EDUARDO MARTINHO JUNIOR

**Análise das vivências dissociativas e das modalidades de
tratamentos prestados a adolescentes portadores de
transtorno de personalidade Borderline**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Eurípedes Constantino
Miguel Filho

São Paulo

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Martinho Junior, Eduardo
Análise das vivências dissociativas e das
modalidades de tratamentos prestados a adolescentes
portadores de transtorno de personalidade
Borderline / Eduardo Martinho Junior. -- São
Paulo, 2019.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.
Orientador: Eurípedes Constantino Miguel Filho.

Descritores: 1.Transtorno de personalidade
Borderline 2.Adolescente 3.Serviços de saúde mental
4.Recursos em saúde 5.Tratamento farmacológico
6.Transtornos dissociativos

USP/FM/DBD-501/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

DEDICATÓRIA

*Paula,
Minha parceira na dança da vida,
A pessoa que me ensinou a acreditar no Amor.*

*Obrigado
Pelo teu beijo que me inspira,
Por me apoiar em meus sonhos,
Pelo cuidado que tem com o Lucas e com a Júlia,
Pelas madrugadas em que passou acordada.
Você é verdadeira autora dessa tese.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Eurípedes Constantino Miguel Filho, um líder verdadeiramente altruísta, comprometido em exercer Medicina dentro de princípios Hipocráticos, pelas inúmeras demonstrações de amizade e compaixão, por todas as oportunidades que me abriu nos planos pessoal e profissional. Sem sua generosidade, dedicação, eficiência e apego ao espírito científico essa tese não teria existido.

À Professora Doutora Mary C. Zanarini e a sua equipe do Laboratório para o Estudo do Desenvolvimento Humano, do Hospital McLean, afiliado à Escola de Medicina da Harvard, por todo o treinamento que recebi em relação a coleta e organização de dados clínicos, bem como sobre metodologia e escrita de projetos de pesquisa na área de Transtornos de Personalidade. A generosidade da Dra. Mary em nos permitir utilizar os dados de pesquisa coletados em seu laboratório tornou possível a realização desse projeto de pesquisa.

A minha mãe Maria pelo amor incondicional, pelos imensuráveis esforços em me transmitir valores que moldaram minha vida profundamente e a meu pai Eduardo (*in memoriam*), pelos esforços em prover para mim uma educação de qualidade, por ter me ensinado o valor do trabalho árduo.

Aos meus irmãos Sabrina, Fábio e Sarah, meus melhores amigos, pessoas com que sei que posso sempre contar.

A minha esposa Paula e meus filhos Lucas e Júlia por darem verdadeiro sentido a minha vida, pela compreensão nos momentos em que precisei estar ausente.

Aos pesquisadores que em minha graduação instilaram em mim o desejo de me manter conectado à realização de projetos científicos. Em

especial, ao Bomfim Alves da Silva Junior, Lisete Compagno Michelinini e James E. Olson.

Aos meus mentores durante a residência médica e preceptoria: Renato Luiz Marchetti, Renato del Sant, Maria Odila Buti de Lima, Táki Athanássios Cordás, Orestes Vicente Forlenza, Daniel Martins de Barros, Arthur Kaufman, Marcia Szajnbok (*in memoriam*), Renata Ferraz Torres, Francisco Lotufo Neto e Geraldo Busatto Filho, pelos ensinamentos clínicos e científicos.

Aos membros do Ambulatório Integrado de Transtornos de Personalidade, em especial ao Erlei Sassi Jr e à Fernanda Celeste de Oliveira Martins Sassi. A dedicação e o carinho que pude ver nessa equipe em relação ao cuidado de pacientes com Transtornos de Personalidade foi uma grande inspiração para que a minha carreira fosse direcionada a essa área da Psiquiatria.

À Professora Doutora Sandra Scivoletto, pelo acolhimento recebido no Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Instituto de Psiquiatria da USP, que tornou possível a criação do Ambulatório para o Desenvolvimento dos Relacionamentos e Emoções (ADRE), dedicado ao atendimento de adolescentes portadores de Transtorno de Personalidade Borderline e seus Familiares, local onde também temos a oportunidade de realizar pesquisas científicas.

A Marcelo José Abduch Adas Brañas, Marcos Signoretti Croci, meus grandes amigos, pela imensa dedicação, empenho e competência que demonstraram tanto no desenvolvimento de projetos de pesquisa em conjunto com a Dra. Mary Zanarini quanto na fundação e no desenvolvimento do ADRE. Também, ao João Cronemberger Ribeiro, pela participação ativa no desenvolvimento do ADRE.

