrito ha impulsado que diferentes estudios trataran de profundizar en la heterogeneidad de TLP analizando su estructura factorial. En este sentido, algunos continuaron probando la unicidad del concepto en un intento de limitar la cantidad de síntomas que pueden estar vinculados a su definición (por ejemplo, Conklin y Westen, 2005; Feske et al., 2007; Fossati et al., 1999; Giesen-Bloo et al., 2010; New et al., 2008). Aunque confirmada la unicidad del trastorno, por diferentes investigaciones, en base a los ocho o nueve criterios establecidos para su reconocimiento en el DSM (III, IV, IV-R), algunos autores también apoyaron la adecuación de un modelo trifactorial (Andión et al., 2011; Sanislow et al., 2000; Sanislow et al., 2002). Incluso, a la vista de los cuestionamientos existentes, han surgido varias propuestas de interpretación, Shap et al. (2015), por ejemplo, considera que la mejor conceptualización estaría representada por una dimensión global de gravedad, que represente los rasgos comunes que comparten todos los trastornos de la personalidad.

Por otra parte, también con el objetivo de aportar claridad a la condición heterogénea del TLP, algunos estudios se han dedicado al análisis de la representatividad o de las formas en que se manifiestan las diferentes comorbilidades entre los pacientes con este diagnóstico. Por ejemplo, Weingeroff (2012) tuvo como objetivo evaluar la expresión de trastornos de la conducta alimentaria inespecíficos; Frías y Palmas (2015), trastorno de estrés postraumático; y Ferrer et al. (2010), trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Otros autores, aún considerando la unicidad del TLP, investigaron la existencia de subtipos, es decir, manifestaciones más homogéneas debido a los patrones de afinidad entre los aspectos clínicos presentados (Digre et al., 2009; Smits et al., 2017); no obstante, los resultados no son concluyentes, antes bien, reclaman mayor estudio y abordar algunas de las limitaciones metodológicas más comunes en estos estudios, como el empleo de muestras mixtas, sin que todas las personas cumplan los criterios diagnósticos del TLP (Hallquist & Pilkonis, 2012).

Lo cierto es que el conocimiento sobre el TLP aún está muy por detrás de la mayoría de los trastornos psicopatológicos (Gunderson, 2009; Zandersen et al., 2019), por lo que se necesitan más investigaciones que ayuden a aclarar la naturaleza de este trastorno (Sharp, 2018). Necesidad, que se vuelve aún más urgente a la vista de su importante incidencia y gravedad.

La presente investigación, toma como base la literatura dirigida a explorar la heterogeneidad del TLP y, especialmente, la relacionada con la identificación de subtipos del TLP. Entendiendo que el avance en el reconocimiento de agrupaciones caracterizadas por perfiles clínicos más homogéneos en un trastorno tan complejo puede aportar contenidos que favorezcan el esclarecimiento de su naturaleza, y, en última instancia, faciliten su proceso de diagnóstico y tratamiento. Por tanto, a partir de los datos recogidos sobre una muestra diagnosticada con TLP, se analizará cómo se combinan los criterios diagnósticos del DSM-IV y DSM-5 (Sección II), los demás trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales, de forma que se pueda indagar sobre las principales relaciones de comorbilidad que aparecen y la formación de subtipos. Adicionalmente, dada la escasa información existente sobre características específicas del trastorno que acompañan al sexo y al desarrollo evolutivo, se examina la expresión clínica de los pacientes en función de estas características demográficas.

Esta tesis, en suma, aborda el análisis de la naturaleza heterogénea del TLP tratando de reconocer subgrupos significativos de pacientes a partir de las características clínicas y de patrones específicos de comorbilidad.

12.2. OBJETIVOS

El **objetivo general** de la presente tesis fue analizar la naturaleza del TLP en la práctica clínica, comprobando posibles subgrupos más homogéneos del trastorno, a partir de los patrones de afinidad que se manifiestan entre sus principales características clínicas y comorbilidades. Este objetivo general se concretó a través de los siguientes **objetivos específicos**:

1. Identificar las principales comorbilidades que aparecen vinculadas a los Ejes I y II del DSM-IV.
2. Verificar patrones específicos de comorbilidad en función de los trastornos de personalidad más frecuentes de la muestra.
3. Analizar si existen configuraciones de síntomas y comorbilidades que puedan indicar subtipos de pacientes más homogéneos.
4. Discriminar los principales síntomas clínicos y las relaciones de comorbilidad demostradas diferencialmente entre sujetos con grupos de menor y mayor edad.
5. Describir los principales síntomas clínicos y relaciones de comorbilidades mostradas de manera diferente por sujetos masculinos y femeninos.

12.3. MÉTODO

12.3.1. Instituciones y muestra

Esta tesis contó con el apoyo de la coordinación colegiada de la Secretaría de Salud Mental de Fortaleza (SMS) y con la aprobación de la Comisión Nacional de Ética en Investigación de Brasil (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Brasil — CONEP), posibilitando la colaboración de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) de Fortaleza en esta investigación. (Anexos 1 - 7). Los CAPS representan unidades que ofrecen servicios a la comunidad, en régimen abierto, de atención terapéutica y social a personas con trastornos mentales en estado grave. Estos centros cuentan con la actuación multidisciplinar de diferentes especialidades, con el objetivo de promover, además de la atención clínica, la re-inserción social de los usuarios, para el acceso al ocio, al trabajo, el ejercicio de los derechos civiles y el fortalecimiento de los lazos familiares y comunitarios.

No obstante, con el fin de poder obtener información sobre un número suficiente de sujetos, la presente investigación también contó con la colaboración de psicólogos y psiquiatras que ejercen en clínicas particulares de Fortaleza, así como en el Servicio de Psicología Aplicada (SPA), unidad que forma parte del campus de la Universidad de Fortaleza (UNIFOR), ofreciendo una amplia gama de servicios de atención psicoterapéutica para la comunidad, en régimen abierto, para todas las edades.

Así, la recolección de información sobre la muestra se llevó a cabo a través de la participación de psicólogos y psiquiatras, incorporados a los CAPS, SPA y clínicas particulares a lo largo del período de aproximadamente dos años (de mayo de 2014 hasta mayo de 2016). A lo largo de ese período se obtuvieron descripciones de las características clínicas de 84 pacientes. Entre ellos, sin embargo, cinco no cumplieron con los criterios necesarios para el diagnóstico de TLP con base en los requisitos del DSM-IV y, por tanto, únicamente 79 conformaron la muestra. La muestra estuvo compuesta por pacientes de ambos sexos, la mayoría mujeres (81%), todos diagnosticados con el trastorno límite de la personalidad, de acuerdo con las pautas establecidas en el DSM-IV y DSM-5 (Sección II), atendidos en régimen abierto, en clínicas particulares o centros comunitarios especializados, dentro de la ciudad de Fortaleza-Ce. Estos pacientes (entre ellos 15 adolescentes) presentaron edades entre 13 y 62 años, con una media de edad de 30.7 ($SD= 11.8$).

12.3.2. Instrumentos

Este estudio siguió la recomendación de investigadores que, para el análisis de la heterogeneidad del TLP y la verificación de subtipos, proponen incorporar variables clínicas que vayan más allá de los criterios establecidos para la identificación del trastorno (Clifton y Pilkonis, 2007; Critchfield et al., 2008; Lenzenweger et al., 2008; Hallquist y Pilkonis, 2012). Así, en el presente estudio, aparte de los criterios propios del TLP, se recogió información sobre los demás TP's comprendidos en el DSM-IV y también sobre los trastornos del Eje I. Además, se recabó información sobre aspectos de relevancia clínica y comúnmente observados durante la entrevista de anamnesis (como edad y queja principal, entre otros).

Por una parte, tomando como referencia estudios previos como el de Bradley et al. (2005), que investigó subtipos del trastorno límite de la personalidad en adolescentes, a los profesionales colaboradores se les presentó un *listado de criterios para los trastornos de personalidad incluidos en el Eje II* del DSM-IV. De esta forma, se presentaron 81 criterios, para que cada uno de ellos fuese indicado como 'presente' o 'ausente', según las características percibidas en el paciente. Entre los elementos también constan las definiciones que corresponden a cada TP, para ser identificadas del mismo modo, por lo que la lista contiene, en su conjunto, un total de 91 cuestiones (Anexo 8). Esta medida facilitó la identificación de las distintas características de personalidad presentadas por los pacientes. Además, mediante la aplicación de las reglas del DSM-IV, fue posible confirmar el diagnóstico de TLP e identificar los demás trastornos de personalidad presentes entre los casos clínicos. La cumplimentación de esta lista por parte de los profesionales evitó sobrecargar a los pacientes con un número elevado de encuestas, y favoreció la composición de la muestra, ya que no todos los sujetos diagnosticados con TLP serían indicados para colaborar con la resolución de un cuestionario de la personalidad.

Por otra parte, para el examen de los trastornos del Eje I fue utilizada la *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I (SCID-I)*, que ha mostrado ser un instrumento eficiente, que puede ser aplicado en un tiempo razonable en la práctica clínica a pesar del amplio número de ítems evaluados (Anexos 9 y 10). Un aspecto esencial de este instrumento es su forma de puntuación, que se establece a través del juicio clínico del profesional sobre la constancia de cada criterio, y no de la respuesta específica del paciente. Además, este instrumento ha mostrado su fiabilidad en el diagnóstico psicopatológico y ha sido también utilizado con frecuencia en trabajos previos de investigación (Giuseppe et al., 2007; Mikolajewski et al., 2011; Nagata et al., 2004).

12.3.3. Procedimiento

Una vez obtenida la aprobación de la SMS y del CONEP, se inició una presentación de la investigación entre los coordinadores de centros CAPS de Fortaleza, que facilitaron el contacto con los psicólogos y psiquiatras que componían los equipos de atención a la salud mental.

Durante el primer contacto establecido con los profesionales de los CAPS, SPA o clínicas particulares, se mostró el llamado *Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLE)* (Anexo 6), en un modelo aprobado por el comité de ética de acuerdo con la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud. Este escrito busca garantizar la protección de los sujetos involucrados en la investigación, así como su voluntad para colaborar y entera libertad para interrumpir su participación, sin ningún compromiso o necesidad de justificación. El TCLE, entre otra información, contiene la presentación del proyecto, del centro de investigación brasileño que lo evaluó, y de la investigadora, y describe la forma de recolección y manejo de los datos.

Para que el profesional pudiera colaborar con la investigación, debía haber atendido previamente a pacientes con TLP. Dichos pacientes podrían estar aún en tratamiento con el clínico o ya no estar siendo atendidos en ese momento. De una forma o de otra, se le solicitó al

colaborador que facilitara la descripción de un paciente de su elección con dicho diagnóstico mediante la cumplimentación de los instrumentos antes citados. Además, los colaboradores también deberían consultar los registros clínicos del paciente seleccionado a la hora de responder a las preguntas formuladas en los instrumentos.

La cumplimentación de los instrumentos por parte de los profesionales se realizó de forma individual y en presencia de la investigadora. Con el objetivo de evitar la fatiga del colaborador, se sugirió que la cumplimentación se realizase en días diferentes, respetándose las preferencias de fecha, horario y lugar indicados por él mismo. Cada instrumento, por separado, requirió de 30 minutos a una hora para su cumplimentación. Además, se incluyeron algunas cuestiones referentes a características del terapeuta (tales como: especialidad y tiempo de experiencia, entre otros) y del paciente (tales como: sexo, edad, estado civil, entre otros).

12.3.4. Análisis estadísticos

Para el análisis de los datos, se utilizó la versión 24.0 para Windows del paquete estadístico *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*. Mediante este paquete se realizaron las siguientes pruebas: análisis de estadísticos descriptivos (análisis de frecuencia, medias y desviaciones estándar); contrastes *chi-cuadrado* para la comparación de grupos en variables categóricas; análisis de varianza para la comparación en variables continuas; análisis factorial exploratorio (análisis de componentes principales con rotación Varimax) para identificar agrupamientos de síntomas; análisis de Cluster (método de Ward) para examinar si existen grupos homogéneos de individuos, atendiendo a sus síntomas y comorbilidades.

12.4. RESULTADOS PRINCIPALES Y DISCUSIÓN

12.4.1. Descriptivos sociodemográficos y clínicos preliminares

Los pacientes que formaron parte de la muestra presentaron edades entre 13 y 62 años, con una media de 30,7 ($SD= 11.8$), y fueron predominantemente mujeres (81%), en línea con la evidencia previa sobre el TLP (Ellison et al., 2018; Guilé et al., 2018). Además, el estado civil de la mayoría (73,4%) era “soltero”, y esto es algo que podría estar relacionado con las propias características del trastorno, como la inestabilidad en las relaciones y la labilidad afectiva, entre otros. Sin embargo, a pesar de la marcada propensión a la inestabilidad y las frecuentes interrupciones de los estudios que suelen ser comunes en estos casos, un porcentaje sustancial de la muestra alcanzó un alto nivel de estudios (27,8% completó la educación superior). En cuanto a la situación económica, más de la mitad (62%) siguen siendo económicamente dependientes y sin generar ingresos; condición probablemente influenciada por la cronicidad del trastorno (Gross et al., 2002; Keuroghlian y Zanarini, 2015).

En cuanto a variables de corte clínico, se encontró que más de un tercio (35,8%) en algún momento de la vida necesitó hospitalización por motivos relacionados con la salud mental; entre los motivos que llevaron a esa hospitalización destacan la amenaza o ideación suicida (10%), intento de suicidio (7,5%), conductas autoagresivas (6,25%), cuadros críticos de depresión (6,25%) o síntomas psicóticos (3,75%). Así pues, los principales motivos de hospitalización psiquiátrica vienen dados por amenazas a la propia vida de los pacientes.

También se investigaron los motivos que generaron demanda de psicoterapia y, entre ellos, destacan: depresión (21,51%), ideación suicida (11,31%), intento de suicidio (10,12%), autoagresividad (6,32%) y heteroagresividad (6,32%). Además de estos, fueron mencionados dificultades interpersonales, síntomas relacionados con ansiedad y problemas derivados del uso de drogas.

En general, los datos anteriores coinciden con otros estudios (e.g., Zanarini, 2009) donde se ha visto que la ideación suicida recurrente figura entre las principales razones que impulsan a los individuos con TLP a buscar tratamiento. También se sabe que los comportamientos

autolesivos contribuyen a las altas tasas de uso de los servicios de salud mental por parte de los pacientes TLP (Abdul-Hamid et al., 2014; Dubovsky y Kiefer, 2014; Lawn y McMahon, 2015). Estos comportamientos aparecen muchas veces asociados a amenazas percibidas de separación o rechazo, o a expectativas de asumir nuevas responsabilidades (APA, 2013). La relevancia de los comportamientos suicidas y autolesivos queda patente en nuestro trabajo, donde el 75% de la muestra cumplió el criterio de “recurrencia de comportamientos, gestos o amenazas suicidas o de comportamiento autolesivo”.

