

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

**FATORES AMBIENTAIS E VULNERABILIDADE AO TRANSTORNO
DE PERSONALIDADE BORDERLINE: UM ESTUDO CASO-
CONTROLE DE TRAUMAS PSICOLÓGICOS PRECOSES E
VÍNCULOS PARENTAIS PERCEBIDOS EM UMA AMOSTRA
BRASILEIRA DE PACIENTES MULHERES**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Psiquiatria.

Sidnei Samuel Schestatsky
Autor

Paulo Belmonte de Abreu
Orientador

Lúcia Helena Freitas Ceitlin
Co-orientadora

Porto Alegre, 2005

AGRADECIMENTOS

Uma vantagem em se concluir o doutorado mais velho é a longa lista de pessoas amigas que se acumula ao longo dos anos. Se, por um lado, os agradecimentos se arriscam ficarem maiores que a própria tese, também reafirmam a satisfação de se ter tantas pessoas próximas por perto – em número talvez até maior do que o autor esperasse.

Meu primeiro agradecimento vai para Dona Ida, que nos seus 83 anos, ainda frequenta a Universidade da Terceira Idade na UFRGS, vai a concertos na Ospa, assiste a peças no Teatro São Pedro e faz reuniões de discussão de cinema com suas jovens amigas de 75 anos. Ela foi meu principal modelo em desfrutar interesses culturais amplos e diversificados, que tenho desenvolvido, prazerosamente, ao longo da vida e das minhas atividades profissionais.

Depois, quero agradecer a duas pessoas ausentes. Seu Nestor, meu pai, que, rodeado de livros policiais por todos os lados, me contagiou, desde pequeno, com a magia daquelas páginas amareladas e misteriosas, cuja curiosidade impulsionou que eu fosse o leitor quase compulsivo que sou.

Agradeço ao Dr. Roberto Pinto Ribeiro, falecido Professor Titular deste Departamento, e meu analista pessoal por 12 anos. Das várias coisas que lhe sou grato, está a de me ajudar a aliviar meus receios com as incertezas, com o novo e com o desconhecido, e de não me sentir ameaçado pelo crescimento dos mais jovens – mas de encontrar uma satisfação genuína em vê-los crescer, como filhos, pacientes ou alunos.

Meus filhos, Gustavo, Pedro e Ricardo, são provavelmente o que de mais precioso já contribuí para criar. A presença deles me enche diariamente de alegria e disposição para ser uma pessoa melhor e mais capaz de compartilhar os momentos em que estamos juntos. Agradeço-lhes o constante estímulo para seguir crescendo, porque este é o único jeito, afinal, de poder ir acompanhando o permanente crescimento deles.

Esta tese não teria sido possível se não tivesse contado com a cooperação de inúmeros colegas do Departamento e do Serviço de Psiquiatria. Primeiro, por me facilitarem, ao longo dos últimos dois anos, a diminuição de várias atividades

docentes que me deu um tempo indispensável para dedicar à tese. Depois, por terem a paciência e compreensão intermináveis para tolerar meus atrasos até concluí-la.

Tenho um agradecimento especial a fazer aos Drs. Cláudio Eizirik, Paulo Abreu e Lúcia Helena, por acreditarem no meu doutorado e por terem incessantemente me apoiado e estimulado como amigos e colegas e, no caso do Abreu e da Lúcia, como pacienciosos orientadores.

Minha equipe de pesquisa, a Simone, Luciana, Fabiana, Betina, Gabriela, Cristiano, Denise, Renata e Rodrigo, merecem mais que um agradecido abraço. Cada um deles correu atrás de um turbulento grupo de pacientes “borderline”, reconhecidos como dos mais difíceis da clínica psiquiátrica, aplicando inúmeros instrumentos e questionários. Fizeram-no com dedicação, determinação e boa vontade além e acima do esperado – sem eles, a pesquisa não teria deslanchado nem sido concluída. Faço um agradecimento especial à Simone: além da ajuda em decolar o projeto, seguiu ajudando a mantê-lo no ar e a trazê-lo de novo ao chão, na forma da presente tese.

Incluo nestes os agradecimentos outras duas incansáveis e dedicadas colaboradoras, a Lúcia Mandler e a Mara Santos – que são as únicas pessoas que conheço, no HCPA, que sempre encontram solução e respostas para tudo que lhes for pedido. A Mara datilografou, formatou, corrigiu, imprimiu, modificou, me cobrou e até xingou, quando necessário. A Lúcia praticamente administrou a pesquisa, agendou os pacientes, conseguiu-lhes refeições, levou-os ao laboratório, telefonou, telegrafou, guardou as verbas de pesquisa, fez recibos, enfim, deu a estrutura indispensável para um projeto tão complexo.

Finalmente, à Sônia, minha querida e amorosa esposa e companheira. Foi quem me carregou para o Doutorado, que começamos juntos. Foi no esforço e dedicação dela que continuei me motivando para finalizá-lo – já que concluiu o seu bem antes, sendo a primeira Doutora (mulher) em Psiquiatria pela UFRGS. Mas a Soninha tem sido uma companheira carinhosa em todos os momentos, o doutorado sendo apenas mais um dos inúmeros passeios que temos feito juntos, ao longo da vida, e que sem dúvida seguiremos fazendo, sempre animados pelo o que eu às vezes acho ser seu incompreensivelmente constante bom humor.

Mais uma vez, obrigado a todos.

*"Time present and time past
Are both perhaps present in time future,
And time future contained in time past." **

T.S. Elliot, "Burnt Norton" (Four Quartets), 1942.

** O presente e o passado
Talvez estejam presentes no futuro
E o futuro contido no passado.*

T.S. Elliot, "Burnt Norton", (Quatro Quartetos), 1942.

RESUMO

Introdução: O Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) é um transtorno mental grave e complexo, caracterizado por um padrão difuso de instabilidade na regulação das emoções, auto-imagem, controle dos impulsos e dos relacionamentos interpessoais. Estima-se que ocorra entre 1% a 2% da população geral, sendo o mais comum dos transtornos de personalidade em contextos clínicos, afetando cerca de 10% de todos os pacientes psiquiátricos ambulatoriais e 15% a 20% dos internados. Caracteriza-se por grave incapacitação profissional, substancial utilização dos sistemas de saúde mental e uma taxa de mortalidade por suicídio de 10%, cinqüenta vezes maior do que a da população geral. A co-ocorrência do TPB com patologias do Eixo I é comum, como os Transtornos do Humor, Transtornos Ansiosos, Transtornos Alimentares e Abuso de Álcool/Drogas, tornando piores o tratamento, a evolução e o prognóstico destes quadros. No entanto, não há nenhum estudo com estes pacientes – que tenham sido criteriosamente diagnosticados e usados instrumentos padronizados – em populações clínicas ou não-clínicas de língua portuguesa no Brasil ou na América do Sul. **Objetivos:** 1) descrever, do ponto de vista clínico e demográfico, a presença desta patologia no nosso meio, e 2) avaliar a existência ou não de fatores de risco ambientais, na infância e adolescência (situações traumáticas e disfunção parental percebida), que se associem com o diagnóstico de TPB na idade adulta, em pacientes internados e de ambulatório, de três centros de referência nas cidades de Porto Alegre e Novo Hamburgo (RS/Brasil). **Material e Métodos:** Desenvolveu-se, primeiro, um estudo

transversal (N=26), para caracterizar descritivamente a população clínica em estudo. Depois, um estudo caso-controle pareado (N=23), tendo como desfecho o diagnóstico de TPB e como fatores de exposição a ocorrência de eventos traumáticos precoces (abusos emocional, físico, sexual e negligências física e emocional) e a percepção dos vínculos familiares na infância (afeto e controle). Constituiu-se uma amostra de conveniência de 26 casos para o estudo transversal e de 23 pares de casos (pacientes com TPB) e controles (pessoas normais), para o estudo caso-controle. Todos os casos foram, por acaso, do sexo feminino, e idade entre 18 e 60 anos (média 33.6 ± 10.6 anos). Foram diagnosticados tendo pelo menos cinco dos critérios para TPB (DSM-IV) e escore ≥ 8 na Entrevista Diagnóstica para Borderline - Revisada (DIB-R). Sujeitos com inteligência clinicamente abaixo da média, diagnósticos de quadros orgânico-cerebrais agudos ou crônicos e Esquizofrenia ou Transtorno Bipolar I presentes, foram excluídos. Os controles, para serem incluídos, tiveram escores iguais ou abaixo de sete no DIB-R, escores abaixo de sete no Self-Report Questionnaire e nenhum diagnóstico presente na versão brasileira do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A amostra (N=23) foi pareada por sexo, idade (± 1 ano), escolaridade e classe sócio-econômica. Coletaram-se informações clínicas e demográficas com Protocolo padronizado e desenvolvido para o estudo. Dados sobre comorbidade foram colhidos pelo MINI. Evidências sobre abusos (emocionais, físicos e sexuais) e negligências (emocional e física) foram obtidas através da Entrevista sobre Experiências Familiares (FEI) e pelo Questionário de Traumas na Infância (CTQ). As percepções que casos e controles tinham dos seus vínculos maternos e paternos na infância foram obtidas pelo "Parental Bonding Instrument". **Resultados:** O grupo de casos constituiu-se de pacientes

gravemente doentes, com início precoce dos sintomas (16 ± 8.9 anos de idade) e uma média de 4.3 ± 3.4 internações psiquiátricas ao longo da vida. Sintomas mais freqüentes foram instabilidade afetiva (96.1%), sentimentos crônicos de vazio (92.3%), crises de raiva intensas e injustificadas (84.6%), reações desesperadas frente a abandonos (84.6%) e automutilações (84.6%). Apresentaram importante risco de suicídio (84.6%), 76.9% com tentativas prévias e 3.8% (N=1), mesmo em tratamento, cometeu suicídio durante o estudo. Os casos tiveram taxas altas de comorbidade com Transtornos do Humor (76.9%) e Ansiosos (69.2%) e menores com Transtornos Alimentares (30.7%) e Abuso de Álcool/Drogas (23.1%). A média de comorbidades foi de 2.1 ± 0.9 diagnósticos do Eixo I por caso de TPB. Os casos estavam bastante incapacitados funcionalmente: 69.3% desempregados, afastados há 19 ± 20.7 meses do trabalho e 11.3% precocemente aposentados por doença. A incapacitação global dos casos foi significativamente maior que dos controles, quando medida pelo GAF (Global Assessment Function), e similar aos índices mencionados na literatura. Cerca de 80% dos casos estava ou esteve em psicoterapia individual, com freqüência de uma vez por semana (85.7%), durante mais de dois anos (26.3 ± 31.8 meses de duração). Vinte e quatro (92.3%) vinha também em tratamento psicofarmacológico de longa duração. Quanto às situações traumáticas precoces, os casos estiveram significativamente mais expostos a *abusos emocionais*, *abusos físicos*, *abusos sexuais* e *negligência emocional*, antes dos 16 anos de idade. Em relação a *eventos traumáticos em geral*, os pacientes com TPB estiveram mais expostos em todas as faixas etárias: antes dos 12 anos, dos 13 aos 16 anos e após os 17 anos. Nenhum dos casos, nem dos controles, deixou de estar exposto a pelo menos um evento traumático ao longo da vida. Quanto

aos vínculos familiares percebidos, observaram-se, nos casos, diferenças significativas tanto na presença de escores inferiores de afeto materno e superiores de controle paterno, como na predominância de pais e mães do “tipo Três” (*restrição de liberdade + controle sem afeto*) (Parker, 1979). Houve também associação entre a *ocorrência de abusos e negligência na infância com a percepção de pais menos afetivos e mais controladores*. **Conclusões:** 1) a amostra sul-brasileira de pacientes com TPB foi basicamente semelhante às apresentações clínico-demográficas tradicionalmente descritas para o TPB em outras populações clínicas, o que é mais uma contribuição para a validação transcultural desta categoria nosográfica; 2) as evidências de maior exposição, por parte dos pacientes com TPB, a eventos traumáticos na infância e adolescência, especialmente abusos emocionais, físicos e sexuais, confirmam a hipótese, para esta amostra, da associação destas variáveis ambientais como fatores de risco para o aumento de sua vulnerabilidade à psicopatologia *borderline* na idade adulta; e 3) esta maior exposição a eventos traumáticos ocorreu dentro de uma matriz familiar percebida como disfuncional., o que poderia apontar para duas hipóteses: (a) um efeito aditivo da ocorrência de traumas precoces com a disfunção nos vínculos parentais no desenvolvimento da futura psicopatologia, ou (b) a possibilidade de que o *impacto* das situações traumáticas possa ser mediado pela qualidade e intensidade da disfunção familiar, seja aumentando os fatores de vulnerabilidade ou, ao contrário, fortalecendo os fatores de resiliência da criança nas famílias percebidas como menos disfuncionais. Estes achados foram redigidos sob a forma de dois artigos, onde se salientaram as principais contribuições do estudo: 1) a primeira descrição clínica detalhada de uma amostra de língua portuguesa de pacientes com TPB criteriosamente

diagnosticados; 2) a primeira observação da associação de situações traumáticas na infância e adolescência com psicopatologia *borderline* na idade adulta em uma população de pacientes de língua portuguesa; e 3) a primeira constatação, em pacientes com TPB de língua portuguesa, da associação entre situações adversas precoces e a percepção de vínculos parentais disfuncionais.

LISTA DE TABELAS

PORTUGUÊS

Tabela 1 – Características Demográficas dos Casos (Pacientes com TPB) e Controles (Pessoas Normais)*	208
Tabela 2 – Características Clínicas dos Pacientes com Transtorno de Personalidade <i>Borderline</i> *	209
Tabela 3 – Características clínicas das amostras emparelhadas	210
Tabela 4 – Frequência dos Sintomas / Critérios Diagnósticos do Transtorno de Personalidade Borderline pelo DSM-IV*	211
Tabela 5 – Suicidalidade e Mortalidade dos Transtornos de Personalidade <i>Borderline</i> *	212
Tabela 6 – Antecedentes Traumáticos na Infância e Adolescência	213
Tabela 7 – Outros Eventos Traumáticos antes dos 16 anos.....	214
Tabela 8 – Graus de Incapacitação*	215
Tabela 9 – Características dos Tratamentos dos Pacientes com Transtorno de Personalidade <i>Borderline</i> *	216
Tabela 10 – Comorbidade de Patologias do Eixo I (atual e vida). (inteira) com Transtorno de Personalidade <i>Borderline</i> *	217
Tabela 11 – Comorbidade de patologias do Eixo I (agrupadas, atual). e vida inteira) com Transtorno de Personalidade <i>Borderline</i> *	218
Tabela 12 – Itens do DIB-R de Pacientes Sul-Brasileiros (Schestatsky et al., 2005) e norte-americanos (Zanarini et al. 1990)*	219
Tabela 13 – Comorbidades de Eixo I de pacientes femininas com TPB em Boston (Zanarini et al., 1998a) e Porto Alegre (Schestatsky et al. 2005)	220
Tabela 14 – Correlações entre Abusos e Negligências.....	221
Tabela 15 – Prevalências de Abuso Físico e Sexual em Pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline.....	222

LISTAS DAS TABELAS

INGLÊS

Table 1 – Demographic Characteristics of Cases (BPD) and Normal Controls	223
Table 2 – Clinical Characteristics of Borderline Personality Disorder Patients	224
Table 3 - Clinical Characteristics of Paired Samples	225
Table 4 – Frequency of Symptoms / Diagnostic Criteria for Borderline Personality Disorder (DSM-IV)	226
Table 5 – Suicidality and Mortality Rates of Borderline Personality Disorder Patients Sample	227
Table 6 – Traumatic Antecedents in Childhood and Adolescence	228
Table 7 – Other Traumatic Events until 16 years old	229
Table 8 – Functional Disabilities	230
Table 9 – Treatment Characteristics of the Borderline Personality Disorders Patients Sample	231
Table 10 – Axis I Comorbidity (current and lifelong) in Borderline Personality Disorder Patients	232
Table 11 – Axis I Comorbidity (grouped, current and lifelong) in Borderline Personality Disorder Patients	233
Table 12 – DIB-R Items of a Southern-Brazilian and a North-American Borderline Personality Disorder samples	234
Table 13 – Axis I Comorbidity in Borderline Personality Disorder Patients in Boston and Porto Alegre-Novo Hamburgo	235
Table 14 – Abuse and Neglect Correlations	236
Table 15 – Prevalence of Sexual and Physical Abuse in Borderline Personality Disorder Patients	237

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Estado atual das pesquisas sobre a patogênese dos TPB.....	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1 Traumas e TPB.....	22
2.2 TPB versus TEPT	25
2.3 Modelos psicodinâmicos da relação entre traumas precoces e predisposição à futura psicopatologia.....	26
2.4 Modelos psicobiológicos	31
3 OBJETIVO GERAL	33
3.1 Objetivos secundários	33
4 ARTIGOS	34
ARTIGO 1 – INGLÊS: Demographic and clinical characteristics of a south-brazilian female sample of Borderline Personality Disorder patients	35
ARTIGO 1 – PORTUGUÊS: Características demográficas e clínicas de uma amostra brasileira de pacientes mulheres com Transtorno de Personalidade Borderline	87
ARTIGO 2 - INGLÊS: Association between Borderline Personality Disorder diagnosis, perceived parental bonding, and abuse and neglect in childhood: a case-control study in a south-brazilian sample of female patients	145
ARTIGO 2 – PORTUGUÊS: Associação entre diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline, qualidade percebida do vínculo com os pais e abuso e negligência na infância: estudo caso-controle em uma amostra sul-brasileira de pacientes mulheres	172

5 CONCLUSÕES E COMENTÁRIOS FINAIS.....	201
6 LIMITAÇÕES.....	204
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	238
ANEXOS	254
A – PROTOCOLO DE PESQUISA.....	255
B – CONSENTIMENTO INFORMADO – AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE PESQUISA (CASOS E CONTROLES).....	260
C – ESCALA PARA NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO	262
D – SRQ – 20.....	263
E – ENTREVISTA DIAGNÓSTICA PARA BORDERLINES (DIB-R)	264
F – ENTREVISTA EXPERIÊNCIAS FAMILIARES (FEI)	275
G – MINI.....	298
H – ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO FUNCIONAMENTO (GAF)	324
I – QUESTIONÁRIO SOBRE ESTRESSORES AO LONGO DA VIDA	325
J – QUESTIONÁRIO SOBRE TRAUMA NA INFÂNCIA (CTQ)	337
K – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TPB	339
L – PARENTAL BONDING INSTRUMENT (PBI)	340

1 INTRODUÇÃO

Os Transtornos de Personalidade Borderline (TPB) possuem alta morbidade e comorbidades. Embora com prevalência estimada entre 1% a 2% na população (Torgensen et al., 2001), sua presença nos contextos clínicos costuma estar super-representada. Em pelo menos dois estudos (Skodol e Oldham, 1991; Widiger e Frances, 1989) os TPB constituíam cerca de 10% de todos os pacientes psiquiátricos ambulatoriais e 20% dos hospitalizados. Além disto, entre os pacientes diagnosticados como tendo algum transtorno de personalidade, os TPB contribuíam com um terço dos em ambulatório e dois terços dos que foram internados.

A comorbidade dos TPB é também expressiva. Associam-se a Transtornos do Humor (Docherty et al., 1986), de Ansiedade (Grunhaus et al., 1985), Abuso de Substâncias, Transtornos Alimentares (Dulit et al., 1990), Transtornos Dissociativos, Somatoformes, Factícios e de Controle dos Impulsos (Zanarini et al. 1989). Algumas das taxas de suicídio apresentadas por estes pacientes, entre 3% a 9.5% (Brodsky et al. 1997), fazem deles um dos grupos psiquiátricos de mais alta taxa de mortalidade, abaixo apenas da mortalidade de 15% descrita em pacientes com Transtornos do Humor graves.

Entre as comorbidades, dados relativamente recentes enfatizam sua concomitância com o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em cerca de 30% dos casos (Swartz et al., 1990), suscitando questionamentos sobre a relação entre ambos (Herman e van der Kolk, 1987). Com isto, deslocou-se em parte, para este pólo, o eixo das questões sobre a interface entre os TPB e os Transtornos do Humor (Akiskal,

1994; Gunderson e Sabo, 1993; Gunderson e Phillips, 1991). Nesta mesma direção, também se identificou taxas significativas de TPB entre pacientes sobreviventes de abuso sexual na infância (Briere e Zaidi, 1989; Herman, 1986).

A comorbidade entre TPB e TEPT acompanhou-se da observação de uma fenomenologia clínica bastante semelhante entre ambos (alterações na regulação dos afetos, controle dos impulsos, teste de realidade, relações interpessoais e na integração do *self*), chamando a atenção para um presumível papel etiológico dos traumas em ambas as patologias. Uma das hipóteses consideradas é a de que o TPB seja um tipo de TEPT crônico, assimilado e integrado a um desenvolvimento distorcido da personalidade, ao qual Herman propôs chamar de “TEPT complexo” (Herman, 1992). Estudos mais atuais, apoiados em evidências de neuro-imagens, sugerem que se considere uma nova categoria nosológica no próximo DSM-V, à dos Transtornos Associados a Traumas Psíquicos (“trauma-spectrum disorders”), incluindo algumas formas de depressões, pânico, transtornos dissociativos, alimentares e alguns transtornos de personalidade, como o *borderline* e o anti-social (Bremner, 2005).

1.1 Estado atual das pesquisas sobre a patogênese dos TPB

Em 1997, em uma influente revisão sobre a evolução das pesquisas de fatores etiológicos ambientais no TPB, Zanarini identificou três gerações de estudos até então desenvolvidos (Zanarini, 1997). A primeira enfocou questões levantadas pelos estudos psicodinâmicos pioneiros de Masterson (1972), Kernberg (1975) e Adler e Buie (1979), especialmente: 1) a perda dos pais na infância, por separação ou morte; e 2) relações

parentais perturbadas (Frank e Paris, 1981; Grinker et al., 1968; Gunderson et al., 1980; Soloff e Millward, 1983; Walsh, 1977).

Quatro conclusões surgiram destes estudos: 1) separações prolongadas na infância eram comuns e discriminantes para pacientes com TPB; 2) pacientes com TPB percebiam usualmente suas relações com a mãe como conflitivas, distantes ou sem envolvimento afetivo; 3) o fracasso do pai em estar presente, e emocionalmente envolvido, era um aspecto mais discriminante destas famílias que os problemas com a mãe; e 4) relações perturbadas com ambos os pais eram mais específicas para os pacientes com TPB do que com cada um, isoladamente – o chamado “fracasso bi-parental” (Goldberg et al., 1985).

A segunda geração de estudos, no início da década de 1990, refinou limitações metodológicas da geração anterior e incorporou três avanços: 1) diagnósticos através de entrevistas semi-estruturadas; 2) experiências da infância obtidas por instrumentos padronizados; e 3) informações sobre os diagnósticos e experiências adversas da infância coletadas de forma mascarada umas das outras.

Estes estudos centraram-se principalmente nas experiências de abuso físico e sexual na infância e adolescência (Herman et al., 1989; Links et al., 1988; Ogata et al., 1990; Salzman et al., 1993; Shearer et al., 1990; Westen et al., 1990; Zanarini et al., 1989). Foram três os achados mais importantes: 1) tanto o abuso físico quanto o sexual foram relativamente comuns nas histórias da infância de pacientes *borderline*; 2) abusos físicos não foram relatados de forma significativamente maior pelos pacientes *borderline* do que pelos controles; e 3) o abuso sexual apareceu, de forma consistente e significativa, mais descrito por pacientes *borderline* do que por seus controles com depressão, ou com outros transtornos de personalidade.

A terceira geração de estudos começou a aparecer no final da década de 1990, com algumas características conceituais e metodológicas em comum: 1) tendência a avaliar uma gama maior de experiências adversas da infância ao invés de somente o abuso sexual; 2) investigar detalhadamente parâmetros do abuso sexual – tipo, intensidade, frequência, duração, relação com o abusador; e 3) o uso de análises multivariadas na determinação dos achados significativos (Dubo et al., 1997; Jordan et al., 1997; Mitton et al., 1997; Paris & Zweig-Frank, 1997; Salzman et al., 1997; Silk et al., 1997; Zanarini et al., 1997).

Surgiu atualmente uma quarta geração de pesquisas, publicada nos últimos cinco anos e caracterizada por: 1) estudos genéticos (Siever et al, 2000) e neurobiológicos (Skodol et al, 2000) sobre a etiologia dos TPB, e 2) estratégias metodológicas mais robustas, com estudos *prospectivos* de populações de risco (Widom, 1999), amostras da comunidade (Johnson et al., 2001; Silverman et al., 1996) e populações de gêmeos (Bulik et al., 2001).

As conclusões mais críticas e atuais destas pesquisas são: 1) o papel da redução da atividade neuroquímica serotoninérgica central no descontrole dos impulsos agressivos nos pacientes com TPB (Skodol et al., 2000); 2) a função do aumento da responsividade dos sistemas colinérgicos na instabilidade afetiva dos pacientes com TPB (Skodol et al., 2000); 3) evidências mais consistentes da influência genética na *herdabilidade dos traços* subjacentes aos TPB¹ *do que do desenvolvimento do TPB propriamente dito* (Siever et al., 2000); 4) presença de seqüelas permanentes em populações submetidas a abusos na infância e adolescência, com aumento do risco de desenvolvimento de problemas clínicos emocionais e comportamentais na idade adulta (Silverman et al., 1996); 5) importância do *abuso emocional* no desenvolvimento dos TP, independente, embora

¹ Neuroticismo, impulsividade, ansiedade, labilidade afetiva e apego inseguro.

sem excluí-los, dos abusos físicos e sexuais (Johnson et al., 2001); 6) confirmação da relevância do *contexto familiar e das vulnerabilidades individuais* no impacto futuro das vitimizações da infância (Widom, 1999); (e 7) em pares de gêmeos discordantes para abuso sexual, a permanência do abuso sexual, quando grave, como um fator de risco significativo no desenvolvimento de psicopatologia adulta *de forma geral* – mas não específica (Bulik et al., 2001).

Todos os estudos mencionados foram feitos com populações de língua inglesa, não se podendo concluir até que ponto os resultados encontrados podem ser transpostos da cultura anglo-saxã, onde se originaram, para nossa cultura latino-americana. Não só a produção brasileira é extremamente escassa sobre os TPB (Schestatsky, 1999), como também não parece existir, até onde se revisou (280 artigos, nos últimos 10 anos, base de dados LILACS), nenhuma pesquisa sobre a associação entre a exposição a situações adversas na infância com psicopatologia *borderline* na idade adulta, seja em populações hispano-americanas em geral, seja em populações brasileiras em particular, o que mantém em aberto a questão da generalização dos achados internacionais sobre o tema.

Parte do delineamento desta tese, assim como seu objetivo geral, se incluem dentro da terceira geração dos estudos mencionados. É um estudo caso-controle retrospectivo, que investiga, em nosso meio, se uma ampla gama de fatores de exposição ambiental do tipo traumático, ocorridos na infância ou adolescência, contribuiria para aumentar a vulnerabilidade das pessoas a virem a ter, no futuro, um diagnóstico de Transtorno de Personalidade do tipo *Borderline*.

Compreendem-se como *traumáticos* eventos e/ou experiências psicologicamente intensos, capazes de induzir estados mentais de medo, desespero e desamparo nas crianças e adolescentes expostos. Entre eles, estudamos os abusos sexuais, físicos e

emocionais e as negligências físicas e emocionais – além de uma gama de eventos traumáticos eventualmente presentes no cotidiano, como testemunho de violência doméstica, perdas e separações dos pais, adoção e abortos, entre outros.

As definições dos abusos e negligências utilizadas foram as seguintes:

- Abuso sexual: contatos ou interações, entre um adulto e uma criança, sendo ela usada para estimular sexualmente o perpetrador ou outra pessoa que estiver observando. O abuso sexual pode também ocorrer por alguém com menos de 18 anos, desde que este seja significativamente mais velho que a vítima, ou quando o perpetrador se encontrar em uma posição de poder ou controle em relação à criança (US National Center on Child Abuse and Neglect, 1980);
- Abuso físico: punições ou agressões físicas consideradas socialmente inapropriadas na sua intensidade e natureza, causando marcas no corpo da criança – hematomas, lesões com solução de continuidade na pele, queimaduras, fraturas ou quaisquer outras lesões que exijam cuidados médicos – mesmo que estes não tenham sido procurados (Weaver e Clum, 1993);
- Abuso emocional: comportamentos verbais e não-verbais com o objetivo de ferir, humilhar ou controlar a criança, de intensidade e frequência superiores a eventuais explosões de impaciência nos cuidadores (Sansone et al., 1998);
- Negligência física: incapacidade dos cuidadores de prover as necessidades básicas da criança como alimentação, roupas, educação e

cuidados de saúde (US National Center on Child Abuse and Neglect, 1980);

- Negligência emocional: indisponibilidade parental para interagir afetivamente com a criança por ausências prolongadas de casa ou doenças psiquiátricas crônicas e recorrentes dos cuidadores, como depressão, alcoolismo, abuso de drogas ou de sedativos (Draijer e Langeland, 1999);

A hipótese principal deste estudo é a de que os adultos com diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline*, de acordo com os critérios do DSM-IV e do DIB-R, apresentarão uma associação significativamente maior com a presença de situações traumáticas na infância e adolescência do que o grupo controle.

As hipóteses secundárias são:

- Pacientes com diagnóstico de TPB apresentarão um número maior de situações traumáticas no passado, situações mais graves, com maior frequência e maior duração, do que o grupo controle.
- Pacientes com TPB associados com abuso sexual na infância apresentarão sintomas mais graves (tentativas de suicídio, número de internações hospitalares, impulsividade, automutilação, transtornos alimentares, abuso de drogas, sintomas dissociativos e relações interpessoais pobres) do que pacientes com TPB, mas sem abuso.
- Abuso sexual será o trauma infantil mais associado com o diagnóstico de TPB.

- Abusos sexuais na infância serão preditores mais significativos de um diagnóstico de TPB se cometidos por uma pessoa familiar do que por uma pessoa estranha.
- Sujeitos do grupo controle com história de abuso sexual na infância, mesmo sem ter diagnósticos psiquiátricos, apresentarão níveis de adaptação social, familiar e ocupacional inferiores aos controles sem esta história.
- Tanto no grupo de casos, quanto no de controles, a presença de traumas graves na infância, especialmente abusos físico e sexual, estarão mais associados com graus maiores de disfunção familiar, social e profissional.
- Pacientes com TPB apresentarão padrões maiores de disfunção parental percebida que seus controles.

2 REVISÃO DA LITERATURA E QUADRO TEÓRICO

2.1 Traumas e TPB

O TPB tem sido associado à presença de traumas precoces desde o trabalho pioneiro de Stern (1938). “Fatores que encontramos nestes pacientes”, escreveu Stern, “incluem crueldade, negligência e brutalidade *reais*, durante muitos anos, por parte de seus pais”. Ainda que outros clínicos tenham acrescentado também a alta frequência de incesto entre estes pacientes (Stone, 1981), a maior parte dos autores psicanalíticos passou a se preocupar mais com a importância do mundo interno dos pacientes e de suas fantasias inconscientes, relegando a um segundo plano a parte das observações mais centrada na realidade objetiva dos traumas ocorridos (Gunderson e Sabo, 1993).

Antes que Herman e van der Kolk (1987) pusessem em relevo a superposição da fenomenologia entre o TPB e TEPT, Browne e Finkelhor (1986) já haviam relatado que vítimas de abuso sexual desenvolviam sintomas muito parecidos com os do TPB – mais especificamente depressão, abuso de drogas, revitimização e auto-destrutividade. Posteriormente, a associação entre abuso na infância e auto-destrutividade – o mais prototípico dos sintomas *borderline* (Gunderson, 1984) foi confirmada (van der Kolk et al., 1991), assim com uma ligação destes abusos com sintomas dissociativos na idade adulta (Chu e Dill, 1990). Estes trabalhos estabeleceram a base para se começar a investigar como tais experiências traumáticas poderiam contribuir no desenvolvimento do TPB adulto.

A associação entre história de abuso sexual na infância e o diagnóstico de TPB foi demonstrada em pelo menos seis outros estudos casos-controle com populações clínicas de língua inglesa (Links e Monroe-Blum, 1990). Herman e Schatzow (1987) apresentaram evidências de que mais de 80% das histórias de abuso sexuais em mulheres eram válidas e puderam ser corroboradas por outras fontes. Bryer et al. (1984) e Herman et al. (1989), sugeriram que havia uma relação dose-efeito entre a magnitude e duração do abuso infantil e o desenvolvimento de características de um TPB.

Vários estudos que constataram os relatos de abuso físico e sexual pelos pacientes com TPB, situaram o abuso físico perpetrado pelos pais, ou outro adulto cuidador, entre 10% a 71% das amostras estudadas (Herman et al., 1989; Links et al., 1988; Ogata et al., 1990; Salzman et al., 1993; Shearer et al., 1990; Westen et al., 1990; Zanarini et al., 1989a). Uma proporção de 0% a 33% dos pacientes relatou relações incestuosas com um cuidador adulto com quem moravam. A investigação de abusos sexuais por parte de estranhos à família, encontrou taxas de 16% a 71% desta ocorrência entre os pacientes com TPB.

A associação entre abuso sexual e TPB manteve-se quando se controlou o sexo dos pacientes (Herman et al., 1989) e diferenciou o TPB de outros transtornos relacionados, como o TP Anti-social (Zanarini et al., 1989). Ogata e colegas (1990) encontraram que o abuso sexual, mais do que abuso físico ou negligência parental, predizia o diagnóstico de TPB, quando tentou diferenciar pacientes com TPB daqueles com Depressão.

Não é possível, o entanto, afirmar que abusos sexuais determinem uma contribuição única na etiologia dos TPB, ou que não sejam apenas marcadores de outros fatores, como disfunção parental ou perdas e separações precoces dos cuidadores primários

(Links e van Reekum, 1993; Weaver e Clum, 1993). Alguns dos estudos citados também revelaram que, além do abuso sexual, abuso físico, ser testemunha de violência doméstica e experiências de separação precoces, discriminavam sujeitos com TPB de uma variedade de outras populações psiquiátricas de pacientes internados e de ambulatório (Ogata et al., 1990; Westen et al., 1990; Gunderson et al., 1989).

Tudo indica que as formulações etiológicas ambientais para o desenvolvimento dos TPB devam atualmente considerar múltiplos caminhos para um mesmo resultado, ou seja, para a confluência de fatores como vulnerabilidade de temperamento, estressores sociais duradouros, processos psicodinâmicos associados e contextos familiares disfuncionais (Links e Blum, 1990). Há sugestões de que os abusos tendem a ocorrer dentro de climas familiares específicos (Finkelhor e Baron, 1986) e que famílias sexual e fisicamente abusivas apresentam mais conflitos, menos expressão de afetos e menos coesão (Moos e Moos, 1986). Mas mesmo que haja importantes correlatos familiares de abusos precoces na determinação posterior do diagnóstico de TPB – a relação entre abuso e clima familiar, por um lado, e sua contribuição independente para o resultado final (TPB) por outro, não teve sua especificidade claramente determinada (Weaver e Clum, 1993).

2.2 TPB versus TEPT

Uma das linhas de pesquisas atuais tem considerado a hipótese de que uma patologia *borderline* prévia possa contribuir para maior vulnerabilidade ao surgimento do

TEPT, principalmente quando este ocorre frente a estresses de intensidade grave, mas não-catastrófica, como antes exigido pelos critérios diagnósticos do DSM-III-R.

A hipótese de que um comprometimento prévio da personalidade intermediaria a vulnerabilidade para o desencadeamento de quadros de estresse pós-traumático (Bowman, 1999), também se adequaria aos dados epidemiológicos disponíveis de que apesar de 38% da população estar exposta, mesmo a estresses catastróficos, apenas cerca de 9% experimentaram uma reação crônica do tipo TEPT (Breslau et al., 1991). Encontraram-se como fatores de risco para o desenvolvimento do TEPT: a) separações prolongadas na infância, b) história familiar de comportamentos anti-sociais e c) ser do sexo feminino (Breslau et al., 1991). Portanto, a presença ou não de traumas precoces, seja via desenvolvimento de uma patologia *borderline*, seja como antecedentes primários do TEPT, seria de enorme importância na constituição de maior ou menor vulnerabilidade para o enfrentamento de traumas futuros.

Outros sugeriram direção inversa na associação: a de que o TPB fosse conceptualizado como uma “síndrome pós-traumática complexa” (Herman e van der Kolk, 1987). Neste modelo, as experiências traumáticas ou abusivas teriam seu efeito patogênico primário quando o trauma fosse crônico – atuando sobre uma criança desprotegida e isolada – e fazendo com que as respostas pós-traumáticas ao estresse fossem desenvolvimentalmente incorporadas como estruturas de personalidade desadaptadas (Herman, 1986; Herman e van der Kolk, 1987). O TPB representaria então uma adaptação intermediária à experiência traumática, mas mesmo assim desenvolvimentalmente estruturada, ficando a meio caminho entre o TEPT e desadaptações mais graves, como os Transtornos Dissociativos maiores.

Independente da direção da associação entre trauma e estruturas de personalidade, parece haver uma associação constante, embora não-linear nem direta, entre a presença de traumas na infância e maior vulnerabilidade a várias psicopatologias no futuro (Swett, 1990; Bryer, 1987) – não apenas do tipo TEPT ou TPB. Nesta última hipótese, esperar-se-ia encontrar correlatos neurobiológicos de estresses crônicos, como, por exemplo, a ativação persistente e hiper-responsividade dos circuitos hipotalâmico-hipofisários (Raadscher et al., 1994; Coplan et al., 1996; Heit et al., 1997).

2.3 Modelos psicodinâmicos da relação entre traumas precoces e predisposição à futura psicopatologia

Quem primeiro afirmou que experiências traumáticas infantis faziam parte importante e constitutiva da etiologia das doenças mentais foi Freud, com sua primeira Teoria do Trauma Sexual na infância (1896). Embora posteriormente deixasse de considerar a primazia da sedução real como *fator universal* na gênese das neuroses, em favor da sexualidade infantil e das fantasias inconscientes de sedução, Freud nunca deixou de apreciar o componente traumático real como um fator etiológico significativo (Freud, 1897). Em 1902 introduziu o conceito de “*nachträglichkeit*”, traduzido por Strachey como “*ação a posteriori*” (“*deferred action*”), para descrever o mecanismo pelo qual traços mnêmicos de um evento traumático infantil – que não puderam se integrar em um contexto significativo quando ocorreram – eram ressignificados na adolescência, ou idade adulta, adquirindo então toda a intensidade traumática original e ocasionando o surgimento de sintomas de sofrimento psíquico acentuado.

Em 1916 Freud propôs o modelo etiológico das séries complementares, surpreendentemente contemporâneo a alguns modelos atuais, em que a psicopatologia adulta estaria determinada pela interação entre a constituição genética e as vivências das interações ambientais da infância, acionada por um desencadeamento traumático atual. Em “Luto e Melancolia” (Freud, 1917), ao propor o mecanismo da identificação ambivalente com o objeto perdido, sugeriu que *perdas precoces* poderiam se constituir em “pontos de fixação” que tornariam a pessoa vulnerável a desencadear reações depressivas posteriores diante de novas perdas no futuro.

Nemeroff (1999), ao introduzir estudo recente (Agid et al., 1999) sobre perdas parentais precoces como fatores de vulnerabilidade para doenças psiquiátricas “*maiores*” (Depressão Maior, Transtorno Bipolar e Esquizofrenia), expressou que a psicanálise vinha obtendo corroborações significativas de algumas de suas teses básicas, principalmente “*com o aparecimento de relatos científicos atuais apoiando, com dados impressionantes, o papel proeminente de experiências precoces indesejáveis no estabelecimento de futura vulnerabilidade para doenças psiquiátricas*”.

Outro postulado psicanalítico tradicional, considera a interação com a figura materna como sendo o componente ambiental precoce mais importante para a criança. A psicanálise desde sempre insistiu que a forma pela qual o bebê e sua mãe interagem criaria dentro da mente do bebê a primeira representação interna, não apenas da outra pessoa (a mãe), mas da própria interação, isto é, a *representação de um relacionamento*. Estas representações iniciais seriam críticas para o subsequente desenvolvimento da criança. A interação ocorre nos dois sentidos, ou seja, o modo como o bebê interage com a mãe também influencia o comportamento materno para com ele. Um apego seguro com a mãe provavelmente permite desenvolver na criança conforto e segurança consigo

mesma, além de confiança básica nos outros, enquanto que um apego inseguro deixaria a criança muito mais ansiosa e confusa.

Uma das idéias chave da Teoria do Apego (Bowlby, 1969), e dos estudos cognitivos e neurobiológicos do desenvolvimento, é a de que o processamento das representações internas primitivas só pode ser induzido durante certos períodos críticos da vida da criança. Durante estes períodos, o bebê e seu cérebro em desenvolvimento precisam interagir com um ambiente adequadamente responsivo¹, se houver expectativas de que sua personalidade venha a se desenvolver satisfatoriamente (Kandel, 1999).

As primeiras evidências empíricas da importância entre as relações precoces das mães com seus bebês surgiram com os estudos de Anna Freud e D. Burlingham (1944; 1973) sobre os efeitos traumáticos da II Guerra Mundial na desestruturação das famílias. Spitz (1945) acrescentou mais dados confirmatórios, ao constatar a diferença no pior desenvolvimento físico e emocional de um grupo de crianças de um orfanato, quando comparadas com crianças cuidadas por suas mães delinqüentes em uma creche de uma prisão feminina.

Harlow (1958; Harlow et al., 1965) ampliou estes trabalhos, ao elaborar um modelo animal para o desenvolvimento do bebê baseado na observação das consequências da separação precoce (por períodos 6 meses a 1 ano) de macacos recém-nascidos de suas mães. Quando eles retornavam mais tarde à companhia de outros macacos, embora fisicamente saudáveis, mostravam-se emocionalmente devastados. Isolavam-se em um canto das jaulas, embalavam-se como crianças autistas, não interagiam, não lutavam, não brincavam nem mostravam qualquer interesse sexual. Macacos mais velhos,

¹ Este ambiente responsivo que tem sido variadamente denominado, na literatura psicanalítica, de “ambiente medianamente previsível” (Hartmann, 1964), “ambiente suficientemente bom” (Winnicott, 1960) ou de “*reverie* materna” (Bion, 1962).

submetidos a períodos iguais de isolamento, não apresentavam estes sintomas, o que evidenciava que nos macacos, como em humanos, haveria também um período crítico para o desenvolvimento emocional e social.

Os trabalhos de Anna Freud, Spitz e Harlow, encontraram em John Bowlby um aprofundamento e uma extensão decisivos (Bowlby, 1960, 1969, 1973), ao conceptualizar a interação entre bebês e seus cuidadores em termos psicobiológicos. Bowlby formulou a idéia que o bebê indefeso mantém proximidade com a mãe através de um sistema de padrões de respostas emocionais e comportamentais que chamou de sistema de apego (“*attachment system*”). Concebeu-o como um sistema instintivo ou motivacional inato, tal como a fome ou a sede, que organizaria os processos de memórias do bebê e o dirigiria a buscar proximidade e comunicação com a mãe.

Do ponto de vista evolucionário, tal sistema aumentaria as chances de sobrevivência do bebê, ao permitir que seu cérebro imaturo usasse as funções parentais para organizar seus próprios processos vitais. Os mecanismos de apego seriam espelhados por respostas emocionais sensíveis dos pais aos sinais da criança: as respostas parentais serviriam tanto para amplificar e reforçar os estados mentais positivos do bebê, quando para atenuar seus estados negativos, provendo-lhe uma base emocionalmente segura quando estivesse perturbado. Pode-se supor que estas experiências repetidas se tornem codificadas nos sistemas de memória implícita da criança, sob a forma de expectativas sobre o mundo, que auxiliariam o bebê a sentir-se mais confiante no enfrentamento de suas tarefas adaptativas posteriores.

Bowlby chamou de *modelos operativos internos* (“*internal working models*”) à codificação mental das imagens do próprio *self* e das relações do mesmo com figuras parentais significativas. Uma vez internalizados, estes modelos seguiriam operando de

forma inconsciente na mente da criança. Serviriam como uma bússola para orientá-la em futuros comportamentos interpessoais, filtrando e organizando o que fosse percebido, sentido e lembrado, a partir das relações mais precoces marcadas na sua mente.

Na linguagem das relações de objeto, os traumas poderiam afetar estas representações do *self* (vivenciado, por ex., como mau ou desamparado) e dos outros (por ex., sentidos como punitivos ou poderosos), contribuindo para moldar futuras expectativas da criança em relação ao seu mundo, suas relações e objetivos na vida. O tipo de apego de crianças traumatizadas poderia se caracterizar por evitação da proximidade afetiva e por uma vigilância e sensibilidade hiper-alertas (Bowlby, 1984; 1988). Estes conceitos são aspectos básicos do TPB, conforme o DSM-IV, sendo consistentes com uma perspectiva do Eixo II (Gunderson e Sabo, 1993).

Em linguagem neurofisiológica, o modelo do “*kindling*” poderia ser usado para também explicitar este processo (Meyersburg, 1979): traumas infantis deixariam traços duradouros nos sistemas regulatórios neurofisiológicos cerebrais. Estes seriam, subseqüentemente, representados por uma hipersensibilidade a futuros estressores, que evocariam os traumas originais – estressores que de outra forma não necessariamente ultrapassariam os limites para desencadeamento das reações observadas (van der Kolk, 1987; Southwick, 1992). Estes seriam aspectos básicos do TEPT, consistentes com uma perspectiva do Eixo I do DSM-IV.

2.4 Modelos psicobiológicos

Apesar de que anormalidades neurofisiológicas da serotonina tenham sido propostas como o substrato neuroquímico para aspectos temperamentais do TPB, explicando a presença característica de hostilidade e impulsividade nestes quadros (Coccaro et al., 1989), esta anormalidade poderia ser simplesmente a condição de “*carrier*” e resultante dos traumas precoces.

Recentemente, Yehuda (1998) propôs que, no TEPT, as disfunções do eixo hipotálamo-hipofisário-adrenal (HHA) seriam diferentes das encontradas em outras entidades psiquiátricas, como a Depressão Maior, onde o eixo estaria hipoativado. Partindo do ponto de vista que eventos traumáticos podem precipitar outras patologias além do TEPT, como Transtornos do Humor, de Ansiedade, de Abuso de Substâncias, Alimentares, Dissociativos e de Personalidade (Shalev e Yehuda, 1998), a autora sugere que haja reações também diferentes nas respostas neuroendocrinológicas envolvidas. Especificamente, Yehuda relata que a direção da disfunção do eixo HHA do TEPT é diametralmente oposta àquela da Depressão Maior e do estresse agudo ou crônico.

Nestes, classicamente se descrevem níveis aumentados de cortisol circulante, diminuição da concentração e responsividade dos receptores glicocorticóides, sensibilidade diminuída do HHA ao *feedback* negativo e uma progressiva dessensibilização de todo eixo HHA. No TEPT, no entanto, haveria diminuição do cortisol circulante, uma concentração e respostas aumentadas dos receptores glicocorticóides, sensibilidade aumentada do HHA à inibição do *feedback* negativo e uma progressiva sensibilização de todo o eixo HHA – que poderiam ser também “*carriers*” neurofisiológicos importantes para se desenvolver um Transtorno de Personalidade

posterior à exposição aos traumas, ao invés de outras patologias. Estas evidências confirmam, em parte, a hipótese de Kolb (1987), de que mudanças neuronais ocasionadas pelo TEPT levariam a distúrbios neurofisiológicos que, por seu turno, distorceriam a imagem corporal, o conceito de si mesmo e, ultimamente, a personalidade como um todo.

3 OBJETIVO GERAL

Verificar se existe associação entre a exposição, na infância e adolescência (0 – 17 anos), a traumas psicológicos precoces e a presença do diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline* na idade adulta.

3.1 Objetivos secundários

1) Caracterizar, do ponto de vista clínico e demográfico, a existência de pacientes que se conformem ao diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline*, conforme o DSM-IV, em uma população clínica sul-brasileira;

2) Investigar se existe diferença na frequência dos tipos de traumas encontrados nos casos e nos controles;

3) Avaliar as diferenças dos parâmetros de gravidade, duração e identidade do agente do trauma, nos casos e nos controles;

4) Verificar a associação entre traumas precoces e disfunções de adaptação social, familiar e ocupacional na vida adulta dos casos e dos controles;

5) Avaliar a interação entre traumas precoces e as eventuais disfunções no contexto familiar dentro do qual ocorreram, conforme a percepção dos casos e seus controles.

4 ARTIGOS

ARTIGO 1 - INGLÊS

**DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF A
SOUTH-BRAZILIAN FEMALE SAMPLE OF BORDERLINE
PERSONALITY DISORDER PATIENTS**

**DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF A
SOUTH-BRAZILIAN FEMALE SAMPLE OF BORDERLINE
PERSONALITY DISORDER PATIENTS**

**Sidnei S. Schestatsky¹, Lúcia H. F. Ceitlin¹, Simone Hauck²,
Denise Sapper³, Gabriela Favalli⁴, Cristiano Frank⁴, Betina Kruter⁴,
Fabiana Ritter⁴, Rodrigo Grassi-Oliveira⁵, Luciana Terra⁶,
Renata Dotta⁶, Paulo Belmonte de Abreu¹**

¹ Associate Professors, Department of Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), and Staff Members, Service of Psychiatry, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Brazil.

² Psychiatrist, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

³ Psychiatrist, Novo Hamburgo Mental Health Center, RS, Brazil.

⁴ Psychiatric Residents, HCPA;

⁵ Psychiatric Resident, Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas

⁶ Clinical Psychologists

ABSTRACT

Objectives: 1) to assess the demographic and clinical profiles of a sample of South-Brazilian patients with Borderline Personality Disorder (BPD) diagnoses, and 2) verify the presence of risk factors for BPD in their childhood and adolescence. **Subjects and Methods:** We conducted first a transversal study with a sample composed of 26 adult cases (in-patients and outpatients) with BPD diagnoses, recruited from three reference centers in Southern Brazil. Afterwards, a case-control study ensued: cases (n=23) were paired to control subjects, randomly selected from a list of employees of a teaching university hospital (Hospital de Clínicas de Porto Alegre) and from an emergency service hospital (Hospital Pronto Socorro de Porto Alegre), both from the city of Porto Alegre, RS, Brazil.) **Results:** patients were by chance all women, mean age of 33.6 ± 10.6 years old, Caucasian (95.6%), mean of 9.1 ± 3.6 years of education, and from C and D social classes. Except for individual income, cases did not differ from controls regarding formal and informal marital status or family income. Cases had more use of tobacco ($p=0.021$), alcohol ($p=0.008$), and psychoactive substances ($p=0.002$) than controls. Patients' symptoms started early (16 ± 8.9 years) as well as the age in which treatment was sought for (21.7 ± 8 years). Almost all cases (88.5%) had been hospitalized at least once, and the mean number of hospitalizations was 4.3 ± 3.4 . More frequent symptoms were affective instability (96.1%), chronic feelings of emptiness (92.3%), intense and unjustified anger outbursts (84.6%), desperate reactions when facing abandonment (84.6%), and self-mutilation (84.6%). Cases also presented high suicidality (84.6% current suicide risk, 76.9% previous suicide attempts, and 3.8% completed suicides during the study). The mean number of

comorbidities was 2.1 ± 0.9 axis I diagnoses: 76.9% with Major Depressive Disorder, 69.2% with Anxiety Disorders, 30.7% with Eating Disorders, and 23.1% with Abuse/Dependence of Alcohol/Drugs. Significant differences between cases and controls were found in exposure to emotional abuse (82.6% v. 17.4%; $p=0.000$), physical abuse (60.8% v. 21.7%; $p=0.022$), and sexual abuse (52.2% v. 8.7%; $p=0.006$) before 16 years old. The same occurred with the total number of traumatic events cases and controls were exposed to: 11.8 ± 4.5 v. 6.4 ± 3.1 events, respectively ($p=0.000$). Cases presented higher degrees of distress than controls, both assessed by the GAF (52.7 ± 12.8 v. 87.9 ± 13.2 ; $p=0.000$), and by the average monthly individual income (R\$ 253,00 \pm 265,00 v. R\$ 933,00 \pm 699,00; $p=0.000$). Most of patients (84.6%) were or have been under individual psychotherapy, for more than 2 years (26.3 ± 31.8 months). Twenty-four patients (92.3%) were also in long-term psychopharmacological treatment. **Conclusions:** demographic and clinical profiles, psychopathological spectrum, diagnostic criteria, frequency of comorbidity, severity of symptoms, degree of distress, and high pattern of use of medical and psychological treatments in the group of patients studied, is similar to clinical samples of different cultures described in literature. There was also a frequent history of exposure to traumatic risk factors during childhood and adolescence, especially emotional, physical and sexual abuses.

Key words: Portuguese speaking borderline sample, severity, comorbidity, treatment patterns, childhood physical and sexual abuses, neglect.

INTRODUCTION

Since its introduction in psychoanalytical and psychiatric literature the concept of *borderline* has been surrounded by many controversies (Akiskal, 1994; 2004; Akiskal et al., 1985; Gunderson and Elliot, 1985; Gunderson and Phillips, 1991; Magill, 2004; Skodol et al., 2002). Although it has been circulating in the European specialized literature since the end of the 19th century (Stone, 1986), it called the attention of North-American specialists only in the 40s, when Stern provided it with a formal *status* in an article that became a classic (Stern, 1938). Since then, progressively, not only BPD – but also all the field of Personality Disorders (PD) – became a predominantly North-American research and publication area, generating both acknowledgements and criticisms (Akiskal, 1994; Tyrer et al., 1991).

Tyrer, for instance, emphasized that most of the credit by the interest and investigation in this area lied on the shoulders of “few and persistent American colleagues, remarkably Gunderson, Jacobson, and Kernberg, for their studies on the psychodynamics of the borderline and narcissistic personalities”, as well as on another dedicated group of North American researchers, involved in more accurate and reliable definition and description of those disorders, especially Frances, Millon, Spitzer and Waldinger (Tyrer et al., 1991, p 464).

Other authors, instead of a positive contribution for the Personality Disorders area development, felt it as a misunderstood nosological problem. They considered borderline as a construct *en vogue* only in the United States, “deserving little respect in Europe and the rest of the world” (Akiskal, 1994). From

this perspective, BPD diagnoses would be only a confounder for mental health professionals, “between those who deify its unique supposed status”, and those “who prefer to reclassify it in more familiar psychiatric disorder categories, as the affective, anxious, epileptoid, chemical dependence, or sociopathy” (Akiskal, 2004, p. 401).

Among the various consequences of this North American concentration of clinical and research interests, two are especially remarkable. The first refers to the amount of U.S. publications on the subject. The second is the absolute predominance of English speaking patient populations of the studied samples¹.

Beyond individually described cases, it was Grinker who conducted, in Chicago, the first clinical study of a *sample* of 51 borderline patients, in which he identified the “borderline syndrome” (Grinker et al., 1968). One year before, Kernberg (1967) had published in New York the first of a series of psychodynamic studies about the “borderline personality organization”. Since 1975, Gunderson et al. (Gunderson, 1984; Gunderson and Singer, 1975; Zanarini et al., 1990) started their projects trying to delineate better boundaries to descriptive characteristics, diagnosis stability, and the long-term evolution of BPD patients. Those studies, associated to an important study from Spitzer et al. (1979), contributed to the definition of “Borderline Personality Disorder” criteria incorporated in the following editions of the DSM (1980, 1987, 1994, and 2000).

With the introduction of those criteria in the DSM-III (1980), borderline populations studies increased in the United States from only two (in 1975) to ten (in 1980), reaching rapidly more than 100 publications per year since 1982

¹ Although Dahl (1985) mentions early descriptions of patients with BPD in Switzerland, Germany, France, Norway, and Japan, besides the United States, England and Scotland, most samples were of English-speaking patients. Links, in 1988, still pointed to the absence of data from Canadian samples in that area, which began to appear only afterwards.

(Blashfield e Intoccia, 2000). In 1990, there were at least 300 studied clinical samples (Gunderson, 1994), and in 2000 there could be identified 2.182 studies about BPD –overcome only by 3.876 studies about Antisocial Personality Disorder (Skodol et al., 2002). A substantial part of those studies focused particular attention on the relationship of early psychic trauma, especially physical and sexual abuse, on the etiopathogeny of borderline disorders (Herman et al., 1989; Links et al., 1988; Ogata et al., 1990; Paris et al., 1994; Shearer et al., 1990; Westen et al., 1990; Zanarini et al., 1989).

In the early 90s, the World Health Organization and the American Department for Problems with Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health, developed a joint pilot project to evaluate an instrument that measured DSM-III-R and the CID-10 criteria compatibility in the diagnostic of Personality Disorders in several countries around the world (Loranger et al., 1991). Patients (n=716) from 11 countries in United States, Europe, Africa, and Asia were studied¹. The diagnosis of BPD was found in 14.5% (DSM-III-R criteria) and 19.4% (CID-10) in all countries, except for the city of Nairobi, Kenya.

The first detailed study about BPD patients in the East was published by Moriya et al. (1993), who identified 32 female patients in Keyo, Japan, corresponding to the Western definition of borderline. Another study concluded that Japanese BPD patients presented basically identical psychopathology to U.S. patients (Ikuta et al., 1994). Besides the above mentioned countries, communications about the presence of BPD patients were presented from clinical samples from Canada (Links, 1988), New Zealand (Mulder, 1991), Norway

¹ India, Switzerland, Netherlands, England, Luxemburg, Germany, Kenya, New York, Norway, Japan, and Austria.

(Kjelsberg et al., 1991), Bulgaria (Onchev and Ganey, 1996), Egypt (Okasha et al., 1996), Russia (Vetrogradova et al., 1997), Turkey (Senol et al., 1997), France (Chabrol et al., 2001), Sweden (Ekselius et al., 2001), and Australia (Jackson and Burgess, 2004).

Curiously, and to the best of our knowledge, no sample of Portuguese-speaking patients (or Spanish-speaking samples in South America¹) has been object of more thorough investigation about clinical features or risk factors for BPD. A review of Lilacs and Medline databases from 1987 to 1997 (Schestatsky, 1999), found no studies with criteria diagnosed borderline patients, and the use of standardized instruments, in clinical or non-clinical populations from South America. The same results were found when this search was extended to 2004.

In Brazil, a wide epidemiological study about national psychiatric morbidity excluded the entire Personality Disorders category from the investigation (Almeida Filho et al., 1997). Other Brazilian studies which assessed prevalence or morbidity of mental diseases in the community (Andrade et al., 2002; Lima MS et al., 1996), or in clinical populations (Andrade et al. 2004; Almeida et al. 1998; Fleitlich-Bilyk and Goodman, 2004; Lavoisi et al., 2003; Negrão and Cordas, 1996), also made that exclusion. An exception was a study by Rodrigues Torres and Del Porto (1995), about comorbidity of Obsessive-Compulsive Disorder and Personality Disorders, in São Paulo. However, as in Nairobi, no patient with BPD was diagnosed in their sample of 40 patients.

With regard to *risk factors*, Kerr-Corrêa, in a careful review about sexual abuse, physical diseases and mental disorders, concluded that “the issue was

¹ There is a published study with Spanish speaking patients with BPD, but from Spain (Molina-Ramos et al, 2002).

poorly studied in Brazil and Latin America” (Kerr-Correa et al. 2000, p. 265), suggesting that perhaps “it would be impossible to conduct an epidemiological inquiry using questionnaires with such personal questions in Brazil” (Kerr-Correa et al., 2000, p. 268). More recently, however, Grassi-Oliveira and Stein (2004) concluded a study approaching childhood trauma and a model of prediction of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in adulthood, in a sample of 93 patients in Porto Alegre, without referring major difficulties to obtain answers to the their questionnaires.

Considering that BPD patients are among the main users of mental health system – they are the most frequent of personality disorders in clinical settings, being 10% of all psychiatric outpatients and 15% to 20% of inpatients (Skodol and Oldham, 1991) – the absence of BPD studies in Brazil is somewhat amazing. This absence is even more remarkable considering the levels of functional and professional impairment caused by the disorder (Sansone et al., 2003), as well as its mortality rate by suicide¹. It is also known that the significant comorbidity with Axis I pathologies presented by BPD patients make the evolution, treatment, and prognosis of those pathologies much more complicated (Baer et al., 1992; Gartner et al., 1989; Noyes et al., 1990; Shea et al., 1990; Verheul et al., 1998).

The present investigation has the objective of fulfilling such lack of knowledge. Part of this study has been planned as a case-control one, in order to evaluate the exposure to early traumatic situations as risk factors to the occurrence of BPD in adulthood, in a southern Brazilian clinical sample. The other part is a transversal study that tried to describe the clinical and demographic

¹ Around 10%, 50 times higher than the general population (Skodol et al., 2002).

profiles of a sample of south-brazilian BPD patients, who have been diagnosed as presenting a Borderline Personality Disorder.

SUBJECTS AND METHODS

Study Design

We conducted first a transversal study (N=26), and then a paired-sample case-control study (N=23), having the diagnosis of BPD as outcome and the exposure to psychological trauma (emotional, physical, or sexual abuse, and emotional or physical neglect, among others) as risk factors.