A todos os residentes que participam do ADRE, em especial à Liana Silva Tortato, Carolina Louise Mesquita Uchôa e Aline Jimi Myung Cho, que têm participado ativamente de projetos de pesquisa.

Aos Professores Doutores Martin Bohus, titular da Universidade de Heidelberg e diretor do Instituto Central de Saúde Mental de Mannheim, Lois Choi-Kain, diretora do Instituto Gunderson de Pesquisa para o Estudo de Transtornos de Personalidade, do Hospital McLean, e Luciana Payne, pesquisadora do Hospital McLean, que, a partir das conexões estabelecidas por meio desse projeto de pesquisa, vieram até o Brasil sem receber honorários, dedicados aos objetivos de fomentar pesquisas científicas e promover o tratamento de pacientes portadores de Transtornos de Personalidade em nosso país.

Às secretárias da pós-graduação, Eliza Fukushima e Isabel Ataíde, e da residência de Psiquiatria, Geysa Arnoni, pela inesgotável paciência, afabilidade e por todo o auxílio que me deram durante a realização dessa tese.

A todos aqueles que mesmo não estando citados aqui fizeram parte da minha vida acadêmica e contribuem para o meu progresso pessoal e profissional.

A todas as pessoas que participaram como sujeitos desse estudo e a todos meus pacientes, pela confiança em relatarem vivências tão íntimas e intensas, contribuindo para meu aprendizado e evolução como ser humano.

“Dediquei-me a adquirir sabedoria e a observar toda a atividade realizada na terra, e até mesmo fiquei sem dormir, dia e noite. Então eu considerei todo o trabalho do verdadeiro Deus e percebi que a humanidade não é capaz de compreender o que acontece debaixo do sol.

Por mais que os homens tentem, não podem compreender. Mesmo que digam que são bastante sábios para entender, não são capazes de compreender. (...) Quanto a qualquer coisa além delas, meu filho, seja avisado: de se fazerem muitos livros não há fim, e dedicar-se demais a eles cansa a pessoa. Depois de se ouvir tudo, a conclusão é esta: tema o verdadeiro Deus e obedeça aos seus mandamentos, pois essa é toda a obrigação do homem”

Eclesiastes 8:16,17; 12:12,13.

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento da sua publicação:

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

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por: Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria Fazanelli Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3. Ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação – SBD/FMUSP; 2011.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com *“List of Journals Indexed in Index Medicus”*.

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas e Siglas

Lista de Tabelas

Resumo

Abstract

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Origem e desenvolvimento do diagnóstico do Transtorno de Personalidade Borderline	2
1.2 Epidemiologia do Transtorno de Personalidade Borderline.....	7
1.3 Controvérsias sobre o diagnóstico do TPB na adolescência.....	8
1.4 A importância do McLean Study of Adult Development (MSAD) para o entendimento do curso e prognóstico do Transtorno de Personalidade Borderline	11
1.5 Aprendizados sobre o Transtorno de Personalidade Borderline em adolescentes derivados do McLean Study of Child and Adolescent Development (MSCAD)	13
1.6 Modalidades de tratamento utilizadas por indivíduos adultos portadores de Transtorno de Personalidade Borderline.....	14
1.7 Vivências dissociativas em adultos diagnosticados com Transtorno de Personalidade Borderline	18
1.8 Lacunas na literatura científica acerca do Transtorno de Personalidade Borderline	21
1.8.1 Uso limitado de instrumentos fidedignos para o diagnóstico de TPB na adolescência.....	21
1.8.2 Entendimento restrito sobre o uso de recursos terapêuticos em adolescentes portadores de Transtorno de Personalidade Borderline.....	22
1.8.3 Escassez de estudos sobre sintomas dissociativos nos adolescentes com TPB	24
2 OBJETIVOS	26
2.1 Objetivos do Estudo I	26
2.2 Objetivos do Estudo II	26
3.HIPÓTESES.....	28
3.1 Hipóteses do Estudo I	29
3.2 Hipóteses do Estudo II	29