12.4.2. Comorbilidades en relación con el Eje I del DSM-IV

En este estudio encontramos que la totalidad de la muestra mostró comorbilidad con por lo menos otro trastorno del Eje I, un 26,6% con tres o más. En esas comorbilidades sobresalen los trastornos del estado de ánimo (88,6%), ansiedad (74,7%) y, a continuación, los asociados al uso de sustancias (39,2%). Estos resultados muestran coherencia con la literatura científica previa, donde, justamente, se muestra cierto consenso respecto a la ordenación de estos trastornos en las cifras de comorbilidad de los pacientes con TLP (Smits et al., 2017; Zanarini et al., 2004a; Zanarini et al., 1998).

Entre los pacientes diagnosticados con algún trastorno del estado de ánimo, el 54,4% presentó diagnóstico de trastorno depresivo mayor, 21,5% para el distímico, 31,6% y 3,8% para los trastornos de tipo bipolar I y II. A excepción de un caso clínico, todos los que fueron diagnosticados con algún trastorno del estado de ánimo manifestaron por lo menos un ‘episodio depresivo mayor’ a lo largo de su vida (87,3% de los pacientes).

Por otra parte, el trastorno de ansiedad generalizada apareció como el trastorno más frecuente entre los de su categoría (30,4%). La alta presencia observada de trastornos de ansiedad entre los pacientes límite (Zanarini et al., 2014) sintoniza con el protagonismo que la característica ‘ansiedad’ adquirió en la Sección III del DSM-5 para la caracterización del TLP. Así, mientras que el DSM-IV hace una sutil referencia a la ansiedad dentro del criterio ‘inestabilidad emocional’, en la nueva propuesta la ansiedad ocupa un lugar destacado, apareciendo consignada de modo independiente entre los rasgos considerados propios del trastorno límite.

Entre los trastornos relacionados con uso de sustancias, se presentaron con mayor frecuencia los cuadros más graves de dependencia de sustancias no alcohólicas, constituyendo el 15,2% de los pacientes. Estos resultados concuerdan con Dom y Moggi (2015), que también verificaron la predominancia de los casos más graves de dependencia entre los sujetos con trastorno por el uso de sustancias y de la personalidad borderline. También encontramos que la cocaína aparece como una de las principales sustancias no alcohólicas más utilizadas y/o generadoras de mayores problemas y que, además del 39,2% que recibió diagnóstico asociado a uso de sustancias, un 12,7% de la muestra declaró haber usado drogas ilícitas. Estos resultados señalan la importancia de adoptar un enfoque preventivo del consumo de drogas durante el acompañamiento terapéutico de los sujetos con dicho trastorno de la personalidad.

Por otra parte, aunque Sansone et al. (2008) habían observado previamente una mayor concentración de “preocupaciones somáticas” entre los pacientes con TLP, en este estudio llamó la atención la representatividad de los trastornos somatomorfos (30,4%): en particular, el 13,9% de los pacientes cumplieron con las características diagnósticas del trastorno de somatización. Además, la misma proporción de sujetos, aunque no cumplió con el número de ocho quejas físicas diferentes necesarias para el trastorno de somatización, manifestó quejas físicas inexplicables completando el diagnóstico de ‘trastorno de somatización indiferenciado’. A continuación de los somatomorfos, aparecen, en las cifras de comorbilidad, los trastornos de la conducta alimentaria, que están presentes en el 16,5% de la muestra, destacando los no especificados, y mostrándose el trastorno por atracón como el más común en la muestra,

siguiendo de la bulimia nerviosa. De este modo, como en Sansone & Sansone (2011b), prevaleció la asociación del TLP con los trastornos alimentarios marcados por la impulsividad.

Por último, los trastornos psicóticos aparecieron con menores porcentajes, con una proporción de 8,9% en total, siendo más frecuente el trastorno psicótico breve, presente en tres pacientes. No obstante, a pesar de la menor frecuencia de los trastornos clasificados como psicóticos, llamó la atención entre la muestra el gran porcentaje de pacientes que en algún momento expresaron ‘síntomas psicóticos’ (71,25%), sin cumplir con las características diagnósticas para algún trastorno psicótico. Los principales síntomas mostrados son los delirios, de tipo persecutorio, referencia y grandeza, así como las alucinaciones auditivas y visuales. Pero, de forma general, estos síntomas aparecen de modo transitorio y, en la mayoría de los casos, durante una crisis asociada a algún trastorno del estado de ánimo. Sin embargo, estos resultados indican que la aparición transitoria de síntomas psicóticos entre casos clínicos que presenten otras características del TLP, debe alertar a los profesionales sobre la necesidad de una evaluación diagnóstica de este trastorno.

12.4.3. Asociación con otros TPs y Patrones Específicos de Comorbilidades

Cuando se examina la presencia de otros trastornos de personalidad en la muestra, se encuentran altos índices de comorbilidad del TLP, especialmente con los trastornos paranoide (46,8%) y por evitación (40,5%). Los demás también exhibieron índices altos, alcanzando a más de 15% de los sujetos, con excepción del trastorno de personalidad obsesiva-compulsiva, presente en 5% de los pacientes. En torno a un 90% de la muestra presentó criterios de otro trastorno de la personalidad, y un 36,4% muestra comorbilidad con más de dos trastornos.

Así pues, y a pesar de todas las precauciones tomadas en la recogida de información sobre los trastornos del Eje II, los resultados de esta investigación sorprendieron por el número de comorbilidades asociadas al Eje II observadas entre los pacientes. El elevado índice de comorbilidades del TLP ha sido puesto de manifiesto en estudios previos (Biskin y Paris, 2013; Leichsenring et al., 2011; Scott, 2017; Sharp et al., 2015), aunque en la mayoría de los trabajos los porcentajes de sujetos con TLP diagnosticado con otro(s) TP(s) no suele alcanzar el 60% (Arenas, 2008; Lewis et al., 2012; Smits et al., 2017). Es posible que, en este estudio la tendencia natural de los profesionales a elegir pacientes que habían seguido durante más tiempo o que recordaban por su gravedad haya contribuido al elevado número de comorbilidades con el Eje II. Sin embargo, este incremento en el número de comorbilidades también podría sugerir la necesidad de ajustes en el modelo diagnóstico categórico, tal como se presenta en el DSM-IV y en la Sección II de la última versión. Por otro lado, autores como Sharp et al. (2015) llegan a cuestionar la naturaleza del TLP y proponen que los criterios de este trastorno, en realidad, podrían corresponder a una condición de gravedad clínica común entre los individuos con algún trastorno de personalidad, reflejando la confluencia de disfunciones ‘internalizantes’ y ‘externalizantes’ (Eaton et al., 2011), en vez de una entidad diagnóstica específica.

Respecto a los trastornos específicos que aparecen más asociados al TLP, nuestro trabajo muestra que las principales comorbilidades (los TP paranoide y por evitación) se corresponden, respectivamente, con los trastornos excéntricos (Cluster A) y celosos (Cluster C); a continuación, se sitúa la comorbilidad con el trastorno histriónico (26,6%) que se corresponde con el Cluster B. Así, estos resultados concuerdan con investigaciones previas que sugieren que en la práctica clínica –a pesar de tratarse de un trastorno que forma parte del Cluster B (de los trastornos dramáticos, imprevisibles o irregulares)- la expresión del TLP puede asociarse a las tres categorías planteadas en el DSM-IV para los trastornos de personalidad (Critchfield et al., 2008).

En este trabajo, además, se examinaron patrones específicos de comorbilidad, atendiendo a la asociación con los TP paranoide y evitativo, los más comunes en la muestra. Los resultados

indicaron que la asociación con el TP evitativo describe un perfil ligeramente más homogéneo: los sujetos diagnosticados con este TP se mostraron significativamente más propensos al trastorno distímico ($p=.003$) y a los trastornos de ansiedad ($p=.01$), especialmente a las fobias específicas ($p=.05$).

12.4.4. Identificación de subtipos de pacientes con TLP

Se emplearon dos procesos diferentes de análisis para examinar posibles subtipos en el TLP, considerando las combinaciones presentadas entre los síntomas propios del trastorno y sus comorbilidades.

12.4.4.1. Subtipos delimitados a partir del ACP

La aplicación del ACP, con rotación Varimax, sobre los nueve criterios diagnósticos del trastorno (DSM-IV), resultó en tres componentes, con un valor propio superior a 1 y que explican 49,42% de la varianza. El análisis del gráfico de sedimentación también recomendó la retención de tres componentes, que fueron sometidos a rotación. Después de identificados los tres factores, también se distinguieron los sujetos con alta puntuación para cada uno de ellos, siendo examinada la distribución de las comorbilidades.

La solución trifactorial encontrada tiene semejanzas con los resultados obtenidos por Clarkin et al. (1993) y Sanislow et al. (2000, 2002), ubicando los criterios ‘inestabilidad afectiva’, ‘impulsividad’ y ‘perturbación de la identidad’ en factores diferentes, lo que podría sugerir que estos criterios se encuentran entre los fundamentales, de los cuales se asocian o derivan los demás.

El primer factor (que explica 17,64% de la varianza post rotación) revela la combinación predominante de la ‘Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves’ (criterio 9), ‘inestabilidad afectiva’ (criterio 6) y ‘recurrencia de comportamientos suicidas o automutilantes’ (criterio 5). Por otro lado, mostró una carga negativa en este factor el criterio ‘ira inapropiada e intensa’ (criterio 8). El factor denota, así, un patrón de reacción intensa frente a situaciones de estrés (sin ser heteroagresiva) y que, por lo tanto, fue denominado en este trabajo como *Vulnerabilidad Intensa al Estrés*.

El subtipo vinculado con altas puntuaciones en ‘Vulnerabilidad al Estrés’ mostró una mayor concentración de trastornos psicóticos (18,8%), especialmente del psicótico breve (12,5%), y también mayor promedio de edad ($M=39,5$, frente a 28,03 en el resto de los casos). Este mayor promedio de edad enlaza con los resultados derivados de la comparación posterior entre los sujetos más jóvenes y de mayor edad de la muestra general, donde se encontró que el criterio ‘ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos’ está más presente entre los últimos. De este modo, este parecería ser un síntoma más común entre las personas de más edad. Además, el grupo de Vulnerabilidad al Estrés recuerda al subtipo propuesto por Digre et al. (2009), ‘Severo-Internalizado’, descrito con mayor concentración de los trastornos depresivos, intentos de suicidio, autoagresiones y síntomas disociativos.

El segundo factor (*Fragilidad de la Identidad*), que representa el 16,74% de la varianza explicada, refleja la asociación entre ‘perturbación de la identidad’ (criterio 3), ‘sentimientos crónicos de vacío’ y ‘esfuerzos para evitar el abandono’ (criterio 1). El grupo de pacientes definido por este factor muestra cierta semejanza con propuestas previas, en las que la variación en la intensidad del aspecto ‘alteración de la identidad’ parece haber influido en la diferenciación de subtipos (Hallquist y Pilkonis, 2012; Smits et al., 2017). Pero, además de eso, encontramos más vinculados a este grupo los trastornos de tipo bipolar I y II (42,4%, frente a 18,8% y 26,3% en los otros grupos), de somatización (21,2%, frente a 6,3% y 5,3%) y TP dependiente (36,4%, frente a 18,8% y 5,3%).

Por último, el factor *Desinhibición del Comportamiento* (15,04% de la varianza explicada), se definió fundamentalmente por las puntuaciones en ‘impulsividad’ (criterio 4) y ‘relaciones

inestables' (criterio 2). El grupo de pacientes altos en este factor muestra una comorbilidad más baja con los TP del Cluster A (31,6%, frente a 75,0% y 69,7%). Por otro lado, obtuvo una comorbilidad alta para los trastornos relacionados con el uso de sustancias (68,4%, mientras que en los demás grupos fue de 18,8% y 27,6%) y para trastornos de la conducta alimentaria (21,1%, frente a 6,3% y 12,4%), prevaleciendo el trastorno por atracón y la bulimia nerviosa. Estas comorbilidades, así como la mayor prevalencia del TP antisocial (21,1%, frente a 6,3% y 15,2%), se pueden asociar a la dificultad de control o a la impulsividad, que parece estar en el centro de este factor.

De este modo, los resultados sobre el subtipo correspondiente a "Desinhibición" muestra semejanzas con estudios anteriores que también reconocieron agrupaciones del TLP marcadas por la impulsividad (Millon et al., 2000; Zittel, 2002); los resultados también se pueden vincular al cuerpo de investigaciones que muestran la relación entre la impulsividad y las comorbilidades mencionadas (Becker et al., 2006; Smits et al., 2017). Así mismo, en otros trabajos se evidenció la relevancia de la impulsividad cuando se diferencia entre subtipos con predisposición Extrovertida/Externalizada o Introversiva/Internalizada (Digre et al., 2009; Smits et al., 2017). Critchfield et al. (2008), por ejemplo, describen un grupo de corte Extrovertido/Externalizado que muestra semejanzas al de Desinhibición, ya que presenta menores índices de inhibición social, así como mayores problemas de adecuación a las normas, y deficiencia en áreas relacionadas con la responsabilidad y concordancia social.

Por otro lado, estos resultados ponen de manifiesto que, a pesar de que el TLP se considera representante de los trastornos conocidos como "dramáticos" o "inestables", más vinculados al patrón Extrovertido/Externalizado, parece existir una fracción significativa de pacientes con TLP más propensos a la introversión. Entre estos, las manifestaciones del trastorno probablemente muestren semejanzas con las características del grupo Vulnerabilidad al Estrés y probablemente necesiten de mayor atención para su reconocimiento y diagnóstico, puesto que podrían ser fácilmente confundidos con cuadros depresivos graves, por presentar un patrón impulsivo que se expresa de modo menos protagónico, y por diferenciarse del perfil Externalizado, el más esperado para los casos TLP.

12.4.4.2. Subtipos del TLP a partir del análisis cluster

A través del análisis cluster se obtuvieron tres agrupaciones, que fueron denominadas como *Impulsivo*, *Nuclear* y *Con Fragilidad de la Identidad* que, aunque mostraron poca variabilidad en la concentración de los criterios TLP, presentaron algunas diferencias significativas referidas a las comorbilidades.

Así, a pesar de la gran variabilidad de combinaciones con los trastornos de personalidad, la concentración de TP esquizotípico mostró haber influenciado la división de los subgrupos, estando significativamente ($p < .05$) más presente en el grupo designado "Con *Fragilidad de la Identidad*. Este grupo, que tiene un tamaño más reducido que los otros dos, también se presentó significativamente más asociado a los problemas de humor y a la autoagresividad ($\chi^2 = 5.71$, $p < .05$; $\chi^2 = 5.63$, $p < .05$), y marginalmente, a la ideación suicida como motivo que impulsa a la terapia (33,3%, mientras que los tipos Impulsivo y Nuclear concentraron el 7,5% y 7,4% de sujetos con esta queja, $\chi^2 = 13.10$, $p = .056$). Adicionalmente, mostró mayor vinculación con los Clusters A y C (especialmente el TP por evitación, 66,7%, frente a 32,5 y 40,7%), lo que denota que este subtipo pueda concentrar personas predispuestas a un patrón más introversivo / internalizado.