The definitions of abuses were the following:

a) emotional abuse: verbal and nonverbal behaviors with the objective of hurting, humiliating, or controlling the child, with intensity and frequency superior to eventual “jokes” (Sansone et al, 1998);

b) physical abuse: physical punishment or aggressions considered socially inappropriate in their intensity and nature, which caused bruises in the body of the child, like hematomas, lesions with continuity solutions in the skin, burns, fractures or any other lesions which demanded medical care (even if this has not been provided at the time) (Weaver and Clum, 1993);

c) Sexual abuse: contacts or interactions between an adult and a child, when the child was used to stimulate sexually the perpetrator or the other person who was watching. Sexual abuse can also be perpetrated by someone under 18 years old, since he/she was significantly older than the victim, or when he/she was in a

position of power or control over the child (US National Center on Child Abuse and Neglect, 1980);

d) emotional neglect: parental unavailability for affective interaction with the children, due to long absences from home, or chronic and recurrent psychiatric disorders as depression, alcohol dependence, drug or sedative abuse (Draijer and Langeland, 1999);

e) Physical neglect: parental unavailability for providing basic needs of the child like food, clothing, education, and health care (US National Center on Child Abuse and Neglect, 1980);

Subjects

We studied a convenience sample of patients with a clinical diagnosis of BDP, aged between 18 to 60 years old, and enrolled in outpatient and /or inpatients treatment programs in two hospitals of Porto Alegre¹, and one Community Health Center in Novo Hamburgo, in the State of Rio Grande do Sul, Brazil, during 2003 and 2004. It was excluded patients with 1) under average clinically estimated intelligence; 2) presence of organic acute or chronic brain disorders; and 3) current diagnosis of Schizophrenia or Bipolar Disorder Type I (BD I).

Thirty clinically diagnosed cases were all female by chance. Two out of the thirty cases were excluded due to current diagnosis of BD I, and two by having only subthreshold BPD diagnosis, remaining a final sample of 26 cases. There were no differences in demographic characteristics among excluded and not excluded cases. This sample was the object of the transversal study.

¹ Hospital de Clínicas de Porto Alegre and Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas de Porto Alegre.

Twenty three cases of that sample were matched with the same number of controls, which were randomly selected from an employees list of two hospitals of the city of Porto Alegre¹. They were paired by gender, age (± 1 year), education, and socioeconomic status. We were left with 23 pairs because in the control group three subjects presented SRQ over 8 (2 with the diagnoses of Major Depression, 1 of Generalized Anxiety Disorder) and we were unable to substitute them.

The final sample was thus composed by 23 pairs of cases and controls – in which we evaluated the association between the outcome (BPD) and the risk factors (adverse factors in childhood and adolescence). The sample with 26 cases was used for the unpaired intra-group calculation regarding the clinical features of the cases. There were no differences in demographic characteristics among excluded and not excluded cases or controls.

Instruments

a) **Protocol** used for demographic data register (age, race, marital status, years of education, job status) and information about history of current and past diseases, presence and quality of the triggering factors, and history and type of previous treatments. The socioeconomic level was defined by the **Escala Para Nível Sócio-Econômico (Scale for Socio-economic Status)**, by the Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (www.anep.org.br).

b) **Revised Diagnostic Interview for Borderlines – (DIB-R)** (Zanarini et al., 1989), Portuguese version (Schestatsky et al., unpublished). DIB-R assesses data in four important areas for the diagnosis of BPD (affect, cognition, impulsive action patterns, and interpersonal relations). Ninety-seven items are assessed regarding the way the patient felt, thought and acted in the last two years, based on

information from the patient, and when possible complemented by data from family and chart reviews.

c) **Self-Report Questionnaire (SRQ-20)** is a questionnaire to identify psychiatric disorders in primary care (Harding et al., 1980), validated in national and international studies (Mari and Williams, 1986). Its sensitivity ranges from 62.9% to 90% and the specificity from 44% to 95%. The SRQ-20 has twenty yes/no questions: 4 about physical symptoms and 16 about “neurotic” symptoms. The cut-off point used for the definition of case was ≥ 8 . Scores equal or lower than 7 were considered “non-case”.

d) **MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)**, translated to Portuguese (Amorin, 2000), is a brief structured interview to classify major psychiatric disorders. Validity and reliability studies comparing MINI and SCID-P (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Diagnoses) and CIDI (Composite International Interview for CID-10) demonstrated that MINI has acceptably high levels in those parameters (kappa between 0.51 and 0.90), sensitivity ≥ 0.70 , specificity and negative predictive values ≥ 0.85 . Compared to the other instruments, it has a shorter length of assessment (mean $18,7 \pm 16$ min., and median 15 minutes) (Sheehan et al., 1998).

e) **Family Experiences Interview – FEI** (Ogata et al., 1990). It is a semi-structured interview that assesses information about traumatic experiences until 16 years old. Besides physical and sexual abuse, and physical neglect, it includes items as loss due to death, parental divorce, or prolonged separation from them,

school problems, frequent residence moving, or long periods of caregivers unemployment, generating yes/no answers.

Each event in FEI is evaluated on its frequency, severity, duration, perceived emotional impact, age it occurred, and who was the perpetrator. The reliability for all the items (weighted kappa) that indicate the occurrence of an event ranges from 0.75 to 1.0. For the factors age, impact, and severity, it was under 0.75, although only 6 out of the 150 items had kappa < 0,70.

f) ***Life Stressor Checklist – Revised (LSC-R)*** (Wolfe and Kimerling, 1997), introduces further questions about events related to the onset of a post traumatic stress disorder, as having “been present, or suffered, a severe automobile crash”, “been exposed to natural disasters, like fire or floods”, “having an abortion”, “been attacked, robbed or assaulted”. It is a 30-item self-report questionnaire for adults, and it takes 15 to 30 minutes to be completed.

g) ***Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*** (Bernstein and Fink, 1998; Bernstein et al., 2003). It is a 28 item self-report retrospective questionnaire to assess abuse and neglect in childhood and adolescence. Twenty-five questions assess emotional abuse (EA), physical abuse (PA), and sexual abuse (SA), as well as emotional neglect (EN), and physical neglect (PN). Other three items constitute a “Minimization/Denial” subscale to control for answers with questionable reliability. Each of the five subscales is composed of five statements that begin with the phrase “while I was growing up...” and are scored on a five-point Lickert scale, between “Never” and “Always” poles. The scale generates continuous scores that range from 5 to 25 points in each of the subscales (EA, PA,

SA, EN, PN), and a total score (25 to 125) that sums the subscales of the different abuses and neglects.

Opposite to the FEI, besides the abuses and neglects the CTQ does not assess any other traumatic events, like, for instance, parental death or severe disease in childhood. On the other hand, it generates continuous scores and adds the measurement of two other constructs that are less precise in FEI: *emotional abuse and emotional neglect*.

The CTQ evidenced good internal consistency coefficients: the subscales of sexual abuse (α 0.93 to 0.95) and emotional neglect (0.82 to 0.92) are the most reliable. Emotional abuse (α 0.84 to 0.89) and physical abuse (0.81 to 0.86) have an acceptable reliability; only physical neglect (0.63 to 0.78) presents a borderline internal consistency (Bernstein et al., 1994; Fink et al., 1995). Studies about the validity of the CTQ also presented consistent results (Bernstein et al., 1997).

The used version has been translated and adapted to the Portuguese language, under the name *Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI)*, which has shown a good reliability – α 0,87 (Grassi-Oliveira et al., 2004; Grassi-Oliveira and Stein, 2004).

Procedures

This investigation and the consent forms were approved by HCPA Ethical Committee (# 41-041).

After explaining the study (including the fact that due to the exploratory nature of sensitive psychological areas, patients were assured of treatment if painful emotions or symptoms emerged), and had they accepted to join it, all subjects signed a written informed consent form.

The subjects were interviewed individually, and the interviewers monitored the completion of all instruments, even the self-reporting ones. Cases had their diagnosis of BPD reviewed by the team of researchers (psychiatrists, senior residents psychiatry, clinical psychologists) according to the DSM-IV criteria. Patients had to fulfill at least 5 of its criteria (see appendix J). Doubts were discussed with the senior researcher (SSS), until a consensus was reached. All subjects were also interviewed using the Portuguese version of the DIB-R, with an adequate reliability (intraclass correlation coefficient = 0.98), and cases were included only when they had scores equal or over eight. In general, the instruments were completed in a single interview that lasted 3 hours.

Controls, after sorted out and paired, were interviewed with the MINI (Sheehan DV et al, 1988), in order to exclude the presence of psychiatric syndromes or disorders, which could serve as a confounding factor with the outcome of BPD. They had to have DIB-R scores under 8 (mean 1.13 [\pm 1.71]) and no one could have a SRQ score over 7 (mean score 2.8 [\pm 2.7]). Presumed healthy subjects then composed the control group.

Statistical analyses

Quantitative variables were described with mean and standard deviation. When asymmetry was observed, the interquartile range and median were obtained. In categorical values, the percentual and absolute frequencies were described. The groups were compared using the Paired Samples T test (symmetric continuous variables) and the Wilcoxon T Test (asymmetric and ordinal small scale variables).

The McNemar test was used to compare dichotomous variables between groups. When making intragroup comparisons of independent categorical variables, Pearson's Chi-Square and the Fisher's Exact Test were used. In the same situation, when the variables were quantitative, the independent samples T test and the Mann-Whitney U test (in asymmetric situations) were used. Logistic regression and multivariate analyses were performed to control and evaluate the influence of singled out individual assessed variables. Significance level established for the tests was $\alpha=0.05$, and all analyses were done using the SPSS for Windows software, version 12.0 (Norusis, 1986).

RESULTS

Demographic characteristics

We found no statistically significant difference between cases and controls regarding age, ethnic group, years of education, and social class. Groups didn't differ in marital status (single, married, divorced), or in number of partners, number of divorces, living alone or not. Although family income of cases and controls didn't show any significant difference, individual income did ($p=0.000$). More detailed data are presented in Table 1.

Clinical Characteristics

Controls, by definition healthy subjects, were not comparable to cases in most clinical parameters, except for the regular use of tobacco, alcohol, and other psychoactive substances. (Table 3).

BPD patients reported early onset of symptoms (16.8 ± 8.9 years) and sought treatment when they were in the average 21.7 ± 8.0 years old. Duration of current symptoms was 145 ± 171 months. First hospital admissions occurred around 24.8 ± 8 years old, and re-occurred with a high frequency: 88.5% of the patients had at least one hospitalization, the mean being 4.3 ± 3.4 hospitalizations (Table 2).

Twenty patients (76.9%) reported triggering factors for their first outbreak of symptoms, which were felt as severe (85%) and chronic (95%), including sexual abuse, intrafamilial violence, parental divorce, or early pregnancy. Eighteen patients (76.9%) also mentioned triggering factors for the current crisis, 70.8% being chronic (family conflicts), but of moderate severity (75%), like getting fired, long length of unemployment, or separation from partner.

We found statistically significant differences in the smoking habit of the cases and controls ($p=0.021$), and in alcohol ($p=0.008$) and psychoactive drugs ($p=0.002$) use.

Psychopathology

Among the nine DSM-IV criteria for the diagnosis of BPD (minimum of 5), cases fulfilled an average of 6.8 ± 1.2 . Of the 10 points in DIB-R (cut-off point=8) for the diagnosis of BPD, cases scored 9 ± 0.8 . The most frequently observed symptoms were emotional instability ($n=25$; 96.1%), chronic feelings of emptiness ($n=24$; 92.3%), frantic efforts to avoid real or imagined abandonment ($n=22$; 84.6%), intense and unjustified anger outbursts ($n=22$; 84.6%), self-harm ($n=22$; 84.6%), suicidal behavior ($n=18$; 69.2%), compulsion to repeat self-destructive behaviours ($n=18$; 69.2%), transient stress related dissociative symptoms ($n=18$;

65.4%), identity disturbance (n=15; 57.7%), unstable and intense interpersonal relationships (n=14; 53.8%), transient stress related psychotic episodes (n=14; 53.8%), labile affect (n=14; 53.8%), and depressive or dysphoric mood (n=14; 53.8%). The complete list of symptoms is presented in Table 4.

All 26 patients (100%) presented at least one symptom of impulse dysregulation, affect dysregulation, and disturbance of interpersonal relationships, and 65.4% (17) had at least one transient psychotic symptom (Table 4).

Seven cases (26.9%) had attempted suicide recently and 20 (76.9%) presented history of past suicide attempts. Current suicide risk was the main reason of hospitalization in 22 (84.6%) cases. Twenty-two patients (84.6%) had also self-harm history. One patient (3.8%) committed suicide¹, during the two-year length of this study, and another one died because of her refusal of treatment for a diagnosed breast cancer – which evolved rapidly without treatment. The mortality in the sample, in two years, was 7.6% (2/26) (Table 5).

Childhood abuse, neglect, and other traumatic events

The occurrence of traumatic events was assessed through questions that resulted in dichotomous answers (yes/no) and through a self-report questionnaire – CTQ – where the variables were measured in continuous mode. Statistically significant differences between cases and controls were found in both: 52.2% of the cases (n=12) reported sexual abuse before 16 years, against only 8.7% (n=2) of controls (p=0.003). 73.9% (n=17) of the cases had experienced physical abuse before 16 years old compared to 20.8% (n=5) of controls (p=0.013). Measured

¹ While in day-hospital treatment, the patient jumped off a bridge, suffering, besides the violent fall, multiple running over.

continuously, the differences persisted: $p=0.001$ for sexual abuse and $p=0.005$ for physical abuse (Paired Sample T Test).¹

Abuses and neglects presented significant correlation. Emotional abuse, for example, was correlated to all others, like physical abuse (Spearman's rho coefficient= 0.710)², sexual abuse (rho= 0.420)³, emotional neglect (rho= 0.449)³, and physical neglect (rho= 0.419)². Correlations can be seen in Table 14.

Comparing cases and controls regarding lifelong exposure to general traumatic events (parental divorce, death of a close person, orphanage stay, severe accidents, viewing someone die, abortion, arrested parent – see complete list of events in the Table 7), significant differences have been found in all age groups. Patients with BPD were more exposed before 12 years old (3.4 ± 2.9 v. 1.8 ± 2.2) ($p=0.052$)⁴, from 13 to 16 years old (3.2 ± 1.7 v. 1 ± 1.5) ($p=0.000$), and after 16 years old (5.2 ± 3.0 v. 3.8 ± 2.4) ($p=0.032$). Total number of traumatic events was also different (11.8 ± 4.5 v. 6.4 ± 3.1) ($p=0.000$). No case or control was free of exposure to at least one traumatic lifelong event (Table 6).

Disability level

In the group of patients only 30.7% (8/26) were employed, and 11.5% (3/26) were precociously retired. Among the unemployed, inactivity mean time was 19 ± 20.7 months. Level of social, familiar and professional adaptation, assessed with GAF, was very high: 52.7 ± 12.8 . (Table 8).

¹ More detailed data about these and other traumatic events will be presented in other communication.

² Significant for $p = 0.01$ (two-sided).

³ Significant for $p = 0.05$ (two-sided).

⁴ Despite the borderline significance, as a function of the reduced sample size this value can be considered significant.

Level of social, familiar and professional adaptation, assessed with GAF, presented, as expected¹, significant difference between cases and controls: 52.7 ± 12.8 v. 87.9 ± 13.2 ($p= 0.000$). (Table 8).

Treatments Status

Twenty-two patients (84.6%) were, or had been, in psychotherapeutic programs (predominantly supportive individual psychotherapies), with an average length of 26.3 ± 31.8 months, and in weekly sessions ($n= 19$; 85.7%). Ten patients (46.2%) abandoned at least once their psychotherapies, before returning with other therapists (average number of psychotherapies per patient was 2.3 ± 1.4). Associated with psychological interventions, drugs were also prescribed to 24 patients (92.3%): 20 (84.6%) with antidepressants, 18 (76.9%) with mood stabilizers, 14 (57.7%) with antipsychotics and 12 (50%) with benzodiazepines. (Table 9).

Comorbidity

Twenty patients (76.9%) presented a current diagnosis of Major Depression, and eight (30.8%) of Dysthymia. Eight patients (34.6%) had diagnosis of Past Hypomanic Episode, and one (3.8%) of Past Manic Episode.

Anxiety Disorders were diagnosed in eighteen cases (69.2%), with the following distribution: ten (38.5%) with Generalized Anxiety Disorder, eight (32%) Panic Disorder, eight (30.6%) Post-Traumatic Stress Disorder, seven (26.9%) Agoraphobia, six (23.1%) Social Phobia, and six (23.1%) Obsessive-Compulsive Disorder. Lifelong diagnosis of Eating Disorders occurred in eight patients

¹ As far as professional activities are concerned the comparison would be meaningless: by definition, all controls were actively working in the hospitals from where they were randomly selected.

(30.7%), divided in three cases (11.5%) of Anorexia Nervosa e five (19.2%) of Bulimia. Six cases (23.1%) presented current diagnosis of Abuse/Dependence of Alcohol/Drugs. No Antisocial Personality Disorder was diagnosed among cases (Tables 10 and 11).

DISCUSSION

The sample of South Brazilian patients presented remarkable similarities with borderline patients from most of the previously published studies with other clinical populations (Akhtar et al., 1986). This included demographic characteristics as women predominance (100% of the cases in our sample) – DSM-IV-TR (APA, 2000) also states that BPD is diagnosed mostly (75%) in women¹, taking in account a meta-analysis of 75 studies done by Widiger & Trull (1993), and 23 studies summarized by Akhtar et al. (1986). Predominance of Caucasian race (Akhtar et al., 1986; Gunderson et al., 1975; Oldham et al., 1995; Swartz et al., 1990; Weaver e Clum, 1993; Zanarini et al., 1997), under-average education, and high prevalence in lower social classes were frequent findings (Samuels et al., 2002; Torgersen et al., 2001) also found in our study.

Our sample had an earlier age of onset of their depressive, anxious, and behavioral symptoms (16.8 ± 8.9 years)², which replicated literature data – Dahl (1985), after reviewing several studies, has concluded that the age of BPD onset

¹ Despite the repeated clinical observations, also replicated in ours, epidemiological studies in community samples did not confirm gender differences in BPD presentation. The cause of this difference between clinical and community samples are unclear. The only Personality Disorder that appeared consistently related to gender was the Antisocial, predominant in men, and the Histrionic in women (Torgensen, 2005).

² Major Depressive Disorder, without co-occurrence with BPD, begins between 30-40 years (Blazer, 2000).

was between 18 and 20 years old, which was also reported by Links et al. (1988) and Zanarini et al. (2001).

Comparing the age of onset of depressed patients with BPD (16.3 ± 6.1 years)¹, depressed patients with other Personality Disorders (21.1 ± 10.2 years) and depressed patients with no Personality Disorder (25.2 ± 11.7 years), Joyce et al. (2003) found significant differences ($p=0.001$) for the early onset of symptoms of those *depressed patients with BPD*. In community samples, it was detected that Cluster B Personality Disorders had a higher prevalence in young people (Samuels et al., 2002; Torgersen et al., 2001; Zimmerman and Coryell, 1989)².

Some of the demographic similarities did not apply to an expectation that BPD could be strongly associated to sociocultural variables (Alarcon, 2005; Millon and Grossman, 2005; Paris, 1996; 1998). One of considered hypotheses was that more traditional extended families, with less individualistic and competitive values, and many members living near by (differently from nuclear families of developed countries), could be able to provide better support to the need of closeness of borderline patients, and higher tolerance for their impulsive behaviors. This could contribute to decrease the expression of borderline disorder in clinical settings, or it could occur with distinct clinical and demographic characteristics (Paris, 1998; Paris and Zweig-Frank, 1992; Miller, 1996). When compared with healthy controls, our South-Brazilian patients have not confirmed this assumption, at least regarding

¹ Practically the same mean age we found.

² One of the possible explanations for higher prevalence of Personality Disorders in young people (especially Antisocial and Borderline) is the fact that some their specific traits as impulsivity, aggressiveness, and affective instability tend to be more present in adolescence and young adulthood, decreasing with age (Stevenson et al., 2003), and being generally replaced by introversive and obsessive traits (Torgersen, 2005). Samuels et al. also estimated that Cluster B Personality Disorders were *inversely correlated with age*, and the chances of presenting one of them decreased 6% each year the age of the sample was increased (Samuels et al., 2002).

ethnicity, gender, educational level, social class, or even its general clinical presentation.

But there were indeed some differences worth of note, and their explanation might be related to differences in the cultural setting (North-American, European, and Brazilian) where BPD has been expressed. The main difference refers to marital status. Most of the studies point to BPD patients as having more chance of: 1) never having been married, or 2) being more divorced (Modestin and Villiger, 1989; Nestadt et al., 1990; Shea et al., 1987; Swartz et al., 1990; Zimmerman and Coryell, 1989). For example, in Oslo, Norway, BPD patients live more frequently alone, and have never got married or lived with someone else (Torgersen et al., 2001). In Iowa, Zimmerman and Coryell (1989) found that their BPD patients, when they were married, got divorced more frequently than controls, and were living alone more frequently at the time they were interviewed.

What we found in Porto Alegre and Novo Hamburgo is that BPD patients and their healthy controls did not differ neither on being more or less lonely, having been married or not, living or not with family or partner, or in their number of divorces or partners. The rate of singles, around 32%, was equal in cases and controls ($p=1.000$), and it was almost half of that reported by Dahl (1985) (where 65% of BPD patients in his reviewed studies were single), and much less than the 54.1% of single patients reported in a Canadian sample (Links et al., 1988).

Only a minority (13%) of our cases and controls lived alone ($p=1.000$), which is totally in disagreement with samples from the Northern Hemisphere. It is possible that more spontaneous expression of feelings, and the existence of more flexible rules in privacy preservation, some of the cultural characteristics of Latin American people (Alarcón et al., 1999), could be important aspects for southern

Brazilian patients being less lonely than their European and North-American counterpart. The same applies to the frequency that patients went back to live with their original families after being divorced, of being accepted with less tensions, and consequently of remaining less lonely in the community.

Some other questions deserve further investigation, as the poor representation of male gender in our patients (no cases in this sample) and discrepancies in some comorbidities, like the absence of comorbidity with Antisocial Personality Disorder – as well as the prevalence rates much lower than the usually described in literature of drug and alcohol abuse/addiction (Fyer et al., 1988; Zanarini et al., 1989, 1998). It is quite possible that this lower than expected prevalence of alcohol/drugs users among our cases is a sample bias. Most of alcohol and drug abuse patients (and Antisocial Personalities commonly associated to substance abuse) are treated in HCPA in different areas of its Psychiatric Inpatient Unit, from where most of our cases were selected.

On the other hand, the presence of high rates of affective dysregulation (affective instability in 96.1% of the cases), impulse dysregulation (self-harm in 84.6% of the cases), disturbances in interpersonal relationships (92.3% of chronic feelings of emptiness), and transient psychotic symptoms (brief psychotic episodes in 53.8% of the cases), approximated our sample to the classical descriptions of this disorder in English-speaking populations (DSM-IV, 1994; Gunderson, 1975; Zanarini et al., 1990).

This fact was more apparent in BPD diagnostic criteria: cases had, in average, 6.8 ± 1.2 of those criteria – 40% more than the 5 minimal required by DSM-IV. In DIB-R, one of the first and more known diagnostic instruments of BPD in international literature, the 26 cases reached mean scores of 9.0 ± 0.8 , similar to a

sample of 33 cases from Boston (9.2 ± 0.7), and superior to 19 Japanese patients (8.5 ± 0.6), with whom North-American cases were originally compared (Ikuta et al., 1994)¹.

The severity of cases was also present in the suicide risk (84.6%; $n = 22$), current suicide attempts (26.9%; $n = 7$), past attempts history (76.9%; $n = 20$), and in the mortality of 7.7% ($n = 2$) occurred in a short period of two years of follow-up.

Considering suicide only one of the two cases (and self-destructive behavior in the patient who died refusing treatment for her breast cancer), the suicide rate of 3.8 % was still in the lower limit of findings of other studies. While 75% of occurrence of suicide attempts is described in the history of BPD inpatients (Gunderson, 1984) – very near to the 76.9% rate we found – rates of completed suicide varied from 3% to 10% in observed clinical populations (Brodsky et al., 1997; Fyer et al., 1988; Gunderson, 1984; McGlashan, 1986; Paris et al., 1987; Stone, 1990).

Several studies tried to assess factors that may contribute for this high rate of suicidal behavior in BPD patients, since the simple and usual association with Mood Disorders or Substance Abuse could not explain it (Fyer et al., 1988; Sollof et al., 1994). Patients with Major Depressive Disorder comorbid with BPD presented more suicidal behavior than patients with Major Depression alone, independently of the severity of the depression (Malone et al., 1995).

Last decade studies found significant association between “suicidality”² and self-harm with: a) history of physical and sexual abuse in childhood (Brodsky et al.,

¹ The similarity of the higher scores in DIB-R between ours and Boston sample was probably due to the fact that both, contrary to the Japanese outpatients, were composed of more severe cases, almost all hospitalized, and with a high rate of comorbidities.

² The term suicidality has been used to describe one of the DSM-IV nine criteria for the definition of Major Depressive Disorder and that includes, together, suicidal ideation and suicidal behavior.

1995; Soloff et al., 2002), b) impulsivity (Brodsky et al., 1997), c) affective instability (Yen et al., 2004), or d) a history of previous suicide attempts (Brodsky et al., 1997) – all of those quite usual in BPD patients. We examined those associations. The only significant in our sample were “Current Suicide Risk” with history of “Previous Suicide Attempt” ($p = 0.001$), and with the total CTQ score, which measures the sum of abuses and neglects in childhood ($p = 0.007$).

We found borderline significance in the association of “Current Suicide Risk” with “Physical Abuse” ($p = 0.057$) and “Physical Neglect” ($p = 0.057$), and suggestive trends for “Emotional Abuse” ($p = 0.062$) and “Sexual Abuse” ($p = 0.093$)¹.

On the other hand, the fact that the sum of those abuses (emotional, sexual and physical) and neglect (physical and emotional) is clearly associated to the suicide risk ($p = 0.007$), together with the observation that such traumatic events were highly correlated with each other (Table 14), allows us to consider that there was also a significant association between “suicidality” and childhood abuse and neglect in our cases.

An alternative interpretation, not mutually exclusive, is that with such a high frequency of suicidal behavior in our BPD sample, the mere fact of being a patient with a severe BPD is the most significant predictor of its chronic suicidality, independently of other considered variables (Corbitt et al., 1996). Such hypothesis also confirms findings of positive associations between history of previous suicide attempts in patients with BPD and the number of comorbidities they presented (Hawton et al., 2003; McHolm et al., 2003).

¹ Given our small sample size, we have to consider the possibility of Type II Error, of not finding significant association where they might exist. Further studies, with a larger sample size of Brazilian BPD patients, may find the significance of each of these associations alone.

When this is examined we found significant differences between BPD cases, with and without Axis I comorbidity, both with “current suicide risk” ($p = 0.035$) and “past history of suicide attempts” ($p = 0.05$). These findings emphasize the importance of considering comorbidities with Mood or Anxiety Disorders in diagnosing and treating BPD cases – and vice versa.

As a matter of fact, the extensive comorbidity of BPD with other Axis I disorders (Corruble et al., 1996; Gunderson et al., 2004; Huzdiak et al., 1996; Oldham et al., 1995; Zanarini et al., 1998 a; Zanarini et al., 2004; Zimmermann and Mattia, 1999) and Axis II disorders (Links et al., 1998; Nurnberg et al., 1991; Zanarini et al., 1990; 1998b) is one of the most remarkable and distinctive characteristics of BPD patients, a consistent finding in all studies where it has been investigated. Although BPD may exist as the unique diagnosis, any sample of patients which includes only these cases can not be considered representative of BPD in clinical settings (Skodol et al., 2002), as BPD cases without Axis I comorbidity have much less chance to present for a psychiatric evaluation. Our sample fulfilled this criterion: the cases presented, on average, 2.11 ± 0.9 comorbid Axis I diagnosis¹.

Stone (1979, 1981) was the first author to suggest that the main BPD “border” was with affective disorders. In the following decades, evidence accumulated that at least one of these frontiers, perhaps the most frequent and clinically important, were effectively Mood Disorders. Initial studies (Akiskal, 1981; Andrulonis, 1982; Baxter, 1984; Frances et al., 1984; McGlashan, 1983; Pope, 1983; Stone, 1981) found frequencies of comorbidity between BPD and Major Depressive Disorder ranging from 38% to 66% – comparable to what we found in our South-Brazilian

¹ Because of limitations of the MINI, the comorbidity of the BPD with Axis II disorders was not examined, except for the Antisocial PD – the only one included in the instrument.

sample (76.9% of current and lifelong Major Depressive Disorder). When psychotic symptoms were included, and all Mood Disorders spectrum were considered, comorbidity prevalence raised considerably, ranging from 58% - 93% to 75% - 100% (Perry, 1985).

The nature of such comorbidity is still another source of heated controversies (Akiskal, 1985; Gunderson and Eliot, 1985; Gunderson and Phillips, 1991, Hirschfeld and Klerman, 1979; Magill, 2004; Skodol et al., 2002). As far as BPD is concerned some authors consider this comorbidity a “mystification”: Akiskal et al. (Akiskal, 1996; Akiskal, 2003; Akiskal, 2004; Akiskal et al., 2003a, b; Benazzi and Akiskal, 2001), Judd et al. (2003), and Perugi et al. (2003), even deny BPD existence as a valid nosological entity. They propose, instead, a “spectrum of bipolar diseases”, which would include pathologies as diverse as BPD itself, Histrionic Personality Disorder, atypical and hostile presentations of Depression, Panic Disorder, Social Phobia, Eating Disorders, and Attention Deficit Disorder in childhood, among others.

This increasing and broadening flexibility of bipolar diagnoses, on the other hand, has also been harshly questioned as a serious risk of trivializing and amplifying the diagnosis, making it meaningless from the therapeutic and research perspectives (Baldessarini, 2000; Soares and Gershon, 1999).¹

But presuming the existence of the comorbidity between BPD and Axis I pathologies, involved mechanisms might be the following, alone or in interaction:

a) Axis I diagnosis, as Major Depression, may be primary and lead to the

¹ On the inverse direction, there are increasing evidences of comorbidity of Bipolar Disorder with Personality Disorder (especially Cluster B and C), in 40% to 50% of the studied cases. As expected, when this occurs, patients with bipolar disorder present more difficult to control acute symptoms, and more severe residual symptoms when in remission (Brieger et al., 2003; George et al., 2003; Swartz et al., 2005).

development of traits and behaviors found in BPD as secondary complications; b) borderline pathology may be primary and predispose a later superimposed development of Axis I disorders; c) BPD and some Axis I disorders may have no relation whatsoever, but since they occur with high frequency in clinical populations they would tend to co-occur and influence one another in the expression and course of symptoms; and d) BPD and some of Axis I disorders may share common etiological factors, which would raise their levels of co-occurrence (Gunderson and Phillips, 1991).

More recent studies, using standardized diagnostic instruments, detected variable but always present rates of comorbidity: Zimmermann and Mattia (1999) found, in 59 BPD patients, 61% comorbid Major Depression, 29% Panic Disorder, and 13% Alcohol/Substance Abuse. Skodol et al. (1999), in 240 BPD patients, diagnosed 31.3% of Major Depression, 16% of Dysthymia, and 13.3% of Bipolar Disorders.

Zanarini et al. (1998a) examined BPD comorbidity in a more extensive list of Axis I pathologies (as we did in our study), with separated analyses for each gender (male [n = 83] and female [n = 296]). Some of the results of his Boston female sample were similar to the Porto Alegre results (Table 13). Although we cannot compare the two samples with statistical tests, because of different sample sizes, source of patients, selection criteria, used instruments and type of controls, their similarity is at least illustrative: prevalence rates of grouped Mood Disorders in Boston and Porto Alegre were 96.1% *versus* 97.6%; of Major Depression, 76.9% *versus* 84.8%; and of Dysthymia, 30.8% *versus* 38.9%.

Zanarini's study excluded patients with Bipolar-I Disorder¹ and no data was published about Bipolar-II Disorder. In our sample, past history of manic or hypomanic episodes allow us to presume comorbid diagnoses with grouped bipolar disorders (type I and II) around 34.6%, higher than both the 13.3% rate found by Skodol et al. (1999), and the 20.6% found by Zimermann and Mattia (1999). The meaning of those variations is not obvious, other than the methodological differences between the studies.

Zanarini et al. research raises other interesting questions. One of them is the Anxious Disorders prevalence of 90.5% in their sample, near to the 96.1% of the Mood Disorders prevalence – and significantly more frequent in BPD patients than in other Axis II Personality Disorders (58.6%) used as controls. The authors propose that *maybe anxiety is a more discriminating marker than depression in BPD*, what, theoretically, makes sense – after all, since the beginning, classical descriptions by Grinker et al. (1968), and Kernberg (1975), have emphasized *feelings of anxiety* (annihilation, fusion, separation), and *phobias* (ambivalent monitoring of interpersonal proximity and distance) as the core affects of borderline syndrome.

Our finding of 69.2% (n=18) prevalence of Anxiety Disorders is apparently distant from the 90.5% of the North American sample. However, we did not assess Simple Phobias, which MINI does not evaluate. If Simple Phobias were excluded from sample calculations of Zanarini et al., prevalence of Anxious Disorders would decrease to 60.13%, which is close to our finding.

Another question concerns the prevalence of BPD comorbidity with PTSD in Zanarini et al. study. Although unexpectedly high (61%), twice the reported by

¹ We adopted the criteria of exclusion of Bipolar-I Disorder only when the disease was currently active.

Hudziak et al. (1996) of 28%¹, and the 30.8% we found, all are substantially lower than 100%. Those rates do not confirm the hypothesis that BPD, as nosological entity, should be better conceptualized as a complex and chronic form of PTSD (Herman & Van der Kolk, 1987).

What be could said, with available data, is that traumatic situations in childhood have a strong association with borderline psychopathology, and considering borderline as a heterogeneous group of patients (Grinker et al., 1968; Stone, 1990), it is possible to assume that one of its subgroups may have a close interface with PTSD – which *could* even move this subgroup from Personality Disorder category in Axis II to the Axis I disorders, i.e., from an anomalous personality development to a modified and chronic anxiety disorder (Gunderson and Sabo, 1993).

Even if BPD and PTSD do not merge in a single disorder, this will not reduce the importance of childhood adversities association with Borderline Personality Disorder, a consistently studied issue in last 25 years (Herman e van der Kolk 1987), especially on the role of physical and sexual abuses in psychopathological development of personality (Herman et al., 1989; Link set al., 1988; Ogata et al., 1990; Paris and Zweig-Frank, 1992; Paris et al., 1994; Salzman et al., 1993; Shearer et al., 1990; Westen et al., 1990; Zanarini et al., 1989) (Table 15).

Considering the limitations of difficult comparisons of those pioneer studies with ours, we can observe in all high rates of physical and sexual abuse in the childhood of BPD patients, always superior to the expected in normal population.

¹ Zanarini et al. (1998) explain this difference with Hudziak et al. (1996) data by their use a cut-off point of 7 in DIB-R, instead of 8. This would allow more patients with borderline traits in their sample than the full borderline syndrome – and could account for the finding of lower prevalence of PTSD. However, this explanation does not fit with our data, which is similar to Hudziak's, and we did use DIB-R cut-off point of 8 to diagnose our cases.

Physical abuse varied from 25%¹ (Shearer et al., 1990) to 73% (Paris et al., 1994) – being our rate of 65.4% in Porto Alegre nearer to that upper limit.

Prevalence of sexual abuse varied from 40% (Shearer et al., 1990) to 71% (Ogata et al., 1990; Paris et al., 1994); south-Brazilian findings were between those two values, with 52.2% prevalence. When we identify the abuser, our intrafamilial abuse sample had the higher prevalence rate of those reported: 46.2% (6/13) of the patients were abused by their father, or stepfather, when they were less than 16 years old. (Table 15).

In all reported studies, abuse was significantly more frequent in BPD patients than in controls, which included depressed, eating disorders, and alcohol/substance abuse patients, or patients with other personality disorders. Although our small sample size, ours is one of the more *strictly paired* sample to examine differences of adversities prevalence rates in childhood of BPD patients. And it is the second study, as far as we know, to use healthy controls in the comparison group – the first were recently published in Germany (Bandelow et al, 2005). Significant differences observed between cases physical ($p=0.013$) and sexual abuse ($p=0.003$) compared to their controls, add another evidence that we are dealing with a clinical BPD population that is similar to others around the world as far as risk factors are also concerned.

It is important to mention, as part of the severity of our sample, the findings of its high personal and professional disability levels². Many studies have

¹ Salzman et al (1993) reported lower rates, of 10%, for physical abuse, and 16% for sexual abuse, but their cases were “volunteers with symptoms” instead of BPD inpatients or outpatients.

² In a way, those would be expected: the concept of personality disorder (different from normal styles of personality) implies that Personality Disorder diagnosis should only be made when personality traits are sufficiently rigid and maladaptive as to lead to a clinically significant subjective suffering, *or to social, occupational and familiar disability* (DSM-IV, 1994).

documented that patients with Personality Disorder presented higher rates of unemployment, more job changes, and longer periods of disability (Modestin and Villiger, 1989; Nakao et al., 1992; Paris et al., 1987; Swartz et al., 1990; Zimmerman and Coryell, 1989). Younger age of onset of professional disability is also associated to Cluster B Personality Disorder (Ekselius et al., 1996) and, specifically in BPD patients, higher failure to return to work (Burton et al., 1997). In global functioning scales, it has been proved for Personality Disorders a significant level of functional disability (Johnson et al., 1996; Mehlum et al., 1991; Nurnberg et al., 1989; Paris et al., 1987; Skodol et al., 2002).

Our sample replicates all those findings. Cases presented marked unemployment rates (69.3%), long time of professional disability (19 ± 20.7 months), and early retirement (11.5%). Besides, global functioning measured by GAF was similar to other studies (Barasch et al., 1985; Frances et al., 1984; Nurnberg et al., 1989; Skodol et al., 2002). Skodol et al. (2002), for example, found a $GAF = 54.3 \pm 9.3$ in a U.S. sample of 175 BPD patients. Our south-Brazilian sample GAF scores, even in very different social and economic conditions, was surprisingly similar: 52.7 ± 12.8 (and, as expected, significantly different [$p = 0.000$] from $GAF = 87.9 \pm 13.2$ of our control group).

Other studies did not compute differences between patient's family income and patient's own income. In our sample, cases and controls belonged to families whose incomes did not differ significantly ($p = 0.444$): R\$ 2.159,00 \pm 2.885,00 (median= 1.240,00) v. R\$ 1.719,00 \pm 1.411,00 (median = 1.240,00)¹. Not only individual income between cases and controls was different ($p = 0.000$), as most interesting was the path both groups had along their lives: while individual income

¹ In "reais". During the study the equivalence with US dollars varied from US\$ 1,00 = R\$ 2,50 – 2,80 reais.

of healthy controls (R\$ 933,00 ± 699,00; median = 700,00) was closer to their origin family income (56,4% of family income)¹, cases' income (R\$ 253,00 ± 265,00; median = 220,00) presented a clear decline (22% of the family income).

Such economic deterioration pattern has some similarity with the so-called “drift hypothesis”, originally identified in *more severe mental disorders*, as schizophrenia, which due to its early onset, chronicity, frequent psychiatric hospitalizations, and substantial cognitive impairment, and reduces significantly the chances of patients' socio-economic advances (Kessler, 2000). Comparing to schizophrenia, except for the severe and progressive cognitive impairment, BPD patients of our sample had in common its early onset, chronicity, recurrence, frequent hospitalization – and global and socio-economic deterioration, which once more emphasizes the severity of this personality disorder.

Other universal finding about BPD patients is their high use of health systems, disproportional to their low prevalence rate (0.7 a 1.0%) in community samples (Kessler et al., 1994; Swartz et al., 1990; Torgersen et al., 2001). Previous findings documented that BPD patients reported more psychiatric hospitalizations, more use of outpatient psychotherapy, more visits to emergency services – and worse implementation of therapeutic plans, when compared to other Personality Disorders, or to Axis I diagnosis (Clarke et al., 1995; Skodol et al., 1983).

Bender et al. (2001) compared BPD to patients with Major Depression, and found that they had higher chance of having received any kind of psychosocial treatment² than depressed patients (odds ratio ranged from 1.89 [for couples/family therapy] to 4.95 [for hospitalization]). As to medication, BPD

¹ Percentages calculated from the medians due to the great variability of the means.

² Individual, group, family, couple therapies, day-hospital, hospitalization, and residential treatment. The only exception was self-help groups.

patients had twice more chances of having used antidepressants and benzodiazepines than patients with Major Depressive Disorder, six times more of mood stabilizers, and 10 times more of having used an antipsychotic (Bender et al., 2001).

We found similar data on both frequency of hospitalizations and use of individual psychotherapies (Table 9).

We also observed high rates of psychotherapy dropout. Borderline patients dropout was first reported by Waldinger and Gunderson (1984). Gunderson et al. (1989) followed 36 BPD patients in psychotherapy for 6 months, and observed at the endpoint that 60% of the patients had interrupted their treatment. Perry et al. (1999) calculated an average of interruptions of $21.8\% \pm 14.7\%$ for BPD patients in 14 reviewed psychotherapy studies. Those data were comparable to the 40% of treatment dropout in depressed patients with Cluster B Personality Disorders, in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program (Shea et al., 1990). Our sample presented a history of previously interrupted psychotherapeutic treatments in 46.2% of the cases (10/26), with an average 2.3 ± 1.4 psychotherapies per patient.

Use of medication (antidepressants, mood stabilizers, antipsychotics, and anxiolytics) was extremely high in our sample, higher than the North American sample of Bender et al. (2001). One of the possible explanations, is that our south-Brazilian sample was more severely ill (hospitalized, higher suicidality, more psychotic symptoms, more history of hypomanic episodes in the past), while Bender et al. cases were partly recruited through media advertising, and had many subjects who were not even in treatment when they were selected for the study.

It is important to emphasize that, considering the high frequency of the association of psychological and pharmacological treatments in our sample, we can state that having a BPD diagnosis did not preclude BPD patients to receive appropriate pharmacological treatment, in opposition to Akiskal's assumption (2004) that *because of a BPD diagnosis* patients run the risk of not obtaining the benefit from an eventually needed pharmacological treatment.

In conclusion, we consider that the demographic, clinical severity, psychopathological spectrum, comorbidity, disability level, and high pattern of use of medical and psychological treatment which characterize the group of patients we studied, as well as the prevalence of antecedents of emotional, physical, and sexual abuse in childhood – allow us to conclude that there are patients with Borderline Personality Disorder also in South Brazil, which resemble, in their basic aspects, BPD patients already described in other countries, as the United States, Canada, Europe, Japan, and Australia. We can also consider those findings as another contribution for the transcultural validation of Borderline Personality Disorder as a nosographic category.

REFERENCES

1. Akiskal HS. Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the “borderline” realm. *Psychiatry Clin North Am* 1981; 4: 25-46.
2. _____. Demystifying borderline personality: Critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 401-407.
3. _____. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders – beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharm* 1996; 16 Suppl: 4S-14S.
4. _____. The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89 Suppl 379: 32-37.
5. _____. Validating “hard” and “soft” phenotypes within the bipolar spectrum: continuity or discontinuity. *J Affect Disord* 2003; 73: 1-5.
6. Akhtar S, Byrne JP, Doghramji K. The demographic profile of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 1986; 47: 196-198.
7. Akiskal HS, Chen SE, Davis GC, Puzantian VR, Kashgarian M, Bolinger JM. Borderline: an adjective in search of a noun. *J Clin Psychiatry* 1985; 46: 41-48.
8. Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF, Sechter D, Bourgeois ML, Azorin JM, et al. Validating antidepressant-associated hypomania (bipolar III): a systematic comparison with spontaneous hypomania (bipolar II). *J Affect Disord* 2003b; 73: 65-74.
9. Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF. Bipolar II with and without cyclothymic temperament: “dark” and “sunny” expressions of soft bipolarity. *J Affect Disord* 2003a; 73: 49-57.
10. Alarcón RD, Westermeyer J, Foulks E, Ruiz P. Clinical relevance of contemporary cultural psychiatry. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187(8): 465-471.
11. Alarcón RD. Cross cultural issues. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editors. *Textbook of Personality Disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2005. P. 561-578.
12. Almeida OP, Forlenza OV, Costa Lima NK, Bigliani V, Arcuri SM, Gentile M, et al. Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting – report from a survey in São Paulo, Brazil. *Int J Ger Psychiatry* 1998; 12(7): 728-736.

13. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997 Dec; 171: 524-529.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-III)*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 1980.
15. _____. *Revised (DSM-III-R)*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 1987.
16. _____. *(DSM-IV)*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.
17. _____. *Text Revision (DSM-IV-TR)*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
18. Amorin P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22: 106-115.
19. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37(7): 316-325.
20. Andrade RC, Silva VA, Assumpção Jr FB. Preliminary data on the prevalence of psychiatric disorders in Brazilian male and female juvenile delinquents. *Braz J Med Biol Research* 2004; 37: 1155-1160.
21. Andrulonis PA, Glueck BC, Stroebel CF, Vogel NC. Borderline personalities subcategories. *J Nerv Ment Dis* 1982; 170 (11): 670-679.
22. Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado. Escala para nível sócio-econômico. Site: <http://www.anep.org.br>; 1975.
23. Baer L, Jenike MA, Black DW, Treece C, Rosenfeld R, Greist J. Effect of axis II diagnoses on treatment outcome with clomipramine in 55 patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 862-866.
24. Baldessarini RJ. A plea for the integrity of the bipolar concept. *Bipolar Disorders* 2000; 2: 3-7.
25. Bandelow B, Krause J, Wedekind D, Brooks A, Hajak G, Rütther E. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research* 2005; 134: 169-179.

26. Barasch A, Frances A, Hurt S, Clarkin J, Cohen S. The stability and distinctness of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1484-1486.
27. Baxter L, Edell W, Gerner R, Fairbanks L, Gwirtsman H. Dexamethasone suppression test and axis I diagnoses of inpatients with DSM-III borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 150-153.
28. Benazzi F, Akiskal HS. Refining the evaluation of bipolar II: Beyond the strict SCID-CV guidelines for hypomania. *J Affect Disord* 2003; 73: 33-38.
29. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dick IR, McGlashan TH, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (2): 295-302.
30. Bernstein DL, Fink L. Childhood trauma questionnaire: a retrospective self-report – manual. USA: The Psychological Corporation; 1998.
31. Bernstein DP, Handelsman L, Foote J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994; 151(8): 1132-1136.
32. Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *J American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997; 36 (3): 340-348.
33. Bernstein DP, Stein AJ, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect* 2003; 27: 169-190.
34. Blashfield RK, Intoccia V. Growth of the literature on the topic of personality disorders. *Am J Psychiatry* 2000; 157(3): 472-473.
35. Blazer DG. Mood disorders: epidemiology. In: Sadock B & Sadock V, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. P. 1298-1308.
36. Brieger P, Ehrt U, Marneros A. Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Compr Psychiatry* 2003; 44(1): 28-34.
37. Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ. Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1715-1719.

38. Brodsky BS, Cloitre M, Dulit RA. Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152(12): 1788-1995.
39. Burton K, Polatin PB, Gatchel RJ. Psychosocial factors and the rehabilitation of patients with chronic work-related upper extremity disorders. *J Occup Rehabil* 1997; 7: 139-153.
40. Chabrol H, Chouicha K, Montovany A, Callahan S. Symptoms of DSM-IV borderline personality disorder in a nonclinical population of adolescents: study of a series of 35 patients. *Encephale* 2001; 27(2): 120-127.
41. Clarke M, Hafner RJ, Holme G. Borderline personality disorder: a challenge for mental health services. *Aust NZ J Psychiatry* 1995; 29: 409-414.
42. Corbitt EM, Malone KM, Haas GL, Mann JJ. Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders. *J Affect Disord* 1996; 39: 61-72.
43. Cornell DG, Silk KR, Ludolph PS, Lohr NE. Test-retest reliability of the diagnostic interview for borderlines. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 1307-1310.
44. Corruble D, Ginestet D, Guelfi JD. Comorbidity of personality disorders and unipolar depression: a review. *J Affect Disord* 1996; 37: 157-170.
45. Dahl AA. Borderline disorders: The validity of the diagnosis concept. *Psychiatr Dev* 1985; 2: 109-152.
46. Draijer N, Langeland W. Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1999; 156(3): 379-385.
47. Ekselius L, Eriksson M, von Knorring L, and Linder J. Personality disorders and major depression in patients with somatoform pain disorders and medical illnesses in relation to age of work disability. *Eur J Psychiatry* 1996; 10: 35-43.
48. Ekselius L, Tilffors M, Furmark T, and Fredrikson M. Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences* 2001; 30(2): 311-320.
49. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(6): 727-734.

50. Fink L, Bernstein DP, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M. Initial reliability of the Childhood Trauma Interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1329-1335.
51. _____. Initial reliability and validity of the Childhood Trauma Interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *Am J Psychiatr* 1995; 152 (9): 1329-1335.
52. Frances A, Clarkin JF, Gilmore M, Hurt SW, Brown R. Reliability of criteria for borderline personality disorder: a comparison of DSM-III and the diagnostic interview for borderlines. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 1080-1084.
53. Fyer FR, Frances AJ, Sullivan T, Hurt SW, Clarkin J. Suicide attempts in patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 737-739.
54. Gartner AF, Marcus RN, Halmi K, Loranger AW. DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1585-1591.
55. George EL, Miklowitz DJ, Richards JA, Simoneau TL, Taylor DO. The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disord* 2003; 5(2): 115-122.
56. Grassi-Oliveira R, Pezzi JC, Stein LM. Versão brasileira do childhood trauma questionnaire (CTQ). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. No prelo.
57. Grassi-Oliveira R, Stein LM. História de abuso e negligência na infância em um modelo de predição para o transtorno de estresse pós-traumático e distúrbios psiquiátricos menores no adulto (Dissertação de Mestrado: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS). Porto Alegre (RS); 2004.
58. Grinker R, Werble B, Drye RC. The Grinker Study (1968). In: Stone MH, editor. *Essential papers on borderline disorders*. New York: New York University Press; 1986. P. 320-356.
59. Gunderson JG. *Borderline personality disorder*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1984.
60. Gunderson JG, Carpenter WT, Strauss JS. Borderline and schizophrenic patients: a comparative study. *Am J Psychiatry* 1975; 132: 1257-1264.
61. Gunderson JG, Elliot GR. The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 277-288.

62. Gunderson JG, Frank AF, Ronningstam EF, Wachter S, Lynch J. Early discontinuation of borderline patients from psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177(1): 38-42.
63. Gunderson JG, Kolb JE, Austin V. The diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry* 1981; 138: 896-903.
64. Gunderson JG, Morey LC, Stout RL, Skodol AE, Shea T, McGlashan TH, et al. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(8): 1049-1056.
65. Gunderson JG, Phillips KA. A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 967-975.
66. Gunderson JG, Singer M. Defining borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry* 1975; 132: 1-10.
67. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrigo-Ignacio L. Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980; 10: 231-242.
68. Hawton K, Houston BA, Haw C, Townsend E, Harriss L. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *Am J Psychiatry* 2003; 160(8): 1494-1500.
69. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 490-495.
70. Herman JL, van der Kolk BA. Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In: van der Kolk BA, editor. *Psychological Trauma*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1987. P. 111-126.
71. Hirschfeld RMA, Klerman GL. Personality attributes and affective disorders. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 67-70.
72. Houaiss A. *Mini-Webster: Dicionário Inglês-Português*. Rio de Janeiro: Record; 1992.
73. Hudziak JJ, Boffeli TJ, Kriesman JJ, Battaglia MM, Stanger C, Guze SB. Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse disorders. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1596-1606.
74. Ilardi SS, Craighead WE, Evans DD. Modeling relapse in unipolar depression: the effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *J Clin Consul Psychol* 1997; 65: 381-391.

75. Ikuta N, Zanarini MC, Minakawa K, Miyake Y, Moriya N, Nishizono-Maher A. Comparison of American and Japanese outpatients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1994; 35(5): 382-385.
76. Jackson HJ, Burgess PM. Personality disorders in the community: results from the Australian national survey of mental health and well being (Part III). Relationships between specific type of personality disorder, axis I mental disorders and physical conditions with disability and health consultations. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(1): 765-776.
77. Johnson JG, Cohen P, Smailes E, Skodol AE, Brown J, Oldham JM. Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. *Compr Psychiatry* 2001; 42(1):16-23.
78. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes E, Bernstein D. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders in early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(7): 600-606.
79. Johnson DM, Shea MT, Yen S, Battle CL, Zlotnik C, Sanislow CA, et al. Gender differences in borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Compr Psychiatry* 2003; 44(4): 284-292.
80. Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, McKenzie JM, Sullivan PF, Cloninger RC. Borderline personality disorder in major depression: symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6-month outcome. *Compr Psychiatry* 2003; 44(1): 35-43.
81. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Maser J, Rice JA, et al. The comparative clinical phenotype and long term longitudinal episode course of bipolar I and II: a clinical spectrum or distinct disorders. *J Affect Disord* 2003; 73(1-2): 19-32.
82. Kernberg OF. Borderline personality organization (1967). In: Stone MH, editor. *Essential papers on borderline disorders*. New York: New York University Press; 1986. P. 279-319.
83. Kernberg OF. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson; 1975.
84. Kerr-Corrêa F, Tarelho LG, Crepaldi AL, Camiza LD, Villanassi R. Abuso sexual, transtornos mentais e doenças físicas. *Rev Psiq Clínica* 2000; 27(5): 257-271.

85. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the U.S.: results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-20.
86. Kessler RC. Sociology and psychiatry. In: Sadock B, Sadock V, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. P. 476-484.
87. Kjelsberg E, Eikeseth PH, Dahl AA. Suicide in borderline patients – predictive factors. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84(3): 283-287.
88. Laporte L, Guttman H. Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders. *J Personal Disord* 1996; 10:247-259.
89. Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med* 1996; 26(2): 211-222.
90. Links PS, Heslegrave R, van Reekum R. Prospective follow-up study of borderline personality disorder: prognosis, prediction of outcome, and axis II comorbidity. *Can J Psychiatry* 1998; 43(4): 265-270.
91. Links PS, Steiner M, Offord DR, Eppel A. Characteristics of borderline personality disorder: a Canadian study. *Can J Psychiatry* 1988; 33: 336-340.
92. Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM. The international personality disorder examination. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(3): 215-224.
93. Lovisi GM, Mann AH, Coutinho E, Morgado AF. Mental illness in an adult sample admitted to public hostels in the Rio de Janeiro metropolitan area, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38(9): 493-498.
94. Magill CA. The boundary between borderline personality disorder and bipolar disorder: current concepts and challenges. *Can J Psychiatry* 2004; 49(8): 551-556.
95. Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ. Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Disord* 1995; 34: 173-185.
96. Mari J, Williams PA. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 23-26.

97. McGlashan T. The borderline syndrome. II. Is it a variant of schizophrenia or affective disorder? *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 1319-1323.
98. McGlashan T. The Chestnut Lodge follow-up study, part III: long-term outcome of borderline personalities. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 42: 20-30.
99. McHolm AE, MacMillan HL, Jamieson E. The relationship between physical abuse and suicidality among depressed women: results from a community sample. *Am J Psychiatry* 2003; 160(5): 933-938.
100. Mehlum L, Friis S, Irion T, Johns S, Karterud S, Vaglum S. Personality disorders 2-5 years after treatment: a prospective follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 72-77.
101. Miller SG. Borderline personality disorder in cultural context: commentary on Paris. *Psychiatry* 1996; 59: 193-195.
102. Millon T, Grossman SD. Sociocultural factors. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editors. *Textbook of Personality Disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2005. P. 223-235.
103. Modestin J, Villiger C. Follow-up study on borderline versus non-borderline personality disorders. *Compr Psychiatry* 1989; 30: 236-244.
104. Molina-Ramos R, Perera JLC, Urdaniz AP, Iglesias SS. Factors associated to the diagnoses of borderline personality disorder in psychiatric out-patients. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30(3): 153-159.
105. Moriya N, Miyake Y, Minakawa K, Ikuta N, Nishizono-Maher A. Diagnosis and clinical features of borderline personality disorder in the east and west: a preliminary report. *Compr Psychiatry* 1993; 34(6): 418-423.
106. Mulder RT. Personality disorders in New Zealand hospitals. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84(2): 197-202.
107. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect* 1996; 20(1): 7-21.
108. Nakao K, Gunderson JG, Phillips KA, Tanaka N, Yorifuji K, Takaishi J, et al. Functional impairment in personality disorders. *J Personal Disord* 1992; 6: 24-33.
109. Negrao AB, Cordas TA. Clinical characteristics and course of anorexia nervosa in Latin America, a Brazilian sample. *Psychiatry Res* 1996; 62(1): 17-21.

110. Nestadt G, Romanoski AJ, Chahal R, Merchant A, Folstein MF, Gruenberg EM, et al. An epidemiological study of histrionic personality disorder. *Psychol Med* 1990; 20: 413-422.
111. Norusis M. *Statistical package for the social sciences (SPSS-X): advanced statistic guide*. Chicago: Mc Graw Hill; 1986.
112. Noyes R, Reich J, Christiansen J, Suelzer M, Pfohl B, Coryell WA. Outcome of panic disorder relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 47: 809-818.
113. Nurnberg HG, Raskin M, Levine PE, Pollock S, Prince R, Siegel O. BPD as a negative prognostic factor in anxiety disorders. *J Personal Disord* 1989; 3: 205-216.
114. _____. The comorbidity of borderline personality disorder and other DSM-III-R axis II personality disorders. *Am J Psychiatry* 1991; 148(10): 1371-1377.
115. Ogata SN, Silk KR, Goodrich S, Lohr NE, Westen D, Hill EM. Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1990; 147(8): 1008-1013.
116. Okasha A, Omar AM, Lotaief M, Ghanem A, Okasha T. Comorbidity of axis I and axis II diagnoses in a sample of egyptian patients with neurotic disorders. *Compr Psychiatry* 1996; 37(2): 95-101.
117. Oldham JM, Skodol AE, Gallagher PE, Kroll ME. Relationship of borderline symptoms to histories of abuse and neglect: a pilot study. *Psychiatr Q* 1996; 67:287-295.
118. Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, Hyler SE, Doidge N, Rosnik L, et al. Comorbidity of axis I and axis II disorders. *Am J Psychiatry* 1995; 152(4): 571-578.
119. Onchev G, Ganev K. Borderline personality disorder in Bulgaria: period prevalence, syndrome validity and comorbidity. *European Psychiatry* 1996; 11 Suppl 4: 371S-372S.
120. Paris J. The treatment of borderline personality disorder in light of the research of its long-term outcome. *Can J Psychiatry* 1993; 38 1 Suppl: 28S-34S.
121. _____. Cultural factors in the emergence of borderline pathology. *Psychiatry* 1996; 59(2): 185-192.

122. _____. Personality disorders in sociocultural perspectives. *J Personal Disord* 1998; 12(4): 289-301.
123. Paris J, Brown R, Nowlis D. Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Compr Psychiatry* 1987; 28: 530-535.
124. Paris J, Zweig-Frank H. A critical review of the role of childhood sexual abuse in the etiology borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 1992; 37(2): 125-128.
125. Paris J, Zweig-Frank H, Guzder J. Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Compr Psychiatry* 1994a; 35: 301-305.
126. _____. Psychological risk factors for borderline personality disorder in male patients. *J Nerv Ment Dis* 1994b; 182: 375-380.
127. Perugi G, Toni C, Traverso MC, Akiskal HS. The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the borderline-bipolar II connection. *J Affect Disord* 2003; 73: 87-98.
128. Perry JC. Depression in borderline personality disorder: lifetime prevalence at interview and longitudinal course of symptoms. *Am J Psychiatry* 1985; 142(1): 15-21.
129. Perry JC, Banon E, Ianni F. The effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1312-1321.
130. Pope HG, Jonas JM, Hudson JI, Cohen BM, Gunderson JG. The validity of DSM III borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 23-30.
131. Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, et al. The NIMH epidemiologic catchment area program: historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 934-941.
132. Salzman JP, Salzman C, Wolfson AN, Albanese M, Looper J, Ostacher M. Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 254-257.
133. Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ, Clayton P, Brown H, Costa PT, et al. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 536-542.
134. Samuels J, Nestadt G, Bienvenu OJ. Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorders. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 457-462.

135. Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. The self-harm inventory (SHI): development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *J Clin Psychol* 1998; 54(7): 973-983.
136. Sansone RA, Hruschka J, Vasudevan A, Miamisburg O, Miller SN. Disability and borderline personality symptoms. *Psychosomatics* 2003; 44: 442.
137. Schestatsky SS. Quem tem medo do paciente borderline? *Revista Brasileira Psicoterapia* 1999; 1: 117-128.
138. Schestatsky SS, Abreu PB, Ceitlin LH. Confiabilidade da versão brasileira da entrevista diagnóstica revisada para transtorno borderline; 2003. Manuscrito não publicado.
139. Senol S, Dereboy C, Yuksel N. Borderline disorder in Turkey: A 2- to 4-year follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32(2): 109-112.
140. Shea MT, Glass DR, Pilkonis PA. Frequency and implications of personality disorders in a sample of depressed inpatients. *J Personal Disord* 1987; 1: 27-41.
141. Shea MT, Pilkonis PA, Beckham E, Collins JF, Elkin I, Sotsky SM, et al. Personality disorders and treatment outcome in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 711-718.
142. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The mini international neuropsychiatric interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 20: 22-33.
143. Shearer SL, Peters CP, Quaytman MS, Ogden RL. Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories of female borderline inpatients. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 214-216.
144. Skodol AE, Buckley P, Charles E. Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? *J Nerv Ment Dis* 1983; 171: 405-410.
145. Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dick IR, Stout RL, Bender DS, et al. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002a; 159(2): 276-283.

146. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity and personality structure. *Biol Psychiatry* 2002; 51(12): 936-950.
147. Skodol AE, Oldham JM. Assessment and diagnosis of borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiat* 1991; 42(10): 1021-1028.
148. Skodol AE, Stout RL, McGlashan TH, Grilo CM, Gunderson JG, Shea MT, et al. Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS). *Depress Anxiety* 1999; 10(4): 175-182.
149. Soares JC, Gershon S. The diagnostic boundaries of bipolar disorder (editorial). *Bipolar Disorders* 1999; 1: 1-2.
150. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151(9): 1316-1323.
151. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM. Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *J Personal Disord* 2002; 16(3): 201-214.
152. Spitzer RL, Endicott J, Gibbon M. Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: the development of criteria. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 17-24.
153. Stern A. Psychoanalytic investigation and therapy in borderline group of neuroses. *Psychoanal Q* 1938; 7: 467-489.
154. Stevenson J, Meares R, Comeford A. Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 165-166.
155. Stone MH. The borderline syndrome: evolution of the term, genetic aspects, and prognosis (1977). In: MH Stone, editor. *Essential papers on borderline disorders*. New York: New York University Press; 1986. P. 475-497.
156. _____. Contemporary shift of the borderline concept from a sub schizophrenic disorder to a sub affective disorder. *Psychiatr Clin North Amer* 1979; 2: 577-594.
157. _____. Borderline syndromes: a consideration of subtypes and an overview, directions for research. *Psychiatr Clin North Am* 1981; 4(1): 3-24.
158. _____. *Essential papers on borderline disorders*. New York: New York University Press; 1986. P. 279-319.

159. _____. The fate of borderline patients. New York: Guilford Press; 1990.
160. Swartz HA, Pilkonis PA, Frank E, Proietti JM, Scott J. Acute treatment outcomes in patients with bipolar I disorder and co-morbid borderline personality disorder receiving medication and psychotherapy. *Bipolar Disord* 2005; 7(2): 192-197.
161. Swartz M, Blazer D, George L, Winfield I. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Personal Disord* 1990; 4: 257-272.
162. Tyrer P, Casey P, Ferguson B. Personality disorder in perspective. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 463-471.
163. Torgersen S. Epidemiology. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editors. *Textbook of personality disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2005. P. 129-141.
164. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 590-596.
165. Torres AR, Del Porto JA. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and personality disorders. A Brazilian controlled study. *Psychopathology* 1995; 28(6): 322-329.
166. Verheul R, van den Brink W, Hartgers C. Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addict Behav* 1998; 23: 869-882.
167. Vertogradova O, Bannikov G, Konkov S. Personality characteristics in depressive patients. *European Psychiatry* 1997; 12 Suppl 2: 235S.
168. Waldinger R, Gunderson JG. Completed psychotherapies with borderline patients. *Am J Psychother* 1984; 38: 190-202.
169. Weaver TL, Clum GA. Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychology* 1993; 61: 1068-1075.
170. Westen D, Ludolph P, Misle B, Ruffins S, Block J. Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. *Am J Orthopsychiatry* 1990; 60: 55-66.
171. Widiger TA, Trull TJ. Borderline and narcissistic personality disorders. In: Sutker PB, Adams HE, editors. *Comprehensive Handbook of Psychopathology*. 2nd ed. New York: Plenum; 1993. P. 371-394.

172. Wolfe J, Kimerling R. Gender issues in the assessment of posttraumatic stress disorder. In: Wilson J, Keane TM, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press; 1997. P. 192-238.
173. Yen S, Shea MT, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson J, et al. Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2004; 161(7): 1296-1298.
174. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1998a; 155(12): 1733-1739.
175. _____. Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1998b; 39(5): 296-302.
176. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I comorbidity with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time of remission. *Am J Psychiatry* 2004; 161(11): 2108-2114.
177. Zanarini MC, Frankenburg FR, Khera GS, Bleichmar J. Treatment histories of borderline inpatients. *Compr Psychiatry* 2001; 42: 144-150.
178. Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA. Inter-rater and test-retest reliability of the revised diagnostic interview for borderlines. *J Personal Disord* 2002; 16(3): 270-276.
179. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR. The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. *J Personal Disord*, 1989; 3: 10-18.
180. _____. Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 161-67.
181. Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, Schwartz EO, Frankenburg FR. Childhood experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry* 1989; 30: 18-25.
182. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MF. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1101-1106.
183. Zimmerman M, Coryell W. DSM-III personality disorder diagnoses in a non-patient sample. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 682-689.
184. Zimmerman M, Mattia JI. Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1999; 40: 245-252.

ARTIGO 1 - PORTUGUÊS

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DE UMA AMOSTRA
BRASILEIRA DE PACIENTES MULHERES COM TRANSTORNO DE
PERSONALIDADE BORDERLINE**

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DE UMA AMOSTRA
BRASILEIRA DE PACIENTES MULHERES COM TRANSTORNO DE
PERSONALIDADE BORDERLINE**

**DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF A BRAZILIAN
SAMPLE OF FEMALE PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY
DISORDER**

**Sidnei S. Schestatsky¹, Lúcia H.F.Ceitlin¹, Simone Hauck², Denise Sapper³,
Gabriela Favali⁴, Cristiano Frank⁴, Betina Kruter⁴, Fabiana Ritter⁴, Rodrigo
Grassi-Oliveira⁵, Luciana Terra⁶, Renata Dotta⁶, Paulo Belmonte de Abreu¹**

¹ Professores Adjuntos do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil.

² Médica Psiquiatra do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), RS, Brasil

³ Médica Psiquiatra da Casa de Saúde Mental de Novo Hamburgo, RS, Brasil

⁴ Alunos do Programa de Residência Médica em Psiquiatria do HCPA, RS, Brasil

⁵ Aluno do Programa de Residência Médica em Psiquiatria do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, RS, Brasil

⁶ Psicólogas Clínicas, Porto Alegre, RS, Brasil

RESUMO

Objetivos: A investigação teve como objetivos avaliar o perfil demográfico e clínico de uma amostra de paciente sul-brasileiros com diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) e verificar a presença de fatores de risco na infância e adolescência dos mesmos. **Sujeitos e Métodos:** Estudo caso-controle, emparelhado. Uma amostra de conveniência foi constituída por 26 pacientes com diagnóstico de TPB, de 18 a 60 anos, internados ou em tratamento ambulatorial em três centros de referência do sul do Brasil. Destes, 23 casos foram emparelhados com controles normais, extraídos aleatoriamente de listas de funcionários do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Hospital Pronto Socorro de Porto Alegre. Com a amostra original de 26 anos foi realizado um estudo transversal, com vistas à descrição clínico-demográfica da mesma. **Resultados:** Os pacientes eram todos, aleatoriamente, do sexo feminino, de cor branca (95.6%), tendo em média 9.1 ± 3.6 anos de educação e com predominância das classes sociais C e D. Com a exceção da renda individual, os casos não diferiram significativamente dos seus controles em relação a estado civil, situação conjugal ou renda familiar. Os casos fumavam ($p = 0.021$), bebiam ($p = 0.008$) e usavam mais substâncias psicoativas ($p = 0.002$) que os controles. Do ponto de vista clínico, os sintomas começaram cedo (16 ± 8.9 anos), assim como a busca de tratamento (21.7 ± 8 anos). Quase todos os casos (88.5%) tinham tido pelo menos uma internação psiquiátrica, com uma média de 4.3 ± 3.4 . Sintomas mais freqüentes foram instabilidade afetiva (96.1%), sentimentos crônicos de vazio (92.3%), crises de raiva intensas e injustificadas (84.6%), reações desesperadas

frente a abandonos (84.6%) e automutilações (84.6%). Os casos apresentaram alta suicidalidade (84.6% de risco de suicídio, 76.9% de tentativas de suicídio prévias e 3.8% de suicídios consumados durante o período do estudo). A média de comorbidade dos casos foi de 2.1 ± 0.9 diagnósticos do Eixo I, sendo de 76.9% com Depressão Maior, 69.2% com Transtornos Ansiosos, 30.7% com Transtornos Alimentares e 23.1% com Abuso/Dependência de Álcool/Drogas. Encontraram-se diferenças entre casos e controles na exposição a abuso emocional (84.6% v. 17.4%; $p = 0.000$), abuso físico (65.4% v. 21.7%; $p = 0.022$), abuso sexual (52.2% v. 9.1%; $p = 0.006$) e negligência emocional (15.34 ± 3.8 v. 11.4 ± 5.1 ; $p = 0.008$) antes dos 16 anos de idade. O mesmo ocorreu em relação ao número total de eventos traumáticos: 11.8 ± 4.5 v. 6.4 ± 3.1 ($p = 0.000$). Como esperado, os casos evidenciaram graus maiores de incapacitação que os controles, tanto quando medidos pelo GAF (52.7 ± 12.8 v. 87.9 ± 13.2 ; $p = 0.000$), como pela renda mensal média auferida (R\$ $253,00 \pm 265,00$ v. R\$ $933,00 \pm 699,00$; $p = 0.000$). Oitenta e quatro por cento dos pacientes estavam ou estiveram em psicoterapia individual, com frequência de uma vez por semana (85.7%), durante mais de dois anos (26.3 ± 31.8 meses). Vinte e quatro (92.3%) vinham também em tratamento psicofarmacológico de longa duração.

Conclusão: as características clínico-demográficas, espectro psicopatológico, critérios diagnósticos, co-morbidade importante, gravidade dos sintomas, grau de incapacitação e o alto padrão de uso de tratamentos médicos e psicológicos do grupo de casos estudado, indicam que esta população sul-brasileira de pacientes *borderline* é semelhante às populações de pacientes de outras culturas descritas na literatura. Da mesma forma, estes pacientes tiveram uma prevalência

significativamente maior de exposição a fatores de risco traumáticos, durante a infância e adolescência, especialmente a abusos emocional, físico e sexual.

Palavras-chave: transtorno de personalidade *borderline*, amostra brasileira, comorbidade, gravidade, padrões de tratamento, abusos físico e sexual na infância, negligência.

ABSTRACT

Objectives: The objective of the present investigation was to assess the demographic and clinical profiles of a sample of south-Brazilian patients with Borderline Personality Disorder (BPD) diagnoses, and to verify the presence of traumatic risk factors in their childhood and adolescence. **Subject and Methods:** Paired-sample case-control study. A convenience sample was composed of 26 patients (in- and outpatients) with BPD diagnoses, 18 to 60 years old, from three reference centers in Southern Brazil. Of those, 23 cases were paired to healthy control subjects, randomly selected from a list of employees of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre and from the Hospital Pronto Socorro de Porto Alegre, RS, Brazil. The original sample of 26 patients was studied transversally in order to know its demographical and clinical characteristics. **Results:** patients were all women, Caucasian (95.6%), mean of 9.1 ± 3.6 years of education, and from C and D social classes. Except for individual income, sample did not differ from controls regarding formal and informal marital status or family income. Cases had more use of tobacco ($p = 0.021$), alcohol ($p = 0.008$), and psychoactive substances ($p = 0.002$) than controls. Symptoms started early (16 ± 8.9 years) as well as the age in which treatment was sought for (21.7 ± 8 years). Almost all cases (88.5%) had been hospitalized at least once, mean number of hospitalizations in this sample being 4.3 ± 3.4 . More frequent symptoms were affective instability (96.1%), chronic feelings of emptiness (92.3%), intense and unjustified anger outbursts (84.6%), desperate reactions when facing

abandonment (84.6%), and self-mutilation (84.6%). Cases also presented high suicidality (84.6% current suicide risk, 76.9% previous suicide attempts, and 3.8% completed suicides during the study). Cases mean number of comorbidities was 2.1 ± 0.9 Axis I diagnoses: 76.9% with Major Depressive Disorder, 69.2% with Anxiety Disorders, 30.7% with Eating Disorders, and 23.1% with Abuse/Dependence of Alcohol/Drugs. Significant differences between cases and controls were found in exposure to emotional abuse (82.6% v. 17.4%; $p = 0.000$), physical abuse (60.8% v. 21.7%; $p = 0.022$), sexual abuse (52.2% v. 9.1%; $p = 0.006$), and emotional neglect (15.34 ± 3.8 v. 11.4 ± 5.1 ; $p = 0.008$) before 16 years old. The same occurred regarding total number of traumatic events they were exposed to: 11.8 ± 4.5 v. 6.4 ± 3.1 events, respectively ($p = 0.000$). As expected, cases presented higher degrees of distress than controls, both assessed by GAF (52.7 ± 12.8 v. 87.9 ± 13.2 ; $p = 0.000$) and average monthly individual income (R\$ 253,00 \pm 265,00 v. R\$ 933,00 \pm 699,00; $p = 0.000$). Eighty-four per cent of the patients were or have been under individual psychotherapy, with one weekly session (85.7%), during more than 2 years (26.3 ± 31.8 months). Twenty-four of the patients (92.3%) were also in long-term psychopharmacological treatment. **Conclusion:** demographic and clinical profiles, psychopathological spectrum, diagnostic criteria, frequency of comorbidity, severity of symptoms, degree of distress, and high pattern of use of medical and psychological treatments in the group of patients studied, were similar to samples of different cultures described in literature. There was also a frequent history of exposure to traumatic risk factors during childhood and adolescence, especially emotional, physical and sexual abuse.

Key words: borderline personality disorder, south-Brazilian sample, comorbidity, severity, treatment patterns, childhood physical and sexual abuse, neglect.

INTRODUÇÃO

Desde sua introdução na literatura psiquiátrica e psicanalítica, o conceito de “*borderline*” permaneceu cercado por inúmeras controvérsias (Akiskal, 1994; 2004; Akiskal et al., 1985; Gunderson and Elliot, 1985; Gunderson and Phillips, 1991; Magill, 2004; Skodol et al., 2002). Circulando na literatura europeia especializada desde fins do século XIX (Stone, 1986), a concepção de um paciente *borderline* só começou a realmente ocupar a atenção dos especialistas norte-americanos a partir da década de 1940, quando Stern deu-lhe um *status* formal em um artigo que é hoje um clássico (Stern, 1938). A partir daí, progressivamente, não só o paciente *borderline* – mas todo o campo dos transtornos de personalidade (TP) – tornou-se uma área de pesquisas e publicações predominantemente norte-americana, o que lhe rendeu tanto reconhecimento como críticas (Akiskal, 1994; Tyrer et al., 1991).

Tyrer, foi um dos que enfatizou que o crédito pelo interesse e investigação nesta área “repousava nos ombros de poucos e persistentes colegas americanos, notavelmente Gunderson, Jacobson e Kernberg, pelos seus trabalhos na psicodinâmica das personalidades *borderline* e narcisista”, assim como em um outro dedicado grupo de pesquisadores “envolvidos na definição e descrição mais precisas e confiáveis destes transtornos”, especialmente Frances, Millon, Spitzer e Waldinger (Tyrer et al., 1991, p. 464).

Outros autores não viram nisto uma contribuição para o desenvolvimento da área, mas apenas um problema nosológico equivocado: consideraram ser

borderline “um construto em moda apenas nos Estados Unidos, merecendo pouco respeito na Europa e no mundo em geral” (Akiskal, 1994). Nesta perspectiva, o diagnóstico de TPB serviria “só para continuar dividindo os profissionais da saúde mental entre aqueles que deificam seu suposto estatuto nosológico único”, e outros “que preferem reclassificá-lo dentro de categorias de transtornos psiquiátricos mais familiares, como os afetivos, ansiosos, epileptóides, de dependência química ou sociopatia” (Akiskal, 2004, p. 401).

Entre as várias conseqüências desta concentração de interesses clínicos e de pesquisa norte-americanos, duas são especialmente chamativas. A primeira se refere à quantidade de publicações norte-americanas a respeito. A segunda é a predominância de *populações de pacientes de língua inglesa* na constituição das amostras estudadas¹.

Historicamente, o primeiro estudo com uma amostra clínica (51 pacientes internados) que identificou a “síndrome *borderline*”, realizou-se em 1968 em Chicago, por Grinker e colaboradores (Grinker et al., 1968). Um ano antes, em Nova York, Kernberg publicara o primeiro de uma série de estudos psicodinâmicos sobre as “organizações *borderline* de personalidade”. A partir de 1975, Gunderson e colaboradores (Gunderson, 1984; Gunderson e Singer, 1975; Zanarini et al., 1990), iniciaram seus projetos para delimitar melhor as características descritivas, a estabilidade do diagnóstico e a evolução a longo prazo de pacientes *borderline*. Estes estudos, associados a um influente trabalho de Spitzer et al. (1979), contribuíram para a definição dos critérios operacionais

¹ Embora Dahl (1985) mencione, além dos Estados Unidos, Inglaterra e Escócia, descrições de pacientes *borderline* na Suíça, Alemanha, França, Noruega e Japão, a maioria absoluta das amostras permaneceu sendo de pacientes de língua inglesa. Links, em 1988, embora assinalasse a ausência de amostras canadenses neste campo, a partir daí também elas se multiplicaram.

do “Transtorno de Personalidade *Borderline*” (TPB), mais tarde incorporados nas sucessivas edições dos DSM (1980, 1987, 1994, 2000).

Com a publicação do DSM-III (1980), os estudos de populações *borderline* aumentaram, nos estados Unidos, de apenas dois (em 1975) para dez, em 1980, alcançando rapidamente mais de 100 publicações por ano (Blashfield e Intoccia, 2000, p. 473). Em 1990, contava-se com pelos menos 300 amostras clínicas já estudadas (Gunderson, 1994) e em 2000 pôde se identificar 2.182 estudos sobre o TPB – só superados por 3.876 do Transtorno de Personalidade Anti-Social (Skodol et al., 2002). Parte substancial deles enfocava, com particular atenção, a relação de traumas psíquicos precoces, especialmente físicos e sexuais, na etiopatogenia dos transtornos *borderline* (Herman et al., 1989; Links et al., 1988; Ogata et al., 1990; Paris et al., 1994; Shearer et al., 1990; Westen et al., 1990; Zanarini et al., 1989).

No início da década de 1990, a Organização Mundial da Saúde e o Departamento Americano para Problemas com Álcool, Abuso de Drogas e Saúde Mental desenvolveram um projeto conjunto para avaliar um instrumento que compatibilizasse os critérios do DSM-III-R e da CID-10, na detecção diagnóstica dos Transtornos de Personalidade, em vários países do mundo (Loranger et al., 1991). Estudaram-se 716 pacientes, em 11 países, distribuídos entre os Estados Unidos, Europa, África e Ásia¹. O diagnóstico de TPB variou de 14,5% (com os critérios do DSM-III-R) a 19,4% (com os do CID-10) em todos os países investigados, excetuando a cidade de Nairobi, no Quênia (nenhum diagnóstico de TPB).

¹ Índia, Suíça, Holanda, Inglaterra, Luxemburgo, Alemanha, Quênia, Nova York, Noruega, Japão e Áustria.

O primeiro estudo sobre pacientes *borderline* no oriente foi publicado por Moriya et al. (1993), que identificaram 32 pacientes femininas, em Keyo, no Japão, correspondendo à definição ocidental de *borderline*. Outro estudo concluiu que os pacientes *borderline* japoneses apresentavam psicopatologia basicamente idêntica à dos norte-americanos (Ikuta et al., 1994). Surgiram comunicações da presença de TPB também em amostras clínicas do Canadá (Links, 1988), Nova Zelândia (Mulder, 1991), Noruega (Kjelsberg et al., 1991), Bulgária (Onchev e Ganev, 1996), Egito (Okasha et al., 1996), Rússia (Vetrogradova et al., 1997), Turquia (Senol et al., 1997), França (Chabrol et al., 2001), Suécia (Ekselius et al., 2001) e Austrália (Jackson e Burgess, 2004).

Curiosamente, e até onde vai nosso conhecimento, nenhuma população de pacientes de língua portuguesa (ou espanhola, pelo menos na América Latina¹), foi objeto de investigações mais rigorosas sobre as características clínicas ou os fatores de risco para o Transtorno de Personalidade *Borderline*. Um levantamento na base de dados Lilacs e Medline, no período de 1987-1997 (Schestatsky, 1999), não encontrou nenhum estudo que abordasse amostras de pacientes *borderline*, criteriosamente diagnosticados e usando instrumentos padronizados, envolvendo populações clínicas ou não-clínicas da América Latina. A extensão deste levantamento até 2004 revelou resultados idênticos.

No Brasil, um amplo estudo epidemiológico sobre morbidade psiquiátrica nacional excluiu da investigação toda a categoria dos Transtornos de Personalidade (Almeida Filho et al., 1997). Outros estudos brasileiros que avaliaram prevalência ou morbidade de doenças mentais na comunidade

¹ Há um estudo publicado com pacientes *borderline* de língua espanhola, mas na Espanha (Molina-Ramos et al., 2002)

(Andrade et al., 2002; Lima MS et al., 1996), ou em populações clínicas (Andrade et al., 2004; Almeida et al., 1998; Fleitlich-Bilyk e Goodman, 2004; Lavoisi et al., 2003; Negrão e Cordas, 1996), fizeram o mesmo. Exceção foi o estudo de Rodrigues-Torres e Del Porto (1995), sobre comorbidade do Transtorno Obsessivo-Compulsivo com Transtornos de Personalidade, em São Paulo. No entanto, como em Nairobi, não foi diagnosticado nenhum paciente com TPB nos 40 pacientes estudados.

No que se refere a *fatores de risco*, Kerr-Corrêa, em uma revisão sobre abuso sexual, transtornos mentais e doenças físicas, concluiu que “o assunto era pouco estudado no Brasil e na América Latina” (Kerr-Correa et al., 2000, p. 265), sugerindo que talvez “fosse impossível realizar, no Brasil, um inquérito epidemiológico utilizando questionários com perguntas tão pessoais” (idem, p. 268). Mais recentemente, Grassi-Oliveira e Stein (2004) concluíram um estudo abordando traumas na infância dentro de um modelo de predição de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), na idade adulta, em 93 pacientes da cidade de Porto Alegre, sem referir maiores dificuldades nas respostas aos seus questionários.

Considerando-se que os pacientes *borderline* estão entre os maiores usuários do sistema de saúde mental – é o mais freqüente dos transtornos de personalidade em contextos clínicos, sendo cerca de 10% dos pacientes psiquiátricos ambulatoriais e 20% daqueles internados (Skodol e Oldham, 1991) – chama atenção à ausência de estudos sobre eles no Brasil. Esta ausência é ainda mais notável se observarmos os níveis de incapacitação profissional que ocasionam (Sansone et al., 2003) e a taxa de mortalidade por suicídio que

apresentam¹. Do ponto de vista clínico, sabe-se, também, que sua significativa comorbidade com patologias do Eixo I torna mais complicada a evolução, o tratamento e o prognóstico dos quadros associados (Baer et al., 1992; Gartner et al., 1989; Noyes et al., 1990; Shea et al., 1990; Verheul et al., 1998).

A presente investigação teve como objetivos preencher em parte estas lacunas. Planejou-se um estudo procurando avaliar a exposição a situações traumáticas precoces como fatores de risco para a ocorrência de TPB na idade adulta, em uma *população clínica sul-brasileira*. Concomitante, tentou-se definir o perfil clínico e demográfico destes pacientes, no nosso meio, diagnosticados como tendo Transtorno de Personalidade *Borderline*.

SUJEITOS E MÉTODOS

Delineamento

Desenvolveu-se: 1) um estudo transversal para obter o perfil clínico e demográfico da amostra (N = 26) de pacientes com o diagnóstico de TPB; e 2) um estudo caso-controle pareado (N= 23 pares), tendo como desfecho o diagnóstico de TPB e como fatores de risco a exposição a traumas psicológicos entre as idades de zero e 16 anos (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física, entre outros). As definições dos abusos avaliados foram as seguintes:

¹ Em torno de 10%, que é 50 vezes maior do que na população em geral (Skodol et al., 2002).

a) abuso emocional: comportamentos verbais e não-verbais com o objetivo de ferir, humilhar ou controlar a criança, de intensidade e frequência superiores a eventuais “brincadeiras” (Sansone et al., 1998);

b) abuso físico: punições ou agressões físicas consideradas socialmente inapropriadas na sua intensidade e natureza, que causaram marcas no corpo da criança como hematomas, lesões com solução de continuidade na pele, queimaduras, fraturas ou quaisquer outras lesões que exigiram cuidados médicos (mesmo que estes não tenham sido providenciados) (Weaver e Clum, 1993);

c) abuso sexual: contatos ou interações entre um adulto e uma criança, quando esta foi usada para estimular sexualmente o abusador, ou a outra pessoa que estiver assistindo. O abuso pode também ser cometido por alguém com menos de 18 anos, desde que seja significativamente mais velho que a vítima, ou quando se encontrar em uma posição de poder ou controle em relação à criança (US National Center on Child Abuse and Neglect, 1980);

d) negligência emocional: indisponibilidade parental para interagir efetiva e afetivamente com a criança devido a ausências prolongadas de casa ou a doenças psiquiátricas crônicas e recorrentes, como depressão, alcoolismo, abuso de drogas ou de sedativos (Draijer e Langeland, 1999);

e) negligência física: indisponibilidade parental de prover as necessidades básicas da criança como alimentação, roupas, educação e cuidados de saúde (US National Center on Child Abuse and Neglect, 1980);

Sujeitos

Foram incluídos pacientes com diagnóstico clínico de Transtorno de Personalidade *Borderline*, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 60 anos, internados ou em tratamento ambulatorial em dois hospitais da cidade de Porto Alegre¹ e de um Posto de Saúde da cidade de Novo Hamburgo, no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, durante o período de 2003 e 2004. Os critérios de exclusão foram: 1) inteligência clinicamente abaixo da média, 2) presença de quadros orgânico-cerebrais agudos ou crônicos, 3) diagnóstico *presente* de Esquizofrenia ou de 4) Transtorno Bipolar Tipo I (TAB I).

Os 30 casos diagnosticados foram todos do sexo feminino. Destes, dois foram excluídos por apresentarem diagnóstico clínico atual de TAB I e dois por não confirmarem o diagnóstico de TPB, ficando uma amostra de 26 casos. Os *controles* foram selecionados, aleatoriamente, de listas de funcionários do HCPA e do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, sendo pareados por sexo, idade (± 1 ano), escolaridade e classe sócio-econômica. Do grupo dos controles, três apresentaram SRQ maior que oito (dois com diagnósticos de Depressão Maior e um com Transtorno de Ansiedade Generalizada) e quatro se recusaram a participar do estudo.

A amostra final para a investigação dos fatores de risco ficou composta de 23 pares de casos e controles – na qual se estudou a associação entre o desfecho (TPB) e fatores adversos na infância e adolescência. A amostra com 26 casos foi utilizada para os cálculos não pareados e referentes às características clínicas da mesma. Nenhum dos casos e controles excluídos apresentou diferenças

¹ Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas de Porto Alegre.

significativas, em relação aos dados demográficos, com os que permaneceram no estudo.

Instrumentos

a) **Protocolo** de registro de dados demográficos gerais (idade, cor, estado civil, escolaridade, profissão) e informações sobre história das doenças atual e passada, presença e qualidade de fatores desencadeantes, história e tipo de tratamentos anteriores. O nível sócio-econômico foi definido pela **Escala Para Nível Sócio-Econômico**, da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (www.anep.org.br).

b) **Revised Diagnostic Interview for Borderlines – (DIB-R)** (Zanarini et al., 1989), O DIB-R coleta dados em quatro áreas consideradas importantes para o diagnóstico de TPB (Afeto, Cognição, Padrões de Ação Impulsiva e Relacionamentos Interpessoais). Avaliam-se 97 itens relacionados com o modo como o paciente sentiu, pensou e agiu nos últimos dois anos, baseado nas informações do paciente e complementado por dados de familiares ou prontuários. Utilizou-se sua versão em português, que apresentou confiabilidade adequada (coeficiente de correlação intraclasse = 0.98) (Schestatsky et al., 2003).

c) **Self-Report Questionnaire (SRQ-20)** é um questionário para identificar transtornos psiquiátricos em atenção primária (Harding et al., 1980), tendo sido validado em estudos internacionais e nacionais (Mari e Williams, 1986), com sensibilidade variando de 62.9% a 90% e especificidade de 44% a 95%. Compõe-se de 20 questões do tipo sim/não, quatro sobre sintomas físicos e 16 sobre

sintomas “neuróticos”. O ponto de corte utilizado para a definição de caso foi \geq a 8. Igual ou abaixo de 7 foi considerado um “não-caso”.

d) **MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*)** traduzida para o português (Amorin, 2000), é uma entrevista estruturada breve para classificar doenças psiquiátricas maiores. Estudos de validade e confiabilidade comparando o MINI com o SCID-P (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Diagnoses) e o CIDI (Composite International Interview for CID-10) mostraram que o MINI tem níveis aceitavelmente altos nestes parâmetros (valores kappa entre 0.51 a 0.90), com sensibilidade \geq 0.70 e especificidade e valores preditivos negativos \geq 0.85. Possui, em relação aos outros dois instrumentos, um menor tempo de aplicação (média de $18,7 \pm 16$ min., mediana de 15 minutos) (Sheehan et al., 1998).

e) **Family Experiences Interview – FEI (Entrevista sobre Experiências Familiares)** (Ogata et al., 1990). Entrevista semi-estruturada que coleta informações sobre experiências traumáticas até os 16 anos. Além de abuso sexual e físico e negligência física, inclui também itens como perdas por morte, separação dos pais ou afastamento prolongado dos mesmos, dificuldades na escola, mudanças freqüentes de residência, períodos longos de desemprego dos pais e outros eventos, gerando respostas dicotômicas tipo sim ou não.

Cada evento é avaliado em relação à sua freqüência, gravidade, duração, impacto emocional percebido, idade em que ocorreu e quem perpetrou o abuso. A confiabilidade para todos os itens (kappas ponderados) que sinalizam a *ocorrência* de um evento variou de 0.75 a 1.0. Para os fatores de idade, impacto e gravidade, ficou abaixo de 0.75, embora apenas seis dos 150 itens tenham tido um kappa $< 0,70$.

f) ***Life Stressor Checklist – Revised (LSC-R)*** (**Lista de eventos estressores ao longo da vida – Revisada**) (Wolfe e Kimerling, 1997). Questionário auto-aplicável, de uso para adultos, com 30 itens e duração entre 15 a 30 minutos para ser completado. Introduce questões adicionais sobre eventos condizentes com o desencadeamento de quadro de estresse pós-traumático, como “ter presenciado ou sofrido um acidente grave de automóvel”, “ter estado exposto a desastres naturais, como incêndios ou inundações”, “ter sofrido um aborto”, “ter sido agredido, roubado ou assaltado”.

g) ***Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*** (Bernstein e Fink, 1998; Bernstein et al. 2003). Questionário auto-aplicável, com 28 itens, que mensura abusos e negligências na infância e adolescência. Vinte e cinco questões avaliam abusos emocional (AE), físico (AF) e sexual (AS), assim como negligência emocional (NE) e física (NF). Outros três itens constituem uma subescala de “Minimização/Negação”, que busca controlar as respostas com confiabilidade questionável. Cada uma das cinco subescalas é composta de cinco afirmações que começam com a frase “enquanto eu crescia...”, e são graduadas em uma escala Lickert de cinco pontos, entre extremos “Nunca” e “Sempre”. A escala fornece escores contínuos que variam de 5 a 25 pontos, para cada uma das subescalas (AE, AF, AS, NE, NF) e um escore total (25 a 125) que soma as subescalas dos diferentes abusos.

Ao contrário da FEI, o CTQ não avalia quaisquer outros eventos traumáticos além de abusos e negligência. Por outro lado, gera respostas com escores contínuos e acrescenta a medição de dois construtos que estão pouco precisos na FEI: abuso emocional e negligência emocional.

O CTQ apresenta coeficientes de consistência interna adequados: as subescalas de abuso sexual (alfas de 0.93 a 0.95) e negligência emocional (0.82 a 0.92) são as mais confiáveis. Abuso emocional (alfas de 0.84 a 0.89) e abuso físico (0.81 a 0.86) têm uma confiabilidade aceitável; apenas negligência física (0.63 a 0.78) possui uma consistência interna marginal (Bernstein et al., 1994; Fink et al., 1995). Estudos sobre a validade do CTQ também apresentaram resultados consistentes (Bernstein et al., 1997).

A versão usada foi traduzida e adaptada para português com o nome de *Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI)*, mostrando boa confiabilidade, com um alfa de 0,87 (Grassi-Oliveira et al., 2004; Grassi-Oliveira e Stein, 2004).

Procedimentos

O projeto de pesquisa, assim como os termos de consentimento, foi aprovado pelo Comitê de Ética do HCPA (No. 01-401).

Aceito o convite para participar e explicada a natureza do estudo (assegurando-se atendimento necessário, caso emergissem emoções ou sintomas penosos pelo conteúdo sensível de algumas questões), todos os sujeitos assinaram um termo de consentimento esclarecido.

Os sujeitos foram entrevistados individualmente e o preenchimento dos instrumentos, mesmo os auto-aplicáveis, foi monitorado pelos entrevistadores. Os casos tiveram seus diagnósticos de TPB revisados pela equipe de pesquisadores (médicos psiquiatras, médicos residentes de psiquiatria e psicólogas clínicas), conforme os critérios do DSM-IV, tendo que preencher pelo menos cinco deles. As dúvidas foram discutidas com um dos pesquisadores sênior (SSS), até que se estabelecesse consenso. Todos foram entrevistados com a versão em português

do DIB-R, sendo incluídos apenas os que alcançaram escores igual ou maior a oito. Os casos completaram os instrumentos em uma entrevista com duração de 3 horas.

Os controles foram entrevistados de forma a assegurar não apresentarem nenhum transtorno psiquiátrico sindrômico que pudesse servir de fator de confusão com o desfecho de TPB. Obtiveram escores no DIB-R inferiores a sete (média 1.13 [\pm 1.71]) e nenhum teve escore do SRQ acima de sete (escore médio de 2.8 [\pm 2.7]). Também não preencheram requisitos para os diagnósticos psiquiátricos discriminados pelo MINI (Sheehan et al., 1988), caracterizando os controles como sujeitos *normais*.

Análise estatística

As variáveis quantitativas foram descritas através da média e desvio padrão. Havendo assimetria, obteve-se a mediana e a amplitude interquartil. Nas variáveis categóricas, descreveram-se frequências absolutas e percentuais. Os grupos de casos e controles foram comparados com o Teste t de Student para amostras emparelhadas (variáveis contínuas simétricas) e o Teste t de Wilcoxon (variáveis assimétricas e ordinais de escala pequena). Nas comparações de variáveis dicotômicas entre os grupos, empregou-se o Teste t de McNemar. No caso das comparações dentro do mesmo grupo, envolvendo variáveis categóricas independentes, utilizou-se o Teste de Qui-quadrado de Pearson e o Teste Exato de Fisher, quando indicado. Na mesma situação, sendo as variáveis quantitativas, usaram-se o Teste t de Student (para amostras independentes) e o Teste U de Mann-Whitney nas situações de assimetria. Realizou-se regressão logística e análise multivariada para controlar e avaliar a influência das diferentes variáveis

examinadas. O nível de significância estabelecido para os testes foi de $P = 0.05$ e todos os cálculos foram realizados pela versão Windows para o programa SPSS, edição 12.0 (Norusis, 1986).

RESULTADOS

Características demográficas

Não houve diferenças quanto à idade, cor, escolaridade e classe social entre casos e controles. Os dois grupos também não diferiram em relação ao estado civil (solteiros, casados, separados), número de companheiros, número de separações ou no fato de estar morando sozinho ou não. Embora a renda familiar de casos e controles não evidenciasse diferença, isto ocorreu em relação à renda individual ($p = 0.000$). Dados mais detalhados podem ser vistos na Tabela 1.

Características clínicas

Por serem os controles pessoas saudáveis, não se prestaram para comparações com os casos na maioria dos parâmetros clínicos (exceto no uso regular de nicotina, álcool e outras substâncias psicoativas).

Os pacientes com TPB relataram início precoce dos sintomas (16.8 ± 8.9 anos) e procuraram tratamento em média com $21,7 \pm 8$ anos de idade. A duração dos sintomas atuais foi de 145 ± 171 meses. As primeiras internações ocorreram em torno dos $24,8 \pm 8$ anos e se repetiram com frequência: 88,5% dos pacientes tiveram pelo menos uma hospitalização psiquiátrica ao longo da vida, média de 4.3 ± 3.4 internações. (Tabela 2).

Vinte pacientes (76.9%) referiram fatores desencadeantes para os primeiros sintomas, sentidos como graves (85%) e crônicos (95%), incluindo abuso sexual, violência intrafamiliar, separação dos pais ou gravidez precoce. Dezoito (76.9%) seguiram mencionando desencadeantes para as crises atuais, 70.8% de tipo crônico (conflitos familiares), mas de gravidade considerada moderada (75%), como demissão do emprego, longo período de desemprego ou separação do companheiro.

Constataram-se diferenças no hábito de fumar dos casos e dos controles ($p = 0.021$), assim como no uso de álcool ($p = 0.008$) e de drogas ($p = 0.002$). (Tabela 3).

Psicopatologia

Dos nove critérios do DSM-IV para o diagnóstico de TPB (mínimo de cinco), os casos preencheram em média $6.8 (\pm 1.2)$. Nos 10 pontos no DIB-R (ponto de corte = 8), os casos alcançaram escores médios de 9 ± 0.8 . Sintomas mais observados nos casos foram instabilidade afetiva ($n= 25$; 96.1%), sentimentos crônicos de vazio ($n=24$; 92.3%), reações desesperadas frente a abandonos ($n=22$; 84.6%), crises de raiva intensas e injustificadas ($n=22$; 84.6%), automutilações ($n=22$; 84.6%), comportamentos suicidas ($n=18$; 69.2%), compulsão a condutas autodestrutivas ($n=18$; 69.2%), colapsos transitórios frente estresses ($n=17$; 65.4%), distúrbios de identidade ($n=15$; 57.7%), relacionamentos intensos e instáveis ($n= 14$; 53.8%), episódios psicóticos temporários diante de estresses ($n=14$; 53.8%), afeto lábil ($n=14$; 53.8%) e humor depressivo ou disfórico ($n=14$; 53.8%). A Tabela 4 apresenta a lista completa da frequência dos sintomas encontrada na amostra.

Todos os 26 pacientes (100%) apresentaram pelo menos um sintoma de desregulação dos impulsos e dos afetos, ou de perturbação dos relacionamentos interpessoais, e 65.4% (n=17) tiveram pelo menos um sintoma psicótico transitório.

Sete casos (26.9%) haviam feito tentativa de suicídio recente e 20 (76.9%) apresentavam história de tentativas de suicídio prévias. Risco de suicídio atual foi o motivo principal das internações em 22 (84.6%) dos casos. Também 22 dos casos (84.6%) tinham história de automutilações. Uma das pacientes (3.8%) cometeu suicídio, de forma traumática¹, durante o período de dois anos do estudo, e outra veio a morrer precocemente pela recusa a tratar seu câncer de mama. A mortalidade na amostra, em dois anos, foi de 7.6% (2/26). (Tabela 5).

Abusos e negligências na infância e adolescência

A ocorrência de eventos traumáticos foi avaliada através de respostas dicotômicas (sim/não) da Entrevista sobre Experiências Familiares (FEI), e de modo contínuo pelo Questionário sobre Eventos Traumáticos na Infância (CTQ). Nas análises pareadas dicotômicas (McNemar), encontraram-se diferenças entre casos e controles na exposição a abusos emocionais (82.6% [n=19] dos casos v. 17.4% [n=4] dos controles; $p = 0.000$), a abusos físicos (60.8% [n=14] v. 21.7% [5]; $p = 0.022$), e a abusos sexuais (52.2% [n=12] v. 8.7% [n=2]; $p = 0.006$) antes dos 16 anos.

Medido de forma contínua, pôde-se avaliar o construto “negligência emocional” (não captado adequadamente pela FEI), cuja ocorrência nos casos diferiu dos controles (15.3 ± 3.8 v. 11.4 ± 5.1 ; $p = 0.008$)². As diferenças se

¹A paciente, enquanto em tratamento em hospital-dia, se jogou de um viaduto e sofreu, além da queda violenta, múltiplo atropelamento.

²Dados mais detalhados sobre estes e outros eventos traumáticos serão apresentados em outra comunicação.

mantiveram para abuso emocional (15.5 ± 4.4 v. 8.5 ± 4.8 ; $p = 0.000$), abuso físico (11.9 ± 5.9 v. 8.4 ± 5.5 ; $p = 0.055$) e abuso sexual (10.9 ± 6.7 v. 7.4 ± 5.4 ; $p = 0.043$) (Teste de t para amostras emparelhadas). Houve uma discrepância entre ambas as medições: avaliada de forma dicotômica, não houve diferença na negligência física entre casos e controles (26.9% [$n=6$] v. 17.4% [$n=4$]; $p = 0.754$). O CTQ evidenciou o contrário: 10.4 ± 3.9 v. 7.9 ± 3.6 ; $p = 0.017$.¹ (ver Tabela 6).

A exposição aos abusos e negligências agrupados foi também diferente entre casos e controles nas duas medições: 86.9% ($n=20$) v. 30.4% ($n=4$); $p = 0.000$; o CTQ Total encontrou escores de 62.9 ± 17.9 para os casos versus 43.3 ± 19.5 para os controles ($p = 0.001$).

Abusos e negligências também evidenciaram correlações significativas uns com os outros. Abuso emocional, por exemplo, correlacionou-se com todos os demais, como abuso físico (coeficiente rho de Spearman = 0.710)², abuso sexual (rho = 0.420)³, negligência emocional (rho = 0.449)³ e negligência física (rho = 0.419)³. As correlações todas podem ser vistas na Tabela 14.

Ao se comparar casos e controles em relação a eventos traumáticos em geral (separação dos pais, morte de pessoa próxima, ficar em orfanato, sofrer acidentes graves, presenciar alguém morto, abortar, ter familiar preso – ver lista completa de eventos nos anexos F e I) a que estiveram expostos ao longo da vida, observou-se diferenças em todas as faixas etárias. Os pacientes estiveram mais expostos antes dos 12 anos (3.4 ± 2.9 v. 1.8 ± 2.2) ($p = 0.052$)⁴, dos 13 aos 16

¹ Dados mais detalhados sobre estes e outros eventos traumáticos serão apresentados em outra comunicação.

² Significativo para $p = 0.01$ (bicaudal)

³ Significativo para $p = 0.05$ (bicaudal)

⁴ Embora a significância marginal, considerando-se o N reduzido da amostra considerou-se o valor como significativo.

anos (3.2 ± 1.7 v. 1 ± 1.5) ($p = 0.000$) e após os 17 anos (5.2 ± 3.0 v. 3.8 ± 2.4) ($p = 0.032$). O número total de eventos traumáticos foi também diferente (11.8 ± 4.5 v. 6.4 ± 3.1) ($p = 0.000$). Nenhum dos casos, nem dos controles, deixou de estar exposto a pelo menos um evento traumático ao longo da vida. (Tabela 6).

Nível de incapacitação

No grupo de casos, 69.3% (816/23) estavam desempregados e 13.0% (3/23) estava precocemente aposentado. Entre os desempregados, a média de tempo de inatividade foi de $19 \pm 20,7$ meses. Também o nível de adaptação social, familiar e profissional, medido pelo GAF, evidenciou, como seria de esperar, diferença entre casos e controles: 52.7 ± 12.8 v. 87.9 ± 13.2 ($p= 0.000$) (Tabela 8).

Tratamentos

Vinte e dois pacientes (84.6%) estavam ou estiveram em psicoterapia (predominantemente de apoio), com duração média de 26.3 ± 31.8 meses e frequência de uma vez por semana ($n=19$; 85.7%). Dez (46.2%) abandonaram suas psicoterapias, antes de retornar a elas com outros terapeutas (número médio de psicoterapias por paciente: 2.3 ± 1.4). Ao lado das intervenções psicológicas, 24 (92.3%) estavam também medicados: 20 (84.6%) com antidepressivos, 18 (76.9%) com estabilizadores do humor, 14 (57.7%) com antipsicóticos e 12 (50%) com benzodiazepínicos (Tabela 9).

Comorbidade

Vinte pacientes (76.9%) apresentaram diagnósticos atuais de Depressão Maior e oito (30.8%) de Distímia. Oito (30.8%) tiveram, no passado, diagnóstico de Episódio Hipomaníaco e um (3.8%) de Episódio Maníaco.

Os Transtornos de Ansiedade agrupados foram diagnosticados em dezoito (69.2%) dos casos: dez (38.5%) com Ansiedade Generalizada, oito (30.6%) com Transtorno do Pânico, oito (30.6%) com Transtorno de Estresse Pós-Traumático, sete (26.9%) com Agorafobia, seis (23.1%) com Fobia Social e seis (23.1%) com Transtorno Obsessivo-Compulsivo. O diagnóstico para a vida inteira de Transtornos Alimentares ocorreu em oito casos (30.8%), sendo três (11.5%) de Anorexia Nervosa e cinco (19.2%) de Bulimia. Seis (23.1%) apresentaram diagnósticos atuais de Abuso/Dependência de Álcool/Drogas. Não foi diagnosticado nenhum Transtorno de Personalidade Anti-Social. (Tabelas 10 e 11).

DISCUSSÃO

A amostra de pacientes sul-brasileiros apresentou notáveis semelhanças com pacientes *borderline* de outras populações de TPB estudadas (Akhtar et al., 1986). Isto incluiu características demográficas típicas, como o predomínio de mulheres (100% dos nossos casos): o DSM-IV-TR (APA, 2000), por exemplo, afirma que o TPB é diagnosticado mais em mulheres (75%)¹, baseando-se em uma meta-análise de 75 estudos realizada por Widiger e Trull (1993) e em outros 23 estudos sumarizados por Akhtar (Akhtar et al., 1986). Outros achados frequentes, também presentes em nosso estudo, foram a predominância de cor branca (Akhtar et al., 1986; Gunderson et al., 1975; Oldham et al., 1995; Swartz et

¹ Apesar de repetidas observações clínicas, também reproduzidas na nossa amostra, é preciso assinalar que estudos epidemiológicos em amostras não-clínicas não confirmaram diferenças de gênero na apresentação do TPB, com prevalência semelhante em homens e mulheres. A causa desta discrepância entre amostras clínicas e não clínicas não é clara. O único TP que apareceu consistentemente relacionado a gênero foi o Anti-Social, predominante em homens, e o Histriônico nas mulheres (Torgensen, 2005).

al., 1990; Weaver e Clum, 1993; Zanarini et al., 1997), educação inferior à média e maior prevalência em classes sociais desfavorecidas (Samuels et al., 2002; Torgersen et al., 2001).

Os casos tiveram uma idade mais jovem de início dos sintomas depressivos, ansiosos e comportamentais (16.8 ± 8.9 anos) do que outras populações clínicas descritas¹, mas de acordo com os dados da literatura sobre TPB: Dahl (1985), após revisar vários estudos, concluiu que a idade do início do TPB era entre 18 e 20 anos, dados concordantes com os de outros autores (Links et al., 1988; Zanarini et al., 2001).

Comparando a idade do início dos sintomas entre: a) pacientes deprimidos com TPB (16.3 ± 6.1 anos)², b) pacientes deprimidos com outros Transtornos de Personalidade (21.1 ± 10.2 anos), e c) pacientes deprimidos sem nenhum Transtorno de Personalidade (25.2 ± 11.7 anos), Joyce et al. (2003) verificaram diferenças ($p=0.001$) para o início precoce dos sintomas nos pacientes *borderline* deprimidos. Em amostras não-clínicas também se detectou que os Transtornos de Personalidade do grupo B apresentavam maior prevalência em pessoas jovens (Samuels et al., 2002; Torgersen et al., 2001; Zimmerman e Coryell, 1989)³.

Alguns dos achados demográficos não se enquadraram na expectativa de que o TPB pudesse estar mais fortemente associado a variáveis sócio-culturais (Alarcon, 2005; Millon e Grossman, 2005; Paris, 1996; 1998). Uma destas

¹ A Depressão Maior, sem co-ocorrência com TPB, tem em média início entre 30-40 anos (Blazer, 2000).

² Praticamente igual à média de idade que encontramos.

³ Uma das explicações da prevalência maior em jovens (especialmente dos Transtornos de Personalidade Anti-social e Borderline) seria de que traços característicos, como impulsividade, agressividade e instabilidade afetiva, tendem a estar mais presentes na adolescência e em adultos jovens, diminuindo com a idade (Stevenson et al., 2003), substituídos por traços obsessivos e de introversão (Torgersen, 2005). Samuels e associados estimaram que os Transtornos de Personalidade do grupo B se correlacionavam *inversamente* com a idade, e que as chances de ter algum deles declinava 6% a cada ano em que aumentava a idade da amostra (Samuels et al., 2002).

hipóteses é a de que famílias de estrutura mais tradicional e ampliada, com valores menos individualistas e competitivos, com vários membros vivendo próximos uns dos outros (diferente das famílias nucleares dos países desenvolvidos), fossem capazes de prover maior apoio à necessidade de proximidade dos pacientes *borderline* e de oferecer-lhes maior tolerância para suas condutas impulsivas. Isto contribuiria para diminuir a probabilidade da expressão do transtorno *borderline* em contextos clínicos, ou para que ele ocorresse com características clínicas e demográficas distintas (Paris, 1998; Paris e Zweig-Frank, 1992; Miller, 1996) – o que não se confirmou com os pacientes sul-brasileiros da amostra, pelo menos em relação à raça, gênero, escolaridade, classe social e nem à sua apresentação clínica geral. Por outro lado, *houve* discrepâncias demográficas e clínicas dignas de nota, cuja explicação *poderia* ser diferenças no contexto cultural (norte-americano, europeu, sul-brasileiro) em que o TPB se expressou. A principal delas, do ponto de vista demográfico, *se refere ao estado civil e conjugal*. Numerosos estudos apontaram que pacientes com Transtornos de Personalidade tinham maiores chances: 1) ou de nunca terem casado, ou 2) de estarem mais separados (Modestin e Villiger, 1989; Nestadt et al., 1990; Shea et al., 1987; Swartz et al., 1990; Zimmerman e Coryell, 1989). Por exemplo, em um estudo em Oslo, na Noruega, pacientes com TPB estavam morando mais sozinhos e, com mais frequência, nunca tinham casado ou morado com alguém (Torgersen et al., 2001). Em Iowa, Estados Unidos, Zimmerman e Coryell (1989) encontraram que seus pacientes com TPB, quando casavam, se separavam mais frequentemente que os controles e viviam mais sozinhos no momento da entrevista.

O que se encontrou em Porto Alegre e Novo Hamburgo foi que os pacientes com TPB e seus controles *não diferiram* nem quanto a serem mais ou menos sozinhos, terem estado ou não casados, estarem vivendo ou não com a família ou com companheiro, terem tido mais separações ou maior número de companheiros (Tabela 1). A taxa de 32 % de solteiros foi semelhante nos casos e controles ($p=1.000$) e quase a metade das registradas por Dahl (1985) – 65% dos pacientes com TPB nos estudos que revisou eram solteiros – e inferior aos 54.1% de solteiros de uma amostra canadense (Links et al., 1988).

Apenas uma minoria (13%) dos nossos casos e controles morava sozinha ($p=1.000$), constatação discordante das amostras do hemisfério norte. É possível que a expressão mais espontânea de sentimentos e a presença de normas mais flexíveis na preservação da privacidade, características culturais dos latino-americanos (Alarcón et al., 1999), sejam aspectos importantes para o fato das pacientes sul-brasileiras serem menos sozinhas que suas congêneres européias e norte-americanas. O mesmo vale para a frequência com que, uma vez separadas, as pacientes retornavam e eram aceitas, sem maiores pressões, para morar com suas famílias de origem, ficando menos tempo sozinhas na comunidade.

Restaram questões que merecem melhor investigação no futuro, como a representação ausente do gênero masculino nos casos sul-brasileiros e variações clínicas nos tipos de algumas comorbidades, como a ausência de Transtorno de Personalidade Anti-social na amostra e prevalências muito inferiores de Abuso/Dependência a Álcool e Drogas do que o usualmente descrito na literatura (Fyer et al., 1988; Zanarini et al., 1989; 1998). É possível que a prevalência menor que a esperada de usuários de álcool/drogas entre os casos seja um viés de

amostragem: a maior parte dos casos de Dependência de Álcool/Drogas (e das Personalidades Anti-Sociais, freqüentemente associadas ao abuso de substâncias) trata-se, no HCPA, *em áreas distintas* da sua Unidade de Internação Psiquiátrica, de onde a maior parte dos casos da amostra foi selecionada.

Por outro lado, a presença de altas taxas de sintomas de descontrole afetivo (instabilidade afetiva em 96.1% dos casos), descontrole dos impulsos (automutilações em 84,6% dos casos) e perturbações do relacionamento interpessoal (92,3% de sentimentos crônicos de vazio), aproximou a amostra das descrições clássicas deste transtorno em populações de outras culturas (DSM-IV, 1994; Gunderson, 1975; Zanarini et al., 1990). (Tabela 12).

Isto também foi aparente nos critérios diagnósticos para o TPB: os casos tiveram, em média, 6.8 ± 1.2 deles – 40% a mais que o mínimo de cinco preconizados pelo DSM-IV. No DIB-R, uns dos primeiros e mais conhecidos instrumentos diagnósticos do TPB na literatura internacional, os 26 casos alcançaram escores médios de 9.0 ± 0.8 , semelhantes aos de uma amostra de 33 casos da cidade de Boston (9.2 ± 0.7) e superiores a de 19 pacientes japoneses (8.5 ± 0.6) com quem os norte-americanos foram originalmente comparados (Ikuta et al., 1994). A semelhança dos escores maiores no DIB-R da nossa amostra e da norte-americana deve-se, provavelmente, a que ambas, diferentemente dos pacientes ambulatoriais japoneses, continham casos mais graves, quase todos já hospitalizados e com alta taxa de comorbidade.

A gravidade dos casos também esteve presente no risco de suicídio (84.6%; n=22), nas tentativas de suicídio atuais (26.9%; n=7) e nas já acontecidas (76.9%; n=20), assim como na mortalidade de 7.7% (n=2) ocorrida em um curto período de dois anos de acompanhamento.

Mesmo considerando suicídio apenas um dos casos (e como comportamento autodestrutivo o da paciente que morreu recusando tratamento do seu câncer de mama), a taxa de 3.8% de suicídio, apesar do curto período de follow-up, está ainda dentro do limite do encontrado em outros estudos¹.

Diversos estudos tentaram avaliar fatores que pudessem contribuir para a alta taxa de comportamentos suicidas em pacientes *borderline*, já que a simples e habitual associação com Transtornos do Humor, ou com Abuso de Substâncias, não foi suficiente para explicá-la (Fyer et al., 1988; Sollof et al., 1994). Além disto, pacientes com Depressão Maior co-ocorrendo com TPB apresentaram comportamentos suicidas maiores que aqueles apenas com Depressão Maior, mas sem TPB, independente da gravidade da depressão (Malone et al., 1995).

Estudos da última década encontraram associações significativas entre “suicidalidade”² e automutilações com história de abusos físico e sexual na infância (Brodsky et al., 1995; Soloff et al., 2002), com impulsividade (Brodsky et al., 1997) e instabilidade afetiva (Yen et al., 2004), ou com história de tentativas de suicídio no passado (Brodsky et al., 1997) – todos bastante comuns nos pacientes com TPB. Testamos estas associações e as únicas significativas foram a de “*Risco de Suicídio Atual*” com história de “*Tentativas de Suicídio Prévias*” ($p = 0.001$) e com o “*Escore Total do CTQ*”, que mede a soma de abusos e negligências na infância ($p = 0.007$).

Encontramos significâncias marginais da associação de “*Risco de Suicídio*

¹ Enquanto se descreve 75% de ocorrência de *tentativas de suicídio* na história de pacientes com TPB internados (Gunderson, 1984) – próximo dos 76.9% que encontramos – em relação a suicídios *consumados* as taxas variam de 3% a 10% nas populações clínicas acompanhadas (Brodsky et al., 1997; Fyer et al., 1988; Gunderson, 1984; McGlashan, 1986; Paris et al., 1987; Stone, 1990).

² O termo *suicidalidade* tem sido usado para descrever um dos nove critérios do DSM-IV para episódio depressivo maior e que inclui, juntos, ideação suicida e comportamentos suicidas.

Atual” com “*Abuso Físico*” ($p = 0.057$) e “*Negligência Física*” ($p = 0.057$), e tendências sugestivas para “*Abuso Emocional*” ($p = 0.062$) e “*Abuso Sexual*” ($p = 0.093$)¹. Por outro lado, o fato da *soma* destes abusos (emocional, sexual e físico) e negligências (física e emocional) estar claramente associada ao “Risco de Suicídio” ($p = 0.007$), aliado à observação de que estes diferentes eventos traumáticos estiveram altamente correlacionados uns com os outros na amostra (Tabela 13), permite afirmar *haver, também nos casos estudados, uma associação significativa entre “suicidalidade” e abusos e negligências na infância.*

Uma interpretação alternativa, não excludente, é que com tão alta frequência de comportamentos suicidas nos pacientes com TPB (84.6% de risco de suicídio atual e de automutilações; 76.9% de história prévia de tentativas de suicídio), o *próprio fato de ser um paciente borderline grave seja o preditor mais significativo de sua suicidalidade crônica*, independente de outras variáveis consideradas (Corbitt et al., 1996). Tal hipótese se conforma igualmente com achados de associações positivas entre história de tentativas de suicídio prévias em pacientes com TPB e o *número de comorbidades* que eles apresentavam (Hawton et al., 2003; McHolm et al. 2003).

Ao examinarmos estas associações, *também encontramos diferença significativa entre os casos de TPB com e sem co-morbidade de Eixo I, com “Risco Atual de Suicídio”* ($p = 0.035$) e “*História Passada de Tentativas de Suicídio*” ($p = 0.057$). Estes achados ressaltam o peso e a importância de se levar sempre em consideração a presença, no diagnóstico e tratamento de casos com

¹ Dado o pequeno tamanho da amostra, é preciso considerar a possibilidade do erro Tipo II, de deixar de encontrar associações significativas onde talvez existam. Futuros estudos, com uma amostra maior, talvez evidenciem a significância de cada uma destas associações.

Transtornos do Humor ou de Ansiedade, da comorbidade com TPB – e vice-versa.

A extensa comorbidade dos TPB com outros transtornos do Eixo I (Corruble et al., 1996; Gunderson et al., 2004; Huzdiak et al., 1996; Oldham et al., 1995; Zanarini et al., 1998 a; Zanarini et al., 2004; Zimmermann e Mattia, 1999) e do Eixo II (Links et al., 1998; Nurnberg et al., 1991; Zanarini et al., 1990; 1998b) é uma das características mais marcantes e distintivas dos TPB, encontradas em todos os estudos em que foi investigada.

Embora o diagnóstico de TPB possa existir como diagnóstico único, qualquer amostra de pacientes *que se limite a estes casos*, não pode ser considerada como representativa dos TPB em contextos clínicos (Skodol et al., 2002): casos de TPB *sem comorbidade com Eixo I têm muito menos probabilidade de se apresentarem para avaliação psiquiátrica*. A amostra preencheu também este critério de representatividade de amostras clínicas de TPB – os casos tiveram, em média, 2.11 ± 0.9 diagnósticos de Eixo I co-ocorrendo com seus diagnósticos de TPB ¹.

Stone (1979, 1981) foi o primeiro a sugerir que a principal fronteira dos TPB fosse, ao invés das esquizofrenias, as desordens afetivas. Nas décadas seguintes, acumularam-se evidências de que pelo menos *um* destes limites, talvez o mais freqüente e clinicamente importante, fosse realmente os Transtornos do Humor. Trabalhos iniciais (Akiskal, 1981; Andrulonis, 1982; Baxter, 1984; Frances et al., 1984; McGlashan, 1983; Pope, 1983; Stone, 1981) encontraram freqüências de comorbidade entre TPB e Episódio de Depressão Maior variando de 38% a 66% – comparável, mas um pouco abaixo, à encontrada

¹ Por limitações do MINI, não se examinou a co-morbidade do TPB com transtornos do Eixo II, com exceção do TP Anti-Social.

na amostra sul-brasileira (76.9% de Episódio Depressivo Maior atual e para a vida inteira). Quando, naqueles estudos, se incluiu sintomas psicóticos e considerou-se todo o espectro dos Transtornos de Humor, a prevalência da comorbidade se elevou para 58%-93%, até 75%-100% (Perry, 1985).

A natureza desta co-morbidade dos TPB é ainda fonte de muitas controvérsias (Akiskal, 1985; Gunderson e Eliot, 1985; Gunderson e Phillips, 1991, Hirschfeld e Klerman, 1979; Magill, 2004; Skodol et al., 2002). Alguns a consideram uma “mistificação”: Akiskal e colaboradores (Akiskal, 1996; Akiskal, 2003; Akiskal, 2004; Akiskal et al., 2003a, b; Benazzi e Akiskal, 2001; Judd et al., 2003; Perugi et al., 2003), negam mesmo a existência do TPB como uma entidade nosológica válida. Propõem, ao invés, um “espectro de doenças bipolares”, incluindo patologias tão diversas como o próprio Transtorno de Personalidade *Borderline*, o Transtorno de Personalidade Histriônico, formas atípicas e hostis de depressão, Transtorno do Pânico, Fobia Social, Transtornos Alimentares e o Transtorno de Déficit de Atenção na infância, entre outros.

Por outro lado, a elasticidade cada vez maior do conceito de Transtorno Bipolar tem sido bastante questionada, com o argumento que se corre o risco de diluição do diagnóstico, tornando-o sem sentido do ponto de vista terapêutico e de pesquisa (Baldessarini, 2000; Soares e Gershon, 1999).¹ Assumindo a existência desta comorbidade, ou co-ocorrência, entre TPB e patologias do Eixo I, os mecanismos envolvidos poderiam ser os seguintes: a) os transtornos de eixo I, como a Depressão Maior, podem ser primários e levar ao desenvolvimento de

¹ Por outra parte, tem havido evidências de co-morbidade do próprio TAB com Transtornos de Personalidade (especialmente do grupo B e C), em 40% a 50% dos casos. Como seria de esperar, quando ela ocorre os pacientes bipolares apresentam sintomas agudos de mais difícil controle e sintomas residuais mais graves na fase de remissão (Brieger et al., 2003; George et al., 2003; Swartz et al., 2005).

traços e condutas encontrados nos TPB como complicações secundárias; b) a patologia *borderline* pode ser primária e predispor o desenvolvimento superposto de distúrbios do Eixo I; c) o TPB e algumas doenças do Eixo I podem não ter nenhuma relação entre si, mas porque ocorrem com freqüência nas populações clínicas, tenderiam a co-ocorrer e influenciar-se mutuamente quanto à expressão e curso dos sintomas; e d) TPB e alguns dos transtornos do Eixo I podem compartilhar fatores etiológicos em comum o que aumentaria sua co-ocorrência (Gunderson & Phillips, 1991).