4. MÉTODOS	30
4.1 Método do Estudo I	31
4.1.1 Participantes do Estudo I	31
4.1.2 Instrumentos de avaliação do estudo I	32
4.1.2.1 Instrumentos de avaliação do estudo I utilizados nos adultos portadores de TPB.....	32
4.1.2.2 Instrumentos de avaliação do estudo I utilizados nos adolescentes portadores de TPB	35
4.1.3 Análise estatística do Estudo I.....	36
4.2 Método do Estudo II	37
4.2.1 Participantes do Estudo II	37
4.2.2 Instrumentos de avaliação do estudo II utilizados nos adultos e adolescentes portadores de TPB	38
4.2.3 Análise estatística do Estudo II.....	39
5. RESULTADOS	40
5.1 Resultados do Estudo I	41
5.1.1 Caracterização da amostra do Estudo I.....	41
5.1.2 Histórias de Tratamento.....	43
5.2 Resultados do Estudo II	46
5.2.1 Caracterização da amostra do Estudo II.....	46
5.2.2 Vivências dissociativas em adolescentes sem diagnóstico psiquiátrico, em adolescentes com o diagnóstico de TPB e em adultos com TPB.....	48
6 DISCUSSÃO	51
6.1 Discussão do Estudo I.....	52
6.1.1 Limitações do Estudo I.....	56
6.1.2 Perspectivas futuras do Estudo I	56
6.2 Discussão do Estudo II.....	57
6.2.1 Limitações do Estudo II.....	63
6.2.2 Perspectivas futuras em relação ao Estudo II.....	64
7 CONCLUSÃO	65
8 REFERÊNCIAS	67
9 ANEXOS	94
9.1 Artigo submetido ao Journal of Personality Disorders.....	95
9.2 Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP.....	110

9.3	Childhood Interview for Borderline Personality Disorder (CI-BPD).....	114
9.4	Diagnostic Interview for Borderlines (DIB-R)	120
9.5	Background Information Schedule (BIS)	137
9.6	Background Information Schedule – Adolescent Version (BIS-AV)	150
9.7	Dissociative Experiences Scale (DES)	164

LISTAS

SIGLAS E ABREVIATURAS

ADRE	Ambulatório para o Desenvolvimento dos Relacionamentos e Emoções
AGF	Escala de Avaliação Global de Funcionamento
BIS	<i>Background Information Schedule</i>
BIS-AV	<i>Background Information Schedule: Adolescent Version</i>
BPD	<i>Borderline Personality Disorder</i>
CI-BPD	<i>Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder</i>
CID-11	Classificação Internacional de Doenças, 11ª edição
DES	<i>Dissociative Experiences Scale</i> (Escala de Experiências Dissociativas)
DIB	<i>Diagnostic Interview for Borderline Patients</i>
DIB-R	Revised Diagnostic Interview for Borderlines
DIPD	Diagnostic Interview for Personality Disorder
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição
DSM-III	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 3ª edição
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
KID-SCID	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnosis</i>

MSAD	<i>McLean Study of Adult Development</i>
MSCAD	McLean Study of Child and Adolescent Development
NIMH	National Institute of Mental Health
OTP	Outros Transtornos de Personalidade
PTSD	<i>Post-Traumatic Stress Disorder</i>
SCID-I	Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I Disorders
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
TPB	Transtorno de Personalidade Borderline

TABELAS

Tabela 1 - Componentes Fenotípicos e sua correspondência com Critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição (DSM-5; APA, 2013) para o Transtorno de Personalidade Borderline a partir de análises fatoriais (2,3)	5
Tabela 2 - Características demográficas dos adolescentes e adultos com TPB (Transtorno de Personalidade Borderline) do estudo I	42
Tabela 3 - Taxas de Tratamento Psiquiátrico Relatas por Adolescentes e Adultos com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)	44
Tabela 4 - Medicações psicotrópicas utilizadas por um mês ou mais por adolescentes com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) e adultos com TPB	45
Tabela 5 - Características demográficas dos adolescentes com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), adolescentes sem diagnósticos psiquiátricos e adultos com TPB	47
Tabela 6 - Pontuações médias na Escala de Sintomas Dissociativos (DES) e de seus três subfatores (Absorção, Amnésia e Despersonalização) em adolescentes com TPB, Adolescentes sem Transtornos Mentais e adultos com TPB	49
Tabela 7 - Distribuição da pontuação da Escala de Sintomas Dissociativos (DES) de acordo com os níveis de gravidade: Leve (<10); Moderado (entre 10 a 29.9); e 3) Grave (≥ 30) em adolescentes e adultos diagnosticados com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB).....	50
Tabela 8 - Prevalência de relatos de adversidades na infância e de comorbidade com Transtorno do Estresse Pós-Traumático em adolescentes e adultos com TPB que apresentam altos níveis de sintomas dissociativos (Pontuação na Escala de Sintomas Dissociativos, $DES \geq 30$)	50

RESUMO

Martinho Junior E. *Análise das vivências dissociativas e das modalidades de tratamentos prestados a adolescentes portadores de transtorno de personalidade Borderline* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