En la investigación previa también se han definido subtipos del TLP con predominancia del TP esquizotípico (e.g., Chitchfield et al., 2008). En particular, nuestros resultados recuerdan las características del subtipo Esquizotípico/Paranoide, descritas por Smits et al. (2017). Estos autores consideraron que la acentuada desconfianza y el patrón de inhibición predominante en este subtipo podrían interferir en la búsqueda del tratamiento, y esto podría influir sobre el

número reducido de sujetos que configura este grupo, en línea con los resultados de nuestra investigación.

Por otro lado, en el tipo *Nuclear*, la predisposición impulsiva y los trastornos de ansiedad comunes al TLP parecen haber influido sobre la significativa concentración de trastornos de la conducta alimentaria ($p < .05$), especialmente, el trastorno por atracón; se observa también una mayor presencia de dependencia de alcohol entre los trastornos relacionados con el uso de sustancias. A la luz de este patrón de resultados, este grupo podría ser denominado también como ‘Con Vacío Vital’, ya que parece contener la asociación conocida entre el trastorno depresivo mayor y la confusión interoceptiva, comunes en la comorbilidad con los trastornos de la conducta alimentaria y de dependencia de alcohol (Doba et al., 2018).

Por último, el grupo designado como Impulsivo, con mayor número de sujetos, podría ser más fácilmente alineado con el patrón predominantemente Extrovertido/Externalizado, sugiriendo menor asociación con el Cluster A (principalmente con el TP Esquizotípico 12,5%, frente a 22,2% y 50%) y el TP por evitación (32,5%, frente a 40,7% y 66,7). Presenta, sin embargo, mayor asociación con los trastornos relacionados con el consumo de sustancias (45% frente a 29,6% y 33,3%), y, en particular, con el abuso de alcohol. Este grupo también se caracteriza por una menor incidencia del trastorno obsesivo-compulsivo, una entidad psicopatológica que posee entre sus características esenciales el control (Chester et al., 2016); esto denota que el mayor porcentaje de los problemas relacionados con el uso de sustancias está influido, justamente, por la dificultad de control que experimenta el grupo impulsivo.

12.4.4.3. Relación entre las dos propuestas de subtipos (ACP y Cluster)

Como acabamos de indicar, el ACP sobre los criterios del TLP permitió definir tres subtipos designados como Vulnerabilidad al Estrés, Fragilidad en la Identidad y Desinhibición. Luego, a través del análisis cluster, destacamos otros tres subtipos: Impulsivo, Nuclear y Con Fragilidad de la Identidad.

Los resultados alcanzados apuntan a la variedad de formas en las cuales el TLP puede expresarse en la práctica clínica y combinar sus comorbilidades. Las respuestas obtenidas en la investigación de los subtipos, aunque estuvieron sujetas a las limitaciones de un número reducido de pacientes, permitieron reconocer algunas predisposiciones conocidas entre síntomas y comorbilidades. Sin embargo, en ambas propuestas de subtipos, observamos cierta variabilidad en la expresión de la impulsividad, así como en la concentración de los trastornos emocionales (especialmente, los de ansiedad), sugiriendo que estas diferencias, también vistas en estudios previos (Becker et al., 2006; Bradley et al. (2005); Smits et al., 2017), puedan contribuir a delimitar agrupaciones más homogéneas del trastorno.

En el presente estudio, los subtipos Desinhibición (ACP) e Impulsivo (Cluster) nos recuerdan los perfiles del TLP indicados anteriormente, más cercanos a los patrones de Externalización, en donde la impulsividad se asocia a una mayor tasa de trastornos relacionados con el uso de sustancias y con el TP antisocial (Eaton et al., 2011 o Digre et al., 2009). Por otro lado, en comparación, los trastornos de ansiedad aparecieron de forma más prominente en los demás grupos.

Además, siendo de conocimiento que 23,5% no correspondieron al criterio ‘impulsividad’, consideramos que una parcela más pequeña de la muestra, al estar también vinculada a los trastornos más propensos a inhibición – entre los de ansiedad o asociados a los Clusters A y C – podría conservar el patrón impulsivo propio del TLP de modo menos acentuado o aparente. Condición esta, que demandaría más tiempo y atención del profesional para el reconocimiento del trastorno, para evitar que estos pacientes se conservasen infradiagnosticados con algún trastorno del estado de ánimo. Esta interpretación concuerda con resultados de investigaciones que delimitaron subgrupos más marcados por la inhibición y por los trastornos afectivos, como los

tipos Evitación/Obsesivo e Inhibido/Desregulado, definidos por Smits et al. (2017) y Zittel (2002).

Además, en este estudio, al analizar los patrones de combinación entre comorbilidades y síntomas en los diferentes grupos, llamó la atención la representatividad de los trastornos somatomorfos y la asociación proporcional entre la expresión somática de las tensiones psíquicas y los índices del criterio ‘fragilidad en la identidad’, con porcentajes más altas en los grupos Fragilidad en la Identidad (ACP) y Con Fragilidad en la Identidad (Cluster). Por otro lado, la manifestación de los trastornos de tipo bipolar parece acentuar los problemas relacionados con la identidad propios del trastorno borderline. Estos datos recuerdan investigaciones anteriores en que la concentración de los problemas relacionados con la identidad ejercieron influencia en la separación de subtipos del trastorno (Hallquist & Pilkonis, 2012).

Según lo anterior, considerando los resultados encontrados de forma general, se pueden sugerir por lo menos dos perfiles más homogéneos en la presentación del TLP. Considerando los patrones entre síntomas y comorbilidades se podrían proponer por lo menos dos perfiles más homogéneos en la presentación del TLP: un perfil más aproximado a un patrón puro de Externalización, que indicaría mayor tendencia a la desinhibición, la manifestación de conductas impulsivas perjudiciales o de riesgo, mayor concentración del TP antisocial y de trastornos relacionados con el uso de sustancias. Este perfil, sería todavía más común entre los hombres. El otro perfil, concentra a pacientes con mayor tendencia a la introversión, mayor experiencia de ansiedad y de trastornos que corresponden al Cluster C; además, de alteraciones de la identidad más pronunciadas y también más propensión a trastornos de somatización.

12.4.5. Perfiles clínicos asociados a edad y sexo

En el presente estudio, al compararse el cuartil 1 de edad (de 13 a 23 años) con el cuartil 4 (de 38 a 62) no se observaron diferencias importantes referentes a los patrones de comorbilidad o variables clínicas preliminares. Sin embargo, los criterios de ‘perturbación de la identidad’ ($p < .05$) e ‘impulsividad’ ($p < .05$) presentaron mayor incidencia entre los más jóvenes, mientras el criterio de ‘síntomas disociativos e ideación paranoide transitoria relacionada al estrés’ ($p < .05$) se mostró más acentuado en el segundo grupo.

Estos resultados apuntan hacia diferencias de interés clínico que pueden estar relacionadas con el curso o evolución del trastorno y que confirman hipótesis planteadas en la literatura previa sobre la disminución de la conducta impulsiva en sujetos mayores (Oltmanns y Balsis, 2011). Por otro lado, en la investigación realizada por Bradley et al. (2005), se encuentra que el criterio ‘inestabilidad en la identidad’, en medio de un alto número de variables, apareció entre los principales elementos descriptivos de una muestra integrada por adolescentes, y esto sugirió que se trata de un aspecto notable entre jóvenes con TLP, más allá de las peculiaridades de desarrollo asociadas a la adolescencia o a este rango de edad.

Este trabajo también buscó examinar si existen diferencias significativas en la expresión del trastorno cuando son comparados hombres y mujeres. Como resultado de esta comparación, encontramos una mayor concentración del criterio ‘inestabilidad en las relaciones’ entre las mujeres. Además, en el grupo femenino, los trastornos del estado de ánimo y las conductas relacionadas con el suicidio aparecieron entre los principales motivos que llevaron a la terapia, mientras que en el grupo masculino sobresalieron los “comportamientos heteroagresivos”. Además, en línea con los conocimientos previos, los trastornos relacionados con el uso de sustancias predominaron en el grupo masculino (Woodford, 2012), que también estuvo más asociado al TP antisocial.

Las diferencias mencionadas podrían estar relacionadas con la expresión de género, de acuerdo con los perfiles anteriormente encontrados en muestras con TLP, cuando se realizan también comparaciones según el sexo y podrían explicar por qué las mujeres con TLP suelen estar sobrerrepresentadas en los servicios de salud mental y los hombres con TLP, en cambio,

tienen más probabilidades de estar en los programas de tratamiento por abuso de sustancias y / o cárceles (Sansone et al., 2014; Van den Brink, et al., 2018). Tener en cuenta estas ligeras diferencias clínicas podría ser particularmente relevante a la hora de evaluar a los pacientes en entornos de salud mental o de atención primaria (Mercer, 1996; Mikolajewski et al., 2011).

12.5. CONCLUSIONES

- En el presente estudio la totalidad de los pacientes presentaron comorbilidad para al menos un trastorno relacionado con el Eje I y el 26.6% para tres o más trastornos, sobresaliendo los trastornos del estado de ánimo (88.6%), ansiedad (74.7%) y los derivados del uso de sustancias (39.2%). Los trastornos psicóticos fueron los que presentaron menor incidencia (8.8%). No obstante, llamó la atención el porcentaje de pacientes (71.25%) que, en algún momento, experimentó ‘síntomas psicóticos’, generalmente de carácter transitorio, indicando que la presentación transitoria de estos síntomas también puede servir de alerta al clínico en la evaluación diagnóstica del TLP.
- La presencia de comorbilidad con otros trastornos de la personalidad fue muy elevada (90%), con mayor frecuencia del paranoide (46.8%), evitativo (40.5%) e histriónico (26.6%). Por tanto, a pesar de que el TLP forma parte del Cluster B (considerados dramáticos, imprevisibles o inestables), en la práctica clínica la expresión del trastorno se puede asociar a los tres clusters del DSM-IV.
- Los patrones de comorbilidad de los trastornos de personalidad paranoide y evitativa con otros trastornos mentales dieron lugar a perfiles diferentes, con clara propensión en este último a asociarse con el trastorno distímico y los trastornos de ansiedad, especialmente, fobias específicas.
- Los procesos de análisis empleados para el estudio de subtipos posibilitaron propuestas de agrupaciones diferenciadas. El Análisis de Componentes Principales (ACP) sugirió un modelo trifactorial, cuyos componentes recibieron las siguientes denominaciones: el factor Frágil en la Identidad (con puntaje alto en ‘perturbación de la identidad’, ‘sentimientos crónicos devacío’ y ‘esfuerzos por evitar el abandono’) con mayor índice de trastornos de somatización y TP Dependiente (Cluster C); este grupo también presentó más quejas asociadas a las relaciones interpersonales, entre los motivos que condujeron a la terapia. El de Vulnerabilidad al Estrés mostró puntajes altos en ‘ideación paranoide transitoria’, ‘inestabilidad afectiva’ y ‘recurrencia de conductas suicidas o autolesivas’). Los sujetos vinculados a este factor tenían una edad promedio más alta y presentaron una mayor asociación a los síntomas psicóticos. Por último, el factor de Desinhibición Comportamental (con puntaje alto en los criterios de ‘impulsividad’ y ‘relaciones inestables’), aparece menos vinculado al Cluster A, indicando una mayor asociación con los trastornos relacionados con el uso de sustancias, sugiriendo una mayor cercanía con los trastornos por compulsión alimentaria y de personalidad antisocial, trastornos relacionados con la dificultad de control.

El análisis cluster diferenció grupos, sobre todo, por algunas comorbilidades. El TP esquizotípico representó el trastorno de personalidad que más favoreció la separación de subtipos, estando más presente en el grupo Con Fragilidad en la Identidad, con menor número de sujetos y mayor asociación con los trastornos somatoformes. En el subgrupo Nuclear, en particular, la impulsividad y la ansiedad, comúnmente experimentadas por pacientes con TLP, parecían influir en la mayor concentración del trastorno por atracón (trastorno de la conducta alimentaria más prevalente en la muestra).

Las propuestas de ambos procesos de análisis empleados para la identificación de subtipos registran la multiplicidad de formas en las cuales el TLP puede combinar sus comorbilidades. Entre los patrones observados, llamó la atención la representatividad de los trastornos somatomorfos y la asociación proporcional entre la expresión somática de las tensiones psíquicas y los índices del criterio ‘fragilidad en la identidad’. Por otro lado, la presentación de los Trastornos de tipo bipolar parece acentuar los problemas relacionados con la identidad, propios del trastorno límite de la personalidad.

Considerando los patrones entre síntomas y comorbilidades observados en los resultados de forma general, se pueden sugerir por lo menos dos perfiles más homogéneos en la presentación del TLP: un perfil más aproximado a un patrón puro de Externalización, que indicaría mayor tendencia a la desinhibición, la manifestación de conductas impulsivas perjudiciales o de riesgo, mayor concentración del TP antisocial y de trastornos relacionadas con el uso de sustancias. Este perfil, sería todavía más común entre los hombres. El otro perfil, concentra a pacientes con mayor tendencia a la introversión, mayor experiencia de ansiedad y de trastornos que corresponden al Cluster C, además de alteraciones de la identidad más pronunciadas y también más propensión a trastornos de somatización.

- La comparación entre franjas de edad apenas mostró diferencias referentes a los patrones de comorbilidad y otras variables clínicas. Sin embargo, surgieron diferencias significativas en la presentación de los criterios propios del trastorno, ya que la ‘alteración de la identidad’ y la ‘impulsividad’ estuvieron más presentes en el grupo más joven, mientras que los ‘síntomas disociativos y la ideación paranoide transitoria ligada al estrés’ fueron más pronunciadas entre los pacientes con más edad. Estas diferencias podrían estar relacionadas con la propia evolución del TLP.
- La comparación entre sexos respecto a los síntomas clínicos y las relaciones de comorbilidad manifestadas por los pacientes mostró perfiles semejantes de las características propias del TLP entre hombres y mujeres. No obstante, el criterio referido a la ‘inestabilidad en las relaciones’ presentó una frecuencia significativamente superior en el grupo femenino. Además, en este grupo predominaron los trastornos del estado del ánimo, y las conductas y/o tentativas de suicidio; sin embargo, en el grupo masculino sobresalieron los trastornos relacionados con el uso de sustancias. Por lo que respecta a los trastornos de la personalidad, se observó una frecuencia ligeramente superior del trastorno de personalidad antisocial entre los hombres. Además, la ‘heteroagresividad’ apareció como el principal motivo que llevó a los hombres al ingreso, mientras que entre las mujeres fueron los ‘síntomas depresivos’ y ‘los intentos y/o las amenazas de suicidio’.

A pesar de los patrones de afinidad encontrados entre síntomas y comorbilidades, esta tesis sigue retratando la heterogeneidad del TLP y la complejidad de la naturaleza de este constructo. Por una parte, el índice alto de todos los criterios diagnósticos para el TLP, recuerda estudios anteriores que reafirman la adecuación de los nueve criterios propuestos en el DSM-IV para su identificación (Feske et al., 2007; New et al., 2008; Trull et al., 2011). Por otra parte, el elevado solapamiento entre el TLP y otros trastornos de la personalidad, recuerda críticas previas a este sistema de diagnóstico y pone en duda su caracterización clínica. En este sentido, Sharp. et al. (2015), afirman que el TLP posiblemente corresponda mejor a un factor general, que captura la gravedad clínica común a todos los TP, en lugar de un trastorno discreto.