Estudos mais recentes, com instrumentos diagnósticos padronizados, detectaram taxas variáveis, mas sempre presentes, desta comorbidade: Zimmermann e Mattia (1999) encontraram, em 59 pacientes com TPB, 61% de Depressão Maior, 29% de Transtorno do Pânico e 13% de Abuso Alcool/Substâncias. Skodol et al. (1999), em 240 pacientes com TPB, diagnosticaram 31.3% de Depressão Maior, 16% de Distímia e 13.3% de Transtornos Bipolares.

Zanarini et al. (1998a) examinaram a comorbidade do TPB dentro de uma lista mais extensa de patologias do Eixo-I (como também se fez no presente estudo), com análises separadas por gênero (pacientes TPB masculinos [n = 83] e femininos [n = 296]). Alguns dos índices da amostra feminina, da cidade de Boston, foram parecidos com os de Porto Alegre - Novo Hamburgo (Tabela 12) e não deixam de ser ilustrativos, mesmo não sendo possível fazer testes estatísticos para mensurá-los (dado que os tamanhos das amostras, origem e critérios de seleção dos pacientes, instrumentos usados e tipos de controles foram diferentes). As prevalências dos Transtornos do Humor agrupados, nos pacientes *borderline* de Boston e de Porto Alegre - Nova Hamburgo (96.1%

versus 97.6%), de Depressão Maior (76.9% versus 84.8%) e de Distímia (30.8% versus 38.9%) foram bastante parecidos. O estudo de Zanarini teve como critérios de *exclusão* pacientes com TAB-I¹; além disto, não publicou dados sobre a ocorrência de comorbidade com TAB-II. Em nossa amostra, a história passada de episódios maníacos ou hipomaníacos permitiu que presumíssemos diagnósticos de co-morbidade com transtornos bipolares agrupados (tipo I e II) em torno de 34.6%, que são superiores aos relatados em outros estudos: 13.3% encontrados por Skodol e colegas (1999) e 20.6% por Zimmermann e Mattia (1999). O significado destas variações não é óbvio, exceto das diferenças metodológicas existentes entre os estudos.

A pesquisa de Zanarini e associados suscita mais questões interessantes. Uma delas é a prevalência encontrada de 90.5% de Transtornos Ansiosos – próxima dos 96.1% de Transtornos do Humor – e mais freqüentes nos TPB que nos outros Transtornos de Personalidade de Eixo II (58.6%) que serviram de controles. Os autores propõem que *a ansiedade talvez seja um marcador mais discriminante que a depressão nos TPB*, o que, teoricamente, faz sentido – afinal, as descrições clássicas dos pacientes *borderline* feitas por Grinker et al. (1968) e Kernberg (1975), desde o início enfatizaram os sentimentos de ansiedade (de aniquilação, de fusão, de separação) e as fobias (monitoramento ambivalente das distâncias de aproximação e afastamento), como afetos centrais da síndrome *borderline*.

Achamos uma prevalência de 69.2% (n=18) de Transtornos Ansiosos, distante dos 90.5% da amostra norte-americana. Faltou-nos, no entanto, medir as Fobias Simples, que o MINI não avalia. Se as Fobias Simples forem retiradas dos

¹ Adotamos como critério de exclusão o diagnóstico de TAB I apenas quando ele fosse atual.

cálculos da amostra de Zanarini et al., a prevalência dos transtornos ansiosos, na sua amostra, cairia para 60.13%, mais próxima da que encontramos.

Outra questão importante é a prevalência da comorbidade do TPB com o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT): no estudo de Zanarini e colegas, apesar de inusitadamente alta (61%), praticamente o dobro da registrada por Hudziak e associados (1996) de 28%¹, e dos 30.8% do nosso estudo, as três são substancialmente menores que 100%. Isto contraria a hipótese de que o TPB, como entidade nosológica, seja melhor conceitualizado como uma forma crônica e complexa de TEPT (Herman & Van der Kolk, 1987).

O máximo que se pode dizer, com os dados disponíveis, é que as situações traumáticas infantis podem ter uma associação significativa com a psicopatologia *borderline* adulta e que, considerando-se os *borderline* como um grupo heterogêneo de pacientes (Grinker et al., 1968; Stone, 1990), é possível que *um dos seus subgrupos* tenha uma interface próxima com o TEPT. Se assim fosse, talvez se pudesse mover este subgrupo do lugar de um Transtorno de Personalidade do Eixo II, para o Eixo I, isto é, de um desenvolvimento anômalo da personalidade para uma forma modificada e crônica de um Transtorno de Ansiedade (Gunderson e Sabo, 1993).

Por outro lado, mesmo que TPB e TEPT não se confundam, nem por isto se reduz a importância da associação dos traumas na infância com o Transtorno de Personalidade *Borderline*, um tema vigorosamente pesquisado nos últimos 25 anos (Herman e van der Kolk 1987), principalmente sobre o papel dos abusos

¹ Zanarini et al. (1998) justificam sua discrepância com os dados de Hudziak et al. (1996), sugerindo que estes ao usarem um ponto de corte de 7 no DIB-R (ao invés de 8), teriam admitido mais pacientes com *traços borderline* do que com a *síndrome borderline* plena, explicando assim a menor prevalência de TEPT na amostra. A explicação não se aplica, no entanto, em relação à nossa amostra (com índices semelhantes aos de Hudziak), onde se usou o escore de 8, no DIB-R, para diagnosticar os casos.

físicos e sexuais no desenvolvimento psicopatológico da personalidade (Herman et al., 1989; Link et al., 1988; Ogata et al., 1990; Paris e Zweig-Frank, 1992; Paris et al., 1994; Salzman et al., 1993; Shearer et al., 1990; Westen et al., 1990; Zanarini et al., 1989).

Mesmo não sendo possível comparar, metodologicamente falando, estes estudos pioneiros com o nosso pode-se observar em todos a presença de altas taxas de abuso físico e sexual na infância dos pacientes com TPB, sempre superiores às esperadas na população normal (Tabela 9). Os *abusos físicos* variaram de 25%¹ (Shearer et al., 1990) a 73% (Paris et al., 1994) – sendo os 60.8% encontrados em Porto Alegre e Novo Hamburgo mais próximos do limite superior.

A prevalência de *abuso sexual* variou de 40% (Shearer et al., 1990) a 71% (Ogata et al., 1990; Paris et al., 1994), tendo os 52.2% da amostra brasileira ficado entre os dois. Ao se discriminar a identidade do abusador, os abusos intrafamiliares tiveram, na nossa amostra, a maior prevalência das relatadas – 46.2% (6/13) das pacientes foram abusadas pelo pai, ou padrasto, com menos de 16 anos de idade (Quadro 3).

Quanto aos abusos e negligências emocionais na infância, estes são eventos traumáticos dos mais pesquisados nos últimos anos, mostrando-se igualmente importantes e associados de maneira significativa com diversas psicopatologias na idade adulta (Spertus et al., 2003). A força desta associação no desencadeamento de Transtornos de Personalidade em geral, e do TPB em particular, foi mostrada tanto em estudos retrospectivos, com populações clínicas (Laporte et al., 1996; Oldham et al., 1996; Weaver et al., 1993), quanto em

¹ Salzman et al (1993) relatou taxas menores, de 10% para abuso físico e 16% para abuso sexual, mas seus casos eram “voluntários com sintomas” e não pacientes com TPB hospitalizados ou de ambulatório.

estudos prospectivos, com amostras da comunidade (Johnson et al., 1999; 2001; Mulden et al., 1996).

Os achados de significância do abuso e negligência emocionais na nossa amostra se incluem, e confirmam, a importância desta nova abordagem na pesquisa de antecedentes traumáticos na infância de pacientes com TPB. Em todos os estudos citados, os abusos foram significativamente maiores nos pacientes com TPB que nos seus grupos controles (em geral de pacientes deprimidos ou com outros transtornos de personalidade). Apesar do tamanho pequeno, a nossa é uma das poucas *estritamente emparelhadas* a examinar, em pacientes com transtorno *borderline*, estas diferenças de prevalência de abusos e negligências na infância. E é a segunda, até onde sabemos, a usar *controles saudáveis* na comparação – a primeira foi recentemente publicada na Alemanha (Bandelow et al. 2005). As diferenças significativas verificadas entre diferentes formas de *abusos e negligências* sofridos pelos casos em relação aos controles, acrescentam mais uma evidência de estarmos lidando com uma população clínica de pacientes *borderline* semelhante às dos seus congêneres ao redor do mundo.

Também é importante mencionar, como evidência da gravidade da amostra estudada, o *grau de incapacitação pessoal e profissional que apresentavam*.¹ Muitos estudos documentaram que pacientes com Transtorno de Personalidade tinham maiores taxas de desemprego, mudanças mais freqüentes de emprego e períodos maiores de incapacitação (Modestin e Villiger, 1989; Nakao et al., 1992; Paris et al., 1987; Swartz et al., 1990; Zimmerman e Coryell, 1989). Também se

¹ O que não deixou de ser esperado: o próprio conceito de *transtorno de personalidade* (diferente de *estilos normais de personalidade*) implica que o diagnóstico de Transtorno de Personalidade deva ser feito apenas quando os traços de personalidade forem suficientemente rígidos e desadaptados a ponto de levar, ou a um sofrimento subjetivo, ou a uma *incapacitação social, ocupacional e familiar*, clinicamente significativos (DSM-IV, 1994).

associou aos Transtornos de Personalidade do grupo B uma idade mais jovem de início de incapacitação profissional (Ekselius et al., 1996) e, especificamente para o TPB, maior fracasso de retorno ao trabalho (Burton et al., 1997). Nas medidas de funcionamento global, comprovou-se, nos Transtornos de Personalidade, um grau significativo de incapacitação funcional (Johnson et al., 1996; Mehlum et al., 1991; Nurnberg et al., 1989; Paris et al., 1987; Skodol et al., 2002).

Nossa amostra *ratifica todos estes achados*. Os casos apresentaram acentuadas taxas de desemprego (69.3%), tempo longo de incapacitação profissional (19 ± 20.7 meses) e aposentadorias precoces (11.5%). Além disto, o escore do desempenho global medido pelo GAF foi semelhante aos de outros estudos (Barasch et al., 1985; Frances et al., 1984; Nurnberg et al., 1989; Skodol et al., 2002). Skodol et al. (2002), por exemplo, encontrou em amostra de 175 pacientes *borderline* um GAF = 54.3 ± 9.3 . O GAF da amostra sul-brasileira, mesmo em condições sociais e econômicas tão diferentes das dos Estados Unidos, foi surpreendentemente semelhante: 52.7 ± 12.8 (e diferente [$p = 0.000$] do GAF = 87.9 ± 13.2 dos seus controles normais) (Tabela 7).

Outros trabalhos não computaram as diferenças entre a renda das famílias de origem e a renda obtida pelos pacientes. Na nossa amostra, tanto casos como controles pertenciam a famílias de origem cujas rendas não diferiram ($p = 0.444$): R\$ 2.159,00 \pm 2.885,00 (mediana = 1.240,00) v. R\$ 1.719,00 \pm 1.411,00 (mediana = 1.240,00). Mas não só a renda individual entre casos e controles foi diferente ($p = 0.000$): outro dado chamativo foi a trajetória econômica que os dois grupos tiveram no decorrer da vida. Enquanto a renda individual dos controles normais (R\$ 933,00 \pm 699,00; mediana = 700,00) tendeu a ficar mais próxima da renda da

família de origem (56,4% daquela)¹, a dos casos (R\$ 253,00 ± 265,00; mediana = 220,00) evidenciou um franco declínio em relação à renda familiar de origem (22% da mesma).

Este padrão de deterioração econômica dos casos tem semelhança com a chamada “drift hypothesis”², originalmente identificado nas *doenças mentais mais graves*, como as esquizofrenias, que com seu início precoce, cronicidade, internações psiquiátricas freqüentes e substancial comprometimento cognitivo, reduzem de forma significativa as chances de avanços sócio-econômicos dos pacientes acometidos (Kessler, 2000). Em relação à esquizofrenia, portanto, excetuando o grave e progressivo comprometimento cognitivo, os TPB da amostra se assemelharam no início precoce, cronicidade, recorrência, internações freqüentes – e deterioração global e econômico-social importantes, o que reforça, uma vez mais, a gravidade deste transtorno de personalidade.

Outro achado universal sobre os TPB é o alto uso que fazem dos sistemas de saúde, desproporcional à sua baixa prevalência (de 0.7 a 1.0%) na comunidade (Kessler et al., 1994; Swartz et al., 1990; Torgersen et al., 2001). Achados anteriores documentaram que pacientes com TPB relatam mais internações psiquiátricas, maior uso de psicoterapia em ambulatório, mais visitas a serviços de emergência – e pior implementação dos planos terapêuticos estabelecidos, quando comparados com outros Transtornos de Personalidade ou com diagnósticos do Eixo I (Clarke et al., 1995; Skodol et al., 1983).

¹ Percentuais calculados a partir das medianas devido a grande variabilidade das médias.

² “Drift” significa ficar à deriva, ser levado pela correnteza, mover-se passivamente e sem direção (Houaiss, 1992). A hipótese sugere que, incapacitados em enfrentar o fluxo dos eventos de vida, os pacientes vão progressivamente, descendo nas suas condições sociais e econômicas, quando comparados às famílias de origem.

Bender et al. (2001) encontraram, comparando com pacientes com Depressão Maior, que os TPB tinham uma chance muito maior de terem recebido qualquer tipo de tratamento psicossocial¹ (psicoterapia individual, em grupo, de família, de casal, hospital-dia, internação psiquiátrica e pensões protegidas) que os pacientes deprimidos (as razões de chance variaram de 1.89 [para terapia de casais/família] a 4.95 [para hospitalização]). Quanto à medicação, os TPB tiveram duas vezes mais chances de terem usado antidepressivos e ansiolíticos, seis vezes mais a de terem usado estabilizadores do humor e 10 vezes mais a de terem usado antipsicóticos, do que pacientes com Depressão Maior e sem TPB (Bender et al., 2001).

Encontramos dados semelhantes, tanto na freqüência das internações psiquiátricas como na utilização de psicoterapias individuais (Tabela 8).

Em relação às psicoterapias observaram-se abandonos freqüentes dos tratamentos psicoterápicos. Esta é uma ocorrência comum nos TPB (Waldinger e Gunderson, 1984). Gunderson et al. (1989) acompanharam, por 6 meses, 36 pacientes com TPB em psicoterapia e verificaram que 60% haviam interrompido. Perry et al. (1999) calcularam uma média de interrupções de psicoterapias de $21.8\% \pm 14.7\%$ nos pacientes com TPB, em 14 estudos avaliados. Os dados são comparáveis com os 40% de abandonos encontrados em pacientes deprimidos, com Transtornos de Personalidade do grupo B, no Estudo Colaborativo para Depressão do NIMH (Shea et al., 1990). Nossa amostra apresentou história de tratamentos psicoterápicos interrompidos em 46.2% dos casos (10/26), com uma média de 2.3 ± 1.4 psicoterapias por paciente.

¹ Com a exceção, apenas, dos grupos de auto-ajuda.

O uso de medicação (antidepressivos, estabilizadores do humor, antipsicóticos, ansiolíticos) foi extremamente alto na amostra sul-brasileira, superior ao da amostra norte-americana de Bender et al. (2001) (Ver tabela). Uma das explicações plausíveis é que nossa amostra tenha usado mais medicação por serem mais gravemente doente (pacientes mais hospitalizados, com maior suicidalidade, mais sintomas psicóticos, mais história de episódios hipomaníacos no passado), enquanto que a amostra dos casos norte-americanos foi constituída através de anúncios na mídia, contendo sujeitos que não estavam em tratamento, e muitos ainda em processo de avaliação quando foram selecionados para o estudo.

Quando se olha para a frequência da concomitância de tratamentos psicológicos e medicamentosos da nossa amostra, pode-se afirmar que o fato dos pacientes terem tido um diagnóstico de TPB, não os impediu, ao contrário da suposição de Akiskal (2004), que *por causa deste diagnóstico* tenham deixado de se beneficiar dos tratamentos farmacológicos necessários.

Finalizando, consideramos que as características demográficas, de gravidade clínica, espectro psicopatológico, co-morbidade, grau de incapacitação e alto padrão de uso de tratamentos médicos e psicológicos do grupo de pacientes que estudamos, além da prevalência de antecedentes de abusos físico e sexual na infância – nos permitem concluir que também existem pacientes com Transtornos de Personalidade *Borderline* no sul do Brazil. E que estes se assemelham, em vários aspectos, com os pacientes *borderline* descritos nos Estados Unidos, Canadá, Europa, Japão e Austrália. Pode-se, da mesma forma, considerar que tal achado seja mais uma contribuição para a validação transcultural do Transtorno de Personalidade *Borderline* como categoria nosográfica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akiskal HS. Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the “borderline” realm. *Psychiatry Clin North Am* 1981; 4: 25-46.
2. _____. Demystifying borderline personality: Critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 401-407.
3. _____. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders – beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharm* 1996; 16 Suppl: 4S-14S.
4. _____. The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89 Suppl 379: 32-37.
5. _____. Validating “hard” and “soft” phenotypes within the bipolar spectrum: continuity or discontinuity. *J Affect Disord* 2003; 73: 1-5.
6. Akhtar S, Byrne JP, Doghramji K. The demographic profile of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 1986; 47: 196-198.
7. Akiskal HS, Chen SE, Davis GC, Puzantian VR, Kashgarian M, Bolinger JM. Borderline: an adjective in search of a noun. *J Clin Psychiatry* 1985; 46: 41-48.
8. Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF, Sechter D, Bourgeois ML, Azorin JM, et al. Validating antidepressant-associated hypomania (bipolar III): a systematic comparison with spontaneous hypomania (bipolar II). *J Affect Disord* 2003b; 73: 65-74.
9. Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF. Bipolar II with and without cyclothymic temperament: “dark” and “sunny” expressions of soft bipolarity. *J Affect Disord* 2003a; 73: 49-57.
10. Alarcón RD, Westermeyer J, Foulks E, Ruiz P. Clinical relevance of contemporary cultural psychiatry. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187(8): 465-471.
11. Alarcón RD. Cross cultural issues. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editors. *Textbook of Personality Disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2005. P. 561-578.
12. Almeida OP, Forlenza OV, Costa Lima NK, Bigliani V, Arcuri SM, Gentile M, et al. Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting – report from a survey in São Paulo, Brazil. *Int J Ger Psychiatry* 1998; 12(7): 728-736.
13. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997 Dec; 171: 524-529.

14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-III). 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 1980.
15. _____. Revised (DSM-III-R). 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 1987.
16. _____. (DSM-IV). 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.
17. _____. Text Revision (DSM-IV-TR). 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
18. Amorin P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para transtornos mentais. Rev Bras Psiquiatr 2000; 22: 106-115.
19. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002; 37(7): 316-325.
20. Andrade RC, Silva VA, Assumpção Jr FB. Preliminary data on the prevalence of psychiatric disorders in Brazilian male and female juvenile delinquents. Braz J Med Biol Research 2004; 37: 1155-1160.
21. Andrulonis PA, Glueck BC, Stroebel CF, Vogel NC. Borderline personalities subcategories. J Nerv Ment Dis 1982; 170 (11): 670-679.
22. Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado. Escala para nível sócio-econômico. Site: <http://www.anep.org.br>; 1975.
23. Baer L, Jenike MA, Black DW, Treece C, Rosenfeld R, Greist J. Effect of axis II diagnoses on treatment outcome with clomipramine in 55 patients with obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 862-866.
24. Baldessarini RJ. A plea for the integrity of the bipolar concept. Bipolar Disorders 2000; 2: 3-7.
25. Bandelow B, Krause J, Wedekind D, Brooks A, Hajak G, Rütger E. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. Psychiatry Research 2005; 134: 169-179.
26. Barasch A, Frances A, Hurt S, Clarkin J., Cohen S. The stability and distinctness of borderline personality disorder. Am J Psychiatry 1985; 142: 1484-1486.
27. Baxter L, Edell W, Gerner R, Fairbanks L, Gwirtsman H. Dexamethasone suppression test and axis I diagnoses of inpatients with DSM-III borderline personality disorder. J Clin Psychiatry 1984; 45: 150-153.

28. Benazzi F, Akiskal HS. Refining the evaluation of bipolar II: Beyond the strict SCID-CV guidelines for hypomania. *J Affect Disord* 2003; 73: 33-38.
29. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dick IR, McGlashan TH, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (2): 295-302.
30. Bernstein DL, Fink L. Childhood trauma questionnaire: a retrospective self-report – manual. USA: The Psychological Corporation; 1998.
31. Bernstein DP, Handelsman L, Foote J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994; 151(8): 1132-1136.
32. Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *J American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997; 36 (3): 340-348.
33. Bernstein DP, Stein AJ, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect* 2003; 27: 169-190.
34. Blashfield RK, Intoccia V. Growth of the literature on the topic of personality disorders. *Am J Psychiatry* 2000; 157(3): 472-473.
35. Blazer DG. Mood disorders: epidemiology. In: Sadock B & Sadock V, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. P. 1298-1308.
36. Brieger P, Ehrt U, Marneros A. Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Compr Psychiatry* 2003; 44(1): 28-34.
37. Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ. Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1715-1719.
38. Brodsky BS, Cloitre M, Dulit RA. Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152(12): 1788-1995.
39. Burton K, Polatin PB, Gatchel RJ. Psychosocial factors and the rehabilitation of patients with chronic work-related upper extremity disorders. *J Occup Rehabil* 1997; 7: 139-153.
40. Chabrol H, Chouicha K, Montovany A, Callahan S. Symptoms of DSM-IV borderline personality disorder in a nonclinical population of adolescents: study of a series of 35 patients. *Encephale* 2001; 27(2): 120-127.
41. Clarke M, Hafner RJ, Holme G. Borderline personality disorder: a challenge for mental health services. *Aust NZ J Psychiatry* 1995; 29: 409-414.

42. Corbitt EM, Malone KM, Haas GL, Mann JJ. Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders. *J Affect Disord* 1996; 39: 61-72.
43. Cornell DG, Silk KR, Ludolph PS, Lohr NE. Test-retest reliability of the diagnostic interview for borderlines. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 1307-1310.
44. Corruble D, Ginestet D, Guelfi JD. Comorbidity of personality disorders and unipolar depression: a review. *J Affect Disord* 1996; 37: 157-170.
45. Dahl AA. Borderline disorders: The validity of the diagnosis concept. *Psychiatr Dev* 1985; 2: 109-152.
46. Draijer N, Langeland W. Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1999; 156(3): 379-385.
47. Ekselius L, Eriksson M, von Knorring L, Linder J. Personality disorders and major depression in patients with somatoform pain disorders and medical illnesses in relation to age of work disability. *Eur J Psychiatry* 1996; 10: 35-43.
48. Ekselius L, Tilffors M, Furmark T, Fredrikson M. Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences* 2001; 30(2): 311-320.
49. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(6): 727-734.
50. Fink L, Bernstein DP, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M. Initial reliability of the Childhood Trauma Interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1329-1335.
51. _____. Initial reliability and validity of the Childhood Trauma Interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *Am J Psychiatr* 1995; 152 (9): 1329-1335.
52. Frances A, Clarkin JF, Gilmore M, Hurt SW, Brown R. Reliability of criteria for borderline personality disorder: a comparison of DSM-III and the diagnostic interview for borderlines. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 1080-1084.
53. Fyer FR, Frances AJ, Sullivan T, Hurt SW, Clarkin J. Suicide attempts in patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 737-739.
54. Gartner AF, Marcus RN, Halmi K, Loranger AW. DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1585-1591.

55. George EL, Miklowitz DJ, Richards JA, Simoneau TL, Taylor DO. The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disord* 2003; 5(2): 115-122.
56. Grassi-Oliveira R, Pezzi JC, Stein LM. Versão brasileira do childhood trauma questionnaire (CTQ). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. No prelo.
57. Grassi-Oliveira R, Stein LM. História de abuso e negligência na infância em um modelo de predição para o transtorno de estresse pós-traumático e distúrbios psiquiátricos menores no adulto (Dissertação de Mestrado: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS). Porto Alegre (RS); 2004.
58. Grinker R, Werble B, Drye RC. The Grinker Study (1968). In: Stone MH, editor. *Essential papers on borderline disorders*. New York: New York University Press; 1986. P. 320-356.
59. Gunderson JG. *Borderline personality disorder*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1984.
60. Gunderson JG, Carpenter WT, Strauss JS. Borderline and schizophrenic patients: a comparative study. *Am J Psychiatry* 1975; 132: 1257-1264.
61. Gunderson JG, Elliot GR. The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 277-288.
62. Gunderson JG, Frank AF, Ronningstam EF, Wachter S, Lynch J. Early discontinuation of borderline patients from psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177(1): 38-42.
63. Gunderson JG, Kolb JE, Austin V. The diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry* 1981; 138: 896-903.
64. Gunderson JG, Morey LC, Stout RL, Skodol AE, Shea T, McGlashan TH, et al. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(8): 1049-1056.
65. Gunderson JG, Phillips KA. A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 967-975.
66. Gunderson JG, Singer M. Defining borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry* 1975; 132: 1-10.
67. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L. Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980; 10: 231-242.
68. Hawton K, Houston, BA, Haw C, Townsend E, Harriss L. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *Am J Psychiatry* 2003; 160(8): 1494-1500.

69. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 490-495.
70. Herman JL, van der Kolk BA. Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In: van der Kolk BA, editor. *Psychological Trauma*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1987. P. 111-126.
71. Hirschfeld RMA, Klerman GL. Personality attributes and affective disorders. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 67-70.
72. Houaiss A. *Mini-Webster: Dicionário Inglês-Português*. Rio de Janeiro: Record; 1992.
73. Hudziak JJ, Boffeli TJ, Kriesman JJ, Battaglia MM, Stanger C, Guze SB. Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse disorders. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1596-1606.
74. Ilardi SS, Craighead WE, Evans DD. Modeling relapse in unipolar depression: the effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *J Clin Consul Psychol* 1997; 65: 381-391.
75. Ikuta N, Zanarini MC, Minakawa K, Miyake Y, Moriya N, Nishizono-Maher A. Comparison of American and Japanese outpatients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1994; 35(5): 382-385.
76. Jackson HJ, Burgess PM. Personality disorders in the community: results from the Australian national survey of mental health and well-being (Part III). Relationships between specific type of personality disorder, axis I mental disorders and physical conditions with disability and health consultations. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(1): 765-776.
77. Johnson JG, Cohen P, Smailes E, Skodol AE, Brown J, Oldham JM. Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. *Compr Psychiatry* 2001; 42(1): 16-23.
78. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes E, Bernstein D. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders in early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(7):600-606.
79. Johnson DM, Shea MT, Yen S, Battle CL, Zlotnik C, Sanislow CA, et al. Gender differences in borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Compr Psychiatry* 2003; 44(4): 284-292.
80. Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, McKenzie JM, Sullivan PF, Cloninger RC. Borderline personality disorder in major depression: symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6-month outcome. *Compr Psychiatry* 2003; 44(1): 35-43.

81. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Maser J, Rice JA, et al. The comparative clinical phenotype and long term longitudinal episode course of bipolar I and II: a clinical spectrum or distinct disorders. *J Affect Disord* 2003; 73(1-2): 19-32.
82. Kernberg OF. Borderline personality organization (1967). In: Stone MH, editor. *Essential papers on borderline disorders*. New York: New York University Press; 1986. P. 279-319.
83. Kernberg OF. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson; 1975.
84. Kerr-Corrêa F, Tarelho LG, Crepaldi AL, Camiza LD, Villanassi R. Abuso sexual, transtornos mentais e doenças físicas. *Rev Psiq Clínica* 2000; 27(5): 257-271.
85. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the U.S.: results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-20.
86. Kessler RC. Sociology and psychiatry. In: Sadock B, Sadock V, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. P. 476-484.
87. Kjelsberg E, Eikeseth PH, Dahl AA. Suicide in borderline patients – predictive factors. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84(3): 283-287.
88. Laporte L, Guttman H. Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders. *J Personal Disord* 1996; 10:247-259.
89. Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med* 1996; 26(2); 211-222.
90. Links PS, Heslegrave R, van Reekum R. Prospective follow-up study of borderline personality disorder: prognosis, prediction of outcome, and axis II comorbidity. *Can J Psychiatry* 1998; 43(4): 265-270.
91. Links PS, Steiner M, Offord DR, and Eppel A. Characteristics of borderline personality disorder: a Canadian study. *Can J Psychiatry* 1988; 33: 336-340.
92. Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM. The international personality disorder examination. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(3): 215-224.
93. Lovisi GM, Mann AH, Coutinho E, Morgado AF. Mental illness in an adult sample admitted to public hostels in the Rio de Janeiro metropolitan area, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38(9): 493-498.

94. Magill CA. The boundary between borderline personality disorder and bipolar disorder: current concepts and challenges. *Can J Psychiatry* 2004; 49(8): 551-556.
95. Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ. Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Disord* 1995; 34: 173-185.
96. Mari J, Williams PA. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 23-26.
97. McGlashan T. The borderline syndrome. II. Is it a variant of schizophrenia or affective disorder? *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 1319-1323.
98. McGlashan T. The Chestnut Lodge follow-up study, part III: long term outcome of borderline personalities. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 42: 20-30.
99. McHolm AE, MacMillan HL, Jamieson E. The relationship between physical abuse and suicidality among depressed women: results from a community sample. *Am J Psychiatry* 2003; 160(5): 933-938.
100. Mehlum L, Friis S, Irion T, Johns S, Karterud S, Vaglum S. Personality disorders 2-5 years after treatment: a prospective follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 72-77.
101. Miller SG. Borderline personality disorder in cultural context: commentary on Paris. *Psychiatry* 1996; 59: 193-195.
102. Millon T, Grossman SD. Sociocultural factors. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editors. *Textbook of Personality Disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2005. P. 223-235.
103. Modestin J, Villiger C. Follow-up study on borderline versus non-borderline personality disorders. *Compr Psychiatry* 1989; 30: 236-244.
104. Molina-Ramos R, Perera JLC, Urdaniz AP, Iglesias SS. Factors associated to the diagnoses of borderline personality disorder in psychiatric out-patients. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30(3): 153-159.
105. Moriya N, Miyake Y, Minakawa K, Ikuta N, Nishizono-Maher A. Diagnosis and clinical features of borderline personality disorder in the east and west: a preliminary report. *Compr Psychiatry* 1993; 34(6): 418-423.
106. Mulder RT. Personality disorders in New Zealand hospitals. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84(2): 197-202.
107. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect* 1996; 20(1):7-21.

108. Nakao K, Gunderson JG, Phillips KA, Tanaka N, Yorifuji K, Takaishi J, et al. Functional impairment in personality disorders. *J Personal Disord* 1992; 6: 24-33.
109. Negrao AB, Cordas TA. Clinical characteristics and course of anorexia nervosa in Latin America, a Brazilian sample. *Psychiatry Res* 1996; 62(1): 17-21.
110. Nestadt G, Romanoski AJ, Chahal R, Merchant A, Folstein MF, Gruenberg EM, et al. An epidemiological study of histrionic personality disorder. *Psychol Med* 1990; 20: 413-422.
111. Norusis M. Statistical package for the social sciences (SPSS-X): advanced statistic guide. Chicago: Mc Graw Hill; 1986.
112. Noyes R, Reich J, Christiansen J, Suelzer M, Pfohl B, Coryell WA. Outcome of panic disorder relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 47: 809-818.
113. Nurnberg HG, Raskin M, Levine PE, Pollock S, Prince R, Siegel O. BPD as a negative prognostic factor in anxiety disorders. *J Personal Disord* 1989; 3: 205-216.
114. _____. The comorbidity of borderline personality disorder and other DSM-III-R axis II personality disorders. *Am J Psychiatry* 1991; 148(10): 1371-1377.
115. Ogata SN, Silk KR, Goodrich S, Lohr NE, Westen D, Hill EM. Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1990; 147(8): 1008-1013.
116. Okasha A, Omar AM, Lotaief M, Ghanem A, Okasha T. Comorbidity of axis I and axis II diagnoses in a sample of egyptian patients with neurotic disorders. *Compr Psychiatry* 1996; 37(2): 95-101.
117. Oldham JM, Skodol AE, Gallagher PE, Kroll ME. Relationship of borderline symptoms to histories of abuse and neglect: a pilot study. *Psychiatr Q* 1996; 67:287-295.
118. Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, Hyler SE, Doidge N, Rosnik L, et al. Comorbidity of axis I and axis II disorders. *Am J Psychiatry* 1995; 152(4): 571-578.
119. Onchev G, Ganev K. Borderline personality disorder in Bulgaria: period prevalence, syndrome validity and comorbidity. *European Psychiatry* 1996; 11 Suppl 4: 371S-372S.
120. Paris J. The treatment of borderline personality disorder in light of the research of its long term outcome. *Can J Psychiatry* 1993; 38 1 Suppl: 28S-34S.

121. _____. Cultural factors in the emergence of borderline pathology. *Psychiatry* 1996; 59(2): 185-192.
122. _____. Personality disorders in sociocultural perspectives. *J Personal Disord* 1998; 12(4): 289-301.
123. Paris J, Brown R, Nowlis D. Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Compr Psychiatry* 1987; 28: 530-535.
124. Paris J, Zweig-Frank H. A critical review of the role of childhood sexual abuse in the etiology borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 1992; 37(2): 125-128.
125. Paris J, Zweig-Frank H, Guzder J. Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Compr Psychiatry* 1994a; 35: 301-305.
126. _____. Psychological risk factors for borderline personality disorder in male patients. *J Nerv Ment Dis* 1994b; 182: 375-380.
127. Perugi G, Toni C, Traverso MC, Akiskal HS. The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the borderline-bipolar II connection. *J Affect Disord* 2003; 73: 87-98.
128. Perry JC. Depression in borderline personality disorder: lifetime prevalence at interview and longitudinal course of symptoms. *Am J Psychiatry* 1985; 142(1): 15-21.
129. Perry JC, Banon E, Ianni F. The effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1312-1321.
130. Pope HG, Jonas JM, Hudson JI, Cohen BM, Gunderson JG. The validity of DSM III borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 23-30.
131. Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, et al. The NIMH epidemiologic catchment area program: historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 934-941.
132. Salzman JP, Salzman C, Wolfson AN, Albanese M, Looper J, Ostacher M. Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 254-257.
133. Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ, Clayton P, Brown H, Costa PT, et al. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 536-542.
134. Samuels J, Nestadt G, Bienvenu OJ. Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorders. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 457-462.

135. Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. The self-harm inventory (SHI): development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *J Clin Psychol* 1998; 54(7): 973-983.
136. Sansone RA, Hruschka J, Vasudevan A, Miamisburg O, Miller SN. Disability and borderline personality symptoms. *Psychosomatics* 2003; 44: 442.
137. Schestatsky SS. Quem tem medo do paciente borderline? *Revista Brasileira Psicoterapia* 1999; 1: 117-128.
138. Schestatsky SS, Abreu PB, Ceitlin LH. Confiabilidade da versão brasileira da entrevista diagnóstica revisada para transtorno borderline; 2003. Manuscrito não publicado.
139. Senol S, Dereboy C, Yuksel N. Borderline disorder in Turkey: A 2- to 4-year follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32(2): 109-112.
140. Shea MT, Glass DR, Pilkonis PA. Frequency and implications of personality disorders in a sample of depressed inpatients. *J Personal Disord* 1987; 1: 27-41.
141. Shea MT, Pilkonis PA, Beckham E, Collins JF, Elkin I, Sotsky SM, et al. Personality disorders and treatment outcome in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 711-718.
142. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The mini international neuropsychiatric interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 20: 22-33.
143. Shearer SL, Peters CP, Quaytman MS, Ogden RL. Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories of female borderline inpatients. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 214-216.
144. Skodol AE, Buckley P, Charles E. Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? *J Nerv Ment Dis* 1983; 171: 405-410.
145. Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dick IR, Stout RL, Bender DS, et al. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002a; 159(2): 276-283.
146. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity and personality structure. *Biol Psychiatry* 2002; 51(12): 936-950.
147. Skodol AE, Oldham JM. Assessment and diagnosis of borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiat* 1991; 42(10): 1021-1028.

148. Skodol AE, Stout RL, McGlashan TH, Grilo CM, Gunderson JG, and Shea MT, et al. Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS). *Depress Anxiety* 1999; 10(4): 175-182.
149. Soares JC, Gershon S. The diagnostic boundaries of bipolar disorder (editorial). *Bipolar Disorders* 1999; 1: 1-2.
150. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151(9): 1316-1323.
151. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM. Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *J Personal Disord* 2002; 16(3): 201-214.
152. Spitzer RL, Endicott J, Gibbon M. Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: the development of criteria. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 17-24.
153. Stern A. Psychoanalytic investigation and therapy in borderline group of neuroses. *Psychoanal Q* 1938; 7: 467-489.
154. Stevenson J, Meares R, Comeford A. Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 165-166.
155. Stone MH. The borderline syndrome: evolution of the term, genetic aspects, and prognosis (1977). In: MH Stone, editor. *Essential papers on borderline disorders*. New York: New York University Press; 1986. P. 475-497.
156. _____. Contemporary shift of the borderline concept from a sub schizophrenic disorder to a sub affective disorder. *Psychiatr Clin North Amer* 1979; 2: 577-594.
157. _____. Borderline syndromes: a consideration of subtypes and an overview, directions for research. *Psychiatr Clin North Am* 1981; 4(1): 3-24.
158. _____. *Essential papers on borderline disorders*. New York: New York University Press; 1986. P. 279-319.
159. _____. *The fate of borderline patients*. New York: Guilford Press; 1990.
160. Swartz HA, Pilkonis PA, Frank E, Proietti JM, Scott J. Acute treatment outcomes in patients with bipolar I disorder and co-morbid borderline personality disorder receiving medication and psychotherapy. *Bipolar Disord* 2005; 7(2): 192-197.
161. Swartz M, Blazer D, George L, Winfield I. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Personal Disord* 1990; 4: 257-272.

162. Tyrer P, Casey P, Ferguson B. Personality disorder in perspective. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 463-471.
163. Torgersen S. Epidemiology. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editors. *Textbook of personality disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2005. P. 129-141.
164. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 590-596.
165. Torres AR, Del Porto JA. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and personality disorders. A Brazilian controlled study. *Psychopathology* 1995; 28(6): 322-329.
166. Verheul R, van den Brink W, Hartgers C. Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addict Behav* 1998; 23: 869-882.
167. Vertogradova O, Bannikov G, Konkov S. Personality characteristics in depressive patients. *European Psychiatry* 1997; 12 Suppl 2: 235S.
168. Waldinger R, Gunderson JG. Completed psychotherapies with borderline patients. *Am J Psychother* 1984; 38: 190-202.
169. Weaver TL, Clum GA. Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychology* 1993; 61: 1068-1075.
170. Westen D, Ludolph P, Misle B, Ruffins S, Block J. Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. *Am J Orthopsychiatry* 1990; 60: 55-66.
171. Widiger TA, Trull TJ. Borderline and narcissistic personality disorders. In: Sutker PB, Adams HE, editors. *Comprehensive Handbook of Psychopathology*. 2nd ed. New York: Plenum; 1993. P. 371-394.
172. Wolfe J, Kimerling R. Gender issues in the assessment of posttraumatic stress disorder. In: Wilson J, Keane TM, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press; 1997. P. 192-238.
173. Yen S, Shea MT, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson J, et al. Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2004; 161(7): 1296-1298.
174. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1998a; 155(12): 1733-1739.
175. _____. Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1998b; 39(5): 296-302.

176. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I comorbidity with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time of remission. *Am J Psychiatry* 2004; 161(11): 2108-2114.
177. Zanarini MC, Frankenburg FR, Khera GS, Bleichmar J. Treatment histories of borderline inpatients. *Compr Psychiatry* 2001; 42: 144-150.
178. Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA. Inter-rater and test-retest reliability of the revised diagnostic interview for borderlines. *J Personal Disord* 2002; 16(3): 270-276.
179. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR. The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. *J Personal Disord*, 1989; 3: 10-18.
180. _____. Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 161-67.
181. Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, Schwartz EO, Frankenburg FR. Childhood experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry* 1989; 30: 18-25.
182. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MF. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1101-1106.
183. Zimmerman M, Coryell W. DSM-III personality disorder diagnoses in a non-patient sample. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 682-689.
184. Zimmerman M, Mattia JI. Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1999; 40: 245-252.

ARTIGO 2 – INGLÊS

**ASSOCIATION BETWEEN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER
DIAGNOSIS, PERCEIVED PARENTAL BONDING, AND ABUSE AND
NEGLECT IN CHILDHOOD: A CASE-CONTROL STUDY IN A
SOUTH- BRAZILIAN SAMPLE OF FEMALE PATIENTS**

**ASSOCIATION BETWEEN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER
DIAGNOSIS, PERCEIVED PARENTAL BONDING, AND ABUSE AND
NEGLECT IN CHILDHOOD: A CASE-CONTROL STUDY IN A
SOUTH-BRAZILIAN SAMPLE OF FEMALE PATIENTS**

**Sidnei S. Schestatsky¹, Lúcia H. F. Ceitlin¹, Paulo Belmonte de Abreu¹,
Simone Hauck²**

¹ Associate Professors of the Department of Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), and of the Psychiatry Service of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Brazil.

² Psychiatrist of the Psychiatry Service of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

ABSTRACT

Introduction: Lack of affection, especially when combined with an excess of control/ restriction of autonomy, has been associated with adulthood psychopathology, including borderline personality disorder (BPD). However, there are no studies that investigate this association in a Brazilian population. **Subjects and Method:** Twenty-three patients with BPD diagnosis confirmed through the Revised Diagnostic Interview for Borderlines – (DIB-R), along with their 23 healthy controls, took part in this study. The perceived parental bonding qualities was inferred through the Parental Bonding Instrument (PBI), while the occurrence of psychological trauma between the ages of zero and 16 years-old (emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, emotional neglect and physical neglect), was assessed by the *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*. **Results:** Cases presented less maternal affection and a tendency of more paternal control, besides significantly more “Type Three” mothers and fathers than controls. In addition, there was an association between the occurrence of psychological trauma in childhood and the lack of affection and excess of control as measured by the PBI. **Discussion:** In accordance with the literature, those findings suggest that also in a Portuguese speaking sample the quality of parental bonding are related both to more adjustment difficulties in adulthood, which includes the occurrence of BPD, and to the occurrence of more abuse and neglect in childhood, implying an interaction of early trauma occurrence and parental bonding in psychopathology development.

Key words: parental bonding, lack of affection, excess of control, childhood adversities, resilience.

INTRODUCTION

Importance of parental bonding in childhood for the development of personality has been one of the basic tenets of psychoanalysis since the beginning of the last century (Freud, 1920, 1926, 1931, 1938). At the same time, developmental psychology has kept emphasizing aspects related to *affect* and *control* as the main components of the *quality* of the relationship between the child and their parents or caregivers. John Bowlby's studies (Bowlby 1969; 1973; 1980), in the seventies, have decisively contributed for research in this area, adding empirical data to those theoretical frameworks. Several authors have also pointed to the role of parental bondings as essential to the development of *Borderline Personality Disorder* (BPD) (Adler, 1985; Gunderson, 1984; Links and van Reekum, 1993; Masterson, 1981; Paris and Zweig-Frank, 1993).

Clinical experience revealed that these patients frequently developed markedly dysfunctional relationships with their parents in childhood, the main focus of attention being the caregivers absence of response to the child emotional and physical needs (Adler, 1985). When facing interpersonal stressors in adulthood, and the negative feelings related to them, BPD patients would not have an adequate "buffer" effect from their "internalized good parents" mental representations, which should have been introjected in childhood. They become more vulnerable to be flooded by affects that overcome their control. Lack of parental response, on the other hand, could also lead to great damage in the child's self esteem, with the consequent difficulty of replacing, in the future, the affective absence of parental figures through more adequate substitute

relationships. A trend to reenact the deficient parental bonding would remain, conditioning future choices of objects and reinforcing an excessive sensitivity to feelings of being rejected. With repeated dissolution of interpersonal relationships, and its associated feelings of internal destruction, quite common in BPD patients, their dysphoric sensation could reach unbearable levels as to push them to some desperate form of action, in an attempt to obtain quick relief – e.g., the use of psychoactive substances, self mutilation, or suicide attempts (Gunderson, 1984; Paris and Zweig-Frank, 1992).

Attachment theory (Bowlby, 1969), considers that exists a child inborn behavior of seeking her caregiver, especially when in felt fear and danger situations. This behavior would prevail in the three first years of life, and would reappear in adulthood when the individual is ill, scared, or facing situations of significant change. Current relationships can be influenced positively, or can be completely distorted, by the child experiences with her primitive caregivers, usually her parents. In those first years of life, the introjected relationship pattern would be still subject to major changes, but would very much depend more on parental behavior towards the child than of his “inborn” characteristics (even though these characteristics are important, especially in terms of resilience) (Sroufe, 1985). Once established an early relationship pattern, it tends to last, unless some kind of early therapeutical intervention occurs to change it (Sroufe, 1983) .

Child-parents relationship is influenced by three major aspects: 1) child characteristics, 2) parents' characteristics, and 3) the dynamic relationship between them. Besides child behavior, parental response of being attentive, available, and sensitive to the child needs, and willing to comfort her when she

seeks protection – but without limiting her autonomy – could be crucial in personality development. Parents would be a “safe basis”, resulting, in the child, equivalent feelings of security and competence to explore and relate to the world. When the individual becomes more confident and hopeful, this increases his capacity of facing eventual failures and obstacles, of being more resilient to adverse situations, and more able of helping and being helped (Bowlby, 1977; 1988; 1989; Sroufe, 1983).

One of the ways to assess the attachment quality between the child and her parents is through the pattern of parental behavior, which has been observed and validated in many follow-up studies (Sroufe, 1985). The *Parental Bonding Instrument* (PBI) has been developed exactly to assess the contribution of parents to this attachment system (Parker, Tupling and Brown, 1979) , and has been widely used in last decades. One of its most consistent findings is that the *lack of parental affect*, especially when associated to *affectionless control*, have been associated to many adulthood pathologies such as depression, anxiety, suicide, and personality disorders (Boyce, Hickie and Parker, 1991; Duggan et al., 1998; Enns and Clara, 2002; Favaretto and Torresani, 1997b; Ingram and Ritter, 2000; Mackinnon et al., 1989; Martin and Wait, 1994; Nickell, Waudby and Trull, 2002; Nordahl and Stiles, 1997; Parker, 1979; 1983; Parker et al., 1999; Sato et al., 1998).

Recently, PBI stability was assessed in a twenty-year cohort in a nonclinical population. When controlling for gender, mental and physical health (including mood changes and neuroticism), life style aspects, work, social network, and significant life events (being child birth an independently evaluated variable), PBI

was found a psychometrically robust instrument, stable along time, and minimally influenced by the studied variables – what consolidated it as a useful instrument in resilience and risk factors research (Wilhelm et al., 2005).

PBI has been adapted, validated, and used in diverse cultures without a significant change of its construct (Gomez-Beneyto et al., 1993; Kitamura and Suzuki, 1993b; Qadir et al., 2005). Other studies have demonstrated that emotional factors and mood changes seemed not to interfere in the perception of those attachments, even when the instrument was primarily applied to severely ill populations and re-applied after considerable time lags (Aldana et al., 1998; Lizardi and Klein, 2005).

A theory which considers neglect as a core etiological factor for BPD development would have the advantage of agreeing more comprehensively with clinical reports of these patients; however, as any theory, it would need to gather empirical evidences to justify it. Besides, the role of inborn characteristics of the person and the interaction with other types of trauma would also have to be taking in account, whether by interactional effect, or as a consequence of attachment failures.

There are few studies investigating the association of parental bonding to BPD diagnosis – and none in Portuguese-speaking samples. Other studies have also emphasized the relevance of these bondings in the development of the personality disorders in general, or in comorbidity with other Axis I diagnosis.

Reti et al. evidenced the importance of the quality perception of parental bonding in the development of normal traits of personality (Reti et al., 2002a;

2002b; Rey and Plapp, 1990; Russ, Heim and Westen, 2003). Byrne et al. evaluated aspects related to childhood experiences of fifteen patients with BPD diagnosis, and fourteen patients with schizophrenia (according to the DSM-III), through the blind application of “Childhood Life Events and Family Characteristics Questionnaire”, and the “Parental Bonding Instrument” (Byrne et al., 1990). Compared to patients with schizophrenia, borderline patients reported significantly more sexual and physical abuse, more early separation from their mothers, more parental criminality, more control by the father, and less affect from the mother. Comparing to normal population, BPD patients received significantly less affect and were more overprotected by both parents (Byrne et al., 1990).

A study with panic disorder patients found excess of control as a predictor of comorbidity with a personality disorder, especially BPD (Latas et al. ,2000). Another study, with 108 inpatients with Major Depressive Disorder, has shown that patients with a comorbid personality disorder perceived parents as less affective (Mulder, Joyce and Cloninger, 1994) .

Another a study with 62 patients with BPD diagnosis, and 99 controls (patients without this diagnosis), sampled from a general hospital and a mental health center for college students, found that BPD patients remembered their fathers and mothers as less affective and more controlling, reinforcing the importance of the psychodynamic hypothesis of biparental failure in the development of this pathology (Zweig-Frank and Paris, 1991). As far as we know there are no studies assessing those variables in BPD patients in Portuguese-speaking populations.

SUBJECTS AND METHODS

Study Design

A paired-sample case-control study was conducted, having as outcome the diagnosis of BPD and as risk factors: 1) the quality of perceived attachment with parents in childhood, and 2) the exposure to psychological trauma (emotional, physical, or sexual abuse, emotional, and physical neglect).

Subjects

Patients with a clinical diagnosis of BDP, from both genders, aged between 18 to 60 years old (mean of 33.6 ± 10.6 years old), were recruited from outpatient and/or inpatients services in two hospitals of Porto Alegre¹, and a Community Health Center in Novo Hamburgo, in the State of Rio Grande do Sul, Brazil, during 2003 and 2004. They had their BPD diagnoses confirmed both clinically (DSM-IV criteria) and by the *Revised Diagnostic Interview for Borderlines – (DIB-R)* (score ≥ 8) (Zanarini et al., 1989), Portuguese version (Schestatsky et al., 2003).

Exclusion criteria were under-average clinically estimated intelligence, presence of acute or chronic organic-brain diseases, and current diagnosis of Schizophrenia or Type I Bipolar Disorder. Controls were randomly selected from an employees list of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) and of the Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, paired by sex, age (± 1 year), years of education, and socioeconomic class.

¹ Hospital de Clínicas de Porto Alegre and Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas de Porto Alegre.

The *Self-Report Questionnaire (SRQ-20)* (Harding et al., 1980), in its Brazilian Portuguese version (Mari and Williams, 1986), the DIB-R, and the *MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)* (Sheehan et al., 1998) translated into Portuguese (Amorin, 2000), were used to exclude psychiatric disorders in the control group.

Subjects were individually interviewed and completed all questionnaires, even the self-report ones, assisted by the interviewers. Interviews were carried out in hospital environment by trained researchers used to deal with BPD patients. The research project was approved by the Ethical Committee of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (# 41-041), and all cases and controls agreed to join the study providing a written informed consent.

INSTRUMENTS

a) **Protocol:** Semi-structured interview aiming at obtaining general demographic data (age, race, marital status, years of education, job status), and information about history of current and past diseases, presence and quality of triggering factors, history and type of previous treatments. Socioeconomic level was defined by the **Escala Para Nível Sócio-Econômico**, by the Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (www.anep.org.br).

b) **Revised Diagnostic Interview for Borderlines – (DIB-R):** DIB-R assesses data in four important areas for the diagnosis of BPD (affect, cognition, impulsive action patterns, and interpersonal relations). Ninety-seven items are assessed regarding the way the patient felt, thought and acted in the last two

years, based on information from the patient, and complemented by data from family and chart reviews. (Zanarini et al., 1989). Many studies have evidenced adequate levels of DIB reliability (Cornell et al., 1981; Frances et al., 1984, Gunderson et al., 1981) in the diagnosis of BPD. DIB-R presented a diagnostic efficacy even higher than DIB (Zanarini et al., 1989), and its reliability has been recently confirmed: 0.80 to 0.99 in basis reliability (N=45), 0.87 to 0.97 in test-retest reliability (N=30), and 0.86 to 0.97 in the follow-up reliability (N=48) (Zanarini et al., 2002).

c) **Self Report Questionnaire (SRQ-20)** is a questionnaire to identify psychiatric disorders in primary care (Harding et al., 1980), validated in national and international studies (Mari and Williams, 1986). Its sensitivity ranges from 62.9% to 90%, and the specificity ranges from 44% to 95%. Twenty yes/no questions, 4 questions about physical symptoms, and 16 about “neurotic” disturbances compose it. The cut-off point used for the definition of case was ≥ 8 . Scores equal or lower than 7 were considered “non-case”.

d) **MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)**, translated to Portuguese (Amorin, 2000), is a brief structured interview to classify major psychiatric disorders. Validity and reliability studies comparing MINI and SCID-P (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Diagnoses) and CIDI (Composite International Interview for CID-10) demonstrated that MINI has acceptably high levels in those parameters (kappa between 0.51 and 0.90), sensitivity ≥ 0.70 , specificity and negative predictive values ≥ 0.85 . Compared to the two other instruments, it has a shorter length of assessment (mean 18.7 ± 16 min., and median 15 minutes) (Sheehan et al., 1998).

e) **Parental Bonding Instrument (PBI)** is a self-report questionnaire Likert type (0 to 3) with 25 questions about father and mother. Subject answers how similar the described behaviors were to how he remembers of her parents, until she was 16 years old. PBI was developed in 1979, through successive factorial analyses, from 114 items from literature considered important parental qualities for normal development (Parker, 1979). It assesses two constructs: **affect**, more consistent and clearly bidimensional (affect, warmth, availability, care, sensitivity, *versus* coldness and rejection); and **control** or protection (control, intrusion *versus* encouragement of autonomy).

In the original study with the 25 questions instrument (12 for affect, and 13 for protection), reliability was 0,704 ($p < 0,001$), test-retest reliability 0,761 for affect scale and 0,628 for control/protection. Concurrent validity against clinical interview (2 interviewers with interrater reliability of 0.851 regarding affect and of 0.688 regarding protection) was 0.77 for affect scale, and 0.5 for control/protection scale. Mothers were more affective (26.8 vs. 22.9) and mildly more controlling (14.7 vs. 11.9), but the responder gender did not interfere in the attachment quality, that is, parents were perceived in the same way both by men and women. There were no differences regarding different social classes (Parker, 1979; 1986; 1989) .

Using cut-off points suggested by Sydney validity study (Parker, 1979), the perception of parental bonding can be divided into four types: type 1, or *optimal parenting* (affect without freedom restriction), type 2, or *affective control* (affect with freedom restriction/control), type 3, or *control without affect* (restriction of freedom /control in the absence of affect), and type 4, or *negligent* (absence of affect and without restriction of freedom /control).

f) **Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)** is a 28 item self-report retrospective questionnaire used to assess abuse and neglect in childhood and adolescence. Twenty-five questions assess emotional abuse (EA), physical abuse (PA), and sexual abuse (SA), as well as emotional neglect (EN), and physical neglect (PN). Other three items constitute a “Minimization/Denial” subscale to control answers with questionable reliability. Each of the five subscales is composed of five statements that begin with the phrase “while I was growing up...”, and are scored in a five-point Lickert scale, between “Never” and “Always” poles. The scale generates continuous scores ranging from 5 to 25 points in each of the subscales (EA, PA, SA, EN, PN), and a total score (25 to 125) that sums the subscales of different abuses and neglects (Bernstein and Fink, 1998; Bernstein et al., 2003).

CTQ evidenced good internal consistency coefficients: subscales of sexual abuse (α 0.93 to 0.95) and emotional neglect (0.82 to 0.92) were the most reliable. Emotional abuse (α 0.84 to 0.89) and physical abuse (0.81 to 0.86) have an acceptable reliability; only physical neglect (0.63 to 0.78) presented a borderline internal consistency (Bernstein et al., 1994; Fink et al., 1995). Studies about CTQ validity also presented consistent results (Bernstein et al., 1997). The used version has been translated and adapted to Portuguese under the name of *Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI)*, which has shown a good reliability – α 0.87 (Grassi-Oliveira et al., 2004; Grassi-Oliveira and Stein, 2004).

STATISTICAL ANALYSES

Quantitative variables were described with mean and standard deviation. Interquartile range and median were obtained when asymmetry was observed. In categorical values, percentage and absolute frequencies were described. Groups were compared using Paired Samples T test (symmetric continuous variables), and Wilcoxon T Test (asymmetric and ordinal small scale variables).

McNemar test was used to compare dichotomous variables between groups. When making intragroup comparisons of independent categorical variables, Pearson's Chi-Square and Fisher's Exact Test were used. In the same situation, when variables were quantitative, independent samples T test and Mann-Whitney U test (in asymmetric situations) were used. Logistic regression and multivariate analyses were performed when the number of cases allowed, controlling and evaluating the influence of singled out individual assessed variables. Significance level established for tests was $\alpha = 0.05$ and all analyses were performed using SPSS for Windows software, version 12.0 (Norusis, 1986).

RESULTS

Thirty cases were recruited for evaluation, being, by chance, all female patients. Two of those were excluded for presenting current clinical diagnosis of Type I BD, and two did not confirm BPD diagnoses, remaining a final sample of 26 patients. In control group, three presented SRQ above 8 (2 controls with diagnosis of Major Depressive Disorder, and 1 with Generalized Anxiety Disorder), and four

refused to join the study. Twenty-three pairs of cases and controls composed the final sample. No excluded case or control presented demographic differences from patients that remained in the study.

We found no difference between cases and controls regarding age, ethnic group, years of education, and social class. Groups also did not differ in marital status (single, married, divorced), or in number of partners, number of divorces, living alone or not. Although family income of cases and controls did not show any significant difference, individual income did, with cases earning less income than controls ($p = 0.000$). More detailed data are presented in Table 1.

Among 9 DSM-IV criteria for BPD diagnosis (minimum of 5), cases presented an average of 6.8 (± 1.2). Off the 10 points in the DIB-R (cut-off point = 8) for BPD diagnosis cases reached scores of 9 ± 0.8 .

The remaining clinical and demographic characteristics that allow us to conclude that this Southern-Brazilian sample of BPD patients was similar to those described in the international literature have been presented elsewhere (Schestatsky et al., 2005a).

Eighteen pairs have completed PBI as to the perceived behavior of their father (or person with paternal function), and of mother (or person with maternal function), until patients were 16 years-old. In five other pairs, the case or the control subject referred not having a person with that function in her life, making analysis impossible for those pairs.

The mean of cases mother affect, compared to controls, was lower ($n = 17$; 15.24 vs. 26.47; $p = 0.006$), while cases parents demonstrated a trend to be

perceived as more controlling (18.83 vs. 14.67; $p = 0.074$) than parents of control subjects. There were no differences for father affect (16.44 vs. 19.89; $p = 0.619$) and mother control (19.94 vs. 16.53; $p = 0.240$).

Only one of the cases perceived her father as Type 1 (optimal parenting); three perceived him as Type 2, and eighteen as Type 3 (controlling and little affective) – the type of parental bonding most frequently associated to psychopathology. No case has perceived father as negligent.

Three controls described their bonding with fathers as Type 1, six as Type 2, five as Type 3, and 7 as Type 4.

Regarding mothers, one of cases perceived her mother as Type 1, two as Type 2, thirteen as Type 3, and five as Type 4. Four controls described their mothers as Type 1, seven as Type 2, six as Type 3, and four as Type 4.

BPD patients presented significantly more parental bondings perceived as Type 3 both to their fathers ($F 17.606$; $gl 1$; $p = 0.0001$), and mothers ($F 5,052$; $gl 1$; $p = 0.03$).

According to CTQ scores, cases presented more sexual abuse ($p = 0.001$) and physical abuse ($p = 0.005$) than controls. Different kinds of abuses and neglects presented significant correlation between them. Emotional abuse, for example, was correlated to all the others, like physical abuse (Spearman's rho coefficient = 0.710), sexual abuse (rho = 0.420), emotional neglect (rho = 0.449), and physical neglect (rho = 0.419). All correlations can be seen in Table 14.

PBI affect cases scores for fathers presented an inverse correlation with sexual abuse scores ($r = -.485$; $p = 0.022$), emotional neglect ($r = -.603$; $p = 0.003$), and physical neglect ($r = -.426$; $p = 0.048$); and for mothers with the scores of emotional abuse ($r = -.451$; $p = 0.04$), and emotional neglect ($r = -.578$; $p = 0.006$). In controls, those correlations were significant regarding emotional abuse ($r = -.441$; $p = 0.045$), emotional neglect ($r = -.485$; $p = 0.026$), and physical abuse ($r = -.508$; $p=0.019$) regarding fathers, and with no association regarding mothers.

When different types of parental bonding were compared among themselves regarding different scores in CTQ, cases with fathers perceived as Type 3 were reported being more exposed to sexual abuse than those with fathers perceived as Type 2 ($F = 10.943$; $df = 17$; $p = 0.001$). Since there was only one father perceived as Type 1, and none perceived as Type 4, this comparison was not possible.

In the case of mothers, patients with Type 3 mothers were more exposed to emotional abuse ($F = 0.612$; $df = 13$; $p = 0.043$), had a higher Total Score in CTQ ($F = 5.337$, $df = 10.1$; $p = 0.0001$), and a trend to higher occurrence of physical abuse ($F = 4.132$; $df = 13$, $p = 0.71$) when compared to patients with Type 2 mothers. Patients that perceived their mothers as negligent had a trend for a higher score of emotional neglect compared to patients with Type 2 mothers ($F = 0.06$; $df = 5$; $p = 0.074$). There were no differences with other groups.