En suma, las respuestas obtenidas a través del presente estudio parecen apuntar a las insuficiencias del modelo categorial del DSM, como instrumento para la interpretación

del TLP. En vista de las dificultades diagnósticas, la última versión de este Manual publicó un nuevo modelo, articulado sobre rasgos de personalidad patológicos y dificultades en el funcionamiento en vez de síntomas. Futuras investigaciones podrán evaluar cómo este abordaje responde a las demandas de la práctica clínica, frente a la variabilidad de casos con características que corresponden al trastorno límite de la personalidad. Probablemente, un sistema que proporcione la descripción de los rasgos desadaptativos de la personalidad, en lugar de categorías psicopatológicas de la personalidad, se ajuste mejor a la realidad revelada por cada sujeto, favoreciendo la conducción terapéutica.

13- ANEXOS



Anexo 1



DECLARAÇÃO

Processo Nº.2304163153194/2013

Título do projeto de pesquisa: "TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: COMORBIDADES E SUBTIPOS". Pesquisador (a): responsável: **Amanda de Ervedosa Mendonça** Instituição proponente: Universidade de Santiago de Compostela (USC).

O Sistema Municipal de Saúde Escola, conforme as suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico do projeto da pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 196/96 e complementares. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio do Sistema Municipal de Saúde Escola, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 06 de Agosto de 2013.

Maria Ivanília Tavares Timbó

Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão e Educação em Saúde

Rua Antonio Augusto, 1571. Meireles. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694 / (85) 3105.1473.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO
TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE



Ilmo. Sr^a.

.Dr^a. Aradi Ciarlini

Coordenadora do Distrito de Saúde / Atenção Básica / Assessora Técnica da Educação Permanente da SER I.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: "TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: COMORBIDADES E SUBTIPOS".

Seguem algumas informações sobre o estudo:

- A pesquisadora responsável **Amanda de Ervedosa Mendonça** do Curso de Doutorado em Psicologia da Universidade de Santiago de Compostela (USC), está sob orientação das Prof^a.dr^a. Carmen Senra e prof^a.dr^a. Estrella Romero.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pela pesquisadora.

- **A PESQUISA SÓ PODERÁ SER INICIADA APÓS APRECIÇÃO E APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA, SENDO NECESSÁRIA APRESENTAÇÃO DA CÓPIA DO PARECER AO DISTRITO DE SAÚDE.**

- A pesquisa será realizada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de todas as Secretarias Executivas Regionais.

_A coleta de dados ocorrerá durante o período de SETEMBRO DE 2013 A SETEMBRO DE 2014

- A pesquisadora deverá apresentar após a defesa os resultados do estudo para a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – COGTES/Distrito de Saúde da SER I - **ORAL E IMPRESSO PARA COMPOR A BIBLIOTECA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA.**

Comunicamos ainda que a COGTES emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 06 de Agosto de 2013

Maria Ivanília Tavares Timbó
Maria Ivanília Tavares Timbó

Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Rua Antonio Augusto, 1571. Meireles. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694 / (85) 3105.1473.

2 Acordo
Aradi Ciarlini
Aradi Ciarlini
Coordenadora Regional de Saúde
(COGES I)

Anexo 3



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO
TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE



Ilmo. Sr^o.

.Dr^o. Sheyla Lima Silveira

Coordenadora do Distrito de Saúde / Atenção Básica / Assessora Técnica da Educação Permanente da SER II.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: "TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: COMORBIDADES E SUBTIPOS".

Seguem algumas informações sobre o estudo:

- A pesquisadora responsável Amanda de Ervedosa Mendonça do Curso de Doutorado em Psicologia da Universidade de Santiago de Compostela (USC), está sob orientação das Prof^o.dr^o. Carmen Senra e prof^o.dr^o. Estrella Romero.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pela pesquisadora.

- A PESQUISA SÓ PODERÁ SER INICIADA APÓS APRECIÇÃO E APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA, SENDO NECESSÁRIA APRESENTAÇÃO DA CÓPIA DO PARECER AO DISTRITO DE SAÚDE.

- A pesquisa será realizada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de todas as Secretarias Executivas Regionais.

_A coleta de dados ocorrerá durante o período de SETEMBRO DE 2013 A SETEMBRO DE 2014

- A pesquisadora deverá apresentar após a defesa os resultados do estudo para a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – COGTES/Distrito de Saúde da SER II - ORAL E IMPRESSO PARA COMPOR A BIBLIOTECA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA.

Comunicamos ainda que a COGTES emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 06 de Agosto de 2013

Maria Ivanília Tavares Timbó
Maria Ivanília Tavares Timbó

Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Rua Antonio Augusto, 1571. Meireles. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694 / (85) 3105.1473.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO
TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE



Ilmo. Sr.

.Dr. Walter Wesley de Andrade

Coordenador do Distrito de Saúde / Atenção Básica / Assessora Técnica da Educação Permanente da SER III.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: "TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: COMORBIDADES E SUBTIPOS".

Seguem algumas informações sobre o estudo:

- A pesquisadora responsável Amanda de Ervedosa Mendonça do Curso de Doutorado em Psicologia da Universidade de Santiago de Compostela (USC), está sob orientação das Prof^{as}.dr^{as}. Carmen Senra e prof^{as}.dr^{as}. Estrella Romero.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pela pesquisadora.

- A PESQUISA SÓ PODERÁ SER INICIADA APÓS APRECIÇÃO E APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA, SENDO NECESSÁRIA APRESENTAÇÃO DA CÓPIA DO PARECER AO DISTRITO DE SAÚDE.

- A pesquisa será realizada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de todas as Secretarias Executivas Regionais.

A coleta de dados ocorrerá durante o período de SETEMBRO DE 2013 A SETEMBRO DE 2014

- A pesquisadora deverá apresentar após a defesa os resultados do estudo para a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – COGTES/Distrito de Saúde da SER III - ORAL E IMPRESSO PARA COMPOR A BIBLIOTECA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA.

Comunicamos ainda que a COGTES emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 06 de Agosto de 2013

Maria Ivanília T. Timbó
Maria Ivanília Tavares Timbó

Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Rua Antonio Augusto, 1571. Meireles. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694 / (85) 3105.1473.

Anexo 6



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO
TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE



Ilmo. Sr^a.

Dr^a. Maria do Carmo Moreira

Coordenadora do Distrito de Saúde / Atenção Básica / Assessora Técnica da Educação Permanente da SER VI.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **"TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE: COMORBIDADES E SUBTIPOS"**.

Seguem algumas informações sobre o estudo:

- A pesquisadora responsável **Amanda de Ervedosa Mendonça** do Curso de Doutorado em Psicologia da Universidade de Santiago de Compostela (USC), está sob orientação das Prof^a.dr^a. Carmen Senra e prof^a.dr^a. Estrella Romero.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pela pesquisadora.

- A PESQUISA SÓ PODERÁ SER INICIADA APÓS APRECIÇÃO E APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA, SENDO NECESSÁRIA APRESENTAÇÃO DA CÓPIA DO PARECER AO DISTRITO DE SAÚDE.

- A pesquisa será realizada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de todas as Secretarias Executivas Regionais.

A coleta de dados ocorrerá durante o período de SETEMBRO DE 2013 A SETEMBRO DE 2014

- A pesquisadora deverá apresentar após a defesa os resultados do estudo para a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – COGTES/Distrito de Saúde da SER VI - **ORAL E IMPRESSO PARA COMPOR A BIBLIOTECA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA.**

Comunicamos ainda que a COGTES emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 06 de Agosto de 2013

Maria Ivanília Tavares Timbó
Maria Ivanília Tavares Timbó

Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Rua Antonio Augusto, 1571. Meireles. Fortaleza – Ce. (85) 3131 1694 / (85) 3105.1473.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEAQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Transtorno de Personalidade Borderline: Comorbidades e Subtipos

Pesquisador: Amanda de Ervedosa Mendonça

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23224613.3.0000.5054

Instituição Proponente: Universidade de Santiago de Compostela

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 461.522

Data da Relatoria: 14/11/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto visa contribuir para o conhecimento aprofundado acerca da natureza do Transtorno da Personalidade Borderline (TPB), através do estudo das possíveis subagrupações naturais entre os seus sintomas clínicos. Para tanto, apresenta-se uma proposta de pesquisa de caráter quantitativo e descritivo transversal, uma vez que depende da descrição referente as características clínicas de uma quantidade relativamente grande de casos clínicos com TPB (sugestão de aproximadamente 90 casos) para o reconhecimento de possíveis subtipos deste transtorno, com base nas similitudes ou dissonâncias das características de sintomas destes sujeitos, reconhecidas por seus psicoterapeutas.

Objetivo da Pesquisa:

A) Verificar se existem subagrupações significativas entre os sujeitos diagnosticados com transtorno da personalidade borderline, de acordo com os padrões de afinidades naturais entre as suas características clínicas, discriminadas pelos psicoterapeutas psicólogos. B) Estabelecer as diferenças entre as características de personalidade e de sintomas clínicos observados pelos psicoterapeutas psicólogos entre homens e mulheres com TPB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A fim de impedir que a coleta de dados interfira no processo terapêutico dos pacientes, propomos

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEAQ



Continuação do Parecer: 461.522

que as informações, acerca de cada paciente anônimo, sejam oferecidas pelo psicoterapeuta que o acompanha. Esta medida também permite um catálogo de informações pautado sobre o olhar clínico - enfoque ideal para os objetivos da pesquisa. Além disso, várias medidas deverão ser tomadas visando tornar a participação dos profissionais o mais cômoda possível e garantir a qualidade dos dados obtidos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem escrito e a pesquisa é relevante para o campo da Saúde Mental, principalmente para a Psicologia e Psiquiatria, com possibilidades de geração de benefícios para os sujeitos que apresentam transtorno de personalidade borderline. Os objetivos estão alinhados com a metodologia a ser empregada, não apresentando riscos para os sujeitos com TPB - uma vez que não será realizada a pesquisa diretamente com esses indivíduos - nem para os psicólogos que irão participar da pesquisa. Não apresentando problemas para sua aprovação no que se refere às questões éticas em sua execução.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou ao CEP: folha de rosto assinada; cronograma; carta de encaminhamento do projeto ao CEP; orçamento; termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE; currículo da pesquisadora; autorização dos locais onde será realizada a pesquisa e Cronograma atualizado.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto segue a resolução 466/12, não apresentando pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEAQ



Continuação do Parecer: 461.522

FORTALEZA, 20 de Novembro de 2013

Assinador por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Dr. Fernando A. Frota Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC



Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

Anexo 8

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA (USC)

CENTRO DE PSICOLOGIA CLÍNICA E PSICOBIOLOGIA

Pesquisadora: Amanda de Ervedosa Mendonça / Íris

QUESTIONÁRIO 01

Diferentes aspectos associados ao Transtorno da Personalidade Borderline (TPB): suas inúmeras relações de comorbidades, os questionamentos que ainda subsistem relativos à sua nosologia e taxonomia, bem como as dificuldades para o seu reconhecimento diagnóstico e tratamento, além de outros fatores, como a sua gravidade (grande número das pessoas que recebem este diagnóstico consomem o suicídio) e incidência (estimada em 1,6% da população em geral), indicam a necessidade de seguir aprofundando o conhecimento a respeito da natureza deste transtorno.

Referidos conteúdos motivaram o desenho de um projeto de pesquisa (vinculado a um curso de doutorado) que pretende, através do estudo das subagrupações naturais dos sintomas comuns ao TPB, contribuir para uma compreensão cada vez mais aprofundada das suas características, obter conteúdos que possam servir para a agilidade diagnóstica e favorecer ao ajuste de programas de tratamento eficazes.

Por meio do presente questionário procuramos reconhecer as características de personalidade evidenciadas entre sujeitos com TPB na prática clínica atual.

Para tanto, solicitamos a sua participação, através da solução deste questionário, que deverá ser realizada considerando os aspectos observados em um cliente anônimo, com TPB, que esteja sendo acompanhado em psicoterapia por você ou que haja sido atendido recentemente - em ambos os casos por no mínimo de quatro sessões.

A seguir serão apresentadas questões enumeradas, que relatam diferentes aspectos ligados à personalidade e apresentam duas possibilidades de resposta, "presente" ou "ausente", para serem eleitas por você, segundo os padrões reconhecidos no sujeito anônimo. E, para facilitar-lhe suas respostas, você deverá consultar os registros de atendimento.

As informações obtidas serão mantidas em sigilo e utilizadas unicamente para o estabelecimento do estudo mencionado.

Lembramos que através das suas respostas você estará contribuindo com o nosso trabalho de pesquisa, que pretende alcançar informações que favoreçam a ação em saúde mental destinada aos sujeitos com TPB. Sendo, muito importante a sua contribuição.

A pesquisadora estará à disposição para o esclarecimento de dúvidas que lhe possam surgir durante a resolução deste questionário.

Por favor, responda inicialmente algumas questões gerais a respeito do profissional/respondente e do cliente anônimo.

Informações sobre o Profissional

Nome:

Sexo:

Especialidade Profissional:

Orientação Teórica:

Tempo de Experiência Clínica:

Número de Identificação no Conselho Regional:

Data de Resolução do Questionário:

Referência Utilizada para o Reconhecimento Diagnóstico:

Informações prévias sobre o Cliente

Sexo:

Idade:

Estado Civil: Solteiro () Casado () Separado/Divorciado () Viúvo ()

União Estável ()

Nível de Estudo: Sem Estudo () Alfabetizado () Ensino Fundamental ()

Ensino Médio () Técnico Profissionalizante () Nível Superior Incompleto ()

Nível Superior Completo ()

Renda Própria: Sem Renda () Até 1 S.M () Até 4 S.M () + de 4 S.M ()

Internações Psiquiátricas (No.):

Data da Primeira Internação/ou idade do paciente neste período:

Motivos:

Data do Primeiro Atendimento pelo Profissional:

Centro de Atendimento:

Motivo do Atendimento/Queixa Principal:

Tempo de acompanhamento:

Número Aprox. de Sessões:

Agora, por favor, considerando que este questionário visa reconhecer as características da personalidade do cliente indicado, responda as seguintes questões,

marcando com um X uma das opções abaixo, de acordo com os padrões de comportamento comumente observados.

Lembramos que não existem soluções para este questionário para ser avaliadas como corretas ou incorretas, mas que para o desenvolvimento adequado desta pesquisa é fundamental que as suas respostas possam oferecer o retrato mais aproximado possível dos conteúdos percebidos no cliente anônimo.