In controls, those who perceived their fathers as Type 1 were less exposed to emotional neglect than who perceived them as Type 3 ($F = 6.658$; $df = 5.2$; $p = 0.031$). Controls who perceived their fathers as Type 2 presented a trend to lower

exposure to emotional abuse compared to controls who perceived them as Type 3 ($F = 3.81$; $df = 9$; $p = 0.058$).

DISCUSSION

In the group of cases, presence of lower scores of affect, higher scores of control, and predominance of Type 3 fathers and mothers (restriction of freedom/control without affect) agree with available literature, which correlates this kind of parenting with personality disorders development, especially BPD, as well as other Cluster B disorders (Favaretto et al., 1997a; Latas et al., 2000; Parker et al., 1999; Reti et al., 2002a; 2002b; Rey, 1995; Rey et al., 1990; Russ et al., 2003; Zweig-Frank et al., 1991).

Although sample size may have limited the magnitude of the association, all those scores replicate literature findings and the hypothesis of the importance of lack of affect and excess of control/freedom restriction in the contribution for the genesis of the disorder.

The associations found between scores of PBI and CTQ scores of abuse and neglect of BPD patients, also replicate literature findings of patterns of attachment without affect, especially if accompanied by excess of control, in association both to more difficulties in adulthood adjustment and to higher exposure to childhood abuse, intrafamiliar and outside the family.

People with trauma, independently of being intra or extra familiar, would be more subject to psychopathology if they have "Type 3 fathers", signaling an interaction effect of the occurrence of early trauma with the quality of the parental

bonding. Parental bondings, on the other side, seem to be a factor of resilience for those traumas, when the present affective bondings are accompanied by encouragement of child autonomy, which is in line with many psychodynamic and developmental theories advanced in the last decades.

It is worth mentioning that some studies have demonstrated that the fact of a child being exposed to abuse does not change her perception of her parents: children who have been victims of abuse, and siblings who have not been abused, perceived their parents in a very similar way (Hill et al., 2000; McLaughlin et al., 2000; Romans et al., 1995). This makes us consider that, in fact, we are also talking of actual parenting, which may have an important role in terms of risk and resilience in the development of personality pathologies. On the other hand, it is likely that higher or lower dysfunction in family contexts and derived attachment patterns may be among the main mediation factors between occurrence of childhood traumatic situations and their impact along child development.

REFERENCES

1. Adler G. Borderline psychopathology and its treatment. New York: Jason Aronson; 1985.
2. Aldana LL, Moreno LR, Montó GR, Benavent MA. La influencia de las emociones en la rememoración de la crianza: un estudio antes-después con el parental bonding instrument (PBI). *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.* 1998; 26: 241-246.
3. Amorim P. Mini international neuropsychiatric interview (MINI): validação de entrevista breve para transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22: 106-115.
4. Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the childhood trauma questionnaire in an adolescent psychiatric population. *J American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997; 36(3): 340-348.
5. Bernstein DL, Fink L. Childhood trauma questionnaire: a retrospective self-report – Manual. USA: The Psychological Corporation; 1998.
6. Bernstein DP, Handelsman L, Foote J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994; 151(8): 1132-1136.
7. Bernstein DP, Stein AJ, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse & Neglect* 2003; 27: 169-190.
8. Bowlby J. Attachment and loss. Attachment. London: Hogarth Press; 1969. V. 1
9. _____. Attachment and loss: separation, anxiety and anger. London: Hogarth Press; 1973. V. 2.
10. _____. The making and breaking of affectional bonds. *Brit J Psychiat* 1977; 30: 201-210.
11. _____. Attachment and loss: loss, sadness and depression. London: Hogarth Press; 1980. V. 3.
12. _____. Developmental psychiatry comes of age. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1-10.

13. _____. Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
14. Boyce P, Hickie I, Parker G. Parents, partners or personality? risk factors for post-natal depression. *Journal of Affective Disorders* 1991; 21: 245-255.
15. Byrne CP, Velamoor VR, Cernovsky ZZ, Cortese L, Loszтын S. A comparison of borderline and schizophrenic patients for childhood life events and parent-child relationships. *Can J Psychiatry* 1990; 35: 590-595.
16. Cornell DG, Silk KR, Ludolph PS, Lohr NE. Test-retest reliability of the diagnostic interview for borderlines. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 1307-1310.
17. Cox BJ, Enns MW, Clara IP. The parental bonding instrument: confirmatory evidence for a three-factor model in a psychiatric clinical sample and in the national comorbidity survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35: 353-357.
18. Duggan C, Sham P, Minne C, Murray R. Quality of parenting and vulnerability to depression: results from a family study. *Psychological Medicine* 1998; 28: 185-191.
19. Enns MW, Cox BJ, Clara I. Parental bonding and adult psychopathology: results from US national comorbidity survey. *Psychological Medicine* 2002; 32: 997-1008.
20. Favaretto E, Torresani S. Parental bonding as a predictive factor for the development of adult psychiatric disorders. *Epidemiol Psichiatr Soc* 1997a; 6: 124-138.
21. _____. Parental bonding as a predictive factor for the development of adult psychiatric disorders. *Epidemiol Psichiatr Soc* 1997b; 6: 124-138.
22. Fink L, Bernstein DP, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M. Initial reliability of the childhood trauma interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1329-1335.
23. Frances A, Clarkin JF, Gilmore M, Hurt SW, Brown R. Reliability of criteria for borderline personality disorder: a comparison of DSM-III and the diagnostic interview for borderlines. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 1080-1084.
24. Freud S. Além do princípio do prazer (1920). In: Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1976. V. XVIII. P. 13-85.

25. _____. Inibições, sintomas e ansiedade (1926). In: Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1976. V. XX. P. 95-201.
26. _____. Sexualidade feminina (1931). In: Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1974. V. XXI. P. 257-279.
27. _____. Esbôço da Psicanálise (1938). In: Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1975. V. XXIII. P. 165-237.
28. Gomez-Beneyto M, Pedros A, Tomas A, Aguilar K, Leal C. Psychometric properties of the parental bonding instrument in a Spanish sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993; 28: 252-255.
29. Grassi-Oliveira R, Pezzi JC, Stein LM. Versão brasileira do Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. No prelo.
30. Grassi-Oliveira R, Stein LM. História de abuso e negligência na infância em um modelo de predição para o transtorno de estresse pós-traumático e distúrbios psiquiátricos menores no adulto (Dissertação de Mestrado: Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS). Porto Alegre (RS); 2004.
31. Gunderson J. *Borderline personality disorder*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1984.
32. Gunderson JG, Kolb JE, Austin V. The diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry* 1981; 138: 896-903.
33. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L. Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980; 10: 231-242.
34. Hill J, Davis R, Byatt M, Burnside E, Rollinson L, Fear S. Childhood sexual abuse and affective symptoms in women: a general population study. *Psychological Medicine* 2000; 30: 1283-1291.
35. Ingram RE, Ritter J. Vulnerability to depression: cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. *J Abnorm Psychol* 2000; 109: 588-596.
36. Kazarian SS, Baker B, Helmes E. The parental bonding instrument: factorial structure. *Br J Clin Psychol* 1987; 26: 231-232.
37. Kitamura T, Suzuki T. A validation study of the parental bonding instrument in a Japanese population. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1993a; 47: 29-36.

38. _____. A validation study of the parental bonding instrument in Japanese population. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1993b; 47: 29-36.
39. Latas M, Starcevic V, Trajkovic G, Bogojevic G. Predictors of comorbid personality disorders in patients with panic disorder with agoraphobia. *Compr Psychiatry* 2000; 41: 28-34.
40. Links PS, van Reekum R. Childhood sexual abuse, parental impairment and the development of borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 1993; 38: 472-474.
41. Lizardi H, Klein DN. Long-term stability of parental representations in depressed outpatients utilizing the parental bonding instrument. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 183-188.
42. Mackinnon AJ, Henderson AS, Scott R, Duncan-Jones P. The parental bonding instrument (PBI): an epidemiological study in a general population sample. *Psychological Medicine* 1989; 19: 1023-1034.
43. Mari J, Williams PA. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 23-26.
44. Martin G, Wait S. Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994; 89: 246-254.
45. Masterson J. *Borderline and narcissistic disorders*. New York: Brunner & Mazel; 1981.
46. McLaughlin TL, Heath AC, Bucholz KK, Madden PAF, Bierut LJ, Slutske WS, et al. Childhood sexual abuse and pathogenic parenting in the childhood recollections of adult twin pairs. *Child Abuse & Neglect* 2000; 30: 1293-1302.
47. Mulder RT, Joyce PR, Cloninger CR. Temperament and early environment influence comorbidity and personality disorders in major depression. *Compr Psychiatry* 1994; 35: 225-233.
48. Murphy E, Brewin CR, Silka L. The assessment of parenting using the parental bonding instrument: two or three factors? *Psychol Med* 1997; 27: 333-341.
49. Narita T, Sato T, Hirano S, Gota M, Sakado K, Uehara T. Parental child-rearing behavior as measured by the parental bonding instrument in a Japanese population: factor structure and relationship to a lifetime history of depression. *J Affect Disord* 2000; 57: 229-234.

50. Nickell AD, Waudby CJ, Trull TJ. Attachment, parental bonding and borderline personality disorder features in young adults. *J Personal Disord* 2002; 16: 148-159.
51. Nordahl HM, Stiles TC. Perceptions of parental bonding in patients with various personality disorders, lifetime depressive disorders, and healthy controls. *J Personal Disord* 1997; 11: 391-402.
52. Norusis M. Statistical package for the social sciences (SPSS-X): advanced statistic guide. Chicago: Mc Graw Hill; 1986.
53. Paris J, Zweig-Frank H. Parental bonding in borderline personality disorder. In: Paris J, editor. *Borderline Personality disorder, etiology and treatment*. Washington: American Psychiatric Press; 1993.
54. Parker G. Parental characteristics in relation to depressive disorders. *Brit J Psychiat* 1979; 134: 138-147.
55. _____. Parental 'affectionless control' as an antecedent to adult depression. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 956-960.
56. _____. Validating an experiential measure of parental style: the use of a twin sample. *Acta Psychiatr. Scand.* 1986; 73: 22-27.
57. _____. The parental bonding instrument: psychometric properties reviewed. *Psychiatr Dev* 1989; 7: 317-335.
58. Parker G, Hayward L, Johnston P. Factorial validity of the EE scales. *Psychol Med* 1989; 19: 435-446.
59. Parker G, Roy K, Wilhelm K, Mitchell P, Austin MP, Hadzi-Pavlovic D. An exploration of links between early parenting experiences and personality disorder type and disordered personality functioning. *J Personal Disord* 1999; 13: 361-374.
60. Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology* 1979; 52: 1-10.
61. Qadir F, Stewart R, Khan M, Prince M. The validity of the parental bonding instrument as a measure of maternal bonding among Pakistani women. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology* 2005; 40: 276-282.
62. Reti IM, Samuels JF, Eaton WW, Bienvenu OJ3rd, Costa PT Jr, Nestadt G. Adult antisocial personality traits are associated with experiences of low parental care and maternal overprotection. *Acta Psychiatr Scand* 2002a, 106: 126-133.

63. _____. Influences of parenting on normal personality traits. *Psychiatry Res* 2002b; 111: 55-64.
64. Rey JM. Perceptions of poor maternal care are associated with adolescent depression. *J Affect Disord* 1995; 34: 95-100.
65. Rey JM, Plapp JM. Quality of perceived parenting in oppositional and conduct disordered adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 382-385.
66. Romans SE, Martin JL, Anderson JC, O'Shea ML, Mullen PE. Factors that mediate between child sexual abuse and adult psychological outcome. *Psychological Medicine* 1995; 25: 127-142.
67. Russ E, Heim A, Westen D. Parental bonding and personality pathology assessed by clinician report. *J Personal Disord* 2003; 17: 522-536.
68. Sato T, Narita T, Hirano S, Kusunoki K, Sakado K, Uehara T. Confirmatory factor analysis of the parental bonding instrument in a Japanese population. *Psychol Med* 1999; 29: 127-133.
69. Sato T, Sakado K, Uehara T, Narita T, Hirano S, Nishioka K, et al. Dysfunctional parenting as a risk factor to lifetime depression in a sample of employed Japanese adults: evidence for the 'affectionless control' hypothesis. *Psychological Medicine* 1998; 28: 737-742.
70. Schestatsky SS, Abreu PB, Ceitlin LH. Confiabilidade da versão brasileira da entrevista diagnóstica revisada para transtorno borderline; 2003. Manuscrito não publicado.
71. Scinto A, Marinangeli MG, Kalyvoka A, Daneluzzo E, Rossi A. The use of the Italian version of the parental bonding instrument (PBI) in a clinical sample and in a student group: an exploratory and confirmatory factor analysis study. *Epidemiol Psichiatr Soc* 1999; 8: 276-283.
72. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The mini international neuropsychiatric interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(20): 22-33.
73. Sroufe LA. Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: the roots of maladaptation and competence. In: Perlmutter M, editor. *Minnesota Symposium in Child Psychology*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1983.

74. Sroufe LA. Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament. *Child Dev* 1985; 56: 1-14.
75. Wilhelm K, Niven H, Parker G, Hadzi-Pavlovic D. The stability of the parental bonding instrument over a 20-year period. *Psychological Medicine* 2005; 35: 387-393.
76. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR. The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. *J Personal Disord* 1989; 3: 10-18.
77. Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA. Inter-rater and test-retest reliability of the revised diagnostic interview for borderlines. *J Personal Disord* 2002; 16(3): 270-276.
78. Zweig-Frank H, Paris J. Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 648-651.

ARTIGO 2 – PORTUGUÊS

**ASSOCIAÇÃO ENTRE DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE
PERSONALIDADE BORDERLINE, QUALIDADE PERCEBIDA DO VÍNCULO
COM OS PAIS E ABUSO E NEGLIGÊNCIA
NA INFÂNCIA: ESTUDO CASO-CONTROLE EM UMA AMOSTRA SUL-
BRASILEIRA DE PACIENTES MULHERES**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE
PERSONALIDADE BORDERLINE, QUALIDADE PERCEBIDA DO VÍNCULO
COM OS PAIS E ABUSO E NEGLIGÊNCIA
NA INFÂNCIA: ESTUDO CASO-CONTROLE EM UMA AMOSTRA SUL-
BRASILEIRA DE PACIENTES MULHERES**

**ASSOCIATION BETWEEN BORDERLINE PERSONALITY DISORDER
DIAGNOSE, PERCEIVED PARENTAL BONDING, AND ABUSE AND NEGLECT
IN CHILDHOOD: A CASE-CONTROL STUDY IN A SOUTH-BRAZILIAN
SAMPLE OF FEMALE PATIENTS**

**Sidnei S. Schestatsky¹, Lúcia H. Ceitlin¹, Paulo Belmonte de Abreu¹,
Simone Hauck²**

¹ Professores Adjuntos do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Médicos-Assistentes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

² Médica Psiquiatra Contratada do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

RESUMO

Introdução: Desde os estudos de Freud, que constituíram os pilares do desenvolvimento da teoria psicanalítica, o papel da relação com os pais na infância no desenvolvimento da personalidade normal e de diversas psicopatologias, tem sido foco de inúmeros estudos. A psicologia do desenvolvimento, por sua vez, também enfatizou os aspectos relacionados ao afeto e ao controle (com restrição de autonomia) como sendo básicos na formação da personalidade, particularmente quando se pensa em risco e resiliência. Ausência de afeto, principalmente associada ao excesso de controle, tem sido relacionada às mais diversas patologias, dentre as quais os transtornos de personalidade como o Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB). Não existem, porém, estudos que investiguem esta associação em nosso meio.

Método: Fizeram parte do estudo 23 casos com TPB que tiveram o diagnóstico confirmado tanto clinicamente (DIB-IV) como pela Revised Diagnostic Interview for Borderlines – (DIB-R) e seus controles sem doença mental. A qualidade do vínculo com pais foi inferida através do Parental Bonding Instrument (PBI) e a exposição a traumas psicológicos (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física), entre as idades de zero e 16 anos, através do *Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI)*. **Resultados:** Os casos apresentaram presença de escores inferiores de afeto materno e escores superiores de controle paterno, assim como uma predominância de pais e mães do Tipo 3 (restrição de liberdade/ controle sem afeto). Encontrou-se, também, associação entre a ocorrência de abusos e negligência na infância com a

percepção de pais menos afetivos e mais controladores. **Discussão:** Em concordância com outros achados da literatura, também em uma população sul-brasileira de mulheres as associações encontradas entre os escores do PBI e os escores de abuso e negligência do CTQ, bem como a presença maior de ausência de afeto acompanhada de excesso de controle nos casos, indicam que a qualidade do vínculo com os pais está associada não somente a maiores dificuldades de ajustamento na vida adulta, o que inclui a ocorrência de TPB, quanto à maior exposição a abuso e negligência na infância – apontando para um efeito somatório da ocorrência de traumas precoces com a qualidade do vínculo com os pais no desenvolvimento de psicopatologia.

Palavras-chave: vínculo parental, falta de afeto, excesso de controle, traumas na infância, resiliência.

ABSTRACT

Introduction: Since Freud's studies, the crucial role of parental-child relationship for normal personality and/or psychopathology development has been the focus of several studies. Developmental psychology has also emphasized the importance of affection and control, particularly when considering risk factors and resilience. Lack of affection, especially when combined with an excess of control/ restriction of autonomy, has been associated with adulthood psychopathology, including both personality disorders as whole and borderline personality disorder (BPD). However, there are no studies that investigate this association in a Portuguese speaking population. **Method:** Twenty-three patients that had the diagnosis of BPD confirmed both clinically (DSM-IV) and through the Revised Diagnostic Interview for Borderlines – (DIB-R), along with their 23 healthy controls, took part in the study. Perceived parental bonding quality was inferred through Parental Bonding Instrument (PBI), while the occurrence of psychological traumas (emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, emotional neglect and physical neglect), between the ages of zero and 16 years-old has been assessed by *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*. **Results:** Cases presented less maternal affection and a tendency of more paternal control, besides more type three mothers and fathers than controls. In addition, there was also an association between occurrence of psychological trauma in childhood and lack of affection and excess of control as measured by PBI. **Discussion:** In accordance with the literature, those findings suggest that the quality of parental bondings are related both to more adjustment difficulties in adulthood, which includes the occurrence of

BPD, and to the occurrence of more abuse and neglect in childhood, implying an additive effect of trauma occurrence and parental bonding in psychopathology development.

Key words: parental bonding, lack of affection, excess of control, trauma, resilience.

INTRODUÇÃO

A importância atribuída à relação com os pais na infância, no desenvolvimento da personalidade, tem sido um dos pilares da psicanálise desde o início do século passado (Freud, 1920, 1926, 1931, 1938). Também a psicologia do desenvolvimento enfatizou os aspectos relacionados ao afeto e ao controle como sendo componentes principais da qualidade desta relação, tendo os estudos de John Bowlby, na década de setenta (Bowlby 1969; 1973; 1980), contribuído decisivamente para as pesquisas nesta área. Diversos autores têm salientado o papel desses vínculos como essencial no desenvolvimento do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), (Adler, 1985; Gunderson, 1984; Links e van Reekum, 1993; Masterson, 1981; Paris e Zweig-Frank, 1993).

A experiência clínica revela que esses pacientes com frequência descrevem relações marcadamente disfuncionais com os pais na infância, tendo a ausência de resposta dos cuidadores às necessidades físicas e emocionais da criança sido foco de especial atenção (Adler, 1985). Frente a estresses na vida adulta, e aos sentimentos negativos a eles associados, o paciente com TPB não disporia de um efeito neutralizador adequado por parte da representação mental de “bons pais internos”, que pudessem ter sido introjetados na infância, e seria mais facilmente inundado por afetos que ficariam fora de controle. A falta de resposta parental também poderia levar a um grave dano na auto-estima da criança, com a conseqüente dificuldade de ela vir a preencher, no futuro, a ausência afetiva parental através de relações substitutivas mais adequadas. Permaneceria uma

tendência a recapitular a relação parental deficiente, condicionando futuras escolhas de parceiros e reforçando, no paciente, sua excessiva sensibilidade a vivências de rejeição. Com a repetida dissolução das relações interpessoais, comuns nos pacientes TPB, a sensação de disforia poderia chegar a níveis intoleráveis e a impulsionar o paciente para alguma forma desesperada de ação, na tentativa de obter alívio o mais rápido possível – como o uso de substâncias psicoativas, automutilações ou tentativas de suicídio (Gunderson, 1984; Paris e Zweig-Frank).

A teoria do apego (Bolwby, 1969) postulou existir um comportamento inato da criança de buscar seu cuidador, principalmente em situações sentidas como de medo e perigo. Esse comportamento predominaria nos três primeiros anos de vida, ressurgindo na vida adulta sempre que o indivíduo estiver doente, com medo ou em situações de mudanças significativas. Relações atuais podem ser tanto influenciadas positivamente, como estarem completamente distorcidas, pelas experiências infantis com os pais. Nos primeiros anos de vida, o padrão de relacionamento introjetado estaria ainda sujeito a mudanças maiores, mas agora muito mais dependentes do comportamento dos pais em relação à criança do que de características “inatas” desta (mesmo que as últimas também sejam importantes, principalmente em termos de resiliência) (Sroufe, 1985). Uma vez estabelecido um padrão relacional precoce, ele tende a persistir, a não ser que ocorra algum tipo de intervenção terapêutica que o altere (Sroufe, 1983).

A relação da criança com seus pais é influenciada por três aspectos principais: 1) características da criança; 2) características dos pais; e 3) a relação dinâmica entre elas. Além do comportamento da criança, a resposta dos pais em

estarem atentos, disponíveis, sensíveis às necessidades da criança e dispostos a confortá-la amorosamente quando esta vai em busca de proteção, sem limitar sua autonomia, seria crucial no desenvolvimento da personalidade. Os pais funcionariam como uma “base segura”, resultando, na criança, sentimentos equivalentes de segurança e competência para explorar e se relacionar com o mundo. O indivíduo, ao se tornar mais confiante e esperançoso, teria aumentada sua capacidade para enfrentar eventuais fracassos e obstáculos, e estaria assim mais “resistente” a situações adversas, capaz de se ajudar e ser ajudado (Bowlby, 1977; 1988; 1989; Sroufe, 1983) .

Uma das formas de avaliar a qualidade do vínculo entre a criança e seus pais é através do padrão de comportamento dos pais, o que foi observado e validado em vários estudos de seguimento (Sroufe, 1985). O Parental Bonding Instrument (PBI) foi desenvolvido para medir a contribuição dos pais nesse vínculo (Parker, Tupling e Brown, 1979), tendo sido amplamente utilizado nas últimas décadas. Um dos achados mais consistentes foi que a falta de afeto parental, principalmente quando associada ao excesso de controle (“affectionless control”), estaria associada à variadas patologias na vida adulta como depressão, ansiedade, suicídio e transtornos de personalidade (Boyce, Hickie e Parker, 1991; Duggan, Sham, Minne e Murray, 1998; Enns e Clara, 2002; Favaretto e Torresani, 1997b; Ingram e Ritter, 2000; Mackinnon, Henderson, Scott e Duncan-Jones, 1989; Martin e Wait, 1994; Nickell, Waudby e Trull, 2002; Nordahl e Stiles, 1997; Parker, 1979, 1983; Parker et al., 1999; Sato et al., 1998).

Recentemente, a estabilidade do PBI foi testada em uma coorte de 20 anos de uma população não clínica. Controlando para gênero, saúde física e mental

(incluindo alterações de humor e neuroticismo), aspectos do estilo de vida, trabalho, rede social e eventos de vida significativos (o nascimento de filhos, no período, foi uma variável analisada independentemente), demonstrou-se que o PBI era um instrumento psicometricamente robusto, estável ao longo do tempo e com mínima influência das variáveis estudadas – o que o consolidou como um instrumento útil em pesquisas de fatores de risco e resiliência (Wilhelm, Niven, Parker e Hadzi-Pavlovic, 2005).

O PBI foi adaptado, validado e utilizado em diversas culturas, sem alteração significativa do constructo. (Gomez-Beneyto, Pedros, Tomas, Aguilar e Leal, 1993; Kitamura e Suzuki, 1993b; Qadir, Stewart, Khan e Prince, 2005). Outros estudos demonstraram que fatores emocionais e alterações de humor pareceram não afetar a percepção desses vínculos, mesmo quando o instrumento foi primariamente aplicado em populações gravemente doentes e replicado após intervalos consideráveis de tempo. (Aldana, Moreno, Montó e Benavent, 1998; Lizardi e Klein, 2005).

Uma teoria que levasse em conta a negligência como fator etiológico central no desenvolvimento do TPB, teria a vantagem de estar em concordância com os relatos clínicos desses pacientes; no entanto, como qualquer teoria, necessitaria acumular evidências empíricas para tanto. Além disso, o papel das características inatas da pessoa e a interação com outros tipos de trauma, seja por efeito aditivo ou como conseqüência de falhas no apego, também teriam que ser consideradas.

Existem poucos estudos investigando a associação do vínculo parental com o diagnóstico de TPB – e nenhum deles em populações de língua portuguesa. Alguns dos estudos assinalaram a relevância destes vínculos no desenvolvimento

dos transtornos de personalidade em geral, ou em comorbidade com outros diagnósticos do eixo I.

Reti e colaboradores evidenciaram a importância da percepção da qualidade dos vínculos parentais no desenvolvimento de traços normais de personalidade (Reti et al., 2002a; 2002b; Rey e Plapp, 1990; Russ, Heim e Westen, 2003). Byrne e colegas avaliaram aspectos relacionados às experiências infantis de quinze pacientes com o diagnóstico de TPB e quatorze com o de esquizofrenia (segundo o DSM-III), através da aplicação mascarada do “Childhood Life Events and Family Characteristics Questionnaire” e do “Parental Bonding Instrument”. Quando comparados com os esquizofrênicos, os pacientes *borderline* relataram significativamente mais abuso sexual e físico, mais separações precoces das suas mães, mais criminalidade parental e controle paterno e menos afeto materno. Em comparação com a população normal, receberam significativamente menos afeto e foram mais superprotegidos por ambos os pais (Byrne, Velamoor, Cernovsky, Cortese e Losztyn, 1990).

Um estudo em pacientes com pânico evidenciou excesso de controle como preditor de co-morbidade com transtorno de personalidade, especialmente o TPB (Latas, Starcevic, Trajkovic e Bogojevic, 2000). Outro estudo, com 108 pacientes deprimidos internados, constatou que os com diagnóstico associado de Transtorno de Personalidade percebiam os pais como sendo menos afetivos (Mulder, Joyce e Cloninger, 1994).

Finalmente, um estudo de 62 pacientes com diagnóstico de TPB e 99 controles (pacientes sem o diagnóstico), recrutados em um hospital geral e em um centro de saúde mental para universitários, encontrou que pacientes com TPB

lembravam tanto de seus pais como de suas mães como menos afetivos e mais controladores, corroborando a hipótese psicodinâmica da importância da chamada falha biparental no desenvolvimento desta psicopatologia (Zweig-Frank e Paris, 1991). Não existem estudos que avaliem estas variáveis em pacientes com diagnóstico de TPB em nosso meio.

MÉTODO

Delineamento

Desenvolveu-se um estudo caso-controle pareado, tendo como desfecho o diagnóstico de TPB e como fatores de risco: 1) a qualidade do vínculo percebido com os pais na infância; e 2) a exposição a traumas psicológicos entre as idades de zero e 16 anos (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional e negligência física).

Sujeitos

Foram incluídos pacientes com diagnóstico clínico de Transtorno de Personalidade Borderline, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 60 anos, que estavam internados ou em tratamento ambulatorial em dois hospitais da cidade de Porto Alegre¹ e de um Posto de Saúde da cidade de Novo Hamburgo, no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, durante o período de 2003 e 2004, e que tiveram o diagnóstico confirmado pela Revised Diagnostic Interview for Borderlines – (DIB-R), (escore ≥ 8) (Zanarini et al., 1989), versão em português (Schestatsky et al., 2003).

¹ Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas de Porto Alegre.

Os critérios de exclusão foram inteligência clinicamente abaixo da média, presença de quadros orgânico-cerebrais agudos ou crônicos e diagnósticos atual de Esquizofrenia ou de Transtorno Bipolar I. Os controles foram selecionados aleatoriamente de listas de funcionários do HCPA e do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, sendo pareados por sexo, idade (± 1 ano), escolaridade e classe sócio-econômica.

Utilizou-se o Self Report Questionnaire (SRQ-20), (Harding et al., 1980), em versão para o português brasileiro (Mari e Williams, 1986), a DIB-R e a MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) traduzida para o português (Amorin, 2000), para exclusão de transtornos psiquiátricos no grupo controle.

Os sujeitos foram entrevistados individualmente e o preenchimento dos instrumentos, mesmos os auto-aplicáveis, foi assessorado pelos entrevistadores. As entrevistas foram realizadas em ambiente hospitalar por profissionais de saúde mental habituados a lidar com este tipo de paciente tanto no que diz respeito aos casos como aos controles. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e todos os participantes concordaram em participar do estudo, assinando consentimento esclarecido.

Instrumentos

a) Protocolo: Entrevista semi-estruturada com a finalidade de registrar dados demográficos gerais (idade, cor, estado civil, escolaridade, profissão) e informações sobre história das doenças atual e passadas, presença e qualidade de fatores desencadeantes, história e tipo de tratamentos anteriores, entre outros.

O nível sócio-econômico foi definido pela Escala para Nível Sócio-Econômico, da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (www.anep.org.br).

b) Revised Diagnostic Interview for Borderlines – (DIB-R): O DIB-R coleta dados em quatro áreas consideradas importantes para o diagnóstico de TPB (Afeto, Cognição, Padrões de Ação Impulsiva e Relacionamentos Interpessoais). Avaliam-se 97 itens relacionados com o modo como o paciente sentiu, pensou e agiu nos últimos dois anos, baseado nas informações do paciente e complementado por dados de familiares ou prontuários (Zanarini et al., 1989). Numerosos estudos evidenciaram níveis adequados de confiabilidade do DIB (Cornell et al., 1981; Frances et al., 1984; Gunderson et al., 1981), no diagnóstico de TPB, sendo que o DIB-R apresentou uma eficiência diagnóstica ainda maior que o DIB (Zanarini et al., 1989) e sua confiabilidade foi confirmada: 0.80 a 0.99 na confiabilidade de base (N=45), 0.87 a 0.97 na confiabilidade de teste-reteste (N=30) e 0.86 a 0.97 na confiabilidade de seguimento (N=48), (Zanarini et al., 2002).

c) Self Report Questionnaire (SRQ-20): Questionário para identificar transtornos psiquiátricos em atenção primária (Harding et al., 1980), tendo sido validado em estudos internacionais e nacionais (Mari e Williams, 1986), com sensibilidade variando de 62.9% a 90% e especificidade de 44% a 95%. Compõe-se de 20 questões do tipo sim/não, quatro sobre sintomas físicos e 16 sobre distúrbios “neuróticos”. O ponto de corte utilizado para a definição de caso foi \geq a 8. Igual ou abaixo de 7 foi considerado um “não-suspeito”.

d) MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview): Traduzido para o português (Amorin, 2000), é uma entrevista estruturada breve para classificar

doenças psiquiátricas maiores. Estudos de validade e confiabilidade comparando o MINI com o SCID-P (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Diagnoses) e o CIDI (Composite International Interview for CID-10) mostraram que o MINI não só tem níveis aceitavelmente altos nestes parâmetros (valores kappa entre 0.51 a 0.90); sensibilidade ≥ 0.70 ; especificidade e valores preditivos negativos ≥ 0.85), como possui um tempo de aplicação bem menor (média de $18,7 \pm 16$ min., mediana de 15 minutos) (Sheehan et al., 1998).

e) **O Parental Bonding Instrument (PBI):** Questionário auto-aplicável tipo Likert (0 a 3) com 25 perguntas em relação ao pai e a mãe, em que o sujeito responde o quanto o comportamento descrito é parecido com o que lembra do comportamento dos pais, até quando tinha 16 anos de idade. Foi elaborado em 1979, através de análises fatoriais sucessivas a partir 114 itens retirados da literatura e considerados qualidades parentais importantes para o desenvolvimento normal (Parker, 1979). O PBI mede dois constructos: 1) afeto, mais consistente e claramente “bipolar” (afeto, calor, disponibilidade, cuidado, sensibilidade versus frieza e rejeição); e 2) controle ou proteção (controle, intrusão *versus* encorajamento da autonomia).

No estudo original com o instrumento de 25 perguntas (12 afeto e 13 proteção), a confiabilidade foi de 0,704 ($p < 0,001$), confiabilidade teste-reteste de 0,761 para escala de afeto e de 0,628 para a de controle/proteção. A validade concorrente contra entrevista clínica (2 entrevistadores com confiabilidade entre juízes de 0,851, em relação ao afeto e 0,688 para proteção) foi 0,77 para escala de afeto e 0,5 para a de controle/proteção. As mães eram mais afetivas (26,8 x 22,9) e levemente mais controladoras (14,7 x 11,9), mas o sexo do respondedor

não influenciou na qualidade do vínculo, ou seja, os pais eram percebidos “da mesma forma”, por homens e mulheres. Não houve diferença em relação a diferentes classes sociais (Parker, 1979, 1986, 1989) .

Utilizando-se os pontos de corte sugeridos pelo estudo de validação de Sidney, pode-se dividir a percepção do vínculo com os pais em quatro tipos: Tipo 1, ou parentagem ótima (afeto sem restrição de liberdade), Tipo 2, ou controle afetivo (afeto com restrição de liberdade/controlado), Tipo 3, ou controle sem afeto (restrição de liberdade/controlado na ausência de afeto) e Tipo 4, ou negligente (ausência de afeto e sem restrição de liberdade/controlado).

f) **O Childhood Trauma Questionnaire (CTQ):** Questionário retrospectivo, auto-aplicável, com 28 itens, que objetivam mensurar abusos e negligência na infância e na adolescência. Vinte e cinco questões avaliam abuso emocional (AE), físico (AF) e sexual (AS), assim como negligência emocional (NE) e física (NF). Os outros três itens constituem uma subescala de “Minimização/Negação”, que busca controlar as respostas com confiabilidade questionável. Cada uma destas cinco subescalas é composta de cinco afirmações que começam com a frase “enquanto eu crescia...”, e são graduadas em uma escala Likert de cinco pontos, tendo como extremos “Nunca” e “Sempre”. A escala fornece, portanto, escores contínuos que variam de 5 a 25 pontos em separado para cada uma das subescalas (AE, AF, AS, NE, NF), e um escore total (25 a 125) que é a soma destas subescalas (Bernstein e Fink, 1998; Bernstein et al., 2003).

O CTQ teve coeficientes de consistência interna bastante favoráveis, sendo as subescalas de abuso sexual (alfas de 0.93 a 0.95) e de negligência emocional (0.82 a 0.92) as mais confiáveis. Abuso emocional (alfas de 0.84 a 0.89) e abuso

físico (0.81 a 0.86) têm uma confiabilidade aceitável, e apenas negligência física (0.63 a 0.78) possui uma consistência interna marginal (Bernstein et al., 1994; Fink et al., 1995). Estudos sobre a validade do CTQ também apresentaram resultados consistentes (Bernstein et al., 1997). A versão para o português brasileiro foi traduzida e validada por Grassi e colabores, com o nome de Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI), demonstrando boa confiabilidade, com um alfa de 0,87 (Grassi-Oliveira et al., 2004; Grassi-Oliveira e Stein, 2004).

Análise estatística

As variáveis quantitativas foram descritas através da média e desvio padrão. Havendo assimetria, obteve-se a mediana e a amplitude interquartil. Nas variáveis categóricas, descreveram-se frequências absolutas e percentuais. Os grupos de casos e controles foram comparados com o Teste t de Student para amostras emparelhadas (variáveis contínuas simétricas) e o Teste t de Wilcoxon (variáveis assimétricas e ordinais de escala pequena).

Nas comparações de variáveis dicotômicas entre os grupos, empregou-se o Teste t de McNemar. No caso das comparações dentro do mesmo grupo, envolvendo variáveis categóricas independentes, utilizou-se o Teste de Qui-quadrado de Pearson e o Teste Exato de Fisher quando indicado. Na mesma situação, sendo as variáveis quantitativas, usaram-se o Teste t de Student (para amostras independentes) e o Teste U de Mann-Whitney nas situações de assimetria. Onde necessário, e quando o tamanho da amostra permitiu, realizaram-se regressões logísticas e análises multivariadas para controlar e

avaliar a influência das diferentes variáveis examinadas. O nível de significância para os testes foi de $P=0.05$ e todos os cálculos foram realizados pela versão Windows para o programa SPSS, edição 12.0 (Norusis, 1986).

RESULTADOS

Trinta casos foram recrutados para avaliação, todos por acaso do sexo feminino. Destes, dois foram excluídos por apresentarem diagnósticos clínicos atuais de TAB I e dois por não terem confirmado o diagnóstico de TPB, ficando uma amostra final de 26 casos. Do grupo dos controles, 3 apresentaram SRQ maior que 8 (2 com diagnósticos de Depressão Maior e 1 com Transtorno de Ansiedade Generalizada) e 4 se recusaram a participar do estudo. A amostra final foi composta de 23 pares de casos e controles. Nenhum dos casos ou controles excluídos apresentou, do ponto de vista demográfico, diferenças em relação aos que permaneceram no estudo.

Não houve diferenças quanto à idade, cor, escolaridade e classe social, entre casos e controles. Os dois grupos também não diferiram nem em relação ao estado civil (solteiros, casados, separados), nem quanto ao número de companheiros, número de separações ou quanto ao fato de estar morando sozinho ou não. Embora a renda familiar não evidenciasse diferença, isto ocorreu em relação à renda individual ($p= 0.000$). Dados mais detalhados podem ser vistos na Tabela 1.

Entre os 9 critérios do DSM-IV para o diagnóstico de TPB (mínimo de 5), os casos preencheram em média 6.8 ± 1.2 . Dos 10 pontos no DIB-R (ponto de corte = 8) para o diagnóstico de TPB, os casos alcançaram 9 ± 0.8 .

As demais características clínicas e demográficas que nos permitiram concluir que esta amostra sul-brasileira de pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline era semelhante às descritas na literatura internacional, foram apresentadas em outra publicação (Schestatsky et al., 2005a).

Dezoito pares preencheram o PBI quanto ao comportamento percebido do pai (ou outra figura com a função paterna) até os 16 anos de idade e 17 quanto à mãe (ou figura com função materna). Nos demais pares, ou o caso ou o controle referiram não ter havido uma figura com aquela função em sua vida, impossibilitando a análise para aquele par.

A média de afeto materno dos casos, em relação aos controles, foi menor ($n=17$; $15,24 \times 26,47$; $p=0,006$), enquanto que os pais demonstraram uma tendência a ser percebidos como mais controladores ($18,83 \times 14,67$; $p=0,074$) que os dos controles. Não houve diferenças quanto ao afeto paterno ($16,44 \times 19,89$; $p=0,619$), nem quanto ao controle materno ($19,94 \times 16,53$; $p=0,240$).

Apenas um dos casos percebeu o pai como do Tipo 1 (parentagem ótima), três como Tipo 2 e dezoito perceberam o pai como sendo do Tipo 3 (controlador e pouco afetivo) – o tipo de parentagem mais frequentemente associado à psicopatologia. Nenhum dos casos percebeu o pai como negligente.

Três dos controles descreveram o vínculo com seu pai como Tipo 1, seis como Tipo 2, apenas cinco como Tipo 3 e sete como sendo do Tipo 4.

Em relação às mães, um dos casos percebeu a mãe como Tipo 1, dois como Tipo 2, treze como Tipo 3 e cinco sendo do Tipo 4. Quatro controles descreveram a mãe como Tipo 1, sete como Tipo 2, seis como Tipo 3 e quatro como sendo do Tipo 4.

As pacientes com diagnóstico de TPB apresentaram mais vínculos percebidos como Tipo 3, tanto em relação aos pais ($F 17,606$; $gl 1$; $p=0,0001$), quanto às mães ($F 5,052$; $gl 1$; $p=0,03$).

De acordo com os escores do CTQ, os casos exibiram mais abuso sexual ($p=0.001$) e mais abuso físico ($p=0.005$) do que os controles. Os diferentes tipos de abuso e negligência encontrados evidenciaram correlações significativas uns com os outros. Abuso emocional, por exemplo, correlacionou-se com todos os demais, como abuso físico ($\rho=0.710$; $p<0,01$), abuso sexual ($\rho=0.420$; $p<0,05$), negligência emocional ($\rho=0.449$; $p<0,05$) e negligência física ($\rho=0.419$; $p<0,05$) (Tabela 14).

Os escores de afeto do PBI tiveram correlação inversa com os escores de abuso sexual ($r=-,485$; $p=0,022$), negligência emocional ($r=-,603$; $p=0,003$) e negligência física ($r=-,426$; $p=0,048$) em relação aos pais, e com os escores de abuso emocional ($r=-,451$; $p=0,04$) e negligência emocional ($r=-,578$; $p=,006$) em relação às mães das pacientes com TPB. Nos controles, essas correlações foram significativas em relação aos escores de abuso emocional ($r=-,441$; $p=,045$), negligência emocional ($r=-,485$; $p=,026$) e abuso físico ($r=,508$; $p=,019$) no caso dos pais, não havendo associações significativas com as mães.

Quando os diferentes tipos de parentagem dos casos foram comparados entre si, em relação aos diferentes escores do CTQ, os casos com pais percebidos como Tipo 3 relataram terem estados mais expostos a abuso sexual do que os com pais percebidos como Tipo 2 ($F=10,943$; $df=17$; $p=0,001$). Como havia apenas um pai percebido como Tipo 1, nenhum como tipo 4, esta comparação não foi feita.

No caso das mães, as pacientes com mães do Tipo 3 foram significativamente mais expostas a abuso emocional ($F=0,612$; $df=13$; $p=0,043$), tiveram um escore total na CTQ mais elevado ($F=5,337$, $df=10,1$; $p=0,0001$) e uma tendência a maior ocorrência de abuso físico ($F=4,132$; $df=13$, $p=0,071$) em relação às pacientes com mãe do Tipo 2. Pacientes que perceberam suas mães como negligentes, tiveram uma tendência a um maior escore de negligência emocional em relação às com mães do Tipo 2 ($F=0,06$; $df=5$; $p=0,074$). Não houve diferenças significativas em relação às comparações entre os demais tipos.

No caso dos controles, os que perceberam seus pais como Tipo 1 foram menos expostos à negligência emocional do que aqueles que os perceberam como Tipo 3 ($F=6,658$; $df=5,2$; $p=0,031$). Os controles que perceberam o pai como Tipos 2 tiveram uma tendência à menor exposição a abuso emocional quando comparados aos que perceberam seus pais como sendo do Tipo 3 ($F=3,81$; $df=9$; $p=0,058$).

DISCUSSÃO

Tanto a presença de escores inferiores de afeto e superiores de controle, quanto à predominância de pais e mães do Tipo 3 (restrição de liberdade/controle sem afeto) nos casos, confirmam os achados da literatura que relacionam este tipo de parentagem ao desenvolvimento de transtornos de personalidade, especialmente o TPB e outros transtornos do grupo B (Favaretto et al., 1997a; Latas et al., 2000; Parker et al., 1999; Reti et al., 2002a; 2002b; Rey, 1995; Rey et al., 1990; Russ et al., 2003; Zweig-Frank et al., 1991).

Embora o tamanho da amostra possa ter limitado a magnitude da associação, todos estes escores estão de acordo com a literatura e com a hipótese da importância da falta de afeto e do excesso de controle/restrrição de liberdade na contribuição da gênese do transtorno.

As associações encontradas entre os escores do PBI e os escores de abuso e negligência do CTQ, nas pacientes com diagnóstico de TPB, estão de acordo com outros achados da literatura, que evidenciam que o vínculo sem afeto, principalmente se acompanhado de excesso de controle, está associado não somente a maiores dificuldades de ajustamento na vida adulta quanto à maior exposição a abuso na infância, tanto intrafamiliar quanto por pessoa não conhecidas da família.

Pessoas com traumas, independentemente do mesmo ser intra ou extra-familiar, estariam mais sujeitas à psicopatologia se tiverem pais do Tipo 3, apontando para um efeito somatório entre a ocorrência de traumas precoces e a qualidade do vínculo com os pais. Na outra direção, os vínculos parentais

parecem ser um fator de resiliência para estes traumas, quando caracterizados por mais afeto e com o encorajamento da autonomia da criança, o que estaria de acordo com diversas teorias psicodinâmicas e desenvolvimentais propostas nas últimas décadas.

Uma das limitações dos achados poderia ser uma distorção acentuada na descrição que os pacientes podem ter feito dos seus vínculos com os pais, devido a vieses de recordação ou da própria psicopatologia borderline. Diversos estudos demonstraram, no entanto, que o fato da criança ter sido exposta ou não ao abuso não altera sua percepção dos pais: irmãos que foram vítimas, e os que não foram vítimas de abuso, percebiam os pais de forma bem semelhante (Hill et al., 2000; McLaughlin et al., 2000; Romans, Martin, Anderson, O'Shea e Mullen, 1995).

As evidências fazem portanto pensar que, de fato, a parentagem real tenha tido um papel de considerável importância quando pensamos em risco e resiliência para o desenvolvimento de patologias de personalidade como o TPB. Por outro lado, é provável que a maior ou menor disfunção no contexto e nos vínculos familiares seja um dos principais fatores de mediação entre a ocorrência de situações traumáticas da infância e seu impacto ao longo do desenvolvimento da criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adler G. Borderline psychopathology and its treatment. New York: Jason Aronson; 1985.
2. Aldana LL, Moreno LR, Montó GR, Benavent MA. La influencia de las emociones en la rememoración de la crianza: un estudio antes-después con el parental bonding instrument (PBI). Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. 1998; 26: 241-246.
3. Amorin P. Mini international neuropsychiatric interview (MINI): validação de entrevista breve para transtornos mentais. Rev Bras Psiquiatr 2000; 22: 106-115.
4. Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the childhood trauma questionnaire in an adolescent psychiatric population. J American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1997; 36(3): 340-348.
5. Bernstein DL, Fink L. Childhood trauma questionnaire: a retrospective self-report – Manual. USA: The Psychological Corporation; 1998.
6. Bernstein DP, Handelsman L, Foote J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. Am J Psychiatry 1994; 151(8): 1132-1136.
7. Bernstein DP, Stein AJ, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. Child Abuse & Neglect 2003; 27: 169-190.
8. Bowlby J. Attachment and loss. Attachment. London: Hogarth Press; 1969. V. 1
9. _____. Attachment and loss: separation, anxiety and anger. London: Hogarth Press; 1973. V. 2.
10. _____. The making and breaking of affectional bonds. Brit J Psychiat 1977; 30: 201-210.
11. _____. Attachment and loss: loss, sadness and depression. London: Hogarth Press; 1980. V. 3.
12. _____. Developmental psychiatry comes of age. Am J Psychiatry 1988; 145: 1-10.
13. _____. Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
14. Boyce P, Hickie I, Parker G. Parents, partners or personality? Risk factors for post-natal depression. Journal of Affective Disorders 1991; 21: 245-255.

15. Byrne CP, Velamoor VR, Cernovsky ZZ, Cortese L, Losztyn S. A comparison of borderline and schizophrenic patients for childhood life events and parent-child relationships. *Can J Psychiatry* 1990; 35: 590-595.
16. Cornell DG, Silk KR, Ludolph PS, Lohr NE. Test-retest reliability of the diagnostic interview for borderlines. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 1307-1310.
17. Cox BJ, Enns MW, Clara IP. The parental bonding instrument: confirmatory evidence for a three-factor model in a psychiatric clinical sample and in the national comorbidity survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35: 353-357.
18. Duggan C, Sham P, Minne C, Murray R. Quality of parenting and vulnerability to depression: results from a family study. *Psychological Medicine* 1998; 28: 185-191.
19. Enns MW, Cox BJ, Clara I. Parental bonding and adult psychopathology: results from US national comorbidity survey. *Psychological Medicine* 2002; 32: 997-1008.
20. Favaretto E, Torresani S. Parental bonding as a predictive factor for the development of adult psychiatric disorders. *Epidemiol Psichiatr Soc* 1997a; 6: 124-138.
21. _____. Parental bonding as a predictive factor for the development of adult psychiatric disorders. *Epidemiol Psichiatr Soc* 1997b; 6: 124-138.
22. Fink L, Bernstein DP, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M. Initial reliability of the childhood trauma interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1329-1335.
23. Frances A, Clarkin JF, Gilmore M, Hurt SW, Brown R. Reliability of criteria for borderline personality disorder: a comparison of DSM-III and the diagnostic interview for borderlines. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 1080-1084.
24. Freud S. Além do princípio do prazer (1920). In: Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1976. V. XVIII. P. 13-85.
25. _____. Inibições, sintomas e ansiedade (1926). In: Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1976. V. XX. P. 95-201.
26. _____. Sexualidade feminina (1931). In: Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1974. V. XXI. P. 257-279.
27. _____. Esbôço da Psicanálise (1938). In: Edição Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1975. V. XXIII. P. 165-237.

28. Gomez-Beneyto M, Pedros A, Tomas A, Aguilar K, Leal C. Psychometric properties of the parental bonding instrument in a Spanish sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993; 28: 252-255.
29. Grassi-Oliveira R, Pezzi JC, Stein LM. Versão brasileira do Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. No prelo.
30. Grassi-Oliveira R, Stein LM. História de abuso e negligência na infância em um modelo de predição para o transtorno de estresse pós-traumático e distúrbios psiquiátricos menores no adulto (Dissertação de Mestrado: Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS). Porto Alegre (RS); 2004.
31. Gunderson J. *Borderline personality disorder*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1984.
32. Gunderson JG, Kolb JE, Austin V. The diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry* 1981; 138: 896-903.
33. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L. Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980; 10: 231-242.
34. Hill J, Davis R, Byatt M, Burnside E, Rollinson L, Fear S. Childhood sexual abuse and affective symptoms in women: a general population study. *Psychological Medicine* 2000; 30: 1283-1291.
35. Ingram RE, Ritter J. Vulnerability to depression: cognitive reactivity and parental bonding in high-risk individuals. *J Abnorm Psychol* 2000; 109: 588-596.
36. Kazarian SS, Baker B, Helmes E. The parental bonding instrument: factorial structure. *Br J Clin Psychol* 1987; 26: 231-232.
37. Kitamura T, Suzuki T. A validation study of the parental bonding instrument in a Japanese population. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1993a; 47: 29-36.
38. _____. A validation study of the parental bonding instrument in Japanese population. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1993b; 47: 29-36.
39. Latas M, Starcevic V, Trajkovic G, Bogojevic G. Predictors of comorbid personality disorders in patients with panic disorder with agoraphobia. *Compr Psychiatry* 2000; 41: 28-34.
40. Links PS, van Reekum R. Childhood sexual abuse, parental impairment and the development of borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 1993; 38: 472-474.
41. Lizardi H, Klein DN. Long-term stability of parental representations in depressed outpatients utilizing the parental bonding instrument. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 183-188.

42. Mackinnon AJ, Henderson AS, Scott R, Duncan-Jones P. The parental bonding instrument (PBI): an epidemiological study in a general population sample. *Psychological Medicine* 1989; 19: 1023-1034.
43. Mari J, Williams PA. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 23-26.
44. Martin G, Wait S. Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994; 89: 246-254.
45. Masterson J. *Borderline and narcissistic disorders*. New York: Brunner & Mazel; 1981.
46. McLaughlin TL, Heath AC, Bucholz KK, Madden PAF, Bierut LJ, Slutske WS, et al. Childhood sexual abuse and pathogenic parenting in the childhood recollections of adult twin pairs. *Child Abuse & Neglect* 2000; 30: 1293-1302.
47. Mulder RT, Joyce PR, Cloninger CR. Temperament and early environment influence comorbidity and personality disorders in major depression. *Compr Psychiatry* 1994; 35: 225-233.
48. Murphy E, Brewin CR, Silka L. The assessment of parenting using the parental bonding instrument: two or three factors? *Psychol Med* 1997; 27: 333-341.
49. Narita T, Sato T, Hirano S, Gota M, Sakado K, Uehara T. Parental child-rearing behavior as measured by the parental bonding instrument in a Japanese population: factor structure and relationship to a lifetime history of depression. *J Affect Disord* 2000; 57: 229-234.
50. Nickell AD, Waudby CJ, Trull TJ. Attachment, parental bonding and borderline personality disorder features in young adults. *J Personal Disord* 2002; 16: 148-159.
51. Nordahl HM, Stiles TC. Perceptions of parental bonding in patients with various personality disorders, lifetime depressive disorders, and healthy controls. *J Personal Disord* 1997; 11: 391-402.
52. Norusis M. *Statistical package for the social sciences (SPSS-X): advanced statistic guide*. Chicago: Mc Graw Hill; 1986.
53. Paris J, Zweig-Frank H. Parental bonding in borderline personality disorder. In: Paris J, editor. *Borderline Personality disorder, etiology and treatment*. Washington: American Psychiatric Press; 1993.
54. Parker G. Parental characteristics in relation to depressive disorders. *Brit J Psychiat* 1979; 134: 138-147.
55. _____. Parental 'affectionless control' as an antecedent to adult depression. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 956-960.

56. _____. Validating an experiential measure of parental style: the use of a twin sample. *Acta psychiatr. scand.* 1986; 73: 22-27.
57. _____. The parental bonding instrument: psychometric properties reviewed. *Psychiatr Dev* 1989; 7: 317-335.
58. Parker G, Hayward L, Johnston P. Factorial validity of the EE scales. *Psychol Med* 1989; 19: 435-446.
59. Parker G, Roy K, Wilhelm K, Mitchell P, Austin MP, Hadzi-Pavlovic D. An exploration of links between early parenting experiences and personality disorder type and disordered personality functioning. *J Personal Disord* 1999; 13: 361-374.
60. Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology* 1979; 52: 1-10.
61. Qadir F, Stewart R, Khan M, Prince M. The validity of the parental bonding instrument as a measure of maternal bonding among Pakistani women. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology* 2005; 40: 276-282.
62. Reti IM, Samuels JF, Eaton WW, Bienvenu OJ3rd, Costa PT Jr, Nestadt G. Adult antisocial personality traits are associated with experiences of low parental care and maternal overprotection. *Acta Psychiatr Scand* 2002a, 106: 126-133.
63. _____. Influences of parenting on normal personality traits. *Psychiatry Res* 2002b; 111: 55-64.
64. Rey JM. Perceptions of poor maternal care are associated with adolescent depression. *J Affect Disord* 1995; 34: 95-100.
65. Rey JM, Plapp JM. Quality of perceived parenting in oppositional and conduct disordered adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 382-385.
66. Romans SE, Martin JL, Anderson JC, O'Shea ML, Mullen PE. Factors that mediate between child sexual abuse and adult psychological outcome. *Psychological Medicine* 1995; 25: 127-142.
67. Russ E, Heim A, Westen D. Parental bonding and personality pathology assessed by clinician report. *J Personal Disord* 2003; 17: 522-536.
68. Sato T, Narita T, Hirano S, Kusunoki K, Sakado K, Uehara T. Confirmatory factor analysis of the parental bonding instrument in a Japanese population. *Psychol Med* 1999; 29: 127-133.
69. Sato T, Sakado K, Uehara T, Narita T, Hirano S, Nishioka K, et al. Dysfunctional parenting as a risk factor to lifetime depression in a sample of employed Japanese adults: evidence for the 'affectionless control' hypothesis. *Psychological Medicine* 1998; 28: 737-742.

70. Schestatsky SS, Abreu PB, Ceitlin LH. Confiabilidade da versão brasileira da entrevista diagnóstica revisada para transtorno borderline; 2003. Manuscrito não publicado.
71. Scinto A, Marinangeli MG, Kalyvoka A, Daneluzzo E, Rossi A. The use of the italian version of the parental bonding instrument (PBI) in a clinical sample and in a student group: an exploratory and confirmatory factor analysis study. *Epidemiol Psichiatr Soc* 1999; 8: 276-283.
72. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The mini international neuropsychiatric interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(20): 22-33.
73. Sroufe LA. Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: the roots of maladaptation and competence. In: Perlmutter M, editor. *Minnesota Symposium in Child Psychology*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1983.
74. Sroufe LA. Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament. *Child Dev* 1985; 56: 1-14.
75. Wilhelm K, Niven H, Parker G, Hadzi-Pavlovic D. The stability of the parental bonding instrument over a 20-year period. *Psychological Medicine* 2005; 35: 387-393.
76. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR. The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. *J Personal Disord* 1989; 3: 10-18.
77. Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA. Inter-rater and test-retest reliability of the revised diagnostic interview for borderlines. *J Personal Disord* 2002; 16(3): 270-276.
78. Zweig-Frank H, Paris J. Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 648-651.

5 CONCLUSÕES E COMENTÁRIOS FINAIS

As conclusões deste estudo foram:

1) Pôde-se identificar, em uma amostra sul-brasileira de pacientes mulheres, a existência de casos de Transtorno de Personalidade *Borderline* semelhantes aos descritos originalmente em pacientes de língua inglesa, nos parâmetros estudados: a) características clínico-demográficas, b) espectro psicopatológico, c) critérios diagnósticos, d) gravidade dos sintomas, e) comorbidade, f) suicidalidade acentuada, g) incapacitação funcional importante e h) alto padrão de utilização de tratamentos médicos e psicológicos.

2) Encontrou-se nos casos, comparados com os controles pareados, associação entre o relato de exposição a abusos emocional, físico e sexual e negligência emocional na infância e adolescência, com o diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline* na idade adulta.

3) Os pacientes com TPB descreveram exposição maior a um número total de eventos traumáticos que os controles – e isto ocorreu em todas as faixas etárias: até os 12 anos e dos 13 aos 16 anos (e mesmo acima dos 17 anos).

4) Os casos não só apresentaram níveis de incapacitação funcional maior que seus controles, como esperado, quanto uma incapacitação tão grave como à relatada na literatura internacional.

5) Também apresentaram um perfil de abuso de tabaco, álcool e substâncias psicoativas maior que os controles.

6) Os casos perceberam seus vínculos parentais na infância de forma diferente dos controles, relatando mães menos afetuosas e pais mais

controladores. Predominaram, nos pacientes, pais e mães caracterizados por um padrão reconhecido na literatura como “*affectionless control*” ou do “Tipo três”, conforme o PBI: restrição de liberdade associada a controle sem afeto.

7) Pacientes com mães percebidas como do “Tipo 3” estiveram mais expostas a abusos emocionais na infância. Pacientes com pais percebidos como de “Tipo 3”, estiveram mais expostos a abuso sexual na infância.

Do acima exposto pode-se concluir que fatores ambientais na infância e adolescência dos pacientes (abusos, negligências e qualidade dos vínculos familiares) tiveram um papel importante no surgimento da psicopatologia *borderline* na idade adulta, isto é, tornaram os casos mais vulneráveis à instalação do TPB que se desenvolveu. Isto não permite, no entanto, concluir por nenhuma hipótese etiológica específica do papel destes traumas precoces e de suas famílias disfuncionais na gênese do Transtorno Borderline de Personalidade.

As concepções mais atuais sobre este tipo de transtorno apontam para modelos desenvolvimentais que integram múltiplas causalidades: predisposições genéticas, vulnerabilidades temperamentais e neurofisiológicas, fatores sociais, culturais e econômicos adversos, famílias desestruturadas e diversas formas de eventos traumáticos precoces, especialmente os abusos físicos, sexuais e emocionais. É da interação destas variáveis ambientais com vulnerabilidades biológicas individuais, que se constituem os transtornos. Ainda assim, é preciso considerar, dado o fato de todos estes fatores interagirem de modo complexo e em seqüências pouco conhecidas, que o máximo que se pode dizer, com os dados disponíveis, é que eles têm uma associação comprovada como fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos de personalidade, incluindo, em especial, o Transtorno de Personalidade *Borderline*.

O papel, na etiologia do TPB, dos abusos e negligências na infância, com sua ocorrência dentro de uma matriz familiar mais ou menos disfuncional, deve ser compreendido dentro do contexto deste modelo multifatorial de limiares de vulnerabilidade. Conforme inúmeros estudos na literatura, abusos sexuais na infância são mais comuns em pacientes com TPB do que em outros transtornos de personalidade – e do que em várias patologias de eixo I. Mas sua prevalência não é universal, embora possa haver subgrupos de pacientes em que este e outros abusos e negligências, como na nossa amostra, possam ter tido um papel mais ou menos decisivo. Por outro lado, nosso estudo também confirma que, em geral, onde há história de abusos e negligências, eles tendem a ocorrer associados a um ambiente familiar desorganizado, ambos provavelmente contribuindo para a vulnerabilidade a uma patologia clínica no futuro.

6 LIMITAÇÕES

As principais limitações do presente estudo foram: 1) o tamanho da amostra; 2) o fato de ser retrospectivo, dependendo das lembranças dos casos e controles quanto às situações traumáticas a que estiveram expostos na infância; 3) casos terem sido apenas do sexo feminino, 4) predominando pacientes hospitalizados ou recém hospitalizados e de gravidade maior, e 5) haver um grupo controle único e constituído de pessoas normais.

O tamanho amostral reduzido pode ter sido responsável por alguns resultados que alcançaram significâncias marginais e outros de apenas “tendências” à significância, que *poderiam* ter sido significativos se o N fosse maior. Com isto, ficou aumentada a possibilidade de erro do tipo II, de se deixar de encontrar diferenças significativas onde talvez existissem – o que comprometeu especialmente algumas das hipóteses que dependiam da verificação de diferenças intra-grupo dos casos.

Por exemplo, ficou prejudicada a investigação da possibilidade de haver uma associação, nos pacientes com TPB que sofreram abuso sexual na infância, quando comparados com aqueles que não o sofreram, com uma série de parâmetros clínicos (maior gravidade de sintomas, número de comorbidades, grau de suicidalidade). Como 50% dos casos da amostra de 26 sujeitos foram abusadas, as comparações intragrupo tiveram que ser feitas com 13 casos para cada subgrupo (abusados v. não-abusados), ficando um N reduzido em poder estatístico. A principal limitação, no entanto, do N relativamente pequeno da amostra, foi a restrição que isto impôs às análises de regressões logísticas que

poderiam ter sido feitas, o que não excluiu, no entanto, os achados descritos pelos estudos isolados das variáveis.

Por outro lado, o tamanho da amostra não influenciou que pudessem ser obtidas diferenças significativas, entre casos e controles, na direção esperada pelas hipóteses do estudo, e pela literatura internacional, sobre a associação entre eventos traumáticos e disfunções familiares na infância e a psicopatologia *borderline* na idade adulta.

O caráter retrospectivo do estudo pode ter influenciado a veracidade dos dados lembrados pelos sujeitos (casos e controles) sobre eventos da infância (“recall bias”). Embora o desenho retrospectivo seja a regra nas dezenas de estudos que se ocuparam do tema, não tem faltado, da mesma forma, restrições críticas ao mesmo (Maughan e Rutter, 1997; Paris, 1997). Alguns autores (Mullen et al., 1996) afirmam que o que se mede com estes estudos é, no máximo, a associação entre *as histórias de abuso contadas pelos pacientes* com suas psicopatologias presentes.

Entre as principais restrições se encontram as de que, como parte da própria patologia *borderline*, as distorções da realidade comprometeriam a avaliação que os pacientes fazem de eventos e relacionamentos do passado, fatos muitas vezes ocorridos 15 a 20 anos antes. Além disto, problemas associados ao esmaecimento normal das memórias e do aspecto reconstutivo das mesmas, associados à elaboração psíquica das experiências traumáticas, poderiam afetar a confiabilidade destes relatos.

Há, no entanto, também evidências consistentes em contrário, apoiando a validade dos relatos de situações traumáticas na infância (Bifulco et al., 1997; Robins et al., 1985). Pelo menos um estudo *prospectivo* recente (Johnson et al.,

1999 e 2001), que avaliou duas coortes diferentes de pacientes e familiares e comparou eventos traumáticos ocorridos e documentados com descrições posteriores dos pacientes, concluiu que os mesmos eram confiáveis, “não sendo meros artefatos de memórias ou relatos enviesados” (Johnson et al., 1999, p 604). Temos a convicção, junto com estes autores, que os relatos que ouvimos dos nossos sujeitos podem ser considerados igualmente confiáveis, mesmo contendo inevitáveis distorções de detalhes e de ênfases no impacto dos traumas vividos por cada um.

O fato de que a amostra, além de pequena, fosse exclusivamente feminina e constituída por pacientes graves, a maior parte internados ou recém egressos de hospitalizações, não permite que as conclusões sejam imediatamente generalizadas para pacientes *borderline* masculinos e pacientes ambulatoriais.

Os controles normais apresentaram um problema e um acréscimo. O problema foi que, por serem saudáveis, não permitiram a análise pareada com a maior parte dos parâmetros clínicos dos pacientes com TPB, especialmente suas comorbidades. Assim, não se pode afirmar que a presença e a qualidade das patologias encontradas sejam específicas para o TPB, ou também comuns em outros Transtornos de Personalidade. E não sabemos se a prevalência de abusos e negligências que encontramos na infância dos TPB não estaria igualmente presente na infância de outros transtornos do Eixo I ou Eixo II de populações clínicas sul-brasileiras.

Inversamente, a vantagem de controles normais, é que todos outros estudos até agora feitos nesta área, com uma única exceção (Bandelow et al., 2005), só usaram grupos controles compostos por populações psiquiátricas (principalmente pacientes deprimidos), sabidamente também expostas a situações traumáticas

infantis, o que poderia ter subestimado a significância e a prevalência destes eventos nos TPB.

Muitas destas limitações poderão ser contornadas em estudos futuros, que levem em consideração a necessidade de amostras maiores, pacientes com TPB cujo nível de gravidade possa ser melhor estratificado, uso de amostras clínicas de ambos os sexos, estudos de amostras da comunidade e utilização de grupos controles com outras patologias psiquiátricas. Melhor ainda seria a possibilidade de se estudar, prospectivamente, uma coorte comparada de crianças comprovadamente traumatizadas na infância e verificar a incidência e risco relativo de futura psicopatologia assim como sua interação com diferentes fatores de risco, de resiliência e temperamento.

Tabela 1 – Características demográficas dos casos (pacientes com TPB) e controles (pessoas normais)*

	Casos (N=23)	Controles (N=23)	p
Sexo, No. (%)	23 (100)	23 (100)	-
Raça, No. (%), branca	22 (95.6)	14 (60.9)	0.227
Idade, anos	33.6 ± 10.6	34.0 ± 10.7	0.017 [†]
Escolaridade, anos	9.1 ± 3.6	9.1 ± 3.1	0.887
Classe Social, No (%)			
-A+B	8 (34.8)	10 (43.5)	0.414
-C+D	15 (65.2)	13 (56.5)	0.444
Emprego, No. (%)	8 (34.8)	23 (100)	-
Aposentados, No (%)	3 (13.0)	Zero	-
Desempregado, meses	12 meses (8-24)	Zero	-
Estado Civil, No. (%)			
-Solteiro	7 (30.4)	8 (32.0)	1.000
-Casado ou c/ companheiro	9 (39.1)	12 (54.5)	0.607
-Separado	7 (30.4)	3 (13.0)	0.289
-Separações (1 a 2)	7 (30.4)	4 (17.4)	0.250
(3 ou +)	2 (8.7)	5 (21.7)	0.250
Situação Conjugal, No (%)			
-Nunca teve companheiro	4 (17.4)	10 (43.5)	0.109
-Teve 1 ou +	11 (47.8)	11 (47.8)	1.000
-Mora sozinha	3 (13.0)	3 (13.0)	1.000
-Mora c/ companheiro ou família	20 (87.0)	20 (87.0)	1.000
Renda individual, reais	220,00 (0.00 – 1350,00)	700,00 (580,00 – 1100,00)	0.000
Renda familiar, reais	1000,00 (700,00 – 2625,00)	1240,00 (700,00-2300,00)	0.444

*Os dados estão apresentados como números (percentagem), média ± desvio padrão, ou mediana (amplitude interquartil, percentis 25^o e 75^o).

[†] Este nível de significância foi considerado apenas como excesso de poder do teste. É improvável que a diferença de 0,33 anos (4 meses) em 34 anos (33,8 anos x 34 anos) seja de qualquer relevância clínico-epidemiológica para este estudo.

Tabela 2 – Características clínicas dos pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline**

	Casos (N= 26)
Idade início dos sintomas, anos	16.8 ± 8.9
Idade início do tratamento, anos	21.7 ± 8.0
Duração dos sintomas, meses	54 (12 – 261)
Idade 1ª internação hospitalar, anos	24.0 ± 8.0
Número de hospitalizações	4 (2.7 – 5.2)
Sintomas mais freqüentes, No (%):	
a) instabilidade do humor	25 (96.1)
b) sentimentos crônicos de vazio	24 (92.3)
c) reações desesperadas frente a abandonos	22 (84.6)
d) irritabilidade	22 (84.6)
e) automutilações	22 (84.6)
d) comportamentos suicidas	18 (69.2)
e) compulsão a repetir condutas autodestrutivas	18 (69.2)
f) distúrbios de identidade	15 (57.7)
g) relacionamentos intensos e instáveis	14 (53.8)
h) episódios psicóticos transitórios	14 (53.8)
i) labilidade afetiva	14 (53.8)
j) humor depressivo ou disfórico	14 (53.8)
k) crises bulímicas ou intoxicações alcoólicas	12 (46.1)
l) despersonalização	11 (42.3)
m) distorções da realidade	11 (42.3)
n) idéias de referência	8 (30.8)
o) ilusões	7 (26.9)
p) promiscuidade sexual	6 (23.1)
q) atos anti-sociais	5 (19.2)
r) overdoses	4 (15.4)
Tipo de sintomas, No. (%):	
a) descontrole de impulsos	26 (100)
b) descontrole dos afetos	26 (100)
c) perturbação dos relacionamentos interpessoais	26 (100)
d) sintomas psicóticos	17 (65.4)
Fatores desencadeantes no passado, No. (%)	20 (76.9)
a) graves	17 (85)
b) crônicos	19 (95)
Fatores desencadeantes atuais, No. (%)	18 (69.2)
a) moderados	13 (72.2)
b) crônicos	13 (72.2)
Critérios DSM-IV para TPB, número	6.8 ± 1.2
Escore total no DIB-R, escore	9 ± 0.8

*Os dados estão apresentados como números (percentagem), média ± desvio padrão, ou mediana (amplitude interquartil, percentis 25º e 75º).

Tabela 3 – Características clínicas das amostras emparelhadas

	Casos (N = 23)	Controles (N = 23)	p
Hábito de fumar, No (%)	10 (43.4)	2 (8.7)	0.021
Uso de álcool, No (%)	9 (39.1)	1 (4.3)	0.008
Uso de substâncias psicoativas, No (%)	10 (43.4)	zero	0.021
GAF, No (DP)	52.7 ± 12.8	87.9 ± 13.2	0.000

Os dados estão apresentados como números (percentagem), média ± desvio padrão ou mediana (amplitude interquartil, percentis 25º e 75º).

Tabela 4 – Frequência dos sintomas / critérios diagnósticos do Transtorno de Personalidade Borderline pelo DSM-IV*

	Casos (N=26)	
1. Instabilidade do humor	25 (96,1)	Afetivos
2. Sentimentos crônicos de vazio	24 (92,3)	Interpessoais
3. Reações desesperadas frente a abandonos	22 (84,6)	Interpessoais
4. Irritabilidade	22 (84,6)	Afetivos
5. Automutilações	22 (84,6)	Impulsivos
6. Comportamentos suicidas	18 (69,2)	Impulsivos
7. Compulsão a repetir condutas autodestrutivas	18 (69,2)	Impulsivos
8. Colapsos transitórios frente a situações de estresse	17 (65,4)	Afetivos
9. Distúrbios de identidade	15 (57,7)	Interpessoais
10. Relacionamentos intensos e instáveis	14 (53,8)	Interpessoais
11. Episódios psicóticos transitórios associados a estresses	14 (53,8)	Psicóticos
12. Labilidade afetiva	14 (53,8)	Afetivos
13. Humor depressivo ou disfórico	14 (53,8)	Afetivos
14. Crises bulímicas ou intoxicações alcoólicas	12 (46,1)	Impulsivos
15. Despersonalização	11 (42,3)	Psicóticos
16. Distorções da realidade	11 (42,3)	Psicóticos
17. Idéias de referência	8 (30,8)	Psicóticos
18. Ilusões	7 (26,9)	Psicóticos
19. Promiscuidade sexual	6 (23,1)	Impulsivos
20. Atos anti-sociais	5 (19,2)	Impulsivos
21. Overdoses	4 (15,4)	Impulsivos

* Dados apresentados como números (percentagem) e por ordem de frequência.

**Tabela 5 – Suicidalidade e mortalidade dos Transtornos de Personalidade
*Borderline****

	Casos (N = 26)
Suicidalidade (casos), No. (%)	
a) Risco de Suicídio atual	22 (84.6)
b) Tentativas de Suicídio atuais	7 (26.9)
c) Tentativas de suicídio no passado	20 (76.9)
d) Suicídio ocorrido	1 (3.8)
Mortalidade (casos), No. (%)	2 (7.6)

* Dados apresentados com números (percentagem).

Tabela 6 – Antecedentes traumáticos na infância e adolescência

	Casos (N = 23)	Controles (N = 23)	p
Abuso Emocional, No. (%)	19 (82.6)	4 (17,4)	0.000
Abuso Físico, No. (%)	14 (60.8)	5 (21.7)	0.022
Abuso Sexual, No. (%)	12 (52.2)	2 (8.7)	0.006
Negligência Física, No. (%)	7 (30.4)	4 (17.4)	0.754
Eventos traumáticos (\leq 12 anos), No.	3,4 \pm 2.9	1.8 \pm 2.2	0.053
Eventos traumáticos (13 aos 16), No.	3.2 \pm 1.7	1.0 \pm 1.5	0.000
Eventos traumáticos (\geq 17 anos), No.	5.2 \pm 3.0	3.8 \pm 2.4	0.032
Total de eventos traumáticos, No.	11.8 \pm 4.5	6.4 \pm 3.1	0.000

Os dados estão apresentados como números (percentagem), média \pm desvio padrão ou mediana (amplitude interquartil, percentis 25º e 75º).

Tabela 7 – Outros eventos traumáticos antes dos 16 anos (casos versus controles)

	p
1. Criado ou não pelos pais	0.727
2. Discussões freqüentes entre os pais	0.065
3. Separação entre os pais maior que 6 meses	0.021*
4. Divórcio dos pais	0.065
5. Morte mãe biológica	0.500
6. Morte mãe não-biológica	0.250
7. Morte pai biológico	0.219
8. Morte pai não-biológico	1.000
9. Morte irmão biológico	1.000
10. Morte irmão não-biológico	1.000
11. Morte de pessoa significativa	0.039*
12. Doença fisicamente grave na infância	0.092
13. Doença fisicamente grave dos pais na infância	0.302
14. Doença mental grave de pai ou mãe	0.000*
15. Alcoolismo pai ou mãe	0.065
16. Casos extraconjugais pai/mãe	0.344
17. Maus tratos pelos pais	0.057*
18. Ausências freqüentes da mãe (>1 semana)	0.012*
19. Ausências freqüentes do pai (>1 semana)	0.035*
20. Prisão de um dos pais	0.375
21. Mãe começou a trabalhar fora de casa	0.754
22. Desemprego de cuidador	0.508
23. Morte de animal de estimação	0.754
24. Problemas na escola primária	0.289
25. Ficar separado dos pais mais de 2 semanas	0.039*
26. Mudanças freqüentes de domicílio	1.000
27. Mudanças de cuidador	0.109
28. Nascimento de irmãos	1.000
29. Mudanças radicais na renda familiar	0.070
30. Esteve presente ou assistiu evento traumático (acidentes, incêndios, inundações)	1.000
31. Sofreu acidente	1.000
32. Internado em orfanato	0.625
33. Abortos	0.250
34. Presenciou violência familiar	0.109
35. Persenciou violência fora da família	1.000
36. Agredido fisicamente por familiar	0.012*
37. Agredido fisicamente por não-familiar	0.125

Teste McNemar (bi-caudal).

*significativo (p=0.05).

Tabela 8 – Taxas de incapacitação*

	Casos (N = 23)	Controles (N = 23)	P
Desempregados, No. (%)	16 (69.3)	zero	-
Aposentados, No. (%)	3 (13.0)	zero	-
Tempo de inatividade, meses	12 (8-24)	zero	-
Renda familiar, reais	1000 (700-1350)	1240 (700-2300)	0.444
Renda Individual, reais	220 (0.00-1350)	700 (580-1100)	0.000
GAF, escore	52.7 ± 12.8	87.9 ± 13.2	0.000

*Dados apresentados como números (percentagem), média ± desvio padrão ou mediana (amplitude inter-quartil, percentis 25º e 75º).

Tabela 9 – Características dos tratamentos dos pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline**

	Casos (N = 26)
Psicoterapias, No. (%)	22 (84.6)
Freqüência das psicoterapias, No. (%)	
a) Semanal	19 (85.7)
b) Quinzenal	3 (14.3)
Duração das psicoterapias, meses	12 (1.7 – 40.2)
Abandono de psicoterapias, No. (%)	10 (46.2)
Psicoterapias por paciente, número	2.3 ± 1.4
Psicofármacos, No. (%)	24 (92.3)
a) Antidepressivos	20 (84.6)
b) Estabilizadores do Humor	18 (76.9)
c) Antipsicóticos	14 (57.7)
d) Benzodiazepínicos	12 (50.0)

*Os dados estão apresentados como números (percentagem), média ± desvio padrão ou mediana (amplitude interquartil, percentis 25º e 75º).

Tabela 10 – Co-morbidade de patologias do Eixo I (atual e vida inteira) com Transtorno de Personalidade *Borderline**

	Casos (N = 26)
Episódio Depressão Maior (vida inteira), No. (%)	20 (76,9)
Episódio Depressão Maior (atual), No. (%)	19 (73,1)
Episódio Depressão Maior com Melancolia (atual), No. (%)	11 (42,3)
Transtorno de Ansiedade Generalizada (últimos 6 meses)	10 (38,5)
Bulimia Nervosa (vida inteira), No. (%)	10 (38,5)
Distímia Atual (últimos 2 anos), No. (%)	8 (30,8)
Transtorno de Estresse Pós-Traumático (atual + vida inteira)	8 (30,8)
Episódio Hipomaníaco (passado) No. (%)	8 (30,8)
Agorafobia sem Transtorno do Pânico (atual), No. (%)	7 (26,9)
Transtorno do Pânico (atual + vida inteira), No. (%)	7 (29,2)
Síndrome Psicótica (atual + vida inteira), No. (%)	7 (26,9)
T. do Humor com sintomas psicóticos (atual), No. (%)	7 (26,9)
Fobia Social Atual (último mês), No. (%)	6 (23,1)
Transtorno Obsessivo-Compulsivo (atual, último mês),	6 (23,1)
Transtorno do Pânico com Agorafobia (atual), No. (%)	5 (19,2)
Bulimia Nervosa Atual (últimos 3 meses), No. (%)	5 (19,2)
T. do Humor com Sintomas Psicóticos (vida inteira), No. (%)	6 (23,1)
Anorexia Nervosa (vida inteira), No. (%)	6 (23,1)
Anorexia Nervosa Atual (últimos 3 meses), No. (%)	2 (11,5)
Dependência/Abuso de Álcool (atual + vida inteira), No. (%)	4 (15,4)
Dependência/Abuso de Substâncias (atual + vida inteira)	2 (7,7)
Episódio Maníaco (passado), No. (%)	1 (3,8)
Transtorno do Pânico sem Agorafobia atual, No. (%)	2 (7,7)
Transtorno de Personalidade Anti-Social a vida inteira	Zero

*Dados apresentados como números (percentagem) e em ordem de frequência.

Tabela 11 – Co-morbidade de patologias do Eixo I (agrupadas, atual e vida inteira) com Transtorno de Personalidade *Borderline**

	Casos (N = 26)
Transtornos do Humor, No. (%)	25 (96.1)
Transtornos de Ansiedade, No. (%)	18 (69.2)
Transtornos Alimentares, No. (%)	11 (42.3)
Abuso e Dependência de Álcool & Substâncias, No. (%)	6 (23.1)

*Dados apresentados como números (percentagem) e em ordem de frequência.

Tabela 12 – Itens do DIB-R de pacientes sul-brasileiros (Schestatsky et al., 2005) e norte-americanos (Zanarini et al, 1990)*

	Casos brasileiros (N = 26)	Casos norte- americanos (N = 120)
Sintomas mais freqüentes, No. (%):		
a) Instabilidade do humor	25 (96.1)	119 (99.2)
b) Sentimentos crônicos de vazio	24 (92.3)	120 (100)
c) Reações desesperadas frente à abandonos	22 (84.6)	98 (81.7)
e) Automutilações	22 (84.6)	58 (48.3)
d) Comportamentos suicidas	18 (69.2)	67 (55.8)
g) Relacionamentos intensos e instáveis	14 (53.8)	102 (85.0)
j) Humor depressivo ou disfórico	14 (53.8)	115 (95.8)
m) Distorções da realidade	11 (42.3)	45 (37.5)
n) Idéias de referência	8 (30.8)	111 (92.5)
o) Ilusões	7 (26.9)	85 (70.8)
p) Promiscuidade sexual	6 (23.1)	51 (42.5)
r) Overdoses	4 (15.4)	91 (75.8)

*Os dados estão apresentados como números (percentagem).

Tabela 13 – Co-morbidades de Eixo I de pacientes femininas com TPB em Boston (Zanarini et al., 1998a) e Porto Alegre (Schestatsky et al., 2005)

	Porto Alegre (N = 26)	Boston (N = 296)
Transtornos de Humor	25 (96.1)	286 (97.6)
Depressão Maior vida inteira	20 (76.9)	251 (84.8)
Distímia	8 (30.8)	115 (38.9)
Abuso/Dependência Álcool & Substâncias	6 (23.1)	121 (40.9)
Transtornos Ansiosos	17 (65.4)	268 (90.5)
a) T. Pânico	7 (29.2)	147 (49.7)
b) Fobia Social	6 (23.1)	133 (44.9)
c) Fobia Simples	**	90 (32.4)
d) TEPT	8 (30.8)	180 (60.8)
d) T. Ansiedade Generalizada	10 (38.5)	36 (12.2)
Transtornos Alimentares vida inteira	11 (42.3)	184 (62.2)

*Dados expressos em números (percentagem).

**Não foi avaliado.

Tabela 14 – Análise das correlações entre tipos de abuso e negligência emocional

			Negligência física	Abuso emocional	Abuso físico	Abuso sexual	Negligência emocional
Spearman's rho	Negligência física	Correlation coefficient	1.000	0,158	0,536**	0,517**	0,293
		Sig. (2-tailed)	-	0,440	0,005	0,007	0,146
		N	26	26	26	26	26
	Abuso emocional	Correlation coefficient	0,158	1.000	0,640**	0,381	0,616**
		Sig. (2-tailed)	0,440	-	0,000	0,055	0,001
		N	26	26	26	26	26
	Abuso físico	Correlation coefficient	0,536**	0,640**	1.000	0,395*	0,629**
		Sig. (2-tailed)	0,005	0,000	-	0,046	0,001
		N	26	26	26	26	26
	Abuso sexual	Correlation coefficient	0,517**	0,381	0,395*	1.000	0,268
		Sig. (2-tailed)	0,007	0,055	0,046	-	0,185
		N	26	26	26	26	26
	Negligência emocional	Correlation coefficient	0,293	0,616**	0,629**	0,268	1.000
		Sig. (2-tailed)	0,146	0,001	0,001	0,185	-
		N	26	26	26	26	26

*Correlation is significant at 0.05 level (2-tailed).

**Correlation is significant at 0.01 level (2-tailed).

Tabela 15 – Prevalências de abuso físico e sexual em pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline

	Ano	Casos (N)	Controles (N - Dx)	Status de tratamento dos pacientes	Sexo	Abuso Físico (%)	Abuso Sexual p/familiar (%)	Abuso sexual Geral (%)	
Links et al.	1988	88	48	“Traços borderline”	Internados	Misto	29*	26*	-
Zanarini et al.	1989	50	55	Eixo II	Ambulatório	Misto	46	26*	-
Herman et al.	1989	21	24	Mistos	Ambulatório: voluntários sintomáticos	Misto	71	--	67*
Ogata et al.	1990	24	18	Deprimidos	Internados	Misto	42*	25	71*
Shearer et al.	1990	40	Zero	----	Internados	Feminino	25	28	40
Westen et al.	1990	27	23	Mistos	Internados	Feminino	52*	33	52*
Salzman et al.	1993	31	Zero	----	Voluntários sintomáticos	Misto	10	Zero	16
Paris et al.	1994	61	60	Eixo II	Ambulatório	Masculino	66	12*	48*
Paris et al.	1994	78	72	Eixo II	Ambulatório	Feminino	73	29*	71*
Zanarini et al.	1997	358	190	Eixo II	Internados	Misto	59	27*	62*
Soloff et al.	2002	61	Zero	----	Internados + Ambulatório	Misto	49	--	46*
Bandelow et al.	2005	66	109	Normais	Ambulatório	Misto	--	30.3*	60.3*
Schestatsky et al.	2005	24	24	Normais	Internados + Ambulatório	Feminino	68*	46*	52*

* Significant ($p=0.05$).

Table 1 – Demographic characteristics of cases (BPD) and normal controls*

	Cases (N=23)	Controls (N=23)	p
Sex, No. (%)	23 (100)	23 (100)	-
Ethnicity, No. (%), white	22 (95.6)	14 (60.9)	0.227
Age, years	33.6 ± 10.6	34.0 ± 10.7	0.017 ^{1*}
Scholarship, years	9.1 ± 3.6	9.1 ± 3.1	0.887
Social Class, No. (%)			
-A+B	8 (34.8)	10 (43.5)	0.414
-C+D	15 (65.2)	13 (56.5)	0.444
Job, No. (%)	8 (34.8)	23 (100)	-
Retired, No. (%)	3 (13.0)	Zero	-
Unemployed, months	12 months (8-24)	Zero	-
Civil status, No. (%)			
-Single	7 (30.4)	8 (32.0)	1.000
-Married or with partner	9 (39.1)	12 (54.5)	0.607
-Divorced	7 (30.4)	3 (13.0)	0.289
-Divorces (1 a 2)	7 (30.4)	4 (17.4)	0.250
(3 or more)	2 (8.7)	5 (21.7)	0.250
Marital status, No (%)			
-Never had a partner	4 (17.4)	10 (43.5)	0.109
-1 or more partners	11 (47.8)	11 (47.8)	1.000
-Lives alone	3 (13.0)	3 (13.0)	1.000
-Lives with partner or family	20 (87.0)	20 (87.0)	1.000
Individual income, reais	220,00 (0.00-1350,00)	700,00 (580,00-1100,00)	0.000
Family income, reais	1000,00 (700,00-2625,00)	1240,00 (700,00-2300,00)	0.444

*The data are presented as numbers (percents), average ± standard deviation, or median (interquartile amplitude, percents 25^o and 75^o).

* This significance level has been considered only as test power excess. It is unlikely a difference of 0,33 years (4 months) in 34 years (33,8 years vs 34 years) has any clinical or epidemiological relevance in this study.

Table 2 – Clinical characteristics of patients with Borderline Personality Disorder *

	Cases (N= 26)
Age of onset of the symptoms, years	16.8 ± 8.9
Age of the beginning of the treatment, years	21.7 ± 8.0
Symptoms duration, months	54 (12 – 261)
Age of first hospitalization, years	24.0 ± 8.0
Number of hospitalizations	4 (2.7 – 5.2)
Most frequent symptoms, No. (%):	
a) Mood instability	25 (96.1)
b) Chronic feelings of emptiness	24 (92.3)
c) Desperate reactions when facing abandonment	22 (84.6)
d) Irritability	22 (84.6)
e) Self-harm	22 (84.6)
d) Suicidal behavior	18 (69.2)
e) Self-destructive compulsive behavior	18 (69.2)
f) Identity disturbances	15 (57.7)
g) Intense and unstable relationships	14 (53.8)
h) Transient psychotic episodes	14 (53.8)
i) Labile affect	14 (53.8)
j) Depressive or dysphoric mood	14 (53.8)
k) Bulimic crises or alcohol intoxication	12 (46.1)
l) Depersonalization	11 (42.3)
m) Reality distortion	11 (42.3)
n) Reference ideas	8 (30.8)
o) Illusions	7 (26.9)
p) Sexual promiscuity	6 (23.1)
q) Antisocial acts	5 (19.2)
r) Overdoses	4 (15.4)
Kinds of symptoms, No. (%):	
a) Impulse dysregulation	26 (100)
b) Affects dysregulation	26 (100)
c) Interpersonal relationships disturbance	26 (100)
d) Psychotic symptoms	17 (65.4)
Past Triggering factors, No. (%)	20 (76.9)
a) Severe	17 (85)
b) Chronic	19 (95)
Current triggering factors, No. (%)	18 (69.2)
a) Moderate	13 (72.2)
b) Chronic	13 (72.2)
DSM-IV criteria for BPD, number	6.8 ± 1.2
DIB-R total score, score	9 ± 0.8

*Data presented numerically (percent), mean ± standard deviation, or median (interquartile amplitude, 25th e 75th quartiles).

Table 3 – Clinical characteristics of paired samples

	Cases (N = 23)	Controls (N = 23)	p
Smoking, No. (%)	10 (43.4)	2 (8.7)	0.021
Alcohol Use, No. (%)	9 (39.1)	1 (4.3)	0.008
Psychoactive Substance Use, No. (%)	10 (43.4)	zero	0.021
GAF, No. (DP)	52.7 ± 12.8	87.9 ± 13.2	0.000

Data presented numerically (percent), mean ± standard deviation, or median (interquartile amplitude, 25th e 75th quartiles).

Table 4 – Frequency of symptoms/diagnostic criteria of the Borderline Personality Disorder (DSM-IV)*

	Cases (N=26)	
1. Mood instability	25 (96,1)	Affective
2. Chronic feelings of emptiness	24 (92,3)	Interpersonal
3. Desperate reactions when facing abandonment	22 (84,6)	Interpersonal
4. Irritability	22 (84,6)	Affective
5. Self-harm	22 (84,6)	Impulsive
6. Suicidal behavior	18 (69,2)	Impulsive
7. Self-destructive compulsive behavior	18 (69,2)	Impulsive
8. Transient stress related dissociative symptoms	17 (65,4)	Affective
9. Identity disturbances	15 (57,7)	Interpersonal
10. Intense and unstable relationships	14 (53,8)	Interpersonal
11. Transient psychotic episodes	14 (53,8)	Psychotic
12. Labile affect	14 (53,8)	Affective
13. Depressive or dysphoric mood	14 (53,8)	Affective
14. Bulimic crises or alcohol intoxication	12 (46,1)	Impulsive
15. Depersonalization	11 (42,3)	Psychotic
16. Reality distortion	11 (42,3)	Psychotic
17. Reference ideas	8 (30,8)	Psychotic
18. Illusions	7 (26,9)	Psychotic
19. Sexual promiscuity	6 (23,1)	Impulsive
20. Antisocial acts	5 (19,2)	Impulsive
21. Overdoses	4 (15,4)	Impulsive

*Data presented numerically (percent) in order of frequency.

Table 5 – Suicidality and mortality rates of Borderline Personality Disorder patients sample*

	Cases (N = 26)
Suicidality (cases), No. (%)	
a) Current suicide risks	22 (84.6)
b) Current suicide attempts	7 (26.9)
c) Past suicide attempts	20 (76.9)
d) Committed Suicide	1 (3.8)
Mortality (cases), No. (%)	2 (7.6)

* Data presented numerically (percent).

Table 6 – Traumatic antecedents in childhood and adolescence

	Cases (N = 23)	Controls (N = 23)	p
Emotional abuse, No. (%)	19 (82.6)	4 (17,4)	0.000
Physical abuse, No. (%)	14 (60.8)	5 (21.7)	0.022
Sexual Abuse, No. (%)	12 (52.2)	2 (8.7)	0.006
Physical Neglect, No. (%)	7 (30.4)	4 (17.4)	0.754
Traumatic events (\leq 12 years), No.	3,4 \pm 2.9	1.8 \pm 2.2	0.053
Traumatic events (13 to 16), No.	3.2 \pm 1.7	1.0 \pm 1.5	0.000
Traumatic events (\geq 17 years), No.	5.2 \pm 3.0	3.8 \pm 2.4	0.032
Total of traumatic events, No.	11.8 \pm 4.5	6.4 \pm 3.1	0.000

Data presented numerically (percent), mean \pm standard deviation or median (interquartile amplitude, 25th and 75th quartiles).

Table 7 - Other traumatic events before 16 years old (cases vs controls)

	P
1. Raised by Parents	0.727
2. Frequent Arguments between Parents	0.065
3. Parents Separation longer than 6 months	0.021*
4. Parents Divorce	0.065
5. Death of Biological Mother	0.500
6. Death of Non-Biological Mother	0.250
7. Death of Biological Father	0.219
8. Death of Non-Biological Father	1.000
9. Death of Biological Brother	1.000
10. Death of Non-Biological Brother	1.000
11. Death of Significant Other	0.039*
12. Childhood Severe Physical Illness	0.092
13. Severe Physical Illness of Parents during Childhood	0.302
14. Father or Mother Severe Mental Illness	0.000*
15. Father or Mother Alcoholism	0.065
16. Father or Mother Extra-Marital Affairs	0.344
17. Mistreatment by parents	0.057*
18. Mother frequent absences (> 1 week)	0.012*
19. Father frequent absences (> 1 week)	0.035*
20. Father or Mother was in Prison	0.375
21. Mother Began to Work	0.754
22. Caregiver Unemployment	0.508
23. Pet Death	0.754
24. First Grade School Problems	0.289
25. Separation from parents longer than 2 weeks	0.039*
26. Frequent changes of residence	1.000
27. Changes of caregivers	0.109
28. Birth of siblings	1.000
29. Radical Changes of Family Income	0.070
30. Being present or witnessing a traumatic event (accidents, fires, floods)	1.000
31. Being victim of accidents	1.000
32. Raised in an orphanage	0.625
33. Abortions	0.250
34. Witnessed intra-family violence	0.109
35. Witnessed violence in the streets	1.000
36. Physically assaulted by a family member	0.012*
37. Physically assaulted by a non-family member	0.125

¹ Teste McNemar (bi-caudal)

* significant ($p = 0.05$)

Table 8 – Disability rates*

	Cases (N = 23)	Controls (N = 23)	P
Unemployed, No. (%)	16 (69.3)	zero	-
Retired, No. (%)	3 (13.0)	zero	-
Inactivity time, months	12 (8-24)	zero	-
Family income, reais	1000 (700-1350)	1240 (700-2300)	0.444
Individual Income, reais	220 (0.00-1350)	700 (580-1100)	0.000
GAF, score	52.7 ± 12.8	87.9 ± 13.2	0.000

*Data presented numerically (percents), mean ± standard deviation or median (interquartile amplitude, 25th e 75th quartiles).

Table 9 – Treatment characteristics of Borderline Personality Disorder patients sample*

	Cases (N = 26)
Psychotherapies, No. (%)	22 (84.6)
Frequency of sessions, No. (%)	
a) Weekly	19 (85.7)
b) Bi-monthly	3 (14.3)
Length of psychotherapies, months	12 (1.7 – 40.2)
Psychotherapies interruption, No. (%)	10 (46.2)
Psychotherapies per patient, number	2.3 ± 1.4
Psychopharmacological agents, No. (%)	24 (92.3)
a) Antidepressants	20 (84.6)
b) Mood stabilizers	18 (76.9)
c) Antipsychotics	14 (57.7)
d) Benzodiazepines	12 (50.0)

*Data presented numerically (percent), mean ± standard deviation, or median (interquartile amplitude, 25th e 75th quartiles).

Table 10 – Axis I comorbidity (current and lifelong) in patients with Borderline Personality Disorder*

	Cases (N = 26)
Major Depression lifelong, No. (%)	20 (76,9)
Major Depression (current), No. (%)	19 (73,1)
Major Depression with Melancholic symptoms (current), No. (%)	11 (42,3)
Generalized Anxiety Disorder (6 last months)	10 (38,5)
Bulimia Nervosa (lifelong), No. (%)	10 (38,5)
Dysthymia – current (2 last years), No. (%)	8 (30,8)
Post-traumatic stress disorder (current and lifelong)	8 (30,8)
Hypomanic episode (past) No. (%)	8 (30,8)
Agoraphobia without Panic Disorder (current), No. (%)	7 (26,9)
Panic Disorder (current and lifelong), No. (%)	7 (29,2)
Psychotic syndrome (current and lifelong), No. (%)	7 (26,9)
Mood Disorder without psychotic symptoms (current), No. (%)	7 (26,9)
Social Phobia (Current, last month), No. (%)	6 (23,1)
Obsessive-Compulsive Disorder (current, last month),	6 (23,1)
Panic Disorder with agoraphobia (current), No. (%)	5 (19,2)
Bulimia Nervosa (current, 3 last months), No. (%)	5 (19,2)
Mood Disorders with psychotic symptoms (lifelong), No. (%)	6 (23,1)
Anorexia Nervosa (lifelong), No. (%)	6 (23,1)
Anorexia Nervosa (current, 3 last months), No. (%)	2 (11,5)
Alcohol Dependence/Abuse (current and lifelong), No. (%)	4 (15,4)
Drug dependence/abuse (current and lifelong)	2 (7,7)
Manic Episode (past), No. (%)	1 (3,8)
Panic Disorder without Agoraphobia (current), No. (%)	2 (7,7)
Antisocial Personality Disorder (lifelong)	zero

* Data presented numerically (percent) in order of frequency.

Table 11 – Axis I comorbidity (grouped, current, and lifelong) in patients with Borderline Personality Disorder*

	Cases (N = 26)
Mood Disorders, No. (%)	25 (96.1)
Anxiety Disorders, No. (%)	18 (69.2)
Eating Disorders, No. (%)	11 (42.3)
Alcohol and drug dependence/abuse, No. (%)	6 (23.1)

* Data presented numerically (percent) in order of frequency.

Table 12 – DIB-R items of southern-brazilian (Schestatsky et al., 2005) and north-american patients (Zanarini et al, 1990)*

	Brazilian Cases (N = 26)	North-American Cases (N = 120)
Most frequent symptoms, No. (%):		
a) Mood instability	25 (96.1)	119 (99.2)
b) Chronic feelings of emptiness	24 (92.3)	120 (100)
c) Desperate reactions facing abandonment	22 (84.6)	98 (81.7)
e) Self-harm	22 (84.6)	58 (48.3)
d) Suicidal behavior	18 (69.2)	67 (55.8)
g) Unstable and intense relationships	14 (53.8)	102 (85.0)
j) Depressive or dysphoric mood	14 (53.8)	115 (95.8)
m) Reality distortions	11 (42.3)	45 (37.5)
n) Reference ideas	8 (30.8)	111 (92.5)
o) Illusions	7 (26.9)	85 (70.8)
p) Sexual promiscuity	6 (23.1)	51 (42.5)
r) Overdoses	4 (15.4)	91 (75.8)

* Data presented numerically (percent);

Table 13 – Axis I comorbidities in BPD female patients in Boston (Zanarini et al., 1998a) and Porto Alegre (Schestatsky et al., 2005)

	Porto Alegre (N = 26)	Boston (N = 296)
Mood Disorders	25 (96.1)	286 (97.6)
Major Depression lifelong	20 (76.9)	251 (84.8)
Dysthymia	8 (30.8)	115 (38.9)
Alcohol and Drug abuse/dependence	6 (23.1)	121 (40.9)
Anxiety Disorders	17 (65.4)	268 (90.5)
a) Panic Disorder	7 (29.2)	147 (49.7)
b) Social Phobia	6 (23.1)	133 (44.9)
c) Specific Phobia	**	90 (32.4)
d) PTSD	8 (30.8)	180 (60.8)
d) Generalized Anxiety Disorder	10 (38.5)	36 (12.2)
Eating Disorders lifetime	11 (42.3)	184 (62.2)

* Data expressed numerically (percent).

** Not assessed.

Table 14 – Correlations between abuses and emotional neglect

			Physical neglect	Emotional abuse	Physical abuse	Sexual abuse	Emotional neglect
Spearman's rho	Physical neglect	Correlation coefficient	1.000	0,158	0,536**	0,517**	0,293
		Sig. (2-tailed)	-	0,440	0,005	0,007	0,146
		N	26	26	26	26	26
	Emotional abuse	Correlation coefficient	0,158	1.000	0,640**	0,381	0,616**
		Sig. (2-tailed)	0,440	-	0,000	0,055	0,001
		N	26	26	26	26	26
	Physical abuse	Correlation coefficient	0,536**	0,640**	1.000	0,395*	0,629**
		Sig. (2-tailed)	0,005	0,000	-	0,046	0,001
		N	26	26	26	26	26
	Sexual abuse	Correlation coefficient	0,517**	0,381	0,395*	1.000	0,268
		Sig. (2-tailed)	0,007	0,055	0,046	-	0,185
		N	26	26	26	26	26
	Emotional neglect	Correlation coefficient	0,293	0,616**	0,629**	0,268	1.000
		Sig. (2-tailed)	0,146	0,001	0,001	0,185	-
		N	26	26	26	26	26

** Correlation is significant at 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at 0.05 level (2-tailed).

Table 15 – Prevalence of sexual and physical abuse in patients with Borderline Personality Disorder

Study	Date	Cases (N)	Controls (N)	Treatment status of the patients	Sex	Physical abuse (%)	Sexual abuse by family member (%)	Sexual abuse total (%)	
Links et al.	1988	88	48	<i>borderline</i> "trait"	Inpatients	Both	29*	26*	--
Zanarini et al.	1989	50	55	Axis II	Outpatients	Both	46	26*	--
Herman et al.	1989	21	34	Mixed	Symptomatic volunteer patients	Both	71	--	67*
Ogata et al.	1990	24	18	Depressed	Inpatients	Both	42	25	71*
Shearer et al.	1990	40		None	Inpatients	Female	25	28	40
Westen et al.	1990	27	23	Mixed	Inpatients	Female	52	33	52*
Salzman et al.	1993	31	None		Symptomatic volunteers	Both	10	0	16
Paris et al.	1994	78	72	Axis II	Outpatients	Female	73*	29*	71*
Paris et al.	1994	61	60	Axis II	Outpatients	Male	66	12*	48*
Zanarini et al.	1997	358	190	Axis II	Inpatients	Both	59	27*	62*
Soloff et al.	2002	61		None	Inpatients and Outpatients	Both	49		46
Schestatsky et al.	2005	24	24	Paired, high	Inpatients and Outpatients	Female	68*	46*	52*

¹Significant (p=0.05).

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akiskal HS. Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the “borderline” realm. *Psychiatry Clin North Am* 1981; 4: 25-46.
2. _____. Demystifying borderline personality: Critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110: 401-407.
3. _____. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders – beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharm* 1996; 16 Suppl: 4S-14S.
4. _____. The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89 Suppl 379: 32-37.
5. _____. Validating “hard” and “soft” phenotypes within the bipolar spectrum: continuity or discontinuity. *J Affect Disord* 2003; 73: 1-5.
6. Akhtar S, Byrne JP, Doghramji K. The demographic profile of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 1986; 47: 196-198.
7. Akiskal HS, Chen SE, Davis GC, Puzantian VR, Kashgarian M, Bolinger JM. Borderline: an adjective in search of a noun. *J Clin Psychiatry* 1985; 46: 41-48.
8. Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF, Sechter D, Bourgeois ML, Azorin JM, et al. Validating antidepressant-associated hypomania (bipolar III): a systematic comparison with spontaneous hypomania (bipolar II). *J Affect Disord* 2003b; 73: 65-74.
9. Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF. Bipolar II with and without cyclothymic temperament: “dark” and “sunny” expressions of soft bipolarity. *J Affect Disord* 2003a; 73: 49-57.
10. Alarcón RD, Westermeyer J, Foulks E, Ruiz P. Clinical relevance of contemporary cultural psychiatry. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187(8): 465-471.
11. Alarcón RD. Cross cultural issues. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editors. *Textbook of Personality Disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2005. P. 561-578.
12. Almeida OP, Forlenza OV, Costa Lima NK, Bigliani V, Arcuri SM, Gentile M, et al. Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting – report from a survey in São Paulo, Brazil. *Int J Ger Psychiatry* 1998; 12(7): 728-736.

13. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry* 1997 Dec; 171: 524-529.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-III)*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 1980.
15. _____. *Revised (DSM-III-R)*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 1987.
16. _____. *(DSM-IV)*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.
17. _____. *Text Revision (DSM-IV-TR)*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
18. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22: 106-115.
19. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37(7): 316-325.
20. Andrade RC, Silva VA, Assumpção Jr FB. Preliminary data on the prevalence of psychiatric disorders in Brazilian male and female juvenile delinquents. *Braz J Med Biol Research* 2004; 37: 1155-1160.
21. Andrulonis PA, Glueck BC, Stroebel CF, Vogel NC. Borderline personalities subcategories. *J Nerv Ment Dis* 1982; 170 (11): 670-679.
22. Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado. Escala para nível sócio-econômico. Site: <http://www.anep.org.br>; 1975.
23. Baer L, Jenike MA, Black DW, Treece C, Rosenfeld R, Greist J. Effect of axis II diagnoses on treatment outcome with clomipramine in 55 patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 862-866.
24. Baldessarini RJ. A plea for the integrity of the bipolar concept. *Bipolar Disorders* 2000; 2: 3-7.
25. Bandelow B, Krause J, Wedekind D, Brooks A, Hajak G, Rütger E. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research* 2005; 134: 169-179.

26. Barasch A, Frances A, Hurt S, Clarkin J, Cohen S. The stability and distinctness of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1484-1486.
27. Baxter L, Edell W, Gerner R, Fairbanks L, Gwirtsman H. Dexamethasone suppression test and axis I diagnoses of inpatients with DSM-III borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 150-153.
28. Benazzi F, Akiskal HS. Refining the evaluation of bipolar II: Beyond the strict SCID-CV guidelines for hypomania. *J Affect Disord* 2003; 73: 33-38.
29. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dick IR, McGlashan TH, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (2): 295-302.
30. Bernstein DL, Fink L. Childhood trauma questionnaire: a retrospective self-report – manual. USA: The Psychological Corporation; 1998.
31. Bernstein DP, Handelsman L, Foote J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994; 151(8): 1132-1136.
32. Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *J American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997; 36 (3): 340-348.
33. Bernstein DP, Stein AJ, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect* 2003; 27: 169-190.
34. Blashfield RK, Intoccia V. Growth of the literature on the topic of personality disorders. *Am J Psychiatry* 2000; 157(3): 472-473.
35. Blazer DG. Mood disorders: epidemiology. In: Sadock B & Sadock V, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. P. 1298-1308.
36. Brieger P, Ehrt U, Marneros A. Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Compr Psychiatry* 2003; 44(1): 28-34.
37. Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ. Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1715-1719.
38. Brodsky BS, Cloitre M, Dulit RA. Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152(12): 1788-1995.

39. Bulik CM, Prescott CA, Kendler KS. Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric substance use disorders. *Br J Psychiatry* 2001; 179:444-449.
40. Burton K, Polatin PB, Gatchel RJ. Psychosocial factors and the rehabilitation of patients with chronic work-related upper extremity disorders. *J Occup Rehabil* 1997; 7: 139-153.
41. Chabrol H, Chouicha K, Montovany A, Callahan S. Symptoms of DSM-IV borderline personality disorder in a nonclinical population of adolescents: study of a series of 35 patients. *Encephale* 2001; 27(2): 120-127.
42. Clarke M, Hafner RJ, Holme G. Borderline personality disorder: a challenge for mental health services. *Aust NZ J Psychiatry* 1995; 29: 409-414.
43. Corbitt EM, Malone KM, Haas GL, Mann JJ. Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders. *J Affect Disord* 1996; 39: 61-72.
44. Cornell DG, Silk KR, Ludolph PS, Lohr NE. Test-retest reliability of the diagnostic interview for borderlines. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 1307-1310.
45. Corruble D, Ginestet D, Guelfi JD. Comorbidity of personality disorders and unipolar depression: a review. *J Affect Disord* 1996; 37: 157-170.
46. Dahl AA. Borderline disorders: The validity of the diagnosis concept. *Psychiatr Dev* 1985; 2: 109-152.
47. Draijer N, Langeland W. Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1999; 156(3): 379-385.
48. Ekselius L, Eriksson M, von Knorring L, Linder J. Personality disorders and major depression in patients with somatoform pain disorders and medical illnesses in relation to age of work disability. *Eur J Psychiatry* 1996; 10: 35-43.
49. Ekselius L, Tilffors M, Furmark T, Fredrikson M. Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences* 2001; 30(2): 311-320.
50. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(6): 727-734.

51. Fink L, Bernstein DP, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M. Initial reliability of the Childhood Trauma Interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1329-1335.
52. _____. Initial reliability and validity of the Childhood Trauma Interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *Am J Psychiatr* 1995; 152 (9): 1329-1335.
53. Frances A, Clarkin JF, Gilmore M, Hurt SW, Brown R. Reliability of criteria for borderline personality disorder: a comparison of DSM-III and the diagnostic interview for borderlines. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 1080-1084.
54. Fyer FR, Frances AJ, Sullivan T, Hurt SW, Clarkin J. Suicide attempts in patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 737-739.
55. Gartner AF, Marcus RN, Halmi K, Loranger AW. DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1585-1591.
56. George EL, Miklowitz DJ, Richards JA, Simoneau TL, Taylor DO. The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disord* 2003; 5(2): 115-122.
57. Grassi-Oliveira R, Pezzi JC, Stein LM. Versão brasileira do childhood trauma questionnaire (CTQ). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. No prelo.
58. Grassi-Oliveira R, Stein LM. História de abuso e negligência na infância em um modelo de predição para o transtorno de estresse pós-traumático e distúrbios psiquiátricos menores no adulto (Dissertação de Mestrado: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS). Porto Alegre (RS); 2004.
59. Grinker R, Werble B, Drye RC. The Grinker Study (1968). In: Stone MH, editor. *Essential papers on borderline disorders*. New York: New York University Press; 1986. P. 320-356.
60. Gunderson JG. *Borderline personality disorder*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1984.
61. Gunderson JG, Carpenter WT, Strauss JS. Borderline and schizophrenic patients: a comparative study. *Am J Psychiatry* 1975; 132: 1257-1264.
62. Gunderson JG, Elliot GR. The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 277-288.

63. Gunderson JG, Frank AF, Ronningstam EF, Wachter S, Lynch J. Early discontinuation of borderline patients from psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177(1): 38-42.
64. Gunderson JG, Kolb JE, Austin V. The diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry* 1981; 138: 896-903.
65. Gunderson JG, Morey LC, Stout RL, Skodol AE, Shea T, McGlashan TH, et al. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(8): 1049-1056.
66. Gunderson JG, Phillips KA. A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 967-975.
67. Gunderson JG, Singer M. Defining borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry* 1975; 132: 1-10.
68. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L. Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980; 10: 231-242.
69. Hawton K, Houston, BA, Haw C, Townsend E, Harriss L. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *Am J Psychiatry* 2003; 160(8): 1494-1500.
70. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 490-495.
71. Herman JL, van der Kolk BA. Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In: van der Kolk BA, editor. *Psychological Trauma*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1987. P. 111-126.
72. Hirschfeld RMA, Klerman GL. Personality attributes and affective disorders. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 67-70.
73. Houaiss A. *Mini-Webster: Dicionário Inglês-Português*. Rio de Janeiro: Record; 1992.
74. Hudziak JJ, Boffeli TJ, Kriesman JJ, Battaglia MM, Stanger C, Guze SB. Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse disorders. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1596-1606.
75. Ilardi SS, Craighead WE, Evans DD. Modeling relapse in unipolar depression: the effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *J Clin Consul Psychol* 1997; 65: 381-391.

76. Ikuta N, Zanarini MC, Minakawa K, Miyake Y, Moriya N, Nishizono-Maher A. Comparison of american and japanese outpatients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1994; 35(5): 382-385.
77. Jackson HJ, Burgess PM. Personality disorders in the community: results from the Australian national survey of mental health and well-being (Part III). Relationships between specific type of personality disorder, axis I mental disorders and physical conditions with disability and health consultations. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(1): 765-776.
78. Johnson JG, Cohen P, Smailes E, Skodol AE, Brown J, Oldham JM. Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. *Compr Psychiatry* 2001; 42(1):16-23.
79. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes E, Bernstein D. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders in early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(7):600-606.
80. Johnson DM, Shea MT, Yen S, Battle CL, Zlotnik C, Sanislow CA, et al. Gender differences in borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Compr Psychiatry* 2003; 44(4): 284-292.
81. Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, McKenzie JM, Sullivan PF, Cloninger RC. Borderline personality disorder in major depression: symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6-month outcome. *Compr Psychiatry* 2003; 44(1): 35-43.
82. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Maser J, Rice JA, et al. The comparative clinical phenotype and long term longitudinal episode course of bipolar I and II: a clinical spectrum or distinct disorders. *J Affect Disord* 2003; 73(1-2): 19-32.
83. Kernberg OF. Borderline personality organization (1967). In: Stone MH, editor. *Essential papers on borderline disorders*. New York: New York University Press; 1986. P. 279-319.
84. Kernberg OF. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson; 1975.
85. Kerr-Corrêa F, Tarelho LG, Crepaldi AL, Camiza LD, Villanassi R. Abuso sexual, transtornos mentais e doenças físicas. *Rev Psiq Clínica* 2000; 27(5): 257-271.
86. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the U.S.: results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 8-20.

87. Kessler RC. Sociology and psychiatry. In: Sadock B, Sadock V, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. P. 476-484.
88. Kjelsberg E, Eikeseth PH, Dahl AA. Suicide in borderline patients – predictive factors. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84(3): 283-287.
89. Laporte L, Guttman H. Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders. *J Personal Disord* 1996; 10:247-259.
90. Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med* 1996; 26(2); 211-222.
91. Links PS, Heslegrave R, van Reekum R. Prospective follow-up study of borderline personality disorder: prognosis, prediction of outcome, and axis II comorbidity. *Can J Psychiatry* 1998; 43(4): 265-270.
92. Links PS, Steiner M, Offord DR, Eppel A. Characteristics of borderline personality disorder: a Canadian study. *Can J Psychiatry* 1988; 33: 336-340.
93. Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, Berger P, Buchheim P, Channabasavanna SM. The international personality disorder examination. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(3): 215-224.
94. Lovisi GM, Mann AH, Coutinho E, Morgado AF. Mental illness in an adult sample admitted to public hostels in the Rio de Janeiro metropolitan area, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38(9): 493-498.
95. Magill CA. The boundary between borderline personality disorder and bipolar disorder: current concepts and challenges. *Can J Psychiatry* 2004; 49(8): 551-556.
96. Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ. Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Disord* 1995; 34: 173-185.
97. Mari J, Williams PA. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 23-26.
98. Maughan B, Rutter M. Restrospective reporting of childhood adversity: issues in assessing long-term recall. *J Personal Disord* 1997; 11:19-33.
99. McGlashan T. The borderline syndrome. II. Is it a variant of schizophrenia or affective disorder? *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 1319-1323.

100. McGlashan T. The Chestnut Lodge follow-up study, part III: long term outcome of borderline personalities. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 42: 20-30.
101. McHolm AE, MacMillan HL, Jamieson E. The relationship between physical abuse and suicidality among depressed women: results from a community sample. *Am J Psychiatry* 2003; 160(5): 933-938.
102. Mehlum L, Friis S, Irion T, Johns S, Karterud S, Vaglum S. Personality disorders 2-5 years after treatment: a prospective follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 72-77.
103. Miller SG. Borderline personality disorder in cultural context: commentary on Paris. *Psychiatry* 1996; 59: 193-195.
104. Millon T, Grossman SD. Sociocultural factors. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editors. *Textbook of Personality Disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2005. P. 223-235.
105. Modestin J, Villiger C. Follow-up study on borderline versus non-borderline personality disorders. *Compr Psychiatry* 1989; 30: 236-244.
106. Molina-Ramos R, Perera JLC, Urdaniz AP, Iglesias SS. Factors associated to the diagnoses of borderline personality disorder in psychiatric out-patients. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30(3): 153-159.
107. Moriya N, Miyake Y, Minakawa K, Ikuta N, Nishizono-Maher A. Diagnosis and clinical features of borderline personality disorder in the east and west: a preliminary report. *Compr Psychiatry* 1993; 34(6): 418-423.
108. Mulder RT. Personality disorders in New Zealand hospitals. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84(2): 197-202.
109. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect* 1996; 20(1):7-21.
110. Nakao K, Gunderson JG, Phillips KA, Tanaka N, Yorifuji K, Takaishi J, et al. Functional impairment in personality disorders. *J Personal Disord* 1992; 6: 24-33.
111. Negrao AB, Cordas TA. Clinical characteristics and course of anorexia nervosa in Latin America, a brazilian sample. *Psychiatry Res* 1996; 62(1): 17-21.
112. Nestadt G, Romanoski AJ, Chahal R, Merchant A, Folstein MF, Gruenberg EM, et al. An epidemiological study of histrionic personality disorder. *Psychol Med* 1990; 20: 413-422.

113. Norusis M. Statistical package for the social sciences (SPSS-X): advanced statistic guide. Chicago: Mc Graw Hill; 1986.
114. Noyes R, Reich J, Christiansen J, Suelzer M, Pfohl B, Coryell WA. Outcome of panic disorder: relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. Arch Gen Psychiatry 1980; 47: 809-818.
115. Nurnberg HG, Raskin M, Levine PE, Pollock S, Prince R, Siegel O. BPD as a negative prognostic factor in anxiety disorders. J Personal Disord 1989; 3: 205-216.
116. _____. The comorbidity of borderline personality disorder and other DSM-III-R axis II personality disorders. Am J Psychiatry 1991; 148(10): 1371-1377.
117. Ogata SN, Silk KR, Goodrich S, Lohr NE, Westen D, Hill EM. Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry 1990; 147(8): 1008-1013.
118. Okasha A, Omar AM, Lotaief M, Ghanem A, Okasha T. Comorbidity of axis I and axis II diagnoses in a sample of egyptian patients with neurotic disorders. Compr Psychiatry 1996; 37(2): 95-101.
119. Oldham JM, Skodol AE, Gallagher PE, Kroll ME. Relationship of borderline symptoms to histories of abuse and neglect: a pilot study. Psychiatr Q 1996; 67:287-295.
120. Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, Hyler SE, Doidge N, Rosnik L, et al. Comorbidity of axis I and axis II disorders. Am J Psychiatry 1995; 152(4): 571-578.
121. Onchev G, Ganev K. Borderline personality disorder in Bulgaria: period prevalence, syndrome validity and comorbidity. European Psychiatry 1996; 11 Suppl 4: 371S-372S.
122. Paris J. The treatment of borderline personality disorder in light of the research of its long term outcome. Can J Psychiatry 1993; 38 1 Suppl: 28S-34S.
123. _____. Cultural factors in the emergence of borderline pathology. Psychiatry 1996; 59(2): 185-192.
124. _____. Childhood trauma as an etiological factor in the personality disorders. J Personal Disord 1997; 11:34-49.
125. _____. Personality disorders in sociocultural perspectives. J Personal Disord 1998; 12(4): 289-301.

126. Paris J, Brown R, Nowlis D. Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Compr Psychiatry* 1987; 28: 530-535.
127. Paris J, Zweig-Frank H. A critical review of the role of childhood sexual abuse in the etiology borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 1992; 37(2): 125-128.
128. Paris J, Zweig-Frank H, Guzder J. Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Compr Psychiatry* 1994a; 35: 301-305.
129. _____. Psychological risk factors for borderline personality disorder in male patients. *J Nerv Ment Dis* 1994b;182: 375-380.
130. Perugi G, Toni C, Traverso MC, Akiskal HS. The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the borderline-bipolar II connection. *J Affect Disord* 2003; 73: 87-98.
131. Perry JC. Depression in borderline personality disorder: lifetime prevalence at interview and longitudinal course of symptoms. *Am J Psychiatry* 1985; 142(1): 15-21.
132. Perry JC, Banon E, Ianni F. The effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1312-1321.
133. Pope HG, Jonas JM, Hudson JI, Cohen BM, Gunderson JG. The validity of DSM III borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 23-30.
134. Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, et al. The NIMH epidemiologic catchment area program: historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 934-941.
135. Salzman JP, Salzman C, Wolfson AN, Albanese M, Looper J, Ostacher M. Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 254-257.
136. Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ, Clayton P, Brown H, Costa PT, et al. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 536-542.
137. Samuels J, Nestadt G, Bienvenu OJ. Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorders. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 457-462.

138. Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. The self-harm inventory (SHI): development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *J Clin Psychol* 1998; 54(7): 973-983.
139. Sansone RA, Hruschka J, Vasudevan A, Miamisburg O, Miller SN. Disability and borderline personality symptoms. *Psychosomatics* 2003; 44: 442.
140. Schestatsky SS. Quem tem medo do paciente borderline? *Revista Brasileira Psicoterapia* 1999; 1: 117-128.
141. Schestatsky SS, Abreu PB, Ceitlin LH. Confiabilidade da versão brasileira da entrevista diagnóstica revisada para transtorno borderline; 2003. Manuscrito não publicado.
142. Senol S, Dereboy C, Yuksel N. Borderline disorder in Turkey: A 2- to 4-year follow-up. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32(2): 109-112.
143. Shea MT, Glass DR, Pilkonis PA. Frequency and implications of personality disorders in a sample of depressed inpatients. *J Personal Disord* 1987; 1: 27-41.
144. Shea MT, Pilkonis PA, Beckham E, Collins JF, Elkin I, Sotsky SM, et al. Personality disorders and treatment outcome in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 711-718.
145. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The mini international neuropsychiatric interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 20: 22-33.
146. Shearer SL, Peters CP, Quaytman MS, Ogden RL. Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories of female borderline inpatients. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 214-216.
147. Siever JL, Torgersen S, Gunderson JG, Livesley J, Kendler KS. The borderline diagnosis III: Identifying endophenotypes for genetic studies. *Biol Psychiatry* 2002; 51:964-968.
148. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect* 1996; 20(8):709-723.
149. Skodol AE, Buckley P, Charles E. Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? *J Nerv Ment Dis* 1983; 171: 405-410.

150. Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dick IR, Stout RL, Bender DS, et al. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002a; 159(2): 276-283.
151. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity and personality structure. *Biol Psychiatry* 2002; 51(12): 936-950.
152. Skodol AE, Oldham JM. Assessment and diagnosis of borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiat* 1991; 42(10): 1021-1028.
153. Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA. The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. *Biol Psychiatry* 2002; 51:951-963.
154. Skodol AE, Stout RL, McGlashan TH, Grilo CM, Gunderson JG, and Shea MT, et al. Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS). *Depress Anxiety* 1999; 10(4): 175-182.
155. Soares JC, Gershon S. The diagnostic boundaries of bipolar disorder (editorial). *Bipolar Disorders* 1999; 1: 1-2.
156. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151(9): 1316-1323.
157. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM. Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *J Personal Disord* 2002; 16(3): 201-214.
158. Spitzer RL, Endicott J, Gibbon M. Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: the development of criteria. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 17-24.
159. Stern A. Psychoanalytic investigation and therapy in borderline group of neuroses. *Psychoanal Q* 1938; 7: 467-489.
160. Stevenson J, Meares R, Comeford A. Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 165-166.
161. Stone MH. The borderline syndrome: evolution of the term, genetic aspects, and prognosis (1977). In: MH Stone, editor. *Essential papers on borderline disorders*. New York: New York University Press; 1986. P. 475-497.