- 1- Não tem amigos íntimos ou confidentes, outros que não parentes em primeiro grau.
- Presente () Ausente ()
- 2- Raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva (p. ex. demonstrações frequentes de irritação, raiva constante, lutas corporais recorrentes).
- Presente () Ausente ()
- 3- Tem prazer em poucas atividades, se alguma.
- Presente () Ausente ()
- 4- Um padrão global de déficits sociais e interpessoais, marcado por desconforto agudo e reduzida capacidade para relacionamentos íntimos, além de distorções cognitivas ou perceptivas e comportamento excêntrico, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos. E, que não ocorre exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia, Transtorno do Humor Com Características, outro Transtorno Psicótico ou Transtorno Global do Desenvolvimento.
- Presente () Ausente ()
- 5- Aparência ou comportamento esquisito, peculiar ou excêntrico.
- Presente () Ausente ()
- 6- Percebe ataques a seu caráter ou reputação que não são visíveis pelos outros e reage rapidamente com raiva ou contra-ataque.
- Presente () Ausente ()
- 7- Interpreta significados ocultos, de caráter humilhante ou ameaçador em observações ou acontecimentos benignos.
- Presente () Ausente ()
- 8- Um padrão global de desrespeito e violação dos direitos alheios e que não se dá exclusivamente durante o curso da Esquizofrenia ou Episódio Maníaco.
- Presente () Ausente ()

9- Ideação paranoide transitória e relacionada ao estresse ou graves sintomas dissociativos.

Presente () Ausente ()

10- Desconfiança ou ideação paranoide.

Presente () Ausente ()

11- Um padrão global de distanciamento das relações sociais e uma faixa restrita de expressão emocional em contextos interpessoais, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos. E, que não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, Transtorno de Humor Com características Psicóticas, outro Transtorno Psicótico ou um Transtorno Global do Desenvolvimento, nem é decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.

Presente () Ausente ()

12- Propensão para enganar, indicada por mentir repetidamente, usar nomes falsos ou ludibriar os outros para obter vantagens pessoais ou prazer.

Presente () Ausente ()

13- Guarda rancores persistentes, ou seja, é implacável com insultos, injúrias ou deslizes.

Presente () Ausente ()

14- Irritabilidade e agressividade, indicadas por repetidas lutas corporais ou agressões físicas.

Presente () Ausente ()

15- Preocupa-se com dúvidas infundadas acerca da lealdade ou confiabilidade de amigos ou colegas.

Presente () Ausente ()

16- Irresponsabilidade consistente, indicada por um repetido fracasso em manter um comportamento laboral consistente ou de honrar obrigações financeiras.

Presente () Ausente ()

17- Evidencia transtorno de conduta desde pequeno (antes dos 15 anos de idade).

Presente () Ausente ()

18- Um padrão global de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, da autoimagem e dos afetos e acentuada impulsividade, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos.

Presente () Ausente ()

19- Suspeita, sem fundamento suficiente, de estar sendo explorado, maltratado ou enganado por terceiros.

Presente () Ausente ()

20- Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.

Presente () Ausente ()

21- Manifesta pouco, se algum, interesse em ter experiências sexuais com um parceiro.

Presente () Ausente ()

22- Tem suspeitas recorrentes, sem justificativa, quanto à fidelidade do cônjuge ou parceiro sexual.

Presente () Ausente ()

23- Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e resistente da autoimagem ou do sentimento de *self*.

Presente () Ausente ()

24- Mostra-se indiferente a elogios ou críticas.

Presente () Ausente ()

25- Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (p.ex.. gastos financeiros, sexo, abuso de substâncias, direção imprudente, comer compulsivo). Não considerando o comportamento suicida ou automutilante.

Presente () Ausente ()

26- Um padrão global de desconfiança e suspeita em relação aos outros, de modo que suas intenções são interpretadas como maldosas, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos. E, que não ocorre exclusivamente durante o curso de esquizofrenia, Transtorno do Humor Com Características Psicóticas ou Transtorno Psicótico, nem é decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.

Presente () Ausente ()

27- Demonstra frieza emocional, distanciamento ou embotamento afetivo.

Presente () Ausente ()

28- Afeto inadequado ou constrito.

Presente () Ausente ()

29- Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor (p. ex. episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade geral durando algumas horas e apenas raramente mais de alguns dias).

Presente () Ausente ()

30- Não deseja nem gosta de relacionamentos íntimos, incluindo fazer parte de uma família.

Presente () Ausente ()

31- Impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro.

Presente () Ausente ()

32- Sentimentos crônicos de vazio.

Presente () Ausente ()

33- Ausência de remorso, indicada por indiferença ou racionalização por ter ferido, maltratado ou roubado alguém.

Presente () Ausente ()

34- Desconforto em situações nas quais não é o centro das atenções.

Presente () Ausente ()

35- Um padrão global de excessiva emotividade e busca de atenção, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos.

Presente () Ausente ()

36- A interação com os outros frequentemente se caracteriza por um comportamento inadequado, sexualmente provocante e sedutor.

Presente () Ausente ()

37- Esforços frenéticos no sentido de evitar um abandono real ou imaginário.

Presente () Ausente ()

38- Dificuldade em iniciar projetos ou fazer coisas por conta própria (em vista de uma falta de autoconfiança em seu julgamento ou capacidades, não por falta de motivação ou energia).

Presente () Ausente ()

39- Constante utilização da aparência física para chamar a atenção sobre si próprio.

Presente () Ausente ()

40- Estilo de discurso excessivamente impressionista e carente de detalhes.

Presente () Ausente ()

41- Sugestionabilidade, ou seja, é facilmente influenciado pelos outros ou pelas circunstâncias.

Presente () Ausente ()

42- Um padrão global de grandiosidade (em fantasia ou comportamento), necessidade de admiração e falta de empatia, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos.

Presente () Ausente ()

43- Sentimento grandioso acerca da própria importância (p. ex. exagerada realizações e talentos, espera ser reconhecido como superior sem realizações à altura).

Presente () Ausente ()

44- Preocupação com fantasias de ilimitado sucesso, poder, inteligência, beleza ou amor ideal.

Presente () Ausente ()

45- Crenças de ser “especial” e único e de que somente pode ser compreendido ou deve-se associar-se a outras pessoas (ou instituições) especiais ou de condição elevada.

Presente () Ausente ()

46- Incapacidade de desfazer-se de objetos usados ou inúteis, mesmo quando não tem valor sentimental.

Presente () Ausente ()

47- Exigência de admiração excessiva.

Presente () Ausente ()

48- Presunção, ou seja, possui expectativas irracionais de receber um tratamento especial favorável ou obediência automática às suas expectativas.

Presente () Ausente ()

49- Busca urgentemente um novo relacionamento como fonte de carinho e amparo, quando o relacionamento íntimo é rompido.

Presente () Ausente ()

50- Um padrão global de preocupação com a organização, perfeccionismo e controle mental e interpessoal, à custa de flexibilidade, abertura e eficiência, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos.

Presente () Ausente ()

51- Perfeccionismo que interfere na conclusão de tarefas (p. ex., é incapaz de completar um projeto que não consegue atingir seus próprios padrões demasiados rígidos).

Presente () Ausente ()

52- Mudanças rápidas e superficialidade na expressão das emoções.

Presente () Ausente ()

53- Explorador em relacionamentos interpessoais, isto é, tira vantagem de outros para atingir os seus próprios objetivos.

Presente () Ausente ()

54- Ausência de empatia: reluta em reconhecer ou identificar-se com os sentimentos e necessidades alheias.

Presente () Ausente ()

55- Frequentemente sente inveja de outras pessoas ou acredita ser alvo de inveja alheia.

Presente () Ausente ()

56- Necessidade de que os outros assumam a responsabilidade pelas principais áreas de sua vida.

Presente () Ausente ()

57- Comportamentos e atitudes arrogantes ou insolentes.

Presente () Ausente ()

58- Sente desconforto o desamparo quando só, em razão de temores exagerados de ser incapaz de cuidar de si próprio.

Presente () Ausente ()

59- Evita atividades ocupacionais que envolvam o contato interpessoal significativo por medo de críticas, desaprovação ou rejeição.

Presente () Ausente ()

60- Um padrão global de inibição, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade a avaliação negativa, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos.

Presente () Ausente ()

61- Incapacidade de adequar-se às normas sociais com relação a comportamentos distintos, indicada pela execução repetida de atos que constituem motivo de detenção.

Presente () Ausente ()

62- Reluta a envolver-se, menos que tenha certeza da estima da pessoa.

Presente () Ausente ()

63- Preocupação tão extensa com detalhes, regras, listas, ordem, organização ou horários que o alvo principal da atividade é perdido.

Presente () Ausente ()

64- Preocupação com críticas ou rejeições em situações sociais.

Presente () Ausente ()

65- Dramaticidade, teatralidade e expressão emocional exagerada.

Presente () Ausente ()

66- Inibição em novas situações interpessoais, em virtude de sentimentos de inadequação.

Presente () Ausente ()

67- Vê a si mesmo como socialmente inapto, sem atrativos pessoais ou inferior.

Presente () Ausente ()

68- Extraordinariamente reticente em assumir riscos pessoais ou envolver-se em quaisquer novas atividades, porque estas poderiam provocar vergonha.

Presente () Ausente ()

69- Uma necessidade global e excessiva de ser cuidado, que leva a um comportamento submisso e aderente e a temores de separação, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos.

Presente () Ausente ()

70- Reluta em confiar nos outros por medo infundado de que essas informações possam ser maldosamente usadas contra si.

Presente () Ausente ()

71- Dificuldade em tomar decisões do dia-a-dia sem uma quantidade excessiva de conselhos e reassuramento da parte de outras pessoas.

Presente () Ausente ()

72- Dificuldade em expressar discordância de outros, pelo medo de perder apoio ou aprovação, que não corresponde a temores realistas de retaliação.

Presente () Ausente ()

73- Vai a extremos para obter carinho e apoio, a ponto de oferecer-se para fazer coisas desagradáveis.

Presente () Ausente ()

74- Devotamento excessivo ao trabalho e a produtividade, em detrimento de atividade de prazer e amizade (não explicado por uma óbvia necessidade econômica).

Presente () Ausente ()

75- Preocupação irrealista com temores de ser abandonado à própria sorte.

Presente () Ausente ()

76- Excessiva conscienciosidade, escrúpulos e inflexibilidade em questões de moralidade, ética ou valores (não explicados por identificação cultural religiosa).

Presente () Ausente ()

77- Relutância em delegar tarefas ou trabalhar em conjunto com outras pessoas, a menos que estas se submetam a seu modo exato de fazer as coisas.

Presente () Ausente ()

78- Recorrência do comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.

Presente () Ausente ()

79- Adoção de um estilo miserável quanto a gastos pessoais e com outras pessoas;

Presente () Ausente ()

80- Rigidez e teimosia.

Presente () Ausente ()

81- Quase sempre opta por atividades solitárias.

- Presente () Ausente ()
- 82- Desrespeito irresponsável pela segurança própria ou alheia.
- Presente () Ausente ()
- 83- Mostra-se reservado em relacionamentos íntimos, em razão do medo de passar vergonha ou ser ridicularizado.
- Presente () Ausente ()
- 84- Considera os relacionamentos mais íntimos do que realmente são.
- Presente () Ausente ()
- 85- O dinheiro é visto como algo que deve ser reservado para catástrofes futuras.
- Presente () Ausente ()
- 86- Ideia de referência (excluindo delírios de referência).
- Presente () Ausente ()
- 87- Crenças bizarras ou pensamento mágico que influenciam o comportamento e são inconsistentes com as normas da subcultura do indivíduo (por ex. superstições, crença em clarividência, telepatia ou ‘sexto sentido”, em crianças e adolescentes, fantasia e preocupações bizarras).
- Presente () Ausente ()
- 88- Experiências perceptivas incomuns, incluindo ilusões somáticas.
- Presente () Ausente ()
- 89- Pensamento e discurso bizarro (por ex. Vago, circunstancial, metafórico, superelaborado ou estereotipado).
- Presente () Ausente ()
- 90- Ansiedade social excessiva que não diminui com a familiaridade e tende a estar associada com temores paranoides ao invés de julgamentos negativos acerca de si próprio.
- Presente () Ausente ()
- 91- Não tem amigos íntimos ou confidentes, outros que não parentes em primeiro grau.
- Presente () Ausente ()

Agradecendo sua inestimável colaboração para o progresso científico, pedimos que, por favor, assine no espaço abaixo e informe o seu número de Identificação do conselho regional em medicina ou psicologia, a fim de poder comprovar sua participação.

Núm. Cons.:

Pesq.(a): Amanda de Ervedosa Mendonça

Anexo 9**UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA (USC)
CENTRO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA E PSICOBIOLOGIA**

Pesquisadora: Amanda de Ervedosa Mendonça (Íris)

Orientadoras: Carmen Senra Rivera, Estrella Romero Triñanes

QUESTIONÁRIO 02

Através da aplicação deste questionário, com ajuda de clínicos, objetivamos reconhecer, entre os sintomas associados ao humor, transtornos de ansiedade, entre outros, quais costumam ser manifestos pelos sujeitos diagnosticados com Transtorno da Personalidade Borderline (TPB).

Para solucioná-lo faz-se necessário, primeiramente, que o profissional clínico, no caso você, o sujeito respondente, tenha em mente as características do cliente anteriormente elegido para contribuir com a pesquisa que estamos realizando. Quando considere necessário, você também poderá apoiar as suas respostas nos registros clínicos ou, se possível, em informações obtidas através de novas entrevistas realizadas por você ao cliente durante as sessões de acompanhamento.

A seguir, as questões apresentadas relatam diferentes sintomas e oferecem duas possibilidades de resposta, “presente” ou “ausente”, para serem eleitas segundo as características observadas no cliente anônimo.

Portanto, o que se pretende alcançar através das respostas é uma descrição dos sintomas ligados aos episódios de humor, transtornos de ansiedade, entre outros, percebidos pelo terapeuta no cliente.

As informações obtidas serão conservadas em confidencialidade.

Lembramos que através das suas respostas você estará contribuindo com o nosso trabalho de pesquisa, que pretende alcançar informações que favoreçam a ação em saúde mental, destinada aos sujeitos com TPB. Sendo, muito importante a sua contribuição.

A pesquisadora estará à disposição para o esclarecimento de dúvidas que lhe possam surgir durante a resolução deste questionário.

Por favor, responda as seguintes questões, marcando com um X uma das opções, de acordo com a “presença” ou “ausência” de cada item descrito nos padrões de funcionamento do paciente anônimo.

A.1 EPISÓDIOS DE HUMOR

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

Marque os sintomas abaixo como positivo caso apresentados pelo paciente por o mínimo de duas semanas consecutivas, ao longo da vida:

A1- Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex. sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex., chora muito).

Positivo () Negativo ()

A2- Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros).

Positivo () Negativo ()

A3- Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.

Positivo () Negativo ()

A4- Insônia ou hipersonia quase todos os dias.

Positivo () Negativo ()

A5- Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).

Positivo () Negativo ()

A6- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

Positivo () Negativo ()

A7- Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente).

Positivo () Negativo ()

A8- Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros).

Positivo () Negativo ()

A9- Pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Positivo () Negativo ()

A11- Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Positivo () Negativo ()

A12- Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex. droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex. hipotireoidismo).

Positivo () Negativo ()

A13- Os sintomas não são explicados por Luto, ou seja, após a morte de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

Positivo () Negativo ()

CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO MANÍACO

A16- Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável.

Positivo () Negativo ()

A17- Um período distinto de humor anormal e persistente elevado, expansivo ou irritável, que perdure pelo menos 1 semana (ou qualquer duração, se a hospitalização é necessária).

Positivo () Negativo ()

Marque cada um dos sintomas abaixo como positivo, caso tenham persistido de forma significativa durante o período de perturbação de humor descrito no item A17.

A18- Autoestima inflamada ou grandiosidade.

Positivo () Negativo ()

A19- Necessidade de sono diminuída (por ex. sente-se repousado depois de apenas 3 horas de sono).

Positivo () Negativo ()

A20- Mais falante que o habitual ou pressão por falar.

Positivo () Negativo ()

A21- Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão alterados.

Positivo () Negativo ()

A22- Distratibilidade (isto é, a atenção é desviada com excessiva facilidade para estímulos internos insignificantes ou irrelevantes).

Positivo () Negativo ()

A23- Aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora.

Positivo () Negativo ()

A24- Envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para consequências dolorosas (por ex., envolvimento em surtos incontidos de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros tolos).

Positivo () Negativo ()

A26- A perturbação do humor descrita no item A17 é suficiente severa para causar prejuízo acentuado no funcionamento ocupacional, nas atividades sociais ou relacionamentos costumeiros com outros, ou para exigir a hospitalização, como um meio de evitar danos a si mesmo e a outros, ou existem aspectos psicóticos.

Positivo () Negativo ()

A27- Os sintomas descritos entre os itens A-18 a A-26 não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral.

Positivo () Negativo ()

EPISÓDIO HIPOMANÍACO

A30- Um período distinto de humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável, durando todo o tempo ao longo de pelo menos 4 dias, nitidamente diferente do humor habitual não-deprimido.

Positivo () Negativo ()

A39- O episódio descrito no item A30 está associado com uma inequívoca alteração no funcionamento, que não é característica da pessoa quando assintomática.

Positivo () Negativo ()

A40- perturbação do humor e a alteração no funcionamento expressas no item A30 são observáveis por outros.

Positivo () Negativo ()

A41- O episódio mencionado no item A30 não é suficientemente severo para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou ocupacional, ou para exigir a hospitalização, nem existem aspectos psicóticos.

Positivo () Negativo ()

A42- Os sintomas descritos no item A30 não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral.

Positivo () Negativo ()

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DISTÍMICO

A45- Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros, por pelo menos dois anos.

Positivo () Negativo ()

A46-- Enquanto deprimido, demonstra apetite diminuído ou hiperfagia.

Positivo () Negativo ()

A47- Enquanto deprimido, também apresenta insônia ou hipersonia.

Positivo () Negativo ()

A48- Enquanto deprimido, apresenta baixa energia e fadiga.

Positivo () Negativo ()

A49- Enquanto deprimido, também possui baixo autoestima.

Positivo () Negativo ()

A50- Enquanto deprimido, tem dificuldade de concentração ou dificuldade em tomar decisões.

Positivo () Negativo ()

A51- Enquanto deprimido, mantém sentimentos de desesperança.

Positivo () Negativo ()

A53- Os sintomas marcados como positivos entre as questões A45 a A51 estiveram presentes por mais de 2 anos sem período de remissão superior a 2 meses.

Positivo () Negativo ()

A57- Os sintomas que estiveram presentes entre os itens A45 a A51 não se manifestaram exclusivamente durante o curso de um Transtorno Psicótico crônico, como Esquizofrenia ou Transtorno Delirante.

Positivo () Negativo ()

A58- Os sintomas que estiveram presentes entre os itens A45 a A51 não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral.

Positivo () Negativo ()

A59- Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Positivo () Negativo ()

F. TRANSTORNO DE ANSIEDADE E OUTROS TRANSTORNOS

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DO PÂNICO

F1- O paciente apresenta ataques de pânico recorrentes e inesperados.

Positivo () Negativo ()

F2- Pelo menos um dos ataques foi seguido por um mês (ou mais) de uma (ou mais) das seguintes características:

- (1) preocupação acerca das implicações do ataque ou suas consequências (por ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, “ficar louco”)
- (2) preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais
- (3) uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques

Positivo () Negativo ()

F3- Os sintomas do ataque de pânico desenvolvem-se abruptamente e atingem um pico dentro de 10 minutos.

Positivo () Negativo ()

Considere se os seguintes sintomas apareceram durante o ataque de pânico:

F4- palpitações ou ritmo cardíaco acelerado Positivo () Negativo ()

F5- sudorese Positivo () Negativo ()

F6- tremores ou abalos Positivo () Negativo ()

F7- sensações de falta de ar ou sufocamento Positivo () Negativo ()

F8- sensações de asfixia Positivo () Negativo ()

F9- dor ou desconforto torácico	Positivo ()	Negativo ()
F10- náusea ou desconforto abdominal	Positivo ()	Negativo ()
F11- sensação de tontura	Positivo ()	Negativo ()
F12- desrealização (sensações de irritabilidade) ou despersonalização (estar distanciado de si mesmo)	Positivo ()	Negativo ()
F13- medo de perder o controle ou enlouquecer	Positivo ()	Negativo ()
F14- medo de morrer	Positivo ()	Negativo ()
F15- parestesias (anestesia ou sensações de formigamento)	Positivo ()	Negativo ()
F16- calafrios ou ondas de calor	Positivo ()	Negativo ()
F18- Os sintomas marcados acima como positivos não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).	Positivo ()	Negativo ()
F19- Os Ataques de Pânico não são mais bem explicados por outro transtorno mental, como Fobia Social (por ex., ocorrendo quando da exposição a situações sociais temidas), Fobia Social (por ex., quando da exposição a um a situação fóbica específica), Fobia Específica (por ex., quando da posição a uma situação fóbica específica), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (quando da exposição à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por ex., em resposta a estímulos associados a um estressor severo) ou Transtorno de Ansiedade de Separação (por ex., em resposta a estar afastado do lar ou de parentes queridos).	Positivo ()	Negativo ()
F20- O paciente apresenta agorafobia: ansiedade acerca de estar em locais ou situações de onde possa ser difícil (ou embaraçoso) escapar ou onde o auxílio pode não estar disponível, na eventualidade de ter um Ataque de Pânico inesperado ou predisposto pela situação, ou sintomas tipo pânico. Os temores agorafóbicos tipicamente envolvem agrupamentos característicos de situações, que incluem: estar fora de casa desacompanhado; estar em meio a uma multidão ou permanecer em uma fila; estar em uma ponte; viajar de ônibus, trem ou automóvel.	Positivo ()	Negativo ()

F21- As situações agorafóbicas são evitadas (por ex., viagens são restringidas) ou suportadas com acentuado sofrimento ou com ansiedade acerca de ter um Ataque de Pânico ou sintomas tipo pânico, ou exigem companhia.

Positivo () Negativo ()

F22- A ansiedade ou esquiva agorafóbica não é mais bem explicada por outro transtorno mental, como Fobia Social (por ex., a esquiva se limita a situações sociais pelo medo do embarço), Fobia Específica (por ex., a esquiva se limita a uma única situação, como elevadores), Transtorno Obsessivo-Compulsivo (por ex., esquiva à sujeira, em alguém com uma obsessão de contaminação), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (por ex., esquiva de estímulos associados com um estressor severo) ou Transtorno de Ansiedade de Separação (por ex., esquiva afastar-se do lar ou de parentes).

Positivo () Negativo ()

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO OBCESSIVO COMPULSIVO

Considere se as seguintes expressões de obsessão são manifestadas pelo paciente:

F25- pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento

Positivo () Negativo ()

F26- os pensamentos, impulsos ou imagens não são meras preocupações excessivas com problemas da vida real

Positivo () Negativo ()

F27- a pessoa tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens, ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação

Positivo () Negativo ()

F28- a pessoa reconhece que os pensamentos, impulsos ou imagens obsessivas são produto da sua própria mente (não impostos a partir de fora, como na inserção de pensamento)

Positivo () Negativo ()

Considere se as seguintes características de compulsão são apresentadas pelo paciente:

F30- comportamentos repetitivos (por ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (por ex., orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que a pessoa se sente compelida a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas

Positivo () Negativo ()

F31- os comportamentos ou atos mentais visam a prevenir ou reduzir o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, estes comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realista com o que visam a neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos

Positivo () Negativo ()

F34- Em algum ponto durante o curso do transtorno, o indivíduo reconheceu que as obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais.

Positivo () Negativo ()

F35- As obsessões ou compulsões causam acentuado sofrimento, consomem tempo (tornam mais de 1 hora por dia) ou interferem significativamente na rotina, funcionamento ocupacional (ou acadêmico), atividades ou relacionamentos sociais habituais do indivíduo.

Positivo () Negativo ()

F36- Outro transtorno do Eixo I está presente, não estando o conteúdo das obsessões ou compulsões de forma restrita (por ex., preocupação com alimentos na presença de um Transtorno Alimentar; puxar os cabelos na presença de tricotilomania; preocupação com aparência na presença de Transtorno Dismórfico Corporal; preocupação com drogas na presença de um Transtorno por Uso de Substância; preocupação por ter uma doença grave na presença de Hipocondria; preocupação com anseios ou fantasia sexuais na presença de uma Parafilia; ruminções de culpa na presença de um Transtorno Depressivo Maior).

Positivo () Negativo ()

F37- As perturbações apresentadas entre os critérios F25 a F37 não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral.

Positivo () Negativo ()

CRITÉRIOS PARA TEPT

Havendo exposição a algum evento traumático, considere se os seguintes quesitos estiveram presentes:

F40- o paciente vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça a integridade física, própria ou de outros

Positivo () Negativo ()

F41- a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror

Positivo () Negativo ()

O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:

F42- recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções

Positivo () Negativo ()

F43- sonhos aflitivos e recorrentes com o evento

Positivo () Negativo ()

F44- agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de Flashbacks dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado)

Positivo () Negativo ()

F45- sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático

Positivo () Negativo ()

F46- reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático

Positivo () Negativo ()

Determine, entre os itens F48 a F54, os sintomas manifestos pelo paciente, incluídos em um padrão de esquiva persistente de estímulos associados com um trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma):

F48 esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas ao trauma

Positivo () Negativo ()

F49 esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma

Positivo () Negativo ()

F50 incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma

Positivo () Negativo ()

F51 redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas

Positivo () Negativo ()

F52 sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas

Positivo () Negativo ()

F53 faixa de afeto restrita (por ex., incapacidade de ter sentimentos de carinho)

Positivo () Negativo ()

F54 sentimento de um futuro abreviado (por ex., não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida)

Positivo () Negativo ()

Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:

F56- dificuldade em conciliar ou manter o sono

F57- irritabilidade ou surtos de raiva

F58- dificuldade em concentrar-se

F59- hipervigilância

F60- resposta de sobressalto exagerada

Positivo () Negativo ()

F62- Sintomas sinalizados como positivo entre os critérios F42-F60 estiveram presentes por um período igual ou superior a um mês.

Positivo () Negativo ()

F63- Sintomas sinalizados como positivo entre os critérios F42-F60 apresentaram-se de forma a causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Positivo () Negativo ()

OUTROS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

F65- No caso do Transtorno do Pânico não haver sido diagnosticados, o paciente já manifestou medo de sair de casa sozinho, ficar sozinho no meio de muitas pessoas, ficar

em uma fila ou viajar de ônibus ou em trem, desenvolver sintomas tipo pânico (p.ex., tontura ou diarreia).

Positivo () Negativo ()

F66- Medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais (ou de desempenho), que interfere significativamente na rotina normal da pessoa, no funcionamento ocupacional, nas atividades sociais ou nos relacionamentos (ou há sofrimento acentuado por ter a fobia).

Positivo () Negativo ()

F67- Medo acentuado e persistente que é excessivo ou irracional, e que interfere significativamente na rotina normal da pessoa, no funcionamento ocupacional, nas atividades sociais ou nos relacionamentos (ou há funcionamento acentuado por ter a fobia).

Positivo () Negativo ()

F68- Ansiedade e preocupação excessivas ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos 6 meses, não devido a uma condição médica geral ou substância, causando sofrimento ou prejuízo significativos.

Positivo () Negativo ()

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO

F69- Ansiedade ou esquiva fóbica clinicamente significativa que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno de Ansiedade Específico, Transtorno de Ajustamento Com Ansiedade ou Transtorno de Ajustamento Misto de Ansiedade e Depressão.

Positivo () Negativo ()

F70- Não é devido a efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p.ex., droga de abuso, medicação) ou a uma condição médica geral.

Positivo () Negativo ()

TRANSTORNOS SOMATOFORMES

F72.1- Queixas físicas inexplicadas.

Positivo () Negativo ()

F72.2- Pelo menos oito queixas físicas inexplicadas ocorrendo por um período de vários anos, começando antes dos 30 anos.

Positivo () Negativo ()

F73- Preocupação com temores de ter uma doença grave, que persiste apesar de avaliação e garantias médicas apropriadas.

Positivo () Negativo ()

F74- Preocupação com um defeito imaginado na aparência.

Positivo () Negativo ()

TRANSTORNOS ALIMENTARES

F75- Recusa em manter o peso dentro ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura; por exemplo, perda de peso, levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado, ou fracasso em ter o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado.

Positivo () Negativo ()

F75.1- Medo intenso do ganho de peso ou de se tornar gordo, mesmo com baixo peso.

Positivo () Negativo ()

F75.2- Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais; excessiva influência do peso ou forma corporais na maneira de se autoavaliar; negação da gravidade do baixo peso.

Positivo () Negativo ()

F75.6- No que diz respeito especificamente às mulheres, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, quando é esperado ocorrer o contrário (amenorreia primária ou secundária). Considera-se que uma mulher tem amenorreia se os seus períodos menstruais ocorrem somente após o uso de hormônios; por exemplo, estrógeno administrado.

Positivo () Negativo ()

F76- De forma recorrente, ingestão em pequeno intervalo de tempo (ex., aproximadamente em duas horas) de uma quantidade de comida claramente maior do que a maioria das pessoas comeria no mesmo tempo e nas mesmas circunstâncias.

Positivo () Negativo ()

F76.1- De forma recorrente, sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar (ex., a sensação de não conseguir parar de comer ou controlar o quê e quanto come).

Positivo () Negativo ()

F76.2- Comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir ganho de peso, como vômito autoinduzido, abuso de laxantes, diuréticos ou outras drogas, dieta restrita ou jejum ou, ainda, exercícios vigorosos.

Positivo () Negativo ()

F76.3- Os episódios bulímicos e os comportamentos compensatórios ocorrem, em média, duas vezes por semana, por pelo menos três meses.

Positivo () Negativo ()

F76.4- A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporais, sendo estes fatores, tipicamente os mais importantes na determinação da autoestima.

Positivo () Negativo ()

F76.5- No caso dos itens F82-F85 haverem sido marcados como positivo, estes não são manifestos exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.

Positivo () Negativo ()

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNOS DE AJUSTAMENTO

F77- Desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um estressor (ou múltiplos estressores), ocorrendo dentro de 3 meses após o início do estressor (ou estressores).