162. _____. Contemporary shift of the borderline concept from a sub schizophrenic disorder to a sub affective disorder. *Psychiatr Clin North Amer* 1979; 2: 577-594.
163. _____. Borderline syndromes: a consideration of subtypes and an overview, directions for research. *Psychiatr Clin North Am* 1981; 4(1): 3-24.
164. _____. *Essential papers on borderline disorders*. New York: New York University Press; 1986. P. 279-319.
165. _____. *The fate of borderline patients*. New York: Guilford Press; 1990.
166. Swartz HA, Pilkonis PA, Frank E, Proietti JM, Scott J. Acute treatment outcomes in patients with bipolar I disorder and co-morbid borderline personality disorder receiving medication and psychotherapy. *Bipolar Disord* 2005; 7(2): 192-197.
167. Swartz M, Blazer D, George L, Winfield I. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Personal Disord* 1990; 4: 257-272.
168. Tyrer P, Casey P, Ferguson B. Personality disorder in perspective. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 463-471.
169. Torgersen S. Epidemiology. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editors. *Textbook of personality disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2005. P. 129-141.
170. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 590-596.
171. Torres AR, Del Porto JA. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and personality disorders. A Brazilian controlled study. *Psychopathology* 1995; 28(6): 322-329.
172. Verheul R, van den Brink W, Hartgers C. Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addict Behav* 1998; 23: 869-882.
173. Vertogradova O, Bannikov G, Konkov S. Personality characteristics in depressive patients. *European Psychiatry* 1997; 12 Suppl 2: 235S.
174. Waldinger R, Gunderson JG. Completed psychotherapies with borderline patients. *Am J Psychother* 1984; 38: 190-202.

175. Weaver TL, Clum GA. Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychology* 1993; 61: 1068-1075.
176. Westen D, Ludolph P, Misle B, Ruffins S, Block J. Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. *Am J Orthopsychiatry* 1990; 60: 55-66.
177. Widiger TA, Trull TJ. Borderline and narcissistic personality disorders. In: Sutker PB, Adams HE, editors. *Comprehensive Handbook of Psychopathology*. 2nd ed. New York: Plenum; 1993. P. 371-394.
178. Widom CS. Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1223-1229.
179. Wolfe J, Kimerling R. Gender issues in the assessment of posttraumatic stress disorder. In: Wilson J, Keane TM, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press; 1997. P. 192-238.
180. Yen S, Shea MT, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson J, et al. Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2004; 161(7): 1296-1298.
181. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1998a; 155(12): 1733-1739.
182. _____. Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1998b; 39(5): 296-302.
183. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I comorbidity with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time of remission. *Am J Psychiatry* 2004; 161(11): 2108-2114.
184. Zanarini MC, Frankenburg FR, Khera GS, Bleichmar J. Treatment histories of borderline inpatients. *Compr Psychiatry* 2001; 42: 144-150.
185. Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA. Inter-rater and test-retest reliability of the revised diagnostic interview for borderlines. *J Personal Disord* 2002; 16(3): 270-276.
186. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR. The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. *J Personal Disord*, 1989; 3: 10-18.

187. _____. Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 161-67.
188. Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, Schwartz EO, Frankenburg FR. Childhood experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry* 1989; 30: 18-25.
189. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB, Vera SC, Marino MF. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1101-1106.
190. Zimmerman M, Coryell W. DSM-III personality disorder diagnoses in a non-patient sample. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 682-689.
191. Zimmerman M, Mattia JI. Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1999; 40: 245-252.

ANEXOS

PROTOCOLO PARA A PESQUISA “FATORES AMBIENTAIS...”

Traumas na Infância x Transtorno de Personalidade ‘Borderline’

Data:/...../.....

Protocolo nº:

NOME DO PACIENTE: _____
ENDEREÇO: _____
TELEFONE: _____
ENTREVISTADOR: _____

INFORMAÇÕES SOBRE O PACIENTE:

1. Idade:anos
2. Sexo:	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino
3. Situação conjugal:	<input type="radio"/> Solteiro <input type="radio"/> Casado ou com companheiro <input type="radio"/> Viúvo <input type="radio"/> Separado
4. Nº de companheiros prévios:
5. Separado (nº de separações):
6. Profissão (função):	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
7. Exerce alguma função de trabalho:	<input type="radio"/> Sim. Qual? <input type="radio"/> Não
8. Atualmente:	<input type="radio"/> Empregado <input type="radio"/> Desempregado: Quantos meses?
9. Escolaridade:	<input type="radio"/> Analfabeto <input type="radio"/> anos de estudo
10. Renda individual:	R\$
11. Renda familiar:	R\$
12. Cor:	<input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Negra <input type="radio"/> Mestiça
13. Atualmente mora:	<input type="radio"/> Sozinho <input type="radio"/> Com a família <input type="radio"/> Companheiro(a)
14. Fumante:	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
15. Abuso de álcool:	Você alguma vez já pensou que deveria diminuir seu uso de bebida? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Você já se incomodou porque alguém criticou seu uso da bebida? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Você alguma vez já se sentiu mal ou culpado com seu uso de bebida? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Você alguma vez já teve que beber logo que acordou para se acalmar ou para se recuperar de uma ressaca? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
16. Já usou outras drogas?	<input type="radio"/> Sim. Quais? <input type="radio"/> Não

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

17. Motivação para o tratamento atual:	<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Compulsória
18. Motivos para busca do tratamento atual (descreva as queixas principais do paciente):		
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
19. Motivo da procura do tratamento neste momento:		
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
20. Idade do início dos sintomas atuais (incluindo dados sobre como começaram os sintomas e que sentimentos eles despertaram no paciente):		
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
21. Tipo de sintomas atuais:	Afetivos:	
	()	- afeto lábil [acentuadas mudanças de humor]
	()	- irritabilidade [crises de raiva ou mau humor intensas e inadequadas]
	()	- instabilidade do humor (hiper-reativo a frustrações)
	()	- colapsos freqüentes e transitórios relacionados a estresses
	()	- humor depressivo e disfórico
		Impulsividade:
	()	- overdose de drogas
	()	- auto-mutilações
	()	- comportamentos suicidas
	()	- crises bulímicas ou intoxicações alcoólicas
	()	- promiscuidade sexual
		- atos anti-sociais. Quais?
	
	
		- compulsão a repetir situações auto-destrutivas
Interpessoal e do ego:		

Motivos:	
.....	
.....	
.....	
.....	
26. Idade do início dos primeiros sintomas:anos
27. Tipo de sintomas:	
.....	
.....	
.....	

HISTÓRIA DOS EVENTOS ESTRESSORES (DESENCADEANTES)

28. Houve fator desencadeante na(s) primeira(s) crise(s)?	<input type="radio"/> 1 Sim	<input type="radio"/> 2 Não	
29. Qual o tipo de estressor (ver tabela anexa)?			
.....			
.....			
30. Qual sua duração?	<input type="radio"/> 1 Agudo	<input type="radio"/> 2 Crônico (mais de 6 meses)	
31. Qual sua gravidade (ver tabela)?	<input type="radio"/> 1 Leve	<input type="radio"/> 2 Moderado	<input type="radio"/> 3 Grave
32. Houve fator desencadeante <u>na doença atual</u> ?			
.....			
.....			
33. Qual o tipo de estressor (ver tabela anexa)?			
.....			
.....			
34. Qual sua duração?	<input type="radio"/> 1 Agudo	<input type="radio"/> 2 Crônico (mais de 6 meses)	
35. Qual sua gravidade (ver tabela)?	<input type="radio"/> 1 Leve	<input type="radio"/> 2 Moderado	<input type="radio"/> 3 Grave
36. História de doenças físicas ou somatoformes:	<input type="checkbox"/> - Anorexia Nervosa <input type="checkbox"/> - Bulimia <input type="checkbox"/> - Dor pélvica <input type="checkbox"/> - Dor psicogênica <input type="checkbox"/> - Transtornos dismórfico corporal <input type="checkbox"/> - Dispareunia <input type="checkbox"/> - Vaginismo <input type="checkbox"/> - Disfunções sexuais: <input type="checkbox"/> ▪ desejo hipoativo <input type="checkbox"/> ▪ impotência <input type="checkbox"/> ▪ anorgasmia <input type="checkbox"/> - outras disfunções sexuais (especifique): <input type="checkbox"/> - sintomas dissociativos (amnésias, fugas, desmaios) <input type="checkbox"/> - sintomas conversivos		
37. Hipóteses diagnósticas:	- Eixo I		
	- Eixo II		
	- Eixo III		
	- Eixo IV		
	- Eixo V: Escala de Avaliação Global do Func. (escala GAF em anexo):		
38. Diagnóstico pela CID 10 (M.I.N.I.):			

39. Diagnóstico pelo DIB-R: Escore			
40. Classe sócio-econômica:			
41. Dosagem cortisol sérico basal:			
42. Resposta ao DST:	Dose utilizada de dexametasona:		
	Resposta às 8h:	Resposta às 16h:	
	
Supressor:		1 Sim	2 Não

ANEXAR

- Gabarito FEI
- Gabarito M.I.N.I.
- Gabarito DIB-R
- SRQ
- Estilos de Apego
- Parental Bonding
- CTQ
- Estressores ao Longo da Vida
- Escala de Gravidade de Abuso
- Escala Nível Sócio-Econômico

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - A

Está sendo realizada uma pesquisa no Hospital de Clínicas de Porto Alegre sobre traumas ocorridos na infância e sua relação com problemas emocionais na vida adulta. A sua participação nesta pesquisa envolverá o fornecimento de informações sobre fatos da história da sua vida, e fatos da sua situação atual. Estamos cientes que a natureza de algumas das informações que lhe solicitaremos poderá ser penosa e delicada, e não desejamos provocar maiores sofrimentos ao relembra-las. Se você, mesmo assim, aceitar participar desta pesquisa, estaremos disponíveis para conversar sobre quaisquer sofrimentos despertados, e encaminhá-lo, se necessário, para o atendimento psicológico adicional que se fizer necessário.

Também serão necessários realizar três exames de sangue, feitos em dois dias seguidos (um em um dia e dois no dia seguinte), onde serão colhidos cerca de 3 ml (uma colher de sobremesa) de sangue para exame, de cada vez. Suas entrevistas, e as coletas de sangue venoso para os exames, serão realizadas por profissionais da área da saúde, treinados para estes procedimentos. Os objetivos das entrevistas serão os de colher dados da sua história de vida atual e passada, e pedir que você preencha alguns questionários.

A finalidade da pesquisa é a de conhecer e compreender melhor as condições de vida e de saúde mental das pessoas que procuram o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e, dentro disto, estudar a associação que possa haver entre fatos traumáticos da infância e juventude dos pacientes com sua situação atual.

Os registros médicos e as informações que você fornecer serão tratados sempre confidencialmente. Por outro lado, não deixando que você seja identificado, os resultados deste estudo poderão vir a ser publicados em revistas científicas, ou a serem submetidos à discussão com outros profissionais da área da saúde.

Como participante desta pesquisa você poderá desligar-se do estudo em qualquer momento, se assim o desejar, sem nenhum prejuízo de qualquer atendimento que esteja tendo, ou que possa vir a necessitar, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Para seu conhecimento, os responsáveis pela pesquisa são o Prof. Sidnei Schestatsky (ramal 8311) e a Prof^a. Lúcia Helena Ceitlin (ramal 8294), com os quais você poderá entrar em contato, sempre que desejar maiores esclarecimentos sobre o estudo que estará em andamento.

Declaro que estou ciente das informações acima e que concordo em participar desta pesquisa

Número do estudo: Código de ident.:

Nome do participante:

Nome de familiar ou responsável:

Assinatura do Médico Supervisor:

Assinatura do participante:

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – B

Está sendo realizada uma pesquisa no Hospital de Clínicas de Porto Alegre sobre traumas ocorridos na infância de pacientes e a relação destes traumas com problemas emocionais na vida adulta dos mesmos. A sua participação nesta pesquisa será a de permitir que possamos estabelecer uma comparação entre pessoas que apenas trabalham no Hospital de Clínicas, com aquela pessoas que vem buscar tratamento no HCPA. Estamos cientes que a natureza de algumas das informações que lhe solicitaremos poderá ser penosa e delicada, e não desejamos provocar maiores sofrimentos ao lembrá-las. Por outro lado, caso você aceitar participar desta pesquisa, e houver qualquer situação emocional que necessite ser melhor esclarecida ou tratada, poderemos encaminhá-lo(a) para o atendimento médico ou psicológico que se fizer necessário.

Também serão necessários realizar três exames de sangue, feitos em dois dias seguidos (um em um dia e dois no dia seguinte), onde serão colhidos cerca de 3 ml (uma colher de sobremesa) de sangue para exame, de cada vez. Suas entrevistas, e as coletas de sangue venoso para os exames, serão realizadas por profissionais da área da saúde, treinados para estes procedimentos. Quanto às entrevistas, seus objetivos serão os de colher dados da sua história de vida atual e passada e preencher alguns questionários.

Todas as informações que você fornecer serão tratadas confidencialmente e não serão registrados no seu prontuário médico do HCPA; portanto, não terão qualquer repercussão na sua relação com o Hospital. Por outro lado, evitando sempre que você seja identificado, os resultados deste estudo poderão vir a ser publicados em revistas científicas, ou a serem submetidos à discussão com outros profissionais da área da saúde.

Como participante desta pesquisa, você poderá desligar-se do estudo no momento que desejar, sem que haja qualquer prejuízo em outros atendimentos que você esteja tendo, ou que possa vir a ter, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Para seu conhecimento, os responsáveis pela pesquisa são o Prof. Sidnei Schestatsky (ramal 8311) e a Profª. Lúcia Helena Ceitlin (ramal 8294), com os quais você poderá entrar em contato sempre que desejar maiores esclarecimentos sobre o estudo que estará em andamento.

Declaro que estou ciente das informações acima, e que concordo em participar desta pesquisa.

Número do estudo: Código de ident.:

Nome do participante:

Nome de familiar ou responsável:

Assinatura do Médico Supervisor:

Assinatura do participante:

ESCALA PARA NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO

A Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado criou, em 1978, um novo sistema de classificação sócio-econômica. O conceito básico desta classificação é discriminar as pessoas sócio-economicamente mediante informações sobre sua escolaridade e a posse de determinados "itens de conforto", tais como televisor, geladeira, rádio, automóvel e empregados domésticos. É levado em consideração o número de entidades possuídas, item por item, ao invés de simplesmente atribuírem-se pontos conforme a presença ou ausência de cada item. A soma dos pontos obtidos vai incluir a pessoa entrevistada nas classes A, B, C, D, e E, conforme mostrado a seguir:

Item	Não tem	1	2	3	4	5	6 ou mais
TV	0	2	4	6	8	10	12
Rádio	0	1	2	3	4	5	6
Banheiro	0	2	4	6	8	10	12
Carro	0	4	8	12	16	16	16
Empregada	0	6	12	18	24	24	24
Telefone	0	5	5	5	5	5	5
Geladeira	0	2	2	2	2	2	2

Instrução do chefe da família	Pontos
Analfabeto/primário incompleto	0
Primário completo/ginásial incompleto	1
Ginásial completo/colegial incompleto	3
Colegial completo/superior incompleto	5
Superior completo	10

Por exemplo:

- O sujeito X possui: 1 televisão, 3 rádios, 1 automóvel, 1 telefone e 1 geladeira.
- X tem nível superior incompleto.
- Assim, X tem a seguinte pontuação: $2 + 3 + 4 + 5 + 2 + 5 = 21$
- Com isto, X é classificado na classe B.

Classe	Pontos
A	35 ou mais
B	21 a 34
C	10 a 20
D	5 a 9
E	0 A 4

SCORE DE CLASSE: _____

NOME: _____ Nº PROTOCOLO: _____

ENTREVISTADOR: _____ DATA: _____

ANEXO D

SELF REPORT QUESTIONNAIRE

1. Você tem dores de cabeça freqüentes?	()	Sim	()	Não
2. Tem falta de apetite?	()	Sim	()	Não
3. Dorme mal?	()	Sim	()	Não
4. Fica com medo com facilidade?	()	Sim	()	Não
5. Suas mãos tremem?	()	Sim	()	Não
6. Se sente nervoso, tenso ou preocupado?	()	Sim	()	Não
7. Tem problema digestivo?	()	Sim	()	Não
8. Não consegue pensar com clareza? (é difícil pensar com clareza?)	()	Sim	()	Não
9. Sente-se infeliz?	()	Sim	()	Não
10. Chora mais que o comum?	()	Sim	()	Não
11. Acha difícil gostar de suas atividades diárias?	()	Sim	()	Não
12. Acha difícil tomar decisões?	()	Sim	()	Não
13. Seu trabalho diário é um sofrimento? (tormento)?	()	Sim	()	Não
14. Não é capaz de ter um papel útil na vida (inútil)?	()	Sim	()	Não
15. Perdeu o interesse pelas coisas?	()	Sim	()	Não
16. Acha que é uma pessoa que não vale nada?	()	Sim	()	Não
17. O pensamento de acabar com a vida já passou pela sua cabeça?	()	Sim	()	Não
18. Sente-se cansado o tempo todo?	()	Sim	()	Não
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	()	Sim	()	Não
20. Fica cansado com facilidade?	()	Sim	()	Não

NOME: _____ Nº PROTOCOLO: _____

ENTREVISTADOR: _____ DATA: _____

ANEXO E

**ENTREVISTA PARA DIAGNÓSTICO DE
TRANSTORNO BORDERLINE - REVISADA**

(DIB-R)

John G. Gunderson, M.D.

e

Mary C. Zanarini, Ed. D.

McLean Hospital

Harvard Medical School

Para maiores informações sobre a DIB-R, contate os autores no McLean Hospital, 115 Mill Street, Belmont, MA 02178.

DESCRIÇÃO

A DIB-R é uma entrevista semi-estruturada que coleta informações em quatro áreas consideradas importantes para o diagnóstico do Transtorno de Personalidade “Borderline”: afeto, cognição, padrões de ação impulsiva e relacionamentos interpessoais. Ela avalia 97 itens relacionados com o modo como o paciente se sentiu, pensou e se comportou durante os dois últimos anos. O paciente é a única fonte de informações para a grande maioria destes itens, mas um pequeno número deles permite o uso de uma fonte adicional de dados, através de informações de familiares ou consulta a prontuários.

A entrevista é dividida em 24 sub-seções e as informações obtidas em 22 destas sub-seções são usadas para definir 22 enunciados, chamados de **ENUNCIADOS RESUMO**. Cada um destes enunciados representa um critério diagnóstico importante para o Transtorno de Personalidade “Borderline” e é utilizado para avaliar a presença ou ausência deste transtorno. As informações das outras duas sub-seções pesam negativamente contra o diagnóstico “borderline” (itens # 24 e # 58) e são usadas para determinar o escore final do paciente nas seções de afeto e cognição, respectivamente.

INSTRUÇÕES

1. Verifique se o paciente não entendeu alguma pergunta ou deu uma resposta que pareça incompleta, contraditória ou inexata. Também investigue mais, se achar que um conjunto especificado de perguntas não forneceu informações suficientes para dar o escore de um **Enunciado Resumo**.
2. Assinale o número que representar a melhor resposta para uma pergunta ou um Enunciado Resumo. A menos que especificado de outra forma, todas as perguntas e Enunciados Resumo seguem a seguinte classificação: **2 = SIM, 1 = PROVÁVEL e 0 = NÃO**. Se uma pergunta não é aplicável, escreva N.A. à direita do grupo de alternativas.
3. Para cada seção, some os Escores do Enunciado Resumo para obter o **ESCORE DA SEÇÃO**.
4. Converta o Escore da Seção em um **ESCORE GRADUADO DE SEÇÃO**, de 0 a 2 ou de 0 a 3, seguindo as instruções fornecidas ao final daquela seção.
5. Totalize os Escores Graduados das Seções para obter um **ESCORE DIB-R total de 0 a 10**.
6. Use as seguintes diretrizes para fazer uma avaliação diagnóstica ao final da entrevista: **um escore DIB-R de oito ou mais é considerado indicativo de Transtorno de Personalidade “Borderline”**, ao passo que um escore **DIB-R de sete ou menos é considerado indicativo de outra síndrome clínica**.

INFORMAÇÕES BÁSICAS

1. Código do Paciente:											
Nome do Paciente:											
Nº do Prontuário:				Nº do Protocolo:							
2. Situação no Momento da Entrevista:		1	Internado								
		2	Paciente Ambulatorial								
		3	Não-Paciente								
Data da Entrevista:											
Instituição:											
Nome do Entrevistador:											
3. Idade:											
4. Sexo:		1	Masculino		2	Feminino					
5. Estado Civil:		1	Nunca casou		2	Casado pelo menos uma vez					
6. Raça:		1	Branco	2	Não Branco. Especificar:						
7. Grau de Instrução: anos de escolaridade completa											
8. Ocupação:	1	Profissional		2	Gerencial		3	Técnico	4	Escritório/Vendas	
	5	Atividade Especializada		6	Atividade Semi-especializada		7	Atividade Não Especializada		8	Estudante
	9	Dona-de-Casa		10	Nenhum						
9. Classe Social (conforme Hollingshead-Redlich): 1-5											
(Este número deve basear-se no grau de instrução e ocupação do chefe da casa onde o paciente reside caso este não seja financeiramente independente.).											
NOTA: Substituir o índice acima pela ESCALA DE NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO											

INÍCIO DA ENTREVISTA

Antes de começar este questionário, gostaria de assinalar que a maioria das perguntas que serão feitas se refere aos últimos dois anos de sua vida. Gostaríamos de conhecer principalmente seus sentimentos, pensamentos e comportamentos habituais durante este período de dois anos. Serão também feitas algumas perguntas sobre comportamentos que provavelmente não sejam normais para você, mas que podem ter ocorrido em alguns momentos difíceis, nos quais você tenha se sentido muito perturbado com alguma coisa ou tenha entrado em alguma crise.

SEÇÃO AFETO			
Nos últimos dois anos, você...			
Depressão			
1. ... sentiu-se muito triste, ou deprimido, na maior parte do tempo?	2	1	0
2. ... teve períodos em que esteve muito deprimido, todos os dias, por duas semanas ou mais?	2	1	0
3. E.1 - O PACIENTE TEVE UMA DEPRESSÃO CRÔNICA MENOR OU PASSOU POR UM OU MAIS EPISÓDIOS DE DEPRESSÃO MAIOR.	2	1	0
Nos últimos 2 anos, você:			
4.... sentiu-se inseguro e desamparado por dias ou semanas seguidas?	2	1	0
5.... sentiu-se sem esperanças que as coisas poderiam melhorar?	2	1	0
6.... sentiu-se que não valia nada?	2	1	0
7.... sentiu-se extremamente culpado com alguma coisa?	2	1	0
8. E.2 - O PACIENTE TEVE SENTIMENTOS PROLONGADOS DE DESAMPARO, DESESPERANÇA, FALTA DE VALOR PRÓPRIO OU CULPA.	2	1	0
Raiva			
Nos 2 últimos anos, você:			
9.... sentiu-se muitas vezes com raiva?	2	1	0
10. ... sentiu-se com <u>muita</u> raiva (ou seja, furioso ou com muito ódio de alguém)?	2	1	0
Nos 2 últimos anos, você:			
11. ... foi muitas vezes irônico ou debochado com as pessoas?	2	1	0
12. ... teve vontade de discutir e brigar por qualquer motivo?	2	1	0
13. ... irritou-se com facilidade?	2	1	0
14. E.3 - O PACIENTE SENTIU-SE FREQUENTEMENTE MUITO IRRITADO OU AGIU DE MODO CONTRARIADO (I.E., MUITAS VEZES MOSTROU-SE IRÔNICO, BRIGÃO E FACILMENTE IRRITÁVEL).	2	1	0
Ansiedade			
Nos últimos 2 anos, você:			
15. ... sentiu-se muito ansioso, durante muito tempo?	2	1	0
16. ... com frequência teve sintomas físicos de nervosismo, como dores de cabeça, palpitações, coração batendo rápido ou suor excessivo?	2	1	0
17. ... perturbou-se, sem razão, com medos inexplicáveis de coisas que normalmente não o assustariam?	2	1	0
18. ... teve ataques de pânico (i.e., crises de ansiedade com início súbito e com intenso medo de morrer, de enlouquecer ou perder o controle)?	2	1	0
19. E.4 O PACIENTE SENTIU-SE MUITO ANSIOSO OU APRESENTOU FREQUENTES SINTOMAS FÍSICOS DE ANSIEDADE.	2	1	0

Outros Afetos Disfóricos			
Nos últimos 2 anos, você:			
20. ...se sentiu muito só na maior parte do tempo?	2	1	0
21. ... sentiu-se na maior parte do tempo aborrecido, sem achar graça nas coisas?	2	1	0
22. ... experimentou muitas vezes uma sensação de vazio?	2	1	0
23. E.5 - O PACIENTE TEVE SENTIMENTOS CRÔNICOS DE SOLIDÃO, ABORRECIMENTO OU SENSÇÃO DE VAZIO.	2	1	0
Diversos			
Nos últimos 2 anos, você:			
24. (A)... freqüentemente passou por períodos de dias, ou semanas, em que se sentiu muito alegre ou eufórico sem causa aparente?	2	1	0
Ou muito irritado quando alguém lhe contrariava?	2	1	0
1. Durante estes períodos, você acreditava que era uma pessoa muito importante, ou que tinha capacidades ou poderes especiais?	2	1	0
2. Dormia menos do que o usual e não se sentia cansado?	2	1	0
3. Falava mais do que o usual?	2	1	0
4. Sentia que seus pensamentos estavam mais rápidos?	2	1	0
5. Distraía-se com mais facilidade do que o usual?	2	1	0
6. Envolvia-se excessivamente em diversas atividades (no trabalho, em casa, socialmente, sexualmente), ou se sentia fisicamente mais agitado/a do que o usual?	2	1	0
7. Fazia coisas impulsivas que normalmente não faria (p. ex., gastar dinheiro em excesso, ter muitos casos amorosos, fazer negócios sem pensar)?	2	1	0
Outras pessoas percebiam estes episódios?	2	1	0
O que elas diziam sobre eles?	2	1	0
Você teve que interromper suas atividades por causa destas crises, ou teve que ser internado?	2	1	0
(Verifique se o paciente teve um distúrbio do humor – critério A – e mais três dos outros sete critérios.) (Episódios Hipomaniacos).	2	1	0
25. ESCORE NA SEÇÃO AFETO:			
Escore Graduado na Seção Afeto:			
- <u>2</u> se o Escore da Seção for 5 ou mais (2 de cada de E.3 e E.5);			
- <u>1</u> se o Escore da Seção for 3 ou 4, ou qualquer outra combinação de 5 ou mais;			
- <u>0</u> se o Escore da Seção for 2 ou menos, ou se o paciente tiver passado por repetidos episódios hipomaniacos bem definidos, e que foram claramente percebidos pelos outros.			
26. ESCORE GRADUADO NA SEÇÃO AFETO:			
SEÇÃO COGNIÇÃO			
Esta seção classifica perturbações do pensamento (pensamento estranho, experiências perceptivas incomuns e experiências paranóides não delirantes), pensamentos “quase”- psicóticos e pensamentos verdadeiramente psicóticos. Experiências “ quase ”- psicóticas são definidas como delírios e alucinações transitórios, circunscritos e pouco típicos dos transtornos psicóticos, ao passo que experiências psicóticas "reais" são definidas como delírios e alucinações duradouras, disseminadas e típicas nos transtornos psicóticos. Além disso, todos os Enunciados Resumos e todos os itens, exceto o item #57, referem-se a experiências não influenciadas por substâncias psicoativas , sendo, portanto, fundamental averiguar se as experiências descritas pelo paciente ocorreram com ele sóbrio ou sob a influência de álcool ou drogas.			
Pensamentos Estranhos / Experiências Perceptivas Incomuns			
Nos últimos dois anos, você:			
27. ... foi muito supersticioso (p. ex., batia sempre na madeira, atirava sal sobre o ombro, fugia de gatos pretos ou evitava passar por debaixo de escadas)? (Superstição Importante)	2	1	0

28. ... acreditou que seus pensamentos, palavras ou gestos poderiam fazer as coisas acontecerem, ou impedi-las de acontecer, de alguma forma especial ou mágica? (Pensamento Mágico)	2	1	0
29. ... achou que tinha um “sexto sentido”, uma intuição especial, sobre coisas que poderiam acontecer mas que ainda não tinham acontecido? (Sexto Sentido)	2	1	0
30. muitas vezes se sentiu capaz de dizer o que os outros estavam pensando ou sentindo, usando algum poder especial ou mágico, tal como a telepatia? Ou acreditou que as outras pessoas sabiam o que você estava pensando ou sentindo usando este mesmo tipo de poder? (Telepatia)	2	1	0
31. ... com frequência teve experiências de premonição, como a visão de algo que estava acontecendo em outro lugar? Achou-se, freqüentemente, capaz de prever o futuro? (Clarividência)	2	1	0
32. ... acreditou fortemente em alguma idéia, mesmo que as pessoas tentassem lhe mostrar que ela não era verdade (p. ex., achar que estava sendo prejudicado ou perseguido no emprego, quando os outros não achavam)? (Idéias supervalorizadas)	2	1	0
Nos 2 últimos anos, você:			
33. ... freqüentemente sentiu a presença de uma força, ou pessoa, que na realidade não estavam presentes? Interpretou errado coisas que ouvia (p. ex., achou que ouvia alguém chamar seu nome, quando na verdade era o som do vento)? (Ilusões Recorrentes)	2	1	0
34. ... freqüentemente se sentiu fora da realidade? Com a sensação que seu corpo, ou uma parte dele, parecia estranha ou mudava de forma ou tamanho? Que seus sentimentos pareciam não serem seus? Como você visse a si mesmo de longe? (Despersonalização)	2	1	0
35. ... freqüentemente sentiu que as coisas a sua volta eram irreais? Como se elas fossem estranhas, ou mudassem de forma ou tamanho? Como se você estivesse num sonho? Como se algo semelhante a um vidro estivesse entre você e o mundo? (Desrealização)	2	1	0
36. E.6 - O PACIENTE TEVE PENSAMENTOS BIZARROS OU EXPERIÊNCIAS PERCEPTIVAS INCOMUNS (P. EX., PENSAMENTO MÁGICO, ILUSÕES RECORRENTES, DESPERSONALIZAÇÃO).	2	1	0
Experiências Paranóides Não-Delirantes			
Nos últimos 2 anos, você:			
37. ... frequentemente se sentiu muito desconfiado das outras pessoas? (Desconfiança Injustificada)	2	1	0
38. muitas vezes pensou que outras pessoas estavam lhe observando? Falando de você pelas costas? Rindo de você? (Idéias de Referência)	2	1	0
39. ... muitas vezes pensou que as pessoas estavam lhe prejudicando ou perseguindo? Que elas se aproveitavam de você, ou lhe acusavam por coisas pelas quais você achava que não tinha feito? (Outras Idéias Paranóides)	2	1	0
40. E.7 - O PACIENTE TEVE FREQUENTES EXPERIÊNCIAS PARANÓIDES NÃO- DELIRANTES E TRANSITÓRIAS (i.e., DESCONFIANÇA INJUSTIFICADA, IDÉIAS DE REFERÊNCIA, OUTRAS IDÉIAS PARANÓIDES).	2	1	0
Experiências Psicóticas (Classifique cada experiência conforme abaixo): 2 = delírios e alucinações "reais", 1 = delírios e alucinações “quase”-psicóticos, e 0 = ausência de delírios ou alucinações.			
Nos últimos 2 anos, você achou:			
41. ... que alguma força externa estava introduzindo idéias em sua cabeça? (Inserção de Idéias)	2	1	0
42. ... que idéias estavam sendo roubadas de sua mente? (Roubo de Pensamento)	2	1	0
43. ... que seus pensamentos estavam sendo transmitidos pelo rádio, TV ou pela internet, de modo que as outras pessoas podiam ouvir o que você estava pensando? (Radiodifusão de Idéias)	2	1	0
44. ... que seus sentimentos, idéias ou ações estavam sendo controladas por uma outra pessoa ou por uma máquina? (Delírios de Controle do Pensamento)	2	1	0
45. ... que conseguia ouvir os pensamentos dos outros? Ou que eles podiam ler seus pensamentos como se sua mente fosse um livro aberto? (Delírios de Leitura de Pensamentos)	2	1	0

46. ... que outras pessoas estavam conspirando contra você? Que estavam tentando lhe machucar ou lhe punir de propósito? (Delírios de Perseguição)	2	1	0
47. ... que outras pessoas estavam vigiando ou seguindo você? Que coisas tinham sido preparadas contra você? Que você estava recebendo mensagens através do rádio ou da televisão? (Delírios de Referência)	2	1	0
48. ... que você merecia ser castigado por algo terrível que tinha feito? (Delírios de Culpa/Pecado)	2	1	0
49. ... que você era uma pessoa extremamente importante? Que tinha capacidades ou poderes excepcionais? (Delírios de Grandeza)	2	1	0
50. ... que algo terrível tinha acontecido, ou iria acontecer com você no futuro (p. ex., que o mundo iria acabar amanhã, que seu corpo estava se desintegrando ou se derretendo)? (Delírios Niilistas)	2	1	0
51. ... que havia algo de muito errado com seu corpo ou que você tinha alguma doença muito grave? (Delírios Somáticos)	2	1	0
52. ... teve outras idéias que as pessoas julgaram totalmente absurdas, estranhas ou sem pé nem cabeça? (Outros Delírios)	2	1	0
Nos 2 últimos anos, você...			
53. ... ouvia vozes, ou outros sons, que ninguém mais ouvia? (Alucinações Auditivas)	2	1	0
54. ... via coisas ou tinha visões que os outros não viam? (Alucinações Visuais)	2	1	0
55. ... teve outras experiências com sensações que ninguém mais sentia (p. ex., cheiros estranhos ou algo invisível rastejando por seu corpo)? Ou teve sensações no seu corpo que lhe parecessem memórias de algo ocorrido no passado? (sentir ardências de uma queimadura da infância, por ex.) (Outras Alucinações)	2	1	0
56. E.8 - O PACIENTE TEVE FREQUENTES DELÍRIOS OU ALUCINAÇÕES "QUASE-PSICÓTICOS"	2	1	0
Diversos			
<u>Nos últimos 2 anos, você:</u>			
57. ... teve alguma destas experiências depois de ter bebido ou usado drogas? (Experiências Psicóticas Induzidas por Substâncias) (2 = experiências psicóticas "reais", 1 = experiências quase-psicóticas e 0 = nenhuma)			
58. ... passou por períodos de uma semana ou mais, em que se sentiu extremamente alegre ou eufórico sem causa aparente?			
- Ou muito irritado quando contrariado?			
- Durante estes períodos, você achava que era uma pessoa muito importante ou que tinha capacidades ou poderes especiais?			
- Dormia menos do que o usual e não se sentia cansado?			
- Falava mais do que o usual ou sentia-se incapaz de parar de falar?			
- Pensava aceleradamente ou queixava-se que os pensamentos pulavam de um assunto para outro?			
- Distraía-se com muita facilidade?			
- Envolvia-se em tantas atividades que as pessoas ficavam preocupadas, ou sentia-se fisicamente mais agitado do que o habitual?			
- Fazia muitas coisas, impulsivamente, que normalmente não faria?			
- Este estado prejudicou seriamente seu trabalho?			
- E a situação em casa ou sua vida social?			
- Você teve que ser hospitalizado por causa de um destes episódios? (Julgue se o paciente teve uma perturbação de humor persistente, foi seriamente prejudicado socialmente ou profissionalmente durante estes períodos, além de satisfazer três dos outros sete critérios para episódio maníaco.) (Episódios Maníacos)	2	1	0

59. ESCORE NA SEÇÃO DE COGNIÇÃO:			
Escore Graduado na Seção de Cognição: 2 se o Escore na Seção for 4 ou mais; 1 se o Escore na Seção for 2 ou 3; 0 se o Escore na Seção for igual ou menor do que 1, ou se o paciente <u>alguma vez</u> teve ou um episódio psicótico prolongado/generalizado, ou um episódio maniaco plenamente manifesto.			
60. ESCORE GRADUADO NA SEÇÃO DE COGNIÇÃO:			
SEÇÃO PADRÕES DE AÇÃO IMPULSIVA			
Se a resposta para alguma das perguntas a seguir for sim , verifique o número de vezes que o comportamento ocorreu. Exceto onde indicado (abuso de substâncias, automutilação e tentativas de suicídio), classifique assim cada tipo de impulsividade: 2 = 5 x ou mais, 1 = 3-4 x e 0 = 2 x ou menos.			
Abuso de Substâncias			
Nos últimos dois anos, você..			
61. ... bebeu demais ou ficou bêbado de verdade? (Abuso de Álcool) (2 = abuso crônico, 1 = abuso episódico, 0 = ausência de abuso)			
62. ... ficou "alto" com medicações prescritas ou drogas ilegais? (Abuso de Substâncias) (2 = abuso crônico, 1 = abuso episódico, 0 = ausência de abuso)			
63. E.9 - O PACIENTE TEVE UM PADRÃO DE GRAVE ABUSO DE SUBSTÂNCIAS.			2 1 0
Desvio Sexual:			
Nos 2 últimos anos, você:			
64. ... envolveu-se sexualmente, de modo impulsivo, com qualquer pessoa, ou teve muitos casos de curta duração? (Promiscuidade)			
65. ...envolveu-se em práticas sexuais incomuns (p. ex., gostar de ser humilhado ou ferido durante o ato sexual, preferir assistir outras pessoas fazendo sexo a fazer sexo você mesmo)? (Parafilias)			
66. E.10 - O PACIENTE APRESENTOU UM PADRÃO DE DESVIO SEXUAL (PARAFILIA OU PROMISCUIDADE).			2 1 0
Auto-mutilação:			
Nos últimos 2 anos, você:			
67. ... feriu a si mesmo de propósito, mas sem pretender se matar (p.. ex., cortar-se, queimar-se, bater-se, quebrar vidro da janela com socos, esmurrar a parede, bater a cabeça na parede)? (Auto-mutilação) (2 = 2 x ou mais; 1 = 1 x; 0 = nenhuma vez)			
68. E.11 - O PACIENTE APRESENTOU UM PADRÃO DE AUTO-MUTILAÇÃO FÍSICA.			2 1 0
Atos Suicidas			
Nos últimos 2 anos, você:			
69. ... fez ameaças de se matar? (Ameaça de Suicídio) (2 =2 x ou mais, 1 =1x, 0 = nenhuma vez)			
70. ... fez tentativas de se suicidar, mesmo que nem sempre fosse para valer? (Gestos Suicidas /Tentativas de Suicídio) (2 = 2 x ou mais, 1 = 1 x; 0 = nenhuma vez)			
71. E.12 - O PACIENTE TEVE UM PADRÃO DE AMEAÇAS, GESTOS OU TENTATIVAS MANIPULADORAS DE SUICÍDIO (OU SEJA, AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO VISAVAM SOBRETUDO PROVOCAR UMA RESPOSTA DE AJUDA).			2 1 0
Outros Padrões Impulsivos			
Nos últimos 2 anos, você...:			
72. ... teve algum episódio em que ingeriu tantos alimentos que sentiu muita dor e teve que se forçar a vomitar? (Crises de Bulimia)			
73. ... houve vezes em que gastou muito dinheiro em coisas que não precisava ou que não podia pagar? (Crises de Esbanjamento)			
74. ... teve crises de jogar cartas ou bingo (ou qualquer outro jogo), em que apostava compulsivamente mesmo que estivesse sempre perdendo dinheiro? (Crises de Jogo Compulsivo)			

75. ... perdeu a cabeça e gritou, berrou ou xingou alguém? (Explosões Verbais)	2	1	0
76. ... envolveu-se em brigas de rua? (Brigas Físicas)	2	1	0
77. ... ameaçou ferir alguém fisicamente (p. ex., ameaçou bater, esfaquear ou matar alguém)? (Ameaças Físicas)	2	1	0
78. ... agrediu ou abusou de alguém fisicamente (p. ex., dando tapas, socos ou chutes em alguém)? (Agressões Físicas)	2	1	0
79. ... deliberadamente danificou objetos (p. ex., quebrou pratos ou mobília, avariou o carro de outra pessoa)? (Dano à Propriedade)	2	1	0
80. ... dirigiu algum veículo em alta velocidade? Dirigiu bêbado ou drogado? (Dirigir de Maneira Imprudente)	2	1	0
81. ... fez alguma coisa proibida por lei (p. ex., furtos em lojas, venda de drogas, comprou ou vendeu coisas roubadas)? (Ações Anti-sociais)	2	1	0
82. E.13 - O PACIENTE APRESENTOU OUTROS COMPORTAMENTOS IMPULSIVOS.	2	1	0
83. ESCORE NA SEÇÃO PADRÕES DE AÇÃO IMPULSIVA:			
Escore Graduado na Seção Padrões de Ação Impulsiva:			
3 se o Escore na Seção for igual ou maior do que 6 (2 de E. 11 ou de E. 12);			
2 se o Escore na Seção for de 4 ou 5, ou qualquer outra combinação de 6 ou mais;			
0 se o Escore na Seção for igual ou menor do que 3 ;			
ESCORE GRADUADO NA SEÇÃO PADRÕES DE AÇÃO IMPULSIVA:			
SEÇÃO DE RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS			
Intolerância a Ficar Sozinho			
Nos últimos dois anos, você...			
85. ... tinha muita dificuldade de passar algum tempo sozinho?	2	1	0
86. ... muitas vezes fez esforços desesperados para não ficar sozinho (p. ex., conversava ao telefone durante horas a fio, saía de casa só para encontrar alguém com quem pudesse conversar ?).	2	1	0
87. ... sentiu-se muito deprimido quando ficava sozinho?	2	1	0
88. ... sentiu-se muito ansioso quando sozinho? Com raiva? Com sensações de vazio? Sentiu-se mal?	2	1	0
89. E.14 - O PACIENTE TÍPICAMENTE EVITOU FICAR SOZINHO OU SENTIU-SE EXTREMAMENTE DISFÓRICO QUANDO FICAVA SOZINHO.	2	1	0
Preocupações com Abandono/Fusão/Aniquilação			
Nos últimos 2 anos, você:			
90. ... muitas vezes teve medo de que seria abandonado pelas pessoas mais próximas? (Medo de Abandono)	2	1	0
91. ... muitas vezes teve medo de sentir-se sufocado caso se envolvesse muito com as pessoas? (Medo de Fundir-se)	2	1	0
92. ... muitas vezes teve medo de se desestruturar totalmente, ou de não conseguir seguir vivendo, caso fosse abandonado por alguém muito importante na sua vida? (Medo de Aniquilação)	2	1	0
93. E.15 - O PACIENTE FREQUENTEMENTE SENTIU MEDO DE ABANDONO, FUSÃO OU ANIQUILAÇÃO.	2	1	0
Dificuldade com dependência afetiva			
Nos últimos 2 anos, você...:			
94. ... teve empregos onde uma de suas principais funções era cuidar de outras pessoas ou animais?	2	1	0
95. ... oferecia-se constantemente para ajudar amigos, parentes ou colegas de trabalho?	2	1	0
96. ... sentiu-se incomodado quando outras pessoas tentaram ajudar ou cuidar de você?	2	1	0
97. ... recusou-se a pedir apoio ou auxílio quando achava que realmente estava precisando de ajuda?	2	1	0
98. ... teve alguém em sua vida que você alguma vez sentiu que realmente precisava? Sua capacidade de funcionar dependeu desta pessoa? E sua sobrevivência?	2	1	0
99. E.16 - O PACIENTE TEVE DIFICULDADES DE SE SENTIR DEPENDENTE OU SERIAMENTE CONFLITUADO EM RELAÇÃO A DAR E RECEBER AJUDA.	2	1	0

Relacionamentos Íntimos Instáveis			
Nos últimos 2 anos, você:			
100. ... teve algum relacionamento mais íntimo? Quantos? Com que freqüência se encontrou com estas pessoas? Qual delas era a mais importante para você? (2 = 4 ou mais; 1 = 2 a 3; 0 = 1 ou menos)	2	1	0
101. ... teve algum destes relacionamentos que tenha sido perturbado por discussões intensas e freqüentes?	2	1	0
102. ... teve rompimentos freqüentes destes relacionamentos ou de outras amizades?	2	1	0
103. E.17 - O PACIENTE MOSTROU TENDÊNCIA A TER RELACIONAMENTOS INTENSOS E INSTÁVEIS.	2	1	0
Problemas Recorrentes em Relacionamentos Íntimos			
Nos últimos 2 anos, você:			
104. ...teve a tendência de sentir-se muito dependente dos outros? Precisava de muito apoio e ajuda para fazer as coisas? Disseram que você era muito dependente? (Dependência: o paciente freqüentemente sentiu-se demasiado dependente dos outros)	2	1	0
105. ... permitiu que as pessoas lhe forçassem a fazer coisas que não queria fazer? Deixou que lhe tratassem de maneira grosseira e agressiva? Alguma vez lhe disseram que você permitia que as pessoas explorassem ou abusassem de você? (Masoquismo: o paciente muitas vezes permitiu que outros o coagissem ou ferissem)	2	1	0
106. E.18 - O PACIENTE APRESENTOU PROBLEMAS RECORRENTES COM DEPENDÊNCIA OU MASOQUISMO EM RELACIONAMENTOS ÍNTIMOS.	2	1	0
Nos últimos 2 anos, você:			
107. ... via mais os defeitos do que as qualidades das pessoas? Já lhe disseram que você era muito crítico ou depreciativo? (Depreciação: o paciente repetidamente exagerou as fraquezas e minimizou as qualidades dos outros)	2	1	0
108. ... muitas vezes tentou induzir as pessoas a fazerem o que você queria que elas fizessem? Você se acha capaz de manipular as pessoas? Ou já lhe disseram que você era muito manipulador? (Manipulação: o paciente repetidamente usou de meios indiretos para obter o que queria dos outros)	2	1	0
109. ... muitas vezes tentou forçar os outros a fazerem coisas que não queriam fazer, ou os tratou com maldade? Já lhe disseram que você era autoritário ou cruel? (Sadismo: o paciente repetidamente tentou coagir ou ferir os outros)	2	1	0
110. E.19 - O PACIENTE TEVE PROBLEMAS RECORRENTES DE DESVALORIZAÇÃO, MANIPULAÇÃO OU SADISMO EM RELACIONAMENTOS ÍNTIMOS	2	1	0
Nos últimos 2 anos, você:			
111. repetidamente exigiu das pessoas coisas que elas não podiam lhe dar? Solicitava grande parte do tempo e da atenção delas? Já lhe disseram que você é uma pessoa que exige demais dos outros? (Exigência excessiva: o paciente repetidamente faz exigências inadequadas)	2	1	0
112. ... muitas vezes agia com as pessoas como se você tivesse direito a algum tratamento especial? Como se as pessoas lhe devessem coisas por causa do que você passou na sua vida? Já lhe disseram que você age como se merecesse cuidados ou atenção especiais? (Prerrogativas especiais: o paciente freqüentemente apresentou expectativas exageradas em relação aos outros)	2	1	0
113. E.20 - O PACIENTE TEVE PROBLEMAS RECORRENTES COM EXIGÊNCIA EXCESSIVA OU EXPECTATIVAS EXAGERADAS.	2	1	0
Relacionamentos Psiquiátricos Perturbados			
Nos últimos 2 anos, você:			
114. ...fez (outras) terapias individuais (a atual, se estiver fazendo, não conta)? Quantas? (Número de Terapias Individuais) (2 = 2 ou mais; 1 = 1; 0 = nenhuma)			
115. Quantos meses, nos últimos 24, você esteve em tratamento individual? (Meses em Terapia Individual) (2 = 12 ou mais; 1 = 1-11; 0 = nenhum)			
116. Você acha que ficou pior como resultado desta (ou de qualquer uma destas) terapia (s)? Em que sentido? (Piora em Terapia Individual)	2	1	0

117. ... teve hospitalizações psiquiátricas? Quantas? (Número de Hospitalizações Psiquiátricas) (<u>2</u> = 2 ou mais; <u>1</u> = 1; <u>0</u> = nenhuma)			
118. Quantos meses, nos últimos 24, você esteve internado? (Meses Passados em Hospitais Psiquiátricos) (<u>2</u> = 12 ou mais; <u>1</u> = 1 a 11; <u>0</u> = nenhum)			
119. Você acha que piorou como resultado desta (s) internação(ões)? Em que sentido?			
120 E. 21 - O PACIENTE APRESENTOU COMPORTAMENTO REGRESSIVO DURANTE O CURSO DA PSICOTERAPIA OU HOSPITALIZAÇÃO PSQUIÁTRICAS.	2	1	0
Nos 2 últimos anos, você:			
121. ... foi o foco de conflitos ou de problemas com funcionários onde esteve internado? (Avalie se o paciente despertou uma acentuada reação contratransferencial por parte dos funcionários. Outras fontes disponíveis também podem ser utilizadas para fazer esta avaliação.)	2	1	0
122. ... teve um terapeuta que se irritou muito com você? Chegou a lhe sugerir que interrompessem o tratamento? Envolveu-se demais cuidando de você, mais do que a maioria dos terapeutas? (Avalie se o paciente provocou acentuada reação contratransferencial no seu terapeuta. Outras fontes disponíveis também podem ser usadas para fazer esta avaliação.)	2	1	0
123. ... desenvolveu alguma amizade mais íntima ou algum caso amoroso com um membro da equipe do hospital?	2	1	0
124. ... ou com um(a) terapeuta?	2	1	0
125. E. 22 - O PACIENTE DESPERTOU FORTES REAÇÕES CONTRATRANSFERENCIAIS EM UMA UNIDADE HOSPITALAR, OU NA PSICOTERAPIA, OU ESTABELECEU UM RELACIONAMENTO "ESPECIAL" COM PROFISSIONAL DA ÁREA DE SAÚDE MENTAL.	2	1	0
126. ESCORE NA SEÇÃO DE RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS:			

Escore Graduado na Seção de Relacionamentos Interpessoais:

3 se o Escore na Seção for igual ou maior que 9;

2 se o Escore for de 6 a 8;

0 se o Escore for igual ou menor que 5, ou se o paciente tem sido uma pessoa esquisita e socialmente isolada;

127. ESCORE GRADUADO NA SEÇÃO DE RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS:

CONCLUSÕES		
1. Escore na Seção Afeto:	0-10	
2. Escore Graduado na Seção Afeto:	0-2	
3. Escore na Seção Cognição:	0-6	
4. Escore Graduado na Seção Cognição:	0-2	
5. Escore na Seção Padrões de Ação Impulsiva:	0-10	
6. Escore Graduado na Seção Padrões de Ação Impulsiva:	0-3	
7. Escore na Seção Relacionamentos Interpessoais:	0-18	
8. Escore Graduado na Seção Relacionamentos Interpessoais:	0-3	
9. Escore total na DIB-R:	0-10	

ANEXO F

ENTREVISTA SOBRE EXPERIÊNCIAS FAMILIARES (EEF)**Susan Ogata, Ph.D.****© Susan Naomi Ogata 1988****Instruções para o entrevistador:**

- Comece com as “Perguntas Gerais” a fim de obter informações básicas sobre a família e os pais do entrevistado.
- Para cada item as perguntas fornecidas visam ser uma sondagem inicial. Faça quaisquer outras perguntas que lhe pareçam necessárias para marcar um item específico. Circule o número que mais corresponde à resposta apropriada.
- A entrevista visa identificar experiências ocorridas na infância, diferenciando-as das ocorridas na adolescência. Você perceberá que cada evento tem 2 quadrados fornecidos à direita, para checar “Antes dos 12 anos” ou “Dos 13 aos 18 anos”. Quando possível, escreva as idades reais, dentro de cada categoria.
- Quando marcando as idades, às vezes é útil perguntar ao sujeito com que idade o evento ocorreu pela primeira vez, com que idade ele cessou de ocorrer e se o mesmo foi continuado.
- Quando perguntar sobre o “impacto” do evento, explicar que se quer saber o quanto isto afetou a vida do sujeito, o quanto este se considera “marcado” pelo evento, tanto na ocasião quanto muito depois dele ter ocorrido.
- Os últimos dois itens visam obter: (a) a impressão geral do entrevistador sobre a confiabilidade das informações dadas pelo sujeito; e (b) sobre a confiabilidade a respeito da intensidade e do tipo de impacto que o sujeito relata sobre suas experiências.
- Quando entrevistando um informante, é às vezes necessária uma pequena adaptação das perguntas. Por exemplo, no item 1, “Discussões entre os Pais”, quando entrevistando uma mãe seria perguntado “Você e seu marido tiveram brigas verbais freqüentes quando Jane era criança ou adolescente? Que efeito você pensa que isso teve sobre ela?”
- É importante manter em mente que o foco da EEF é registrar as experiências familiares que ocorreram antes que o sujeito tivesse 18 anos de idade.

ENTREVISTA SOBRE EXPERIÊNCIAS FAMILIARES

Perguntas Gerais

Até os 18 anos, durante a maior parte da sua infância, você foi criado pelos seus * :

1. pais biológicos (verdadeiro).
2. um pai biológico (verdadeiro) e um padrasto ou madrasta.
3. cuidadores (responsáveis com guarda provisória ou pais de criação)
4. pais adotivos
5. um dos pais
6. outros parentes

* Caso ocorrer mais de uma condição, assinalar todas, enumerando, em ordem crescente, de modo que o n.º 1 corresponderá ao maior tempo

Como era o clima familiar geral enquanto você estava crescendo?

Como você descreveria ou caracterizaria sua mãe e seu pai?

Escreva as idades reais nos quadrados ao lado

Antes de 12 anos	De 13 18 anos
---------------------	------------------

--	--

1. Discussões entre pais

Seus pais tinham brigas *verbais* freqüentes? Tinham brigas *físicas* freqüentes? Que efeito isso teve sobre você?

Freqüência:

1. Nunca ou raramente
2. Algumas vezes, sem maior relevância
3. Constantes, por um período de 1 ano ou mais

Tipo:

1. Brigas verbais
2. Brigas físicas
3. Tanto verbais como físicas

Impacto (que efeito isto teve sobre você, que tipo de “marca” ficou?):

0. Não lembra
1. Nenhum
2. Algum
3. Grande
4. Positivo

--	--

2. Separação dos pais

Até os seus 18 anos, você lembra, ou lhe contaram, que seus pais alguma vez se separaram devido a problemas conjugais (tendo um deles ficado fora de casa por pelo menos 6 meses, ou em definitivo)? Como isso afetou você?

Freqüência:

1. Nunca
2. Uma vez
3. Mais de uma vez

Impacto:

0. Não lembra
1. Nenhum
2. Algum
3. Grande
4. Positivo

--	--

3. Divórcio dos pais

Seus pais são casados, separados ou divorciados? Como a separação ou o divórcio afetou você?

Freqüência:

1. São atualmente casados, ou moram juntos 2. São divorciados ou separados

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande 4. Positivo

--	--

4. Morte de Mãe Biológica

Sua mãe ainda está viva? (Se não) Como você sentiu a morte dela?

Freqüência:

1. Mãe ainda vive (ou estava viva antes que o entrevistado tivesse 18 anos)
2. Mãe morreu

Tipo da morte:

1. Natural 2. Acidente 3. Suicídio 4. Doença 5. Outras

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

--	--

5. Morte de Mãe Não-Biológica

Você alguma vez experimentou a morte de:

1. Madrasta 2. Mãe Adotiva 3. Mãe de criação

Freqüência:

1. Mãe não-biológica ainda vive 2. Mãe não-biológica morreu

Tipo da morte:

1. Natural 2. Acidente 3. Suicídio 4. Doença 5. Outras

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

--	--

6. Morte de Pai Biológico

Seu pai biológico ainda está vivo? (Se não) Como foi a morte dele para você?

1. Pai biológico ainda vive (ou estava vivo antes do entrevistado ter 18 anos)
2. Pai morreu

Tipo da morte:

1. Natural
2. Acidente
3. Suicídio
4. Doença
5. Outras

Impacto:

0. Não lembra
1. Nenhum
2. Algum
3. Grande

--	--

7. Morte de Pai Não-Biológico

Você alguma vez experimentou a morte de:

1. Padrasto
2. Pai Adotivo
3. Pai de criação

Freqüência:

1. Pai não-biológico ainda vive
2. Pai não-biológico morreu

Tipo de morte:

1. Natural
2. Acidente
3. Suicídio
4. Doença
5. Outras

Impacto:

0. Não lembra
1. Nenhum
2. Algum
3. Grande

--	--

8. Morte de Irmão biológico

Você já teve um irmão que morreu? Como foi a morte dele para você?

Freqüência:

1. Irmãos ainda vivos
2. Um irmão morreu
3. Mais de um irmão morreu

Tipo de morte:

1. Natural
2. Acidente
3. Suicídio
4. Doença
5. Outras

Impacto:

0. Não lembra
1. Nenhum
2. Algum
3. Grande

--	--

9. Morte de Irmão Não-biológico

Você alguma vez experimentou a morte de:

1. Irmão emprestado
2. Irmão adotivo
3. Irmão de criação
4. Irmã emprestada
5. Irmã adotiva
6. Irmã de criação

Freqüência:

1. Irmãos ainda vivos 2. Um irmão morreu 3. Mais de um irmão morreu

Tipo de morte:

1. Natural 2. Acidente 3. Suicídio 4. Doença 5. Outras

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

--	--

10. Morte de um parente próximo

Você alguma vez experimentou a morte de um parente próximo? Como isso foi para você?

Freqüência

1. Nenhuma morte de parente próximo 2. Um parente próximo 3. Mais de um parente próximo

Qual parente? _____

A) - Idade do entrevistado quando ocorreu a morte: _____

Impacto

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

Qual parente? _____

B) - Idade do entrevistado: _____

Impacto

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

Qual parente? _____

C) - Idade do entrevistado _____

Impacto

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

--	--

11. Morte de parente não próximo

Alguma vez experimentou a morte de um parente que não era próximo de você? Como experimentou este falecimento?

Freqüência:

1. Nunca 2. Um parente 3. Mais de um parente

Qual parente? _____

A) - Idade do entrevistado _____

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

Qual parente? _____

B) - Idade do entrevistado _____

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

--	--

12. Morte de outra pessoa significativa (não parente)

Houve alguém mais próximo a você que faleceu? Quem era? Como você experimentou seu falecimento?

Frequência:

1. Nunca 2. Uma pessoa significativa 3. Mais de uma

Que pessoa (ou pessoas) significativa foi esta? _____

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

--	--

13. Doença física grave do entrevistado

Você alguma vez teve uma doença física grave quando criança, ou adolescente, que necessitou atenção médica, hospitalizações, medicações ou visitas regulares ao médico?

Frequência:

1. Nunca teve doença física grave 2. Sim, com crises 3. Sim, crônica

Tipo de doença/incapacitação? _____

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

--	--

14. Doença física grave de pai ou mãe

Algum dos seus pais teve uma doença física grave? Uma incapacitação física grave?

Freqüência:

1. Nenhum dos pais teve uma doença 2. Um dos pais 3. Ambos

A) - Idade do Entrevistado: _____

1. Pai 2. Mãe 3. Padrasto 4. Madrasta
5. Pai adotivo 6. Mãe adotiva 7. Mãe de criação 8. Pai de criação

Tipo de Doença/incapacitação _____

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

B) - Idade do Entrevistado: _____

1. Pai 2. Mãe 3. Padrasto 4. Madrasta
5. Pai adotivo 6. Mãe adotiva 7. Mãe de criação 8. Pai de criação

Tipo de Doença/incapacitação _____

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

--	--

15. Doença mental grave de um dos pais

(biológico/adotivo/de criação/outros)

Investigue sobre cada um dos pais separadamente.

Algum dos pais teve alguma vez um problema emocional ou psiquiátrico?

Você lembra da sua mãe ou pai ter passado, alguma vez, por um período de duas ou mais semanas em que ele se sentiu deprimido, triste, melancólico ou “para baixo”? Você alguma vez percebeu nele uma mudança no apetite, hábitos de sono (insônia, sonolência exagerada), nível de energia (sentirem-se fracos, sem forças)? Isso alguma vez o impediu de funcionar em suas atividades do dia-a-dia, como ir ao trabalho, fazer o trabalho de casa, cuidar de si mesmos? Ele alguma vez tentou suicídio? Alguma vez buscou tratamento para estes problemas; viu alguém para aconselhamento ou tomou medicamentos como tranqüilizantes, antidepressivos, pílulas para dormir?

Alguma vez teve um período em que se sentiu mais eufórico, extremamente feliz, sentindo-se superior, arrogante, “por cima” ou “no topo do mundo”? Estava mais ativo, mais cheio de energia, mais falante do que o habitual? Se envolveu em atividades demais, aumentou muito

as atividades habituais (como se acordar à noite para varrer a casa) ou demonstrou falta de bom senso para julgar as coisas?

Você lembra da sua mãe/pai ter alguma vez crenças ou idéias estranhas, esquisitas? Alguma vez ouviu coisas, ou viu coisas, que as pessoas não podiam ouvir ou ver? Alguma vez disse coisas que outras pessoas não podiam entender? Isso o impediu de funcionar em suas atividades da vida diária? Alguma vez buscou tratamento? Alguma vez foi hospitalizado, consultou alguém para aconselhamento, tomou medicamentos?

Frequência:

1. Nenhum dos pais teve doença mental 2. Um dos pais 3. Ambos

Diagnóstico _____

1. Pai 2. Mãe 3. Padrasto 4. Madrasta
5. Pai adotivo 6. Mãe adotiva 7. Mãe de criação 8. Pai de criação

A) - Idade do entrevistado _____

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

Diagnóstico _____

1. Pai 2. Mãe 3. Padrasto 4. Madrasta
5. Pai adotivo 6. Mãe adotiva 7. Mãe de criação 8. Pai de criação

B) - Idade do entrevistado _____

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

--	--

16. Abuso de Álcool/Drogas por um dos pais

(Biológico/padrasto/madrasta/adotivo/de criação)

Investigue sobre cada um dos pais separadamente

Sua mãe ou seu pai alguma vez bebeu álcool ou usou drogas? Com que frequência usou álcool/drogas? Outras pessoas se preocuparam sobre este uso, ou sentiram que seus pais precisavam de tratamento?