Positivo () Negativo ()

F78- Esses sintomas ou comportamentos são clinicamente significativos, como evidenciado por qualquer um dos seguintes quesitos:

- (1) sofrimento acentuado, que excede o que seria esperado da exposição ao estressor
- (2) prejuízo significativo ou funcionamento social ou profissional (acadêmico)

Positivo () Negativo ()

F79- A perturbação relacionada ao estresse não satisfaz os critérios para outro transtorno específico do Eixo I do DSM-IV, nem é meramente uma exacerbação de um transtorno preexistente do Eixo I ou do Eixo II.

Positivo () Negativo ()

F80- Os sintomas não representam Luto.

Positivo () Negativo ()

F81- Cessado o estressor (ou suas consequências), os sintomas não persistem por mais de 6 meses.

Positivo () Negativo ()

CRITÉRIO PARA TRANSTORNO DE ANSIEDADE DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL E PARA TRANSTORNO DE ANSIEDADE INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA

F83- Ansiedade proeminente, ataques de pânico, obsessões ou compulsão predominam no quadro clínico.

Positivo () Negativo ()

F84- Existem evidências, a partir da história, exames físicos ou achados laboratoriais, de que a perturbação é a consequência fisiológica direta de uma condição médica geral e a perturbação não é explicada por outro transtorno mental (por ex., Transtorno de Ajustamento Com Ansiedade, no qual o estressor é uma séria condição médica geral).

Positivo () Negativo ()

F85- A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Positivo () Negativo ()

F88- Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de: (1) os sintomas no Critério A desenvolveram-se durante ou dentro de um mês após a Intoxicação ou Abstinência de Substância; ou (2) o uso de um medicamento está etiologicamente relacionado com a perturbação.

Positivo () Negativo ()

F89- A perturbação não é mais bem explicada por um Transtorno de Ansiedade não induzido por substância. As evidências de que os sintomas são mais bem explicados por um Transtorno de Ansiedade não induzido por substância podem incluir as seguintes:

- (1) os sintomas precedem o início do uso da substância (ou medicamento)
- (2) os sintomas persistem por um período substancial de tempo (por ex., cerca de 1 mês) após a cessação da abstinência aguda ou severa intoxicação
- (3) os sintomas de ansiedade excedem substancialmente os que seriam esperados, tendo em vista o tipo ou a quantidade da substância usada ou a duração de seu uso
- (4) existem outras evidência sugerindo a existência de um Transtorno de Ansiedade independente, não induzido por substância (por ex., uma história de episódios recorrentes não relacionados à substância)

Positivo () Negativo ()

Agradecendo sua inestimável colaboração para o progresso científico, pedimos que, por favor, assine no espaço abaixo e indique o seu número de identificação no conselho regional de medicina ou psicologia, a fim de poder comprovar a sua participação na Universidade de Santiago de Compostela:

Núm. Cons.

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA (USC)
CENTRO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA E PSICOBIOLOGIA

Pesquisadora: Amanda de Ervedosa Mendonça (Íris)

QUESTIONÁRIO 02 / Segunda Parte

Através deste questionário, com ajuda de clínicos, objetivamos reconhecer, entre os sintomas associados ao humor, psicóticos, transtornos pelo uso de álcool e outras substâncias, entre outros, quais costumam ser manifestos pelos sujeitos diagnosticados com Transtorno da Personalidade Borderline (TPB).

Para solucioná-lo faz-se necessário, primeiramente, que o profissional clínico, no caso você, o sujeito respondente, tenha em mente as características do cliente anteriormente indicado. Quando considere necessário, você também poderá apoiar as suas respostas nos registros clínicos ou em informações obtidas através de novas entrevistas realizadas durante as sessões.

A seguir, as questões apresentadas relatam diferentes sintomas e oferecem duas possibilidades de resposta, “presente” ou “ausente”, para serem eleitas segundo as características observadas no cliente.

O anonimato do cliente será preservado e as informações obtidas conservadas em confidencialidade.

Lembramos que através da sua participação você poderá contribuir para a evolução e disseminação do conhecimento acerca da natureza do TPB, para a agilidade diagnóstica e o aperfeiçoamento terapêutico orientados às pessoas com este transtorno, sendo muito importante a sua colaboração para o desenvolvimento deste estudo.

A pesquisadora estará à disposição para o esclarecimento de dúvidas que lhe possam surgir durante a resolução deste questionário.

Por favor, responda as seguintes questões, marcando com um X uma das opções, de acordo com a “presença” ou “ausência” de cada item descrito nos padrões de funcionamento do cliente anônimo.

A.2 EPISÓDIOS DE HUMOR

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DE HUMOR DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL

A65.1- Uma perturbação proeminente e persistente do humor predomina no quadro clínico e tem como característica o humor deprimido ou diminuição acentuada do interesse ou prazer por todas ou quase todas as atividades.

Positivo () Negativo ()

A65.2- Uma perturbação proeminente e persistente do humor predomina no quadro clínico e tem como característica o humor elevado, expansivo ou irritável.

Positivo () Negativo ()

A66.1- Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que qualquer um dos sintomas descritos nos itens A65.1 e A65.2 desenvolveram-se durante ou dentro de um mês após Intoxicação com Substância ou Abstinência de Substância.

Positivo () Negativo ()

A66.2- Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de que o uso de um medicamento está etiológicamente relacionado com a perturbação.

Positivo () Negativo ()

A67- O quadro expresso no item A65.1 ou A65.2 **não é melhor explicado por um Transtorno de Humor não induzido por substâncias**, podendo incluir as seguintes características:

- (1) os sintomas (65.1 ou 65.2) precedem o início do uso da substância ou medicamento.
- (2) os sintomas (65.1 ou 65.2) persistem por um período substancial de tempo (por ex., cerca de 1 mês) após a cessação da abstinência ou intoxicação aguda.
- (3) os sintomas psicóticos excedem substancialmente o que seria esperado, tendo em vista o tipo ou a quantidade da substância usada ou a duração do uso.
- (4) Existem outras evidências sugerindo a existência de um Transtorno de Humor independente, não induzido por substância (por ex., uma história de episódios recorrentes não relacionados a substâncias).

Positivo () Negativo ()

A68- Os sintomas expressos no item A65.1 ou A65.2 causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Positivo () Negativo ()

B- SINTOMAS PSICÓTICOS E ASSOCIADOS

Recordamos que os Delírios se tratam de falsas crenças pessoais baseadas em uma inferência incorreta da realidade externa, sustentadas firmemente, apesar daquilo que a maioria das pessoas acredita, e apesar daquilo que constitui prova ou evidência irrefutável e óbvia do contrário. A crença não é habitualmente aceita por outros membros da cultura ou subcultura da pessoa. Não considere como delírios, crenças irracionais e mantidas, sustentadas com intensidade menor que a delirante (ideias supervalorizadas).

As seguintes questões procuram verificar se os DELÍRIOS aparecem ou já apareceram entre os sintomas clínicos do paciente.

A primeira coluna aponta perguntas (na forma de entrevista aplicada ao cliente) que têm a função facilitar o reconhecimento dos sintomas (diferentes tipos de delírios) expostos na coluna ao lado.

A segunda coluna cita os itens para serem marcados como “positivo” ou “negativo” de acordo com as características do paciente.

<p>B1 Já lhe pareceu que as pessoas estavam falando a seu respeito, ou que o observavam de maneira especial? SE SIM: Você estava convencido de que elas estavam falando a seu respeito, ou você achou que poderia ter sido sua imaginação?</p>	<p>Delírios de referência, isto é, eventos, objetos ou outras pessoas no ambiente do indivíduo, tem um significado particular ou incomum que é claramente injustificado.</p> <p style="text-align: center;">Positivo () Negativo ()</p>
<p>B2 E quanto a existir alguém se esforçando para lhe causar problemas, ou tentando prejudicar você?</p>	<p>Delírios persecutórios, isto é, o indivíduo (ou o seu grupo) está sendo atacado, incomodado, prejudicado, perseguido ou sendo objeto de uma conspiração.</p> <p style="text-align: center;">Positivo () Negativo ()</p>
<p>B3 Você já achou que era especialmente importante de alguma maneira, ou que teria poderes de fazer coisas que as outras pessoas não poderiam fazer?</p>	<p>Delírios de grandiosidade, isto é, o conteúdo envolve poder, conhecimento ou importância exagerados, ou um relacionamento especial com uma divindade ou uma pessoa famosa.</p> <p style="text-align: center;">Positivo () Negativo ()</p>
<p>B4 Você sentiu que algo estava muito errado com a sua saúde física, mesmo após seu médico ter dito que não havia nada de errado... Como ter câncer ou outra doença grave? Você já esteve convencido de que algo estava muito errado com a aparência de uma parte ou de várias partes do seu corpo? (Você já sentiu que algo estranho estava acontecendo com partes do seu corpo?)</p>	<p>Delírio Somático, isto é o conteúdo envolve uma mudança ou um distúrbio na aparência ou funcionamento corporal.</p> <p style="text-align: center;">Positivo () Negativo ()</p>
<p>B5 (você já teve alguma experiência religiosa incomum?) (Você já achou que tinha cometido um crime ou feito alguma coisa terrível pela qual deveria ser punido?) (Você já achou que alguém ou alguma coisa fora de você estava controlando seus pensamentos ou suas ações, contra sua vontade?) (Você já acreditou que alguém poderia ler sua mente?) (Você já achou que certos pensamentos que não eram seus foram colocados em sua cabeça? E quanto a serem tirados da sua cabeça?)</p>	<p>Outros delírios, isto é, religiosos, de ciúmes, de culpa, de controle, irradiação do pensamento, inserção e roubo do pensamento.</p> <p style="text-align: center;">Positivo () Negativo ()</p>

As seguintes questões procuram verificar se as **ALUCINAÇÕES** aparecem ou já apareceram entre os sintomas clínicos do paciente.

A primeira coluna aponta perguntas (na forma de entrevista aplicada ao cliente) que têm a função facilitar o reconhecimento de alguns dos sintomas (diferentes tipos de alucinações) expostos na coluna ao lado.

A segunda coluna cita os itens para serem marcados como “positivo” ou “negativo” de acordo com as características do paciente.

As **ALUCINAÇÕES** são percepções sensoriais que apresentam a sensação de realidade de uma percepção verdadeira, mas que ocorrem sem estimulação externa do órgão sensorial relevante.

B6 Você já escutou coisas que as pessoas não podiam ouvir, como barulhos, ou vozes de pessoas cochichando ou conversando?	Alucinações auditivas quando totalmente acordado e excitadas dentro ou fora da cabeça. Positivo () Negativo ()
B7 Você já teve visões ou viu coisas que as outras pessoas não poderiam ver? (Você estava acordado neste momento?)	Alucinações visuais. Positivo () Negativo ()
B8 E quanto a sensações estranhas no seu corpo ou na sua pele?	Alucinações táteis , por exemplo, eletricidade. Positivo () Negativo ()
B9 E quanto a sentir o cheiro ou o gosto de coisas que outras pessoas não poderiam sentir?	Outras alucinações , por exemplo, gustativa, olfativa. Positivo () Negativo ()
B10	Comportamento catatônico, por exemplo, catalepsia, estupor, agitação catatônica, negativismo, mutismo, rigidez, movimentos estereotipados, ecolalia, ecopraxia. Positivo () Negativo ()
B11	Comportamento grosseiramente desorganizado, por exemplo, aparência marcadamente desmazelada, comportamento sexual grosseiramente inapropriado, agitação imprevisível e imotivada. Positivo () Negativo ()
B12	Afeto grosseiramente inapropriado, por exemplo, sorri enquanto discute ser perseguido. Positivo () Negativo ()
B13	Fala desorganizada, por exemplo, descarrilamento frequente (afrouxamento das associações) ou incoerência. Positivo () Negativo ()
B14	Sintomas negativos, por exemplo, afeto embotado, alogia, avolição. Positivo () Negativo ()

C. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DOS TRANSTORNOS PSICÓTICOS

C1- Sintomas psicóticos ocorrem em outros momentos que não durante Episódios Depressivo Maior, Maníaco e Misto.

Positivo () Negativo ()

C2- Dois ou mais dos seguintes sintomas estiveram presentes durante um período superior ou igual a 1 mês (ou menos, se tratado com sucesso):

- (1) delírios
- (2) alucinações
- (3) discurso desorganizado (por ex., frequente descarrilamento ou incoerência)
- (4) comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico
- (5) sintomas negativos, isto é, embotamento afetivo, alogia ou avolição

Nota: Apenas 1 entre os referidos sintomas é necessário se os delírios são bizarros ou as alucinações consistem de vozes que comentam o comportamento ou os pensamentos da pessoa, ou duas ou mais vozes conversando entre si.

Positivo () Negativo ()

C3- Nenhum Episódio Depressivo Maior, Maníaco ou Misto ocorreu concomitantemente a sintomas da fase ativa (isto é, os sintomas listados em C2) e se os episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua manifestação foi breve com relação à duração dos períodos ativo e residual.

Positivo () Negativo ()

C4- Sinais contínuos da perturbação persistem por mais de 6 meses. Este período de 6 meses deve incluir pelo menos 1 mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que satisfazem a C2 (isto é, sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais (presentes de maneira atenuada, por ex., crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns).

Positivo () Negativo ()

C5- Quando houver uma perturbação com sintomas que tornem positivo o item C2, sinalize considerando a presença de pelo menos uma destas condições:

- (1) por uma porção significativa de tempo desde o início da perturbação, uma ou mais áreas importantes do funcionamento, tais como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, demonstraram-se acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início do transtorno.
- (2) infância ou adolescência marcada por fracasso em atingir o nível esperado de aquisição interpessoal, acadêmica ou ocupacional.

Positivo () Negativo ()

C6- Sinalize como positivo quando a perturbação correspondente ao item C2 não seja decorrente de efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., uma droga de abuso, um medicamento) ou uma condição médica geral.

Positivo () Negativo ()

C8- Sinal como positivo se, atualmente ou mais recentemente, o paciente demonstra:
 (1) preocupação com um ou mais delírios (2) e/ou alucinações auditivas frequentes.

Positivo () Negativo ()

C9- Atualmente ou mais recentemente, o quadro clínico é predominantemente caracterizado por pelo menos dois dos seguintes:

- (1) imobilidade motora evidenciada por cataplexia (incluindo flexibilidade cética ou estupor)
- (2) atividade motora excessiva (aparentemente desprovida de propósito e não influenciada por estímulos externos)
- (3) extremo negativismo (uma resistência aparentemente imotivada a qualquer instrução, ou manutenção de uma postura rígida contra tentativas de mobilização) ou mutismo
- (4) peculiaridades do movimento voluntário evidenciadas por posturas (adoção voluntária de posturas inadequadas ou bizarras, movimentos estereotipados, maneirismos proeminentes ou trejeitos faciais proeminentes)
- (5) ecolalia ou ecopraxia

Positivo () Negativo ()

C10- Atualmente ou mais recentemente todos os seguintes critérios são preenchidos:

- (1) discurso desorganizado
- (2) comportamento desorganizado
- (3) afeto embotado ou inadequado

Positivo () Negativo ()

C12- Atualmente ou mais recentemente ambos os critérios são preenchidos:

- (1) ausência de delírios e alucinações, discurso desorganizado e comportamento amplamente desorganizado ou catatônico proeminente;
- (2) existem evidências contínuas da perturbação, indicados pela presença de sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas relacionados no Critério A para Esquizofrenia, presentes de forma atenuada (por ex., crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns).

Positivo () Negativo ()

CRITÉRIO PARA O TRANSTORNO ESQUIZOFRENIFORME

C13- Um episódio do transtorno (com sintomas correspondente aC2) dura no mínimo 1 mês, porém menos de 6 meses.

Positivo () Negativo ()

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO

C16- Um período ininterrupto de doença durante o qual, em algum momento, existe um Episódio Depressivo Maior (o qual deve incluir o critério A1: humor deprimido), um Episódio Maníaco ou um Episódio Misto, concomitante com sintomas que satisfazem a C2.

Positivo () Negativo ()

C17- Durante o mesmo período de doença, ocorrem delírios ou alucinações por pelo menos 2 semanas, na ausência de sintomas proeminentes do humor.

Positivo () Negativo ()

C18- Os sintomas que satisfazem os critérios para um episódio de humor estão presentes por uma porção substancial da duração total dos períodos ativo e residual da doença.

Positivo () Negativo ()

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DELIRANTE

C21- Delírios não-bizarros (isto é, envolvendo situações q ocorrem na vida real, tais como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distância, traído por cônjuge ou parceiro romântico ou ter uma doença) com duração mínima de 1 mês.

Positivo () Negativo ()

C22- O critério A para Esquizofrenia jamais foi satisfeito.

Positivo () Negativo ()

C23- Exceto pelo impacto dos delírios ou de suas ramificações, o funcionamento não está acentuadamente prejudicado, e o comportamento não é visivelmente esquisito ou bizarro.

Positivo () Negativo ()

C24- Se episódios de humor ocorreram durante os delírios, sua duração total foi breve em relação à duração dos períodos delirantes.

Positivo () Negativo ()

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO PSICÓTICO BREVE

C27- Marque como positivo caso o paciente apresente dois dos seguintes sintomas:

- (1) delírios
- (2) alucinações
- (3) discurso desorganizado (por ex., descarrilamento e/ou incoerência frequentes)
- (4) comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico

Positivo () Negativo ()

C28- Caso do item C27 seja marcado como positivo, esta perturbação durou por no mínimo 1 dia, porém menos de 1 mês, com um eventual retorno completo ao nível de funcionamento pré-mórbido.

Positivo () Negativo ()

C32- Existem evidências, a partir da história, do exame físico ou de achados laboratoriais, de que a perturbação, correspondente ao item C27, é consequência fisiológica direta de uma condição médica geral, e a perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental.

Positivo () Negativo ()

C35- Existem evidências, a partir da história, exame físico ou achados laboratoriais, de (1) ou (2):

(1) os sintomas no critério A desenvolveram-se durante ou dentro de 1 mês após Intoxicação com Substância

(2) o uso de um medicamento está etiologicamente relacionado com a perturbação

Positivo () Negativo ()

C36- A perturbação não é melhor explicada por um Transtorno Psicótico não induzido por substância. As evidências de que os sintomas são melhor explicados por um Transtorno Psicótico não induzido por substância podem incluir as seguintes características:

(1) os sintomas precedem o início do uso da substância (ou do medicamento)

(2) os sintomas persistem por um período substancial de tempo (por ex., cerca de 1 mês) após a cessação da abstinência ou intoxicação aguda

(3) os sintomas psicóticos excedem substancialmente o que seria esperado, tendo em vista o tipo ou a quantidade da substância usada ou a duração do uso

(4) existem outras evidências sugerindo a existência de um Transtorno Psicótico independente, não induzido por substância (por ex., uma história de episódios recorrentes não relacionados a substância)

Positivo () Negativo ()

E. TRANSTORNOS DO USO DO ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

E1- Já houve um período em que bebeu excessivamente OU já teve qualquer evidência de problemas relacionados ao álcool.

Positivo () Negativo ()

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA ABUSO DO ÁLCOOL

Um período mal-adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou a sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:

E2- Uso recorrente de álcool resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola/curso/faculdade ou em casa (p.ex, repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionados ao uso do álcool; ausências, suspensões ou expulsões na escola, relacionadas ao álcool; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos).

Positivo () Negativo ()

E3- Uso recorrente de álcool em situações nas quais isto representa perigo físico (p.ex., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso de álcool).

Positivo () Negativo ()

E4- Problemas legais recorrentes relacionados ao álcool (p.ex., detenções por conduta desordeira relacionada ao álcool).

Positivo () Negativo ()

E5- Uso contínuo de álcool, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos do álcool (p.ex., discussões com o cônjuge em consequência da intoxicação, lutas corporais).

Positivo () Negativo ()

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEPENDÊNCIA AO ÁLCOOL

Um padrão mal-adaptativo de uso de álcool, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

E7- Frequentemente o álcool é consumido em maiores quantidades OU por um período mais longo do que o pretendido.

Positivo () Negativo ()

E8- Desejo persistente ou esforços fracassados em reduzir ou controlar o uso do álcool.

Positivo () Negativo ()

E9- Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obter, utilizar o álcool, ou na recuperação de seus efeitos.

Positivo () Negativo ()

E10- Importantes atividades sociais, ocupacionais e recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do álcool.

Positivo () Negativo ()

E11- Uso do álcool, apesar do reconhecimento de estar tendo problemas físicos ou psicológicos persistentes ou recorrentes que são causados ou exacerbados pelo álcool (p.ex., consumo mantido de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo de álcool).

Positivo () Negativo ()

E12- Marque como positivo caso a tolerância ao álcool possa ser definida por qualquer um dos seguintes itens:

(1) necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado

(2) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de álcool

Positivo () Negativo ()

E13- Abstinência manifestada por pelo menos um entre os itens 1 e 2:

(1) Pelo menos dois dos seguintes sintomas, desenvolvendo-se dentro de várias horas a alguns dias após cessação (ou redução) do uso prolongado de álcool:

- hiperatividade autonômica (por ex., sudorese ou taquicardia)
- tremor grosseiro
- insônia
- náuseas e vômitos
- agitação psicomotora
- ansiedade
- convulsões de grande mal
- alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias

(2) álcool (ou uma substância da classe ansiolítica/hipnótica/sedativa) é consumido para aliviar ou evitar sintomas de abstinência

Positivo () Negativo ()

TRANSTORNO DO USO DE SUBSTÂNCIA NÃO-ÁLCOOL

E17- Indique na lista abaixo a classe de droga de uso mais pesado, realizado pelo paciente, ou que causou maiores problemas. No caso de não haver sido efetivado uso pesado de drogas ou haver problemas relacionados a drogas, por favor, não marque “nenhuma”.

- **Sedativos-Hipnóticos-Ansiolíticos (“depressores”)**: Valium, Diazepam, Frontal, Lorax, Dalmadorm, Dormonid, Lexotan, Olcadil, Sonebom, Librium, Psicosedin, Rohypnol, Gardenal, Hidantal ()
- **Cannabis**: maconha (baseado), marijuana, erva, haxixe, THC ()
- **Estimulantes**: anfetaminas, pílulas de emagrecimento, bolinha ()
- **Opióides**: heroína, morfina, ópio, Metadone, codeína (xarope para tosse), Demerol, Dolantina ()
- **Cocaína**: inalante (pó), EV (na veia), base livre, crack ()
- **Alucinógenos (“psicodélicos”)**: LSD (“ácido”), mescalina, chá de cogumelo, Extasy ()
- **PCP (fenciclidina)** ()
- **Outras**: esteroides, cola, tinta, inalantes/solventes (benzina, gasolina, éter, lança-perfume), óxido nitroso, solventes ()

CRITÉRIOS PARA ABUSO DE SUBSTÂNCIA NÃO-ÁLCOOL

Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

E18- uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (por ex., repetidas ausências e/ou fraco desempenho ocupacional relacionados ao uso de substância; ausências, suspensões ou expulsões na escola relacionadas a substância; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos)

Positivo () Negativo ()

E19- uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico (por ex., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso da substância)

Positivo () Negativo ()

E20- problemas legais recorrentes relacionados à substância (p. ex. detenções por conduta desordeira relacionada à substância)

Positivo () Negativo ()

E21- uso contínuo de substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por ex., discussões com o cônjuge acerca das consequências da intoxicação, lutas corporais)

Positivo () Negativo ()

CRITÉRIOS PARA DEPENDÊNCIA A SUBSTÂNCIA NÃO-ÁLCOOL

Um padrão maladaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

E23- A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades OU por um período mais longo do que o pretendido.

Positivo () Negativo ()

E24- Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de substância.

Positivo () Negativo ()

E25- Muito tempo gasto em atividades necessárias para obter a substância (por ex., procurar vários médicos ou dirigir por grandes distâncias), utilizar a substância, ou na recuperação de seus efeitos.

Positivo () Negativo ()

E26- Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.

Positivo () Negativo ()

E27- O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por ex., uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela). -

Positivo () Negativo ()

E28- Tolerância definida por qualquer dos seguintes aspectos:

- uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado;
- acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.

Positivo () Negativo ()

E29- Abstinência manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

- síndrome de abstinência característica para a substância (veja o quadro abaixo);
- a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.

Positivo () Negativo ()

LISTA DE SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA (DOS CRITÉRIOS DO DSM-IV):

Estão listados abaixo os sintomas característicos de abstinência para aquelas classes de substância para as quais uma síndrome de abstinência pode ser identificada. (Nota: Uma síndrome de abstinência específica não foi identificada para cannabis e alucinógenos). Sintomas de abstinência podem ocorrer, seguindo a cessação de uso prolongado, moderado ou pesado, de uma substância, ou a redução na quantidade usada.

SEDATIVOS, HIPNÓTICOS E ANSIOLÍTICOS: Dois (ou mais) dos seguintes sintomas desenvolvendo-se dentro de algumas horas a alguns dias após cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos): hiperatividade autonômica (por ex., sudorese ou frequência cardíaca acima de 100bpm), tremor nas mãos, insônia, náusea ou vômitos, alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias, agitação psicomotora, ansiedade, convulsões de grande mal.

ESTIMULANTES/COCAÍNA: Humor disfórico e duas (ou mais) das seguintes alterações fisiológicas, desenvolvendo-se de algumas horas a alguns dias após cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de cocaína ou estimulante: fadiga, sonhos vívidos e desagradáveis, insônia ou hipersonia, aumento do apetite, retardo ou agitação psicomotora.

OPIÓIDES: Três (ou mais) dos seguintes sintomas, desenvolvendo-se dentro de alguns minutos a alguns dias após cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de opióides (algumas semanas ou mais) ou administração de um antagonista de opióides após um período de uso de opióides: humor disfórico, náusea ou vômito, dores musculares, lacrimejamento ou rinorréia, dilatação das pupilas, piloereção ou sudorese, diarreia, bocejos, febre, insônia.

Agradecendo sua inestimável colaboração para o progresso científico, pedimos que, por favor, assine no espaço abaixo e indique o seu número de identificação do conselho regional de medicina ou psicologia, a fim de poder comprovar a sua participação junto a Universidade de Santiago de Compostela:

Núm. Cons.:

11

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/12)**

Nome do participante: _____
Documento de identidade: _____ Data de nascimento / /
CPF nº: _____
Endereço: _____ Nº _____ Apto: _____
Bairro: _____ CEP: _____ CIDADE: _____
Telefone(s): _____

EU, acima qualificado, CONCORDO em participar da pesquisa "Transtorno da Personalidade Borderline: Comorbidades e Subtipos", conduzida por Amanda de Ervedosa Mendonça, pesquisadora do Curso de Doutorado em Psicologia Clínica e Psicobiologia da Universidade de Santiago de Compostela.

Ao ser convidado a participar, explicaram-me que os objetivos da pesquisa são: "A) Verificar se existem subagrupações significativas entre os sujeitos diagnosticados com transtorno da personalidade borderline, de acordo com os padrões de afinidades naturais entre as suas características clínicas, discriminadas pelos psicoterapeutas. B) Estabelecer as diferenças entre as características de personalidade e de sintomas clínicos observados pelos psicoterapeutas entre homens e mulheres com TPB."

Também me foi esclarecido que os procedimentos a serem realizados não trarão nenhum dano a quaisquer dos sujeitos envolvidos direta ou indiretamente na pesquisa.

2. Para contribuir com a pesquisa é necessário que eu possa discriminar, através da solução de dois questionários (o segundo dividido em duas partes), as características de sintomas reconhecidas em um/a cliente, com TPB, que esteja sendo acompanhado/a em psicoterapia por mim ou haja sido atendido/a recentemente - em ambos os casos por no mínimo 4 sessões.

O anonimato do/a cliente deverá ser preservado.

Os questionários apresentam itens enumerados com a descrição de sintomas e duas possibilidades de resposta, Presente ou Ausente, para eleger-se segundo o reconhecimento das características citadas no/a cliente anônimo/a.

Estes questionários deverão ser-me entregues em três partes, segundo três períodos, para que eu possa respondê-los com tranquilidade e devolve-los de acordo com datas previamente combinadas com a pesquisadora responsável.

3. Estou ciente de que através desta participação poderei estar contribuindo para o aprofundamento e disseminação do conhecimento sobre a natureza do TPB, para a agilidade diagnóstica e o aperfeiçoamento terapêutico orientados às pessoas com este transtorno.

4. A pesquisadora garantiu-me o sigilo da minha identidade e confidencialidade das informações prestadas através dos questionários - os resultados da pesquisa serão apresentados de acordo com a associação entre um grande número de dados relativos a um amplo grupo de sujeitos anônimos.

5. Sei que minha participação é livre e não implica quaisquer tipos de recebimento de remuneração, auxílio ou subsídio. Também sei que não tenho o dever de pagar por minha livre participação.

6. Estou ciente de que poderei, a qualquer momento, desistir da participação, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a minha pessoa.

7. Terei o direito de me dirigir, a qualquer momento, à pesquisadora responsável e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, para os esclarecimentos sobre dúvidas que surgirem durante a pesquisa, tendo, portanto, o direito à informação.

8. Por fim, receberei uma cópia deste documento com os nomes e telefones de contato da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

Declaro que concordo LIVREMENTE em participar desta pesquisa, pois fui totalmente esclarecido pela pesquisadora e entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação neste estudo.

Assinatura do/a Participante por Extenso

Fortaleza, de de 20....

Nome da Pesquisadora Responsável: Amanda de Ervedosa Mendonça (Íris)

Tel. para contato: (85) 9820 70 65

E-mail: ervedosa@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará: (85) 33 66 83 44.

E-mail: comepe@ufc.br

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Fortaleza, Ceará.

DECLARAÇÃO DA PESQUISADORA

DECLARO, para fins de realização de pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo todas as exigências contidas no Capítulo IV da Resolução 466/12 e que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa acima qualificado para a realização deste estudo.

Fortaleza, de de 20....

Assinatura da Pesquisadora Responsável por Extenso