Este uso alguma vez interferiu com o funcionamento diário de algum deles: ir para o trabalho, tomar conta da casa, tomar conta dos filhos? Alguma vez ela/ele foi preso ou teve problemas de saúde devido ao uso de álcool/drogas? Alguma vez ela/ele buscou tratamento?

Frequência

1. Nenhum dos pais abusou de substâncias 2. Um dos pais 3. Ambos

Tipo de Abuso _____

1. Pai 2. Mãe 3. Padrasto 4. Madrasta
5. Pai adotivo 6. Mãe adotiva 7. Mãe de criação 8. Pai de criação

A) - Idade do Entrevistado _____

Impacto

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

Tipo de Abuso _____

1. Pai 2. Mãe 3. Padrasto 4. Madrasta
5. Adotivo 6. Adotiva 7. Mãe de criação 8. Pai de criação

B) - Idade do entrevistado: _____

Impacto

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

--	--

17. Transtorno de Personalidade de um dos Pais

Investigue sobre cada um dos pais separadamente.

Sua mãe ou seu pai tinham amigos de longa duração, ou seus relacionamentos com as pessoas não duravam muito? Tinham uma tendência a logo achar que alguém era “o máximo” e depois, pelo mínimo motivo, passar a odiar aquela pessoa intensamente?

Mantinham os empregos por períodos longos de tempo ou costumavam trocar freqüentemente de emprego? Alguma vez tiveram problemas em se relacionar com colegas e empregadores? Discutiam muito com os outros? Preferiam ficar sozinho, ou gostavam de se relacionar com as pessoas? Você os descreveria como impulsivos? Seus humores mudavam freqüente e rapidamente: de feliz para triste, para irritável, para aborrecido? Alguma vez fizeram coisas que foram prejudiciais para eles?

Quando jovens freqüentemente faltavam à escola ou passavam a noite fora de casa?

Freqüentemente mentiam, trapaceavam/enganavam os outros, ou roubaram? Agrediram, ameaçaram ou intimidavam os outros? Destruíram ou incendiaram coisas de propósito?

Fizeram sofrer animais ou pessoas de propósito? Alguma vez forçaram alguém a ter relações sexuais com ela ou ele?

Tiveram freqüentemente comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para sustentar a família? Fizeram coisas ilegais (mesmo que não tenham sido presos), como destruir propriedade alheia, roubar, vender drogas ou cometer um crime? Freqüentemente foram violentos fisicamente, inclusive um com o outro ou com você? Freqüentemente mentiam, trapaceavam ou enganavam os outros para obter dinheiro ou prazer, ou mentiam apenas para se divertir? Expuseram pessoas a perigos sem se preocupar com elas? Pareciam não sentir nenhuma culpa ou arrependimento depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído propriedade alheia?

Freqüência:

1. Nenhum dos pais tinha transtorno de personalidade 2. Um dos pais
3. Ambos

A) - Diagnóstico _____

1. Pai 2. Mãe 3. Padrasto 4. Madrasta
5. Pai adotivo 6. Mãe adotiva 7. Mãe de criação 8. Pai de criação

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

B) - Diagnóstico _____

1. Pai 2. Mãe 3. Padrasto 4. Madrasta
5. Pai adotivo 6. Mãe adotiva 7. Mãe de criação 8. Pai de criação

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

--	--

18. Casos Extra-Conjugais dos pais

(Biológico/ madrasta-padrasto/adotivo/ de criação)

Um dos pais alguma vez teve um caso extra-conjugal, ou vários casos? Alguma vez você foi envolvido/a nisto (era levado junto, servia como álibi)?

Freqüência:

1. Nenhum dos pais 2. Um dos pais 3. Ambos

Quem teve?

1. Pai 2. Mãe 3. Padrasto 4. Madrasta

5. Pai adotivo 6. Mãe adotiva 7. Mãe de criação 8. Pai de criação

Freqüência:

1. Um caso 2. Mais de um

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

Quem teve?

1. Pai 2. Mãe 3. Padrasto 4. Madrasta
5. Pai adotivo 6. Mãe adotiva 7. Cuidador 8. Cuidadora

Freqüência:

1. Um caso 2. Mais de um

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

--	--

19. Contato sexual entre entrevistado e pai

Houve alguma vez contato corporal (toques físicos) que você considerou inadequado entre os membros da sua família? (No caso que forem mencionadas “carícias”, especificar quais foram, como masturbação ou outras)

E quanto a você e o seu pai?

1. Biológico 2. Padrasto 3. Pai Adotivo 4. De criação

Freqüência:

1. Não ocorreu 2. Episódios isolados 3. Continuamente

Duração:

1. Uma única vez 2. Mais de uma vez, durante um ano
2. De 1 a 5 anos 3. Mais de 5 anos (até que idade? _____)

Gravidade:

1. Exposição de genitais 2. Nenhum contato 3. Carícias nos genitais (quais?
_____)

4. Sexo oral 5. Penetração anal 6. Penetração vaginal

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

Comunicação do fato:

Você, na ocasião, contou para alguém o que estava acontecendo?

1. Sim 2. Não

Para quem? _____

Em caso positivo, qual foi a reação desta pessoa?

1. Não acreditou em você e não fez nada
2. Não acreditou em você e ainda a puniu como “mentirosa”
3. Acreditou em você, mas não tomou nenhuma providência para protegê-la
4. Acreditou em você, e tomou providências para protegê-la

--	--

20. Contato sexual entre entrevistado e mãe

E entre você e sua mãe?

1. Biológica 2. Madrasta 3. Mãe Adotiva 4. Mãe de criação

Freqüência:

1. Não ocorreu 2. Episódios isolados 3. Continuamente

Duração:

1. Uma única vez 2. Mais de uma vez, durante um ano
3. De 1 a 5 anos 3. Mais de 5 anos (até que idade? _____)

Gravidade:

1. Exposição de genitais 2. Nenhum contato 3. Carícias nos genitais (quais? _____)

4. Sexo oral 5. Penetração anal 6. Penetração vaginal

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

Comunicação do fato:

Você, na ocasião, contou para alguém o que estava acontecendo?

1. Sim 2. Não

Para quem? _____

Em caso positivo, qual foi a reação desta pessoa?

1. Não acreditou em você e não fez nada
2. Não acreditou em você e ainda a puniu como “mentirosa”

3. Acreditou em você, mas não tomou nenhuma providência para protegê-la
4. Acreditou em você, e tomou providências para protegê-la

--	--

21. Contato sexual entre entrevistado e irmão

E entre você e um irmão?

1. Biológico
2. Emprestado
3. Adotivo
4. De criação

Freqüência:

1. Não ocorreu
2. Episódios isolados
3. Continuamente

Duração:

1. Uma única vez
2. Mais de uma vez, durante um ano
3. De 1 a 5 anos
3. Mais de 5 anos (até que idade? _____)

Gravidade:

1. Exposição de genitais
2. Nenhum contato
3. Carícias nos genitais (quais? _____)

4. Sexo oral
5. Penetração anal
6. Penetração vaginal

Impacto:

0. Não lembra
1. Nenhum
2. Algum
3. Grande

Comunicação do fato:

Você, na ocasião, contou para alguém o que estava acontecendo?

1. Sim
2. Não

Para quem? _____

Em caso positivo, qual foi a reação desta pessoa?

1. Não acreditou em você e não fez nada
2. Não acreditou em você e ainda a puniu como “mentirosa”
3. Acreditou em você, mas não tomou nenhuma providência para protegê-la
4. Acreditou em você, e tomou providências para protegê-la

--	--

22. Contato sexual entre entrevistado e outro parente

E entre você e outros membros da família, como:

1. Avô
2. Avó
3. Tio
4. Tia

5. Primo 6. Prima 7. Outro (especificar: _____)

Você poderia me contar o que aconteceu?

Como isso foi para você?

Frequência:

1. Não ocorreu 2. Episódios isolados 3. Continuamente

Duração:

1. Uma única vez 2. Mais de uma vez, durante um ano
3. De 1 a 5 anos 3. Mais de 5 anos (até que idade? _____)

Gravidade:

1. Exposição de genitais 2. Nenhum contato 3. Carícias nos genitais (quais?
_____)
4. Sexo oral 5. Penetração anal 6. Penetração vaginal

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

Comunicação do fato:

Você, na ocasião, contou para alguém o que estava acontecendo?

1. Sim 2. Não

Para quem? _____

Em caso positivo, qual foi a reação desta pessoa?

1. Não acreditou em você e não fez nada
2. Não acreditou em você e ainda a puniu como “mentirosa”
3. Acreditou em você, mas não tomou nenhuma providência para protegê-la
4. Acreditou em você, e tomou providências para protegê-la

--	--

23. Contato sexual (abuso) por um não familiar

Você alguma vez foi abordado/a sexualmente por alguém de fora da família, como um amigo da família ou um estranho? Você poderia me contar o que aconteceu? Como isto foi para você?

Frequência:

1. Não ocorreu 2. Episódios isolados 3. Continuamente

Duração:

1. Uma única vez
2. Mais de uma vez, durante um ano
3. De 1 a 5 anos
3. Mais de 5 anos (até que idade? _____)

Gravidade:

1. Exposição de genitais
2. Nenhum contato
3. Carícias nos genitais (quais? _____)
4. Sexo oral
5. Penetração anal
6. Penetração vaginal

Impacto:

0. Não lembra
1. Nenhum
2. Algum
3. Grande

Comunicação do fato:

Você, na ocasião, contou para alguém o que estava acontecendo?

1. Sim
2. Não

Para quem? _____

Em caso positivo, qual foi a reação desta pessoa?

1. Não acreditou em você e não fez nada
2. Não acreditou em você e ainda a puniu como “mentirosa”
3. Acreditou em você, mas não tomou nenhuma providência para protegê-la
4. Acreditou em você, e tomou providências para protegê-la

--	--

24. Maus tratos por pais

(Biológico/ madrasta-padrasto/ adotivo/ de criação)

Como seus pais disciplinavam você? Você diria que você foi alguma vez fisicamente maltratado por um dos pais?

1. Pai
2. Mãe
3. Padrasto
4. Madrasta
5. Pai adotivo
6. Mãe adotiva
7. Mãe de criação
8. Pai de criação

Freqüência:

1. Não ocorreu
2. Episódios isolados
3. Continuamente

Gravidade:

1. Punição não produziu marcas físicas
2. Punição produziu marcas, feridas ou arranhões na pele
3. Punição produziu problemas suficientes para precisar tratamento médico

Duração:

1. Até um ano 2. De 1 a 5 anos 3. Mais de 5 anos (até que idade? ____)

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

--	--

25. Negligência física por pais/cuidadores

Seus pais tomavam conta das suas necessidades físicas o melhor que podiam? Por exemplo:

- (1) vestiam e (2) alimentavam você adequadamente, (3) ofereciam a você abrigo e moradia, (4) se preocupavam com que você estivesse bem cuidado, limpo, unhas e cabelos cortados?

Freqüência:

1. Não ocorreu negligência 2. Ocorreu negligência

Gravidade:

1. 2 dos 4 listados 2. 3 dos 4 listados 3. 4 dos 4 listados

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

--	--

26. Ausências freqüentes da mãe

Houve alguma vez períodos em que sua mãe esteve longe de casa por mais de uma semana de cada vez? Qual era a razão para as ausências dela?

Freqüência:

1. Nunca, mãe sempre em casa ou ausente apenas por uma vez
2. Algumas vezes, ausências breves
3. Ausente por um período de 1 ano ou mais

Motivos:

1. Viagens de trabalho 2. Hospitalizações 3. Separações conjugais
4. Férias sozinha 5. Sem motivo ou não sabe os motivos
6. Outros (especificar: _____)

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande 4. Positivo

--	--

27. Ausências freqüentes do pai

Freqüência:

1. Nunca, ou ausente apenas por uma vez
2. Algumas vezes, ausências breves
3. Ausente por um período de 1 ano ou mais

Motivos:

1. Viagens de trabalho
2. Hospitalizações
3. Separações conjugais
4. Férias sozinha
5. Sem motivo ou não sabe os motivos
6. Outros (especificar: _____)

Impacto

0. Não lembra
1. Nenhum
2. Algum
3. Grande
4. Positivo

--	--

28. Sentença de prisão de um dos pais

Algum dos pais alguma vez foi preso?

Por qual razão? _____

1. Pai
2. Mãe
3. Padrasto
4. Madrasta
5. Pai adotivo
6. Mãe adotiva
7. Cuidador
8. Cuidadora

Freqüência:

1. Nunca
2. Uma ou duas vezes
3. Mais de duas vezes

Impacto:

0. Não lembra
1. Nenhum
2. Algum
3. Grande
4. Positivo (Explicar: _____)

--	--

29. Mãe começando a trabalhar

Você lembra como se sentiu quando a sua mãe começou a trabalhar?

Freqüência:

1. Sim 2. Não, a mãe não trabalhava ou, desde que se lembre, sempre trabalhou

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande
 4. Positivo (Explicar: _____)

--	--

30. Longo período de desemprego de quem sustentava a casa

Houve alguma vez períodos de 6 meses ou mais quando quem sustentava a casa esteve sem trabalho?

Freqüência:

1. Nenhuma 2. Uma ou duas vezes 3. Mais de duas vezes

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande
 4. Positivo (Explicar: _____)

--	--

31. Morte de um animal de estimação

Você alguma vez experimentou a morte de um animal de estimação? Como foi isso para você?

Freqüência:

1. Nunca 2. Uma vez 3. Mais de uma vez

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

--	--

32. Problemas com a escola primária

Você teve dificuldades em sair de casa para, pela primeira vez, ir e ficar na escola?

Em ir para o jardim de infância ou para a escola primária? _____

Você faltava muito às aulas? _____

Você tinha dores de estômago freqüentes? _____

Você ficava freqüentemente doente? _____

Como você se dava com as outras crianças? _____

E com os professores? _____

Como eram suas notas? _____

Freqüência:

1. Nenhum 2. Problemas ocasionais 3. Problemas freqüentes

Gravidade:

1. Sentiu alguma ansiedade para se separar da mãe e ir para a escola; teve algum problema de relacionamento com colegas ou professores, ou faltava à escola de vez em quando.
2. Ansiedade de separação era moderada; problemas de relacionamento com colegas/professores; ou faltava a escola em média uma vez por mês.
3. Ansiedade de separação grave - não conseguia freqüentar escola a não ser que um dos pais ficasse junto; problemas com colegas e/ou autoridades; ou perdia a escola semanalmente.

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

--	--

33. Problemas em freqüentar o 2º grau

Você recorda ter tido problemas em ir para a escola no 2º grau? _____

Você teve que mudar de escola por isto? _____

Teve problemas com a mudança? _____

Faltava muito às aulas? _____

Ficava freqüentemente doente? _____

Como se relacionava com colegas/professores? _____

Como eram as suas notas? _____

Freqüência:

1. Nenhum 2. Problemas ocasionais 3. Problemas freqüentes

Gravidade:

1. Poucas dificuldades com mudanças de escolas; perdia aulas uma vez ou duas por ano; ou poucos problemas acadêmicos e/ou com colegas e professores.
2. Dificuldade moderada com mudança de escolas; perdia aulas uma vez por mês ou problemas acadêmicos e/ou com colegas e professores moderados.

3. Dificuldade grave com mudanças de escola; não conseguia ficar na escola, problemas acentuados com professores/colegas e mau rendimento acadêmico.

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

--	--

34. Problemas com a faculdade

Você recorda ter tido problemas em começar a faculdade, ou de freqüentá-la ao longo do curso?

Freqüência:

1. Nenhum 2. Problemas ocasionais 3. Problemas freqüentes

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande

--	--

35. Ser adotado

Você já foi adotado? Como isto afetou você?

Freqüência:

1. Nunca 2. Uma vez 3. Mais de uma vez

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande 4. Positivo

--	--

36. Separação dos pais

Houve alguma vez períodos em que você ficou separado de ambos pais por um período de duas semanas ou mais?

Freqüência:

1. Nunca 2. Uma ou duas vezes 3. Três ou mais vezes

Impacto:

0. Não lembra 1. Nenhum 2. Algum 3. Grande 4. Positivo

--	--

37. Mudança de residência familiar

41. Confiabilidade de informações obtidas do sujeito/informante

1. Muito boa
2. Boa
3. Relativa
4. Fraca
5. Muito fraca

42. Confiabilidade do relato de impacto do sujeito/informante

1. Muito boa
2. Boa
3. Relativa
4. Fraca
5. Muito fraca

ANEXO G

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

M.I.N.I. 5.0.0 Brazilian version / DSM IV / Current (December, 1999)

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A) : _____ PROTOCOLO NÚMERO: _____
 DATA DE NASCIMENTO : _____ HORA DO INÍCIO DA ENTREVISTA: _____
 NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A): _____ HORA DO FIM DA ENTREVISTA: _____
 DATA DA ENTREVISTA: _____ DURAÇÃO TOTAL DA ENTREVISTA: _____

MINI 5.0.0 / Brazilian Version / DSM-IV / Current

MÓDULOS	PERÍODOS EXPLORADOS	
A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 últimas semanas) + vida inteira	
A.º EDM com características melancólicas	Atual (2 últimas semanas)	<u>Opcional</u>
B. DISTIMIA	Atual (2 últimos anos)	
C. RISCO DE SUICÍDIO	Atual (último mês)	
D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO	Atual + vida inteira	
E. TRANSTORNO DE PÂNICO	Vida inteira + atual (último mês)	
F. AGORAFOBIA	Atual	
G. FOBIA SOCIAL	Atual (último mês)	
H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	Atual (último mês)	
I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (último mês)	<u>Opcional</u>
J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL	Atual (12 últimos meses)	
K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) (Não alcoólicas)	Atual (12 últimos meses)	
L. SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira + atual	
M. ANOREXIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
N. BULÍMIA NERVOSA	Atual (3 últimos meses)	
O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (6 últimos meses)	
P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	<u>Opcional</u>

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica estruturada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), explorando de modo padronizado os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

• Entrevista:

Com o objectivo de reduzir o mais possível a duração da entrevista deve-se preparar o(a) entrevistado(a) para este enquadramento clínico pouco habitual, informando que lhe serão feitas perguntas precisas sobre os seus problemas psicológicos e que se espera dele(a) respostas “sim” ou “não”.

• Apresentação:

O MINI está dividido em **módulos** identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria diagnóstica.

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto do que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.
- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

• Convenções:

As frases escritas em “letras minúsculas” devem ser lidas “palavra por palavra” para o(a) entrevistado(a) de modo a padronizar a exploração de cada um dos critérios diagnósticos.

As frases escritas em “MAIÚSCULAS” não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico deve-se referenciar de modo a integrar os algoritmos diagnósticos ao longo de toda a entrevista.

As frases escritas em “negrito” indicam o período de tempo a explorar. O clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse período.

As frases escritas entre (parêntesis) são exemplos clínicos que descrevem o sintoma avaliado. Podem ser lidos de modo a clarificar a questão.

Quando os termos são separados por uma barra (/) o clínico deve considerar apenas o termo que corresponde ao sintoma apresentado pelo(a) entrevistado(a) e que foi explorado anteriormente.

As respostas com uma seta sobreposta (^) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim do módulo, cotar “**NÃO**” no(s) quadro(s) diagnóstico(s) correspondente(s) e passar ao módulo seguinte.

• Instruções de cotação :

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”.

O clínico deve-se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l’Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel: +33 (0) 1 42 16 16 59
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

Patrícia AMORIM
N.A. P. S. Novo Mundo
Avenida Manchester 2000
Jd Novo Mundo
74000 – Goiânia - Goiás
BRASIL

Tel: + 55 62 208 85 50
fax: + 55 62 285 43 60
e-mail: p.amorim@persogo.com.br

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788

ph: +1 813 974 4544
fax: +1 813 974 4575
e-mail: dsheehan@com1.med.usf.edu

^: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
	A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

A3	Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg) COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7
f	Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	9

A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ?
(ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL	

A5a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?	→ NÃO	SIM	10
b	Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses?	NÃO	SIM	11

A5b É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO	

^: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM), EXPLORAR O SEGUINTE:

A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	12
Durante este último período de depressão, quando se sentiu pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
b SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de se sentir melhor, mesmo temporariamente?			
A6a OU A6b SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior de manhã ?	NÃO	SIM	15
c Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, tendo dificuldade em voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR com Características Melancólicas ATUAL	

^: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

B. DISTIMIA

Não explorar este módulo se o(a) entrevistado(a) apresenta um Episódio Depressivo Maior Atual.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante mais de 2 meses ?	NÃO	→ SIM	21
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25
e	Tem dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões ?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM B3?	→ NÃO	SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→ NÃO	SIM	28

B4 É COTADA SIM?

NÃO SIM

***DISTIMIA
ATUAL***

⚠: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicidar-se ?	NÃO	SIM	3
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	4
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	5

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	6
----	---------------------------------------	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

SE **SIM**, ESPECIFICAR O NÍVEL DO RISCO DE SUICÍDIO:

C1 ou C2 ou C6 = SIM : LEVE
C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO
C4 ou C5 OU (C3 + C6) = SIM : ELEVADO

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
LEVE	o
MODERADO	o
Elevado	o

^: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ?	NÃO	SIM	1
	NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
b	SE “SIM” Sente-se, neste momento, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 a	Alguma vez teve um período em que estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família?	NÃO	SIM	3
	NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.			
b	SE “SIM” Sente-se, excessivamente irritável neste momento?	NÃO	SIM	4
	D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?	➔ NÃO	SIM	
D3	SE D1b OU D2b = “SIM”: EXPLORAR APENAS O EPISÓDIO ATUAL SE D1b E D2b = “NÃO” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE			
	Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia / mais irritável :			
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...) ?	NÃO	SIM	11

⚠: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3

OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?

→
NÃO SIM

D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana e lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

NÃO SIM 12

D4 É COTADA "NÃO" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D4 É COTADA "SIM" ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

▲: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

E1	Alguma vez teve crises ou ataques repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ? Estas crises de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos? SÓ COTAR SIM SE RESPOSTA SIM ÀS DUAS QUESTÕES	NÃO	SIM	1
SE E1 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E2	Algumas dessas crises de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada as provocasse/ sem motivo ?	NÃO	SIM	2
SE E2 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E3	Após uma ou várias dessas crises, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outras crises ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	3
SE E3 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM E5 E PASSAR A F1.				
E4	Durante a crise em que se sentiu pior :			
a	Tinha palpitações ou o seu coração batia muito rápido ?	NÃO	SIM	4
b	Transpirava ou tinha as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	5
c	Tinha tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	6
d	Tinha dificuldade em respirar ou sentia-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	7
e	Tinha a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	8
f	Sentia dor ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	9
g	Tinha náuseas, desconforto no estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	10
h	Sentia-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	11
i	Tinha a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentia-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	12
j	Tinha medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	13
k	Tinha medo de morrer ?	NÃO	SIM	14
l	Tinha dormências ou formigamentos ?	NÃO	SIM	15
m	Tinha ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	16
E5	HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS “SIM” EM E4 ? SE E5 = “NÃO”, PASSAR a E7.	NÃO	SIM	
<i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i>				
E6	Durante o último mês, teve pelo menos 2 dessas crises de ansiedade, e sentia um medo constante de ter outra crise ? SE E6 = “SIM”, PASSAR A F1.	NÃO	SIM	17
<i>Transtorno de Pânico Atual</i>				
E7	HÁ 1, 2 OU 3 “SIM” EM E4 ?	NÃO	SIM	18
<i>Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira</i>				

^: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, sobre uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19
----	--	-----	-----	----

SE **F1** = “**NÃO**”, COTAR “**NÃO**” EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ?	NÃO	SIM	20
----	---	-----	-----	----

Agorafobia Atual

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “**NÃO**”
e
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “**SIM**” ?

NÃO	SIM
<i>TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL</i>	

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “**SIM**”
e
E6 (Transtorno de Pânico atual) É COTADA “**SIM**” ?

NÃO	SIM
<i>TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL</i>	

F2 (Agorafobia atual) É COTADA “**SIM**”
e
E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA “**NÃO**” ?

NÃO	SIM
<i>AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL</i>	

⚠: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

G. FOBIA SOCIAL

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
FOBIA SOCIAL ATUAL	

^: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo, por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?	NÃO	SIM	1				
<p>Não levar em consideração preocupações excessivas com problemas da vida Cotidiana, nem as obsessões ligadas à perturbação do comportamento alimentar, desvios sexuais, jogo patológico, abuso de drogas ou álcool, porque o(A) ENTREVISTADO(A) pode TER prazer COM ESSAS EXPERIÊNCIAS e desejar resistir A ELAS apenas POR suas conseqÜências negativas.</p>								
SE H1 = “NÃO”, PASSAR A H4.								
H2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM	2				
SE H2 = “NÃO”, PASSAR A H4								
H3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3				
H4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4				
H3 <u>OU</u> H4 SÃO COTADAS “SIM” ?		→ NÃO	SIM					
H5	Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	→ NÃO	SIM	5				
H6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6				
H6 É COTADA “SIM” ?		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL	
NÃO	SIM							
TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL								

⚠: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

I1	Alguma vez viveu ou foi testemunha ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ATENTADO, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2
I3	Durante o último mês:			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades em lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6
e	Teve dificuldade em sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, de que já não encararia o futuro da mesma maneira?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM I3 ?	→ NÃO	SIM	
I4	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade para dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades em concentrar-se?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM I4	→ NÃO	SIM	
I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

I5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS- TRAUMÁTICO ATUAL	

⚠: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

J1	Nos últimos 12 meses, por mais de três vezes você bebeu, em menos de três horas, mais do que cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...)?	→ NÃO	SIM	1
----	--	----------	-----	---

J2 Durante os últimos 12 meses:

a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da bebida?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SIM
<i>DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL</i>	

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ?

→
NÃO SIM

J3 Durante os últimos 12 meses:

a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9
---	--	-----	-----	---

^: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

b	Alguma vez esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM J3 ?

NÃO	SIM
<i>ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL</i>	

LISTA DE SUBSTÂNCIAS

ANFETAMINA

BRANCA

CANNABIS

BASEADO

COCAÍNA

CODEÍNA

COLA

CRACK

MACONHA

MERLA

ECSTASY

ERVA

ÉTER

GASOLINA

HAXIXE

HEROÍNA

L.S.D.

MARIJUANA

MESCALINA

METADONA

MORFINA

ÓPIO

PCP

PÓ

RITALINA

COGUMELO

SPEEDS

TEGISEC

TOLUENO

TRICLOROETILENO

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

<p>K1 Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “ de cabeça feita / chapado”?</p>	<p>→</p>	<p>NÃO</p>	<p>SIM</p>
--	----------	------------	------------

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBTÂNCIA CONSUMIDA

Estimulantes : anfetaminas, “speed”, ritalina, pílulas anorexígenas.

Cocaína: cocaína, “coca”, crack, pó, folha de coca

Opiáceos: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina

Alucinogêneos: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, “pó de anjo”, “cogumelos”, ecstasy.

Solventes voláteis: “cola”, éter.

Canabinóides: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, haxixe, THC

Sedativos: Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, Rohypnol, barbitúricos

Diversos: Anabolisantes, esteróides, “poppers”. Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
 - CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
 - SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
 - SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

<p>K2</p>	<p>Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:</p>			
	<p>a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ?</p>	<p>NÃO</p>	<p>SIM</p>	<p>1</p>
	<p>b Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a))? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ?</p>	<p>NÃO</p>	<p>SIM</p>	<p>2</p>
	<p>COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO</p>			
	<p>c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ?</p>	<p>NÃO</p>	<p>SIM</p>	<p>3</p>
	<p>d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]?</p>	<p>NÃO</p>	<p>SIM</p>	<p>4</p>
	<p>e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas coisas ?</p>	<p>NÃO</p>	<p>SIM</p>	<p>5</p>

^: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| f | Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da(s) droga(s) ? | NÃO | SIM | 6 |
| g | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? | NÃO | SIM | 7 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS(S) ATUAL	

O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA DEPENDÊNCIA DE UMA/ VÁRIAS SUBSTÂNCIA(S) CONSUMIDA(S) ?

NÃO	→ SIM
-----	----------

K3 Durante os últimos 12 meses:

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|----|
| a | Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado” com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas?
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS | NÃO | SIM | 8 |
| b | Alguma vez esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? | NÃO | SIM | 9 |
| c | Teve problemas legais como uma intimação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]? | NÃO | SIM | 10 |
| d | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? | NÃO | SIM | 11 |

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO	SIM
ABUSO DE SUBSTÂNCIAS(S) ATUAL	

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.

SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS “BIZARRAS” E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA..

DELÍRIOS BIZARROS : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

			BIZARRO		
Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.					
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM	1
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM ΔL6a	2
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO	SIM	SIM	3
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM ΔL6a	4
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído?	NÃO		SIM	5
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM ΔL6a	6
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO		SIM	7
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM ΔL6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR “ SIM ” APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA , DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR “ SIM ” “BIZARRO” UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes a falar entre elas?	NÃO	SIM	SIM	11
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	SIM ΔL8a	12

L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR “SIM” SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO	SIM	13
b	SE SIM : Isto lhe aconteceu durante o último mês?	NÃO	SIM	14
OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:				
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO	SIM	15
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM	16
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM	17
L11	DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS : UMA QUESTÃO « b » COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « b » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ?	NÃO SIM SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL		
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO « a » COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « a » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ? (VERIFICAR SE OS 2 SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA “SIM” ?	NÃO SIM SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA		
L13a	SE L12 É COTADA “SIM” E SE HÁ PELO MENOS UM “SIM” DE L1 A L7: O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4=SIM) OU PASSADO (A5b=SIM) OU UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4) ?	➔ NÃO	SIM	
b	SE L13a É COTADA “SIM”: Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / particularmente irritável. Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram somente durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / irritável ?	➔ NÃO	SIM	18
c	SE L13a É COTADA “SIM”: ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4=SIM) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11= SIM) ?	NÃO SIM TRANSTORNO DO HUMOR com Sintomas Psicóticos ATUAL		
d	L13b OU L13c SÃO COTADAS “SIM”?	NÃO SIM TRANSTORNO DO HUMOR com Sintomas Psicóticos VIDA INTEIRA		

^: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

M. ANOREXIA NERVOSA

M1a	Qual é a sua altura ?	_ _ _ cm		
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	_ _ _ kg		
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	→ NÃO	SIM	1

Durante os últimos 3 meses:

M2	Recusou-se a engordar , embora pesasse pouco ?	→ NÃO	SIM	2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais ?	→ NÃO	SIM	3
M4a	Achou que era ainda muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO	SIM	4
b	A sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO	SIM	5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO	SIM	6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	→ NÃO	SIM	
M6	PARA AS MULHERES APENAS: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	→ NÃO	SIM	7

PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?
PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
ANOREXIA NERVOSA ATUAL	

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO (SEM SAPATOS, SEM ROUPA)

ALTURA (cm)		140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
PESO (Kg)	Mulheres	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
	Homens	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(15% DE REDUÇÃO EM RELAÇÃO AO PESO NORMAL)

⚠: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

N. BULIMIA NERVOSA

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	8				
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	9				
N3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ NÃO	SIM	10				
N4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ NÃO	SIM	11				
N5	A opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	12				
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)?	NÃO	SIM	13				
	SE N6 = “NÃO”, PASSAR A N8							
N7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kg* ?	NÃO	SIM	14				
	* RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA)							
N8	N5 É COTADA "SIM" E N7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">BULIMIA NERVOSA ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	BULIMIA NERVOSA ATUAL	
NÃO	SIM							
BULIMIA NERVOSA ATUAL								
	N7 É COTADA "SIM" ?	<table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ANOREXIA NERVOSA tipo Compulsão Periódica / Purgativa ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	ANOREXIA NERVOSA tipo Compulsão Periódica / Purgativa ATUAL	
NÃO	SIM							
ANOREXIA NERVOSA tipo Compulsão Periódica / Purgativa ATUAL								

⚠: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1
NÃO COTAR SIM SE A ANSIEDADE DESCRITA CORRESPONDE A UM TIPO DE ANSIEDADE JÁ EXPLORADA, COMO MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA)...					
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	3
DE O3 A O3f COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO QUADRO DOS TRANSTORNOS EXPLORADOS ANTERIORMENTE					
O3		Nos últimos seis meses, quando se sentia particularmente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), freqüentemente:			
	a	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
	d	Tinha dificuldade em concentrar-se ou ter esquecimentos / “dar branco” ?	NÃO	SIM	7
	e	Ficava particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?			<p>NÃO SIM</p> <p>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</p>		

^: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

P1 Antes dos 15 anos:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| a | Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ? | NÃO | SIM | 1 |
| b | Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ? | NÃO | SIM | 2 |
| c | Brutalizou, ameaçou ou intimidou os outros ? | NÃO | SIM | 3 |
| d | Destruiu ou incendiou coisas porque quis? | NÃO | SIM | 4 |
| e | Fez sofrer animais ou pessoas porque quis? | NÃO | SIM | 5 |
| f | Forçou alguém a ter relações sexuais com você? | NÃO | SIM | 6 |

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?

→
NÃO SIM

- P2** Não cotar "SIM" as respostas abaixo se os comportamentos DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE em contextos políticos ou religiosos ESPECÍFICOS.

Depois dos 15 anos:

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|----|
| a | Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para assegurar o mínimo necessário? | NÃO | SIM | 7 |
| b | Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime? | NÃO | SIM | 8 |
| c | Freqüentemente foi violento fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ? | NÃO | SIM | 9 |
| d | Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ? | NÃO | SIM | 10 |
| e | Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas? | NÃO | SIM | 11 |
| f | Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia? | NÃO | SIM | 12 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL VIDA INTEIRA	

REFERÊNCIAS

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; 59 [suppl 20] : 22-33.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; **13** : 26-34.

As versões originais francesa e inglesa do MINI / DSM IV foram traduzidas e podem pedir-se aos autores (ver página 3). Uma versão CIM-10 do MINI está também disponível em francês, inglês e dinamarquês.

Traduções	M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores	M.I.N.I. 5.0, M.I.N.I. PLUS, M.I.N.I. screen
Afrikaans		R. Emsley
Alemão	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		En préparation
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Brasileiro	P. Amorim	P. Amorim
Búlgaro		L.G. Hranov
Catalão		En préparation
Chinês		L. Caroll
Croata		En préparation
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rahola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	En préparation
Galês		En préparation
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Híndi		K. Batra, S. Gambir
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Italiano	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, P. Donda, A. Rossi, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano
Japonês		H. Watanabe
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Holandês/ Flamenco	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. Leiknes, U. Malt, E. Malt
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim, T. Guterres	T. Guterres, P. Levy, P. Amorim
Punjabi		S. Gambir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble
Checo	P. Zvolisky	P. Zvolisky
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		S. Gambir

O M.I.N.I. foi desenvolvido simultaneamente em francês e inglês. O desenvolvimento e a validação do M.I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pela CNAM (701061), os laboratórios SmithKline Beecham e a U.E. Imp. 18.10.

ANEXO H

ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO FUNCIONAMENTO (AGF)

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional em um continuum hipotético de saúde-doença mental. Não incluir prejuízos no funcionamento quando decorrentes de limitações físicas ou ambientais.

Código	(Obs: Usar códigos intermediários quando apropriado, por ex., 45, 68, 72)
100 91	Funcionamento superior em uma ampla faixa de atividades, problemas de vida jamais vistos fora de seu controle, é procurado por outros em vista de suas muitas qualidades positivas. Não apresenta sintomas.
90 81	Sintomas ausentes ou mínimos (por ex., leve ansiedade antes de um exame), bom funcionamento em todas as áreas, interessado e envolvido em uma ampla faixa de atividades, socialmente efetivo, satisfeito em geral com a vida, nada além de problemas ou preocupações cotidianas (por ex., uma discussão ocasional com membros da família).
80 71	Se sintomas estão presentes, são temporários e reações previsíveis a estressores psicossociais (por ex., dificuldade de concentração após discussão em família); leve prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex., declínio temporário na escola).
70 61	Alguns sintomas leves (como humor depressivo e insônia leve) OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex., ocasionais faltas injustificadas à escola, ou furtos dentro de casa), mas geralmente funcionando bem; possui alguns relacionamentos interpessoais significativos.
60 51	Sintomas moderados (afeto embotado, fala circunstancial, ataques de pânico) OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar (poucos amigos, conflitos com companheiros ou colegas de trabalho).
50 41	Sintomas sérios (ideação suicida, rituais obsessivos graves, furtos freqüentes em lojas) OU qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar (nenhum amigo, incapaz de se manter no emprego)
40 31	Algum prejuízo no teste de realidade e comunicação (fala às vezes ilógica, obscura ou irrelevante) OU prejuízo importante em diversas áreas, como emprego ou escola, relações familiares, julgamento, pensamento ou humor (adulto deprimido evita amigos, negligencia a família, é incapaz de trabalhar; criança agride freqüentemente mais jovens, é desafiadora em casa e vai mal na escola).
30 21	Comportamento consideravelmente influenciado por delírios ou alucinações OU grave prejuízo na comunicação ou julgamento (ocasionalmente incoerente, age de forma grosseiramente inapropriada, preocupações suicidas) OU incapacidade para funcionar na maioria das áreas (permanece na cama o dia inteiro; sem emprego, casa ou amigos).
20 11	Algum perigo de ferir a si mesmo ou a outros (tentativas de suicídio, mas sem claro desejo de morrer; freqüentemente violento; excitação maníaca) OU falha em manter minimamente a higiene pessoal (suja-se com fezes) OU prejuízo grosseiro na comunicação (amplamente incoerente ou em mutismo).
10 1	Perigo persistente de se ferir gravemente ou a outros (violência recorrente) OU incapacidade persistente para manter higiene pessoal mínima OU ato suicida grave, com clara expectativa de morrer.
0	Informações inadequadas.

ANEXO I

Questionário sobre estressores ao longo da vida – Revisado e Adaptado/02
(Life stressor checklist – Revised and adapted/02)

Jessica Wolfe, Rachel Kimerling,
Pamella Brown, Kelly Chrestman, Karen Levin.

Instruções para o preenchimento:

O que se segue é um questionário com uma lista de acontecimentos que podem ter sido traumáticos quando ocorreram. Gostaríamos que pudesse assinalar aquelas situações em que você esteve presente, seja diretamente envolvido no evento, seja como testemunha dele (há questões diferentes para cada uma destas circunstâncias, você como participante ou você como assistente).

Em geral, cada questão se subdivide entre a ocorrência do fato, a idade que você tinha quando ele ocorreu, quanto tempo durou, que pensamentos, sentimentos e perturbação ele despertou em você no momento em que ocorreu, e o quanto você acha que ele continuou afetando sua vida no momento presente (ou no último ano) da sua vida.

Ao responder, faça um círculo nas perguntas que tiverem **SIM** ou **NÃO**.

Se na pergunta principal (numeradas de 1 a 30 e delimitada por linhas que a contornam, como um retângulo) você responder **NÃO** (isto é, que o fato em questão não ocorreu), pule então para a pergunta seguinte.

No caso de você responder **SIM**, responda daí as demais perguntas do item (que são numeradas a,b,c,d...)

Nas duas questões sobre seu grau de perturbação com o evento, e quanto ele o afetou, faça um círculo em torno do número que melhor corresponder ao seu nível de perturbação com o fato traumático, que vai de “**nada**” (igual a 1) a “**extremamente**” (igual a 5), com graduações entre estes dois extremos.

Qualquer dúvida que você tiver nas respostas, pergunte ao entrevistador que estará junto com você.

1. Você já esteve PRESENTE em algum desastre grave (incêndio, explosões, inundações, furacões) ? **SIM NÃO**

- a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____
- b) Naquele momento você achou que **você, ou alguém mais**, podia ter **morrido ou ficado seriamente machucado**? **SIM NÃO**
- c) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |
- d) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |

2. Você alguma vez ASSISTIU a um acidente grave (por exemplo, uma forte batida de automóveis ou um grave acidente no seu trabalho)? **SIM NÃO**

- a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____
- b) Naquele momento você achou que **você, ou alguém mais**, poderia ter **morrido ou ficado gravemente machucado**? **SIM NÃO**
- c) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |
- d) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |

3. Você alguma vez SOFREU algum acidente grave, ou teve alguma lesão como resultado de algum acidente (como, por ex., de uma batida de automóveis ou um acidente no trabalho)? **SIM NÃO**

- a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____
- b) Naquele momento você achou que **você, ou alguém mais**, podia ter **morrido ou ficado seriamente machucado**? **SIM NÃO**
- c) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |
- d) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |

4. Algum FAMILIAR próximo já foi alguma vez PRESO? **SIM NÃO**

- a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____
- b) Durante quanto tempo ele/a esteve preso? _____

c) No momento em que isto ocorreu, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo ou terror*? SIM NÃO

d) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?

1 2 3 4 5
nada pouco moderado muito extremamente

e) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?

1 2 3 4 5
nada pouco moderado muito extremamente

5. VOCÊ já esteve alguma vez PRESO? SIM NÃO

a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____

b) Por quanto tempo? _____

c) No momento em que isto ocorreu, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo ou terror*? SIM NÃO

d) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?

1 2 3 4 5
nada pouco moderado muito extremamente

e) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?

1 2 3 4 5
nada pouco moderado muito extremamente

6. Você já MOROU EM UM ORFANATO, lar adotivo, ou esteve em situação de ser
--

a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____ Por quanto tempo? _____

b) Naqueles momentos, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo ou terror*? SIM NÃO

c) O quanto você se sentiu perturbado naquela situação?

1 2 3 4 5
nada pouco moderado muito extremamente

d) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?

1 2 3 4 5
nada pouco moderado muito extremamente

7. SEUS PAIS estiveram alguma vez SEPARADOS enquanto você ainda vivia com eles?

a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____

b) No momento em que ocorreu, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo ou terror*? SIM NÃO

c) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?

1 2 3 4 5

nada pouco moderado muito extremamente

d) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?

1 2 3 4 5

nada pouco moderado muito extremamente

8. Você alguma vez já se SEPAROU ou se divorciou? SIM NÃO

a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____

b) No momento em que ocorreu, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo* ? SIM NÃO

c) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?

1 2 3 4 5

nada pouco moderado muito extremamente

d) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?

1 2 3 4 5

nada pouco moderado muito extremamente

9. Você já teve alguma vez PROBLEMAS FINANCEIROS graves (por ex., não ter sequer dinheiro para comer ou para pagar aluguel)? SIM NÃO

a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____

b) E quando cessou? _____

c) No momento em que ocorreu, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo*? SIM NÃO

d) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?

1 2 3 4 5

nada pouco moderado muito extremamente

e) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?

1 2 3 4 5

nada pouco moderado muito extremamente

10. Você alguma vez já teve uma DOENÇA FÍSICA OU MENTAL GRAVE (por ex., câncer, enfarto, cirurgia extensa, idéias de se matar ou hospitalização psiquiátrica)?

SIM NÃO

a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____

b) Quanto tempo durou? _____

c) Naquele momento você acreditou que **você, ou alguém mais**, podia ter **morrido ou ficado seriamente machucado**? SIM NÃO

d) No momento em que ocorreu, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo ou terror*? SIM NÃO

e) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?

1 2 3 4 5
nada pouco moderado muito extremamente

f) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?

1 2 3 4 5
nada pouco moderado muito extremamente

11. Você já se sentiu, alguma vez, gravemente **ABUSADO OU NEGLIGENCIADO DO PONTO DE VISTA EMOCIONAL** (por ex., sendo freqüentemente envergonhado pelos seus pais ou outros adultos, constrangido, rejeitado, ignorado, ou sendo acusado, com freqüência, de “não servir para nada” ou de “não ser uma boa pessoa”)?

SIM NÃO

a) Quantos anos você tinha quando isto ocorria? _____

b) Quanto tempo durou? _____

c) No momento em que ocorria, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo*? SIM NÃO

d) O quanto você se sentia perturbado naqueles momentos?

1 2 3 4 5
nada pouco moderado muito extremamente

e) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?

1 2 3 4 5
nada pouco moderado muito extremamente

12. Você alguma vez já foi **FISICAMENTE NEGLIGENCIADO** (por ex., faltou-lhe comida, não foi vestido adequadamente, ou foi deixado, quando pequeno ou quando doente, para cuidar sozinho de você mesmo)?

SIM NÃO

a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____

b) Quanto tempo durou? _____

c) Naquele momento você acreditou que **você** podia ter **morrido ou ficado seriamente doente ou machucado**? SIM NÃO

d) No momento em que ocorreu, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo ou terror*? SIM NÃO

e) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?

1 2 3 4 5
nada pouco moderado muito extremamente

f) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?

1 2 3 4 5
nada pouco moderado muito extremamente

13. **APENAS PARA MULHERES:** Você alguma vez já **ABORTOU OU PERDEU SEU BEBÊ** por um abortamento espontâneo? SIM NÃO

- a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____
- a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____
- b) Naquele momento você acreditou que **você** podia ter **morrido ou ficado seriamente machucada**? SIM NÃO
- c) No momento em que ocorreu, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo ou terror*? SIM NÃO
- d) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |
- e) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |

14. Você alguma vez já esteve separada dos seus filhos contra sua vontade (por ex., por perda da guarda deles, perda de visitas, ou seqüestro)? SIM NÃO

- a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____
- b) E quando cessou? _____
- c) Naquele momento você acreditou que **você, ou alguém mais**, podia ter **morrido ou ficado seriamente machucado**? SIM NÃO
- d) No momento em que ocorreu, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo ou terror*? SIM NÃO
- e) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |
- f) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |

15. Você já teve algum filho/a que tenha sofrido de um grave problema físico ou mental (retardo mental, nascimento com problemas congênitos, cegueira, surdez ou paralisias)? SIM NÃO

- a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____
- b) E quanto tempo durou? _____
- c) Naquele momento você acreditou que seu filho/a podia ter **morrido ou ficado seriamente lesionado**? SIM NÃO
- d) No momento em que ocorreu, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo*? SIM NÃO
- e) O quanto você se sentiu perturbada naqueles momentos?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |
- f) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |

16. Você alguma vez já teve a responsabilidade de cuidar de alguém próximo (excluindo seus filhos/as), que apresentasse uma grave incapacitação física ou mental (câncer, derrame, demência, AIDS, ou tivesse tentado se matar, sofrido hospitalizações psiquiátricas, ou fosse cego, surdo ou paralítico)?

SIM NÃO

- a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____
- b) E quando tempo durou? _____
- c) Você acreditou que **alguém que estivesse sob seus cuidados**, podia ter **morrido ou ficado seriamente machucado**? **SIM NÃO**
- d) No momento em que isto ocorria, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo*? **SIM NÃO**
- e) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |
- f) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |

17. Você já teve alguém próximo que tenha morrido de forma súbita ou inesperada (por acidente, enfarto agudo e fulminante, assassinato ou suicido)?

SIM NÃO

- a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____
- b) Naquele momento você acreditou que **você, ou alguém mais**, podia também ter **morrido ou ficado seriamente machucado**? **SIM NÃO**
- c) No momento em que ocorreu, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo ou terror*? **SIM NÃO**
- d) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |
- f) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |

18. Alguém próximo a você já morreu (excluindo mortes súbitas e inesperadas)?

SIM NÃO

- a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____
- b) No momento em que ocorreu, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo ou terror*? **SIM NÃO**
- c) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |

d) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?

1 2 3 4 5
nada pouco moderado muito extremamente

19. Quando jovem (antes dos 16 anos), você alguma vez presenciou cenas de violência dentro da sua família (tapas, socos, pontapés, arranhões, empurrões)?

SIM NÃO

a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____

b) E quando cessou? _____

c) Naquele momento você acreditou que **você, ou alguém mais**, podia ter **morrido ou ficado seriamente machucado**? **SIM NÃO**

d) No momento em que ocorria, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo ou terror*? **SIM NÃO**

e) O quanto você se sentiu perturbado naqueles momentos?

1 2 3 4 5
nada pouco moderado muito extremamente

f) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?

1 2 3 4 5
nada pouco moderado muito extremamente

20. Você alguma vez já presenciou alguém ser agredido, roubado ou assaltado (roubo com violência)?

SIM NÃO

a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____

b) Naquele momento você acreditou que **você, ou alguém mais**, podia ter **morrido ou ficado seriamente machucado**? **SIM NÃO**

c) No momento em que ocorreu, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo ou terror*? **SIM NÃO**

d) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?

1 2 3 4 5
nada pouco moderado muito extremamente

e) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?

1 2 3 4 5
nada pouco moderado muito extremamente

21. Você já foi alguma vez fisicamente agredido (excetuando agressão sexual), roubado, assaltado (roubo com violência) por alguém desconhecido?

SIM NÃO

a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____

b) Naquele momento você acreditou que **você, ou alguém mais**, podia ter **morrido ou ficado seriamente machucado**? **SIM NÃO**

c) No momento em que ocorreu, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo ou terror*? **SIM NÃO**

- d) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |
- e) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |

22. Antes dos 16 anos, você alguma vez foi fisicamente atacado ou abusado (mas não sexualmente) por alguém que você conhecia (por ex., pai, namorado/a ou cônjuge, bateu, soqueou, esbofeteou, asfixiou, arranhou, sacudiu com violência, queimou ou deu-lhe uma surra)?

SIM NÃO

- a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____
- b) E quando cessou? _____
- c) Naquele momento você acreditou que **você, ou alguém mais**, podia ter **morrido ou ficado seriamente machucado**?
- SIM NÃO
- d) No momento em que ocorreu, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo ou terror*?
- SIM NÃO
- e) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |
- f) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |

23. Após os 16 anos, você foi alguma vez fisicamente agredido ou atacado (mas não sexualmente) por alguém que você conhecia (por ex., pai, namorado/a ou cônjuge, bateu, soqueou, esbofeteou, asfixiou, arranhou, sacudiu com violência, queimou ou deu-lhe uma surra)?

SIM NÃO

- a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____
- b) E quando cessou? _____
- c) Naquele momento você acreditou que **você, ou alguém mais**, podia ter **morrido ou ficado seriamente machucado**?
- SIM NÃO
- d) No momento em que ocorreu, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo ou terror*?
- SIM NÃO
- e) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |
- f) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?
- | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|--------------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |

24. Você foi alguma vez incomodado/a ou assediado/a por comentários sexuais, brincadeiras maliciosas ou solicitação direta de favores sexuais, por alguém no seu trabalho ou na escola (por ex., colega de trabalho, patrão, cliente, outro/a estudante, professor/a)? **SIM NÃO**

- a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____
 b) E quando cessou? _____
 c) Naquele momento você acreditou que **você, ou alguém mais**, podia ter **morrido ou ficado seriamente machucado**? SIM NÃO
 d) No momento em que ocorreu, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo ou terror*? SIM NÃO
 e) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?
 1 2 3 4 5
 nada pouco moderado muito extremamente
 f) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?
 1 2 3 4 5
 nada pouco moderado muito extremamente

25. Antes dos 16 anos, você foi alguma vez tocado/a, ou forçado/a a tocar outra pessoa de um modo sexual, sob ameaça de ser machucado/a se não o fizesse?

SIM NÃO

- a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____
 b) E quando cessou? _____
 c) Naquele momento você acreditou que **você, ou alguém mais**, podia ter **morrido ou ficado seriamente machucado**? SIM NÃO
 d) No momento em que ocorreu, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo ou terror*? SIM NÃO
 e) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?
 1 2 3 4 5
 nada pouco moderado muito extremamente
 f) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?
 1 2 3 4 5
 nada pouco moderado muito extremamente

26. Após os 16 anos, você foi alguma vez tocado/a, ou forçado/a a tocar outra pessoa de um modo sexual, sob ameaça de ser de machucado/a se não o fizesse?

SIM NÃO

- a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____
 b) E quando cessou? _____
 c) Naquele momento você acreditou que **você, ou alguém mais**, podia ter **ficado seriamente machucado**? SIM NÃO
 d) No momento em que ocorreu, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo ou terror*? SIM NÃO

29. Ocorreu algum outro evento que você considerou traumático na sua vida, que não lhe perguntamos, mas que você gostaria de mencionar? SIM NÃO

Qual foi este evento? _____

- a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____
- b) E quando cessou? _____
- c) Naquele momento você acreditou que **você, ou alguém mais**, podia ter **morrido ou ficado seriamente machucado**? SIM NÃO
- d) No momento em que ocorreu, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo ou terror*? SIM NÃO
- e) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?
- | | | | | |
|------|-------|----------|-------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |
- f) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?
- | | | | | |
|------|-------|----------|-------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |

30. Por acaso algum dos eventos mencionados acima chegou a ocorrer com alguém próximo a você, a ponto de você ter ficado seriamente perturbado ao tomar conhecimento do ocorrido? SIM NÃO

- a) Quantos anos você tinha quando isto ocorreu? _____
- b) E quando cessou? _____
- c) Naquele momento você acreditou que **você, ou alguém mais**, podia ter **morrido ou ficado seriamente machucado**? SIM NÃO
- d) No momento em que ocorreu, você experimentou sentimentos **intensos** de *impotência, desamparo, medo ou terror*? SIM NÃO
- e) O quanto você se sentiu perturbado naquele momento?
- | | | | | |
|------|-------|----------|-------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |
- f) O quanto isto afetou sua vida no ano que passou ?
- | | | | | |
|------|-------|----------|-------|--------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| nada | pouco | moderado | muito | extremamente |

NOME: _____ DATA: _____

ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____

PROTOCOLO: _____ ENTREVISTADOR: _____

ANEXO J

QUESTIONÁRIO SOBRE TRAUMA NA INFÂNCIA (QTI) CTQ - CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE

Estas afirmações se referem a algumas de suas experiências enquanto você estava crescendo, desde criança e até sua adolescência. Compreendemos a natureza pessoal de muitas destas questões, mas ainda assim gostaríamos que você tentasse respondê-las o mais sinceramente possível. Para cada afirmação, circule a resposta que melhor descrever como você se sentiu. Se você desejar mudar sua resposta, coloque um **X** na antiga resposta e circule a nova escolha.

Enquanto eu crescia...	nunca foi verdade	raramente foi verdade	algumas vezes foi verdade	muitas vezes foi verdade	quase sempre foi verdade
1. Eu não tinha comida suficiente para comer.	●	●	●	●	●
2. Eu sabia que havia alguém para me cuidar e me proteger.	●	●	●	●	●
3. As pessoas, na minha família, me chamavam de coisas do tipo "estúpido", "preguiçoso" ou "feio de doer".	●	●	●	●	●
4. Meus pais estavam sempre muito bêbados ou drogados para cuidar da família.	●	●	●	●	●
5. Havia alguém na família que ajudava a me sentir especial ou importante.	●	●	●	●	●
6. Eu tinha que usar roupas sujas.	●	●	●	●	●
7. Eu me senti amado.	●	●	●	●	●
8. Eu achava que meus pais desejavam que eu nunca tivesse nascido.	●	●	●	●	●
9. Eu apanhei tanto de alguém da família que por isto tive que ir ao hospital ou consultar um médico.	●	●	●	●	●
10. Não havia nada que eu desejasse mudar em minha família.	●	●	●	●	●
11. Alguém, em minha família, me bateu tanto que isso me deixou com marcas e contusões (roxo).	●	●	●	●	●
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou várias outras coisas que machucavam.	●	●	●	●	●
13. As pessoas em minha família cuidavam umas das outras.	●	●	●	●	●
14. Pessoas, em minha família, disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.	●	●	●	●	●
15. Eu acredito que fui fisicamente abusado (machucado).	●	●	●	●	●

Enquanto eu crescia...	nunca foi verdade	raramente foi verdade	algumas vezes foi verdade	muitas vezes foi verdade	quase sempre foi verdade
16. Eu tive uma infância perfeita.	•	•	•	•	•
17. Eu apanhei tanto que isso foi notado por um professor, vizinho ou médico.	•	•	•	•	•
18. Eu sentia que alguém na minha família me odiava.	•	•	•	•	•
19. As pessoas da minha família se sentiam próximas umas das outras (como uma família).	•	•	•	•	•
20. Alguém tentou me tocar de maneira sexual ou me obrigou a tocá-lo.	•	•	•	•	•
21. Alguém ameaçou me machucar, ou contar mentiras sobre mim, se eu não fizesse algo sexual com ele ou ela.	•	•	•	•	•
22. Eu tive a melhor família do mundo.	•	•	•	•	•
23. Alguém tentou me obrigar a praticar algo sexual, ou a assistir algum ato sexual, ou coisas relativas a sexo.	•	•	•	•	•
24. Alguém já me molestou (importunou, bolinou, "se passou"comigo).	•	•	•	•	•
25. Eu acredito que fui emocionalmente maltratado (humilhado, ofendido, desvalorizado)	•	•	•	•	•
26. Havia alguém para me levar ao médico quando eu precisasse.	•	•	•	•	•
27. Eu acredito que fui sexualmente abusado.	•	•	•	•	•
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio sempre que precisei.	•	•	•	•	•

NOME: _____ DATA: _____

Nº PROTOCOLO: _____ ENTREVISTADOR: _____

ANEXO K

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA 301.83
TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE (DSM-IV)

Padrão pervasivo de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, da auto-imagem e dos afetos, com acentuada impulsividade, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos, como indicado por cinco (ou mais) dos seguintes critérios:

1. Esforços frenéticos para evitar um abandono real ou imaginado. NOTA: não incluir comportamento suicida ou automutilante, coberto pelo Critério 5.
2. Padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização;
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada, e resistente a ser corrigida, na percepção de si mesmo;
4. Impulsividade, presente em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (por ex., gastos exagerados, sexualidade promíscua, abuso de substâncias, direção imprudente, compulsões alimentares);
5. Recorrência de comportamentos, gestos ou ameaças suicidas ou automutilações;
6. Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor (por ex., episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade, geralmente durante algumas horas e apenas raramente por mais de alguns dias);
7. Sentimentos crônicos de vazio;
8. Raiva inadequada e intensa, ou dificuldade em controlar a raiva (por ex., demonstrações freqüentes de irritação, raiva constante, lutas corporais recorrentes);
9. Ideação paranóide transitória e relacionada ao estresse, ou graves sintomas dissociativos.

ANEXO L

NOME:DATA

ENTREVISTADOR:

PARENTAL BONDING INSTRUMENT (Pai)

Este questionário lista várias atitudes e comportamentos dos pais. Você deverá colocar uma marca no parêntese mais apropriado de cada questão, pensando na forma que você lembra seu pai em seus 16 primeiros anos.

	Muito Parecido	Moderadamente Parecido	Moderadamente Diferente	Muito Diferente
1. Falava comigo com uma voz meiga e amigável	()	()	()	()
2. Não me ajudava tanto quanto eu necessitava	()	()	()	()
3. Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer	()	()	()	()
4. Parecia emocionalmente frio comigo	()	()	()	()
5. Parecia compreender meus problemas e preocupações	()	()	()	()
6. Era carinhoso comigo	()	()	()	()
7. Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões	()	()	()	()
8. Não queria que eu crescesse	()	()	()	()
9. Tentava controlar todas as coisas que eu fazia	()	()	()	()
10. Invadia minha privacidade	()	()	()	()
11. Gostava de conversar comigo	()	()	()	()
12. Frequentemente sorria para mim	()	()	()	()
13. Tendia a me tratar como bebê	()	()	()	()
14. Parecia não entender o que eu necessitava ou queria	()	()	()	()
15. Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo	()	()	()	()
16. Fazia com que me sentisse que não era querido(a)	()	()	()	()
17. Podia me fazer sentir melhor quando eu estava triste	()	()	()	()
18. Não conversava muito comigo	()	()	()	()
19. Tentava me fazer dependente dele	()	()	()	()
20. Sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ele estivesse por perto	()	()	()	()
21. Dava-me tanta liberdade quanto eu queria	()	()	()	()
22. Deixava-me sair tão frequentemente quanto eu queria	()	()	()	()
23. Era superprotetor comigo	()	()	()	()
24. Não me elogiava	()	()	()	()
25. Deixava-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse	()	()	()	()

NOME:

PARENTAL BONDING INSTRUMENT (Mãe)

Este questionário lista várias atitudes e comportamentos dos pais. Você deverá colocar uma marca no parêntese mais apropriado de cada questão, pensando na forma que você lembra sua mãe em seus 16 primeiros anos.

	Muito Parecido	Moderadamente Parecido	Moderadamente Diferente	Muito Diferente
1. Falava comigo com uma voz meiga e amigável	()	()	()	()
2. Não me ajudava tanto quanto eu necessitava	()	()	()	()
3. Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer	()	()	()	()
4. Parecia emocionalmente fria comigo	()	()	()	()
5. Parecia compreender meus problemas e preocupações	()	()	()	()
6. Era carinhosa comigo	()	()	()	()
7. Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões	()	()	()	()
8. Não queria que eu crescesse	()	()	()	()
9. Tentava controlar todas as coisas que eu fazia	()	()	()	()
10. Invadia minha privacidade	()	()	()	()
11. Gostava de conversar comigo	()	()	()	()
12. Frequentemente sorria para mim	()	()	()	()
13. Tendia a me tratar como bebê	()	()	()	()
14. Parecia não entender o que eu necessitava ou queria	()	()	()	()
15. Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo	()	()	()	()
16. Fazia com que me sentisse que não era querido(a)	()	()	()	()
17. Podia me fazer sentir melhor quando eu estava triste	()	()	()	()
18. Não conversava muito comigo	()	()	()	()
19. Tentava me fazer dependente dela	()	()	()	()
20. Sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ela estivesse por perto	()	()	()	()
21. Dava-me tanta liberdade quanto eu queria	()	()	()	()
22. Deixava-me sair tão frequentemente quanto eu queria	()	()	()	()
23. Era superprotetora comigo	()	()	()	()
24. Não me elogiava	()	()	()	()
25. Deixava-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse	()	()	()	()