Nesse estudo, as histórias de tratamento relatadas por adolescentes hospitalizados com o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) foram comparadas àquelas relatadas por uma amostra separada de adultos hospitalizados com TPB. Também, a gravidade e a fenomenologia das vivências dissociativas relatadas por adolescentes hospitalizados com TPB foram comparadas às relatadas por adolescentes sem diagnósticos psiquiátricos e com as de uma amostra separada de adultos com TPB. Cento e quatro adolescentes entre 13-17 anos que preenchiam rigorosamente o diagnóstico de TPB foram entrevistados sobre suas histórias de tratamento psiquiátrico. A mesma entrevista semiestruturada foi administrada a 290 adultos com idade maior ou igual a 18 anos que também preenchiam critérios para TPB. A Escala de Experiências Dissociativas (DES) foi administrada a um total de 89 adolescentes hospitalizados entre 13-17 anos que preenchiam critérios para o TPB. A mesma medida de autorrelato de 28 itens foi administrada a 51 adolescentes da mesma faixa etária e a 290 adultos hospitalizados com o diagnóstico de TPB. Adolescentes e adultos com TPB apresentaram histórico semelhante de utilização de terapia individual (93% vs. 96%), medicamentos psicotrópicos de uso contínuo (93% vs. 84%), polifarmácia (68% vs. 66%), antidepressivos (72% vs. 80%) e de lítio (14% vs. 26%). No entanto, adolescentes foram significativamente mais propensos a apresentarem histórico de internações psiquiátricas prévias (96% vs. 79%), a terem participado de psicoterapia de grupo (54% vs. 36%), e relataram uso maior de antipsicóticos (55% vs. 39%) e estimulantes (19% vs. 7%) em comparação a adultos com TPB. Em contraste, em comparação com adultos com TPB, os adolescentes com TPB fizeram menor uso de terapia individual intensiva (0% vs. 36%), grupos de autoajuda (7% vs. 51%), tratamentos residenciais (13% vs. 36%), e de benzodiazepínicos (10% vs. 43%). Adolescentes com TPB apresentaram uma pontuação média na DES maior do que os adolescentes sem diagnósticos psiquiátricos (19 vs. 9), assim como em 2 dos 3 fatores derivados da DES: Absorção (27 vs. 15) e despersonalização (15 vs. 3). Adolescentes e adultos com TPB apresentam tanto a pontuação geral média quanto a dos 3 fatores derivados da DES semelhantes. Em relação a distribuição das pontuações médias da DES em adolescentes com TPB, 35% apresentaram pontuação de abaixo de 10 (baixa), 47% tinham pontuação entre 10 e 29.9 (comum em diagnósticos psiquiátricos não primariamente associados à trauma) e 18% tinham pontuação elevada, com DES maior ou igual a 30 (associada ao transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) ou transtornos dissociativos); um padrão de distribuição

semelhante aos adultos com TPB. Em relação a experiências de adversidade na infância e ao diagnóstico de TEPT, em adolescentes e adultos com TPB que apresentam elevados níveis de sintomas dissociativos (DES maior ou igual a 30 pontos), os relatos de negligência tem taxas semelhantes (81% vs. 91%), enquanto esse subgrupo de adolescentes com TPB apresentam menores taxas de relato de abuso sexual (25% vs. 85%), físico (25% vs. 73 %) e menor prevalência de TEPT (25% vs. 87%) do que adultos com TPB. Em conjunto, os resultados desse estudo sugerem que tanto adolescentes quanto adultos hospitalizados com TPB apresentam histórias de tratamento complexas, com altas taxas de uso de recursos ambulatoriais e tratamentos intensivos. Adicionalmente, os resultados desse estudo sugerem que adolescentes com TPB apresentam vivências dissociativas tão severas quanto a de adultos com TPB, e reforçam a necessidade de acessar clinicamente, de modo estruturado, a presença de sintomas dissociativos em adolescentes com TPB, mesmo sem histórico de trauma.

Descritores: Transtorno de personalidade Borderline; Adolescente; Serviços de saúde mental; Recursos em saúde; Tratamento farmacológico; Transtornos dissociativos.

ABSTRACT

Martinho Junior E. *Treatment histories and dissociative experiences of adolescents with Borderline personality disorder* [thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2019.

In this study, we compared the psychiatric treatment histories reported by adolescent inpatients with borderline personality disorder (BPD) to those reported by a separate sample of adult inpatients with BPD. Also, the severity and quality of dissociative experiences reported by adolescent inpatients with BPD were compared to those reported by psychiatric healthy adolescents and to a separate sample of adult inpatients with BPD. One hundred and four hospitalized girls and boys aged 13-17 who met rigorous criteria for BPD were interviewed concerning their histories of psychiatric treatment. The same semi-structured interview, which has proven psychometric properties, was administered to 290 adults aged 18 or older who met the same criteria for BPD. The Dissociative Experiences Scale (DES) was administered to a total of 89 hospitalized girls and boys aged 13-17 who met rigorous criteria for BPD. The same 28 item self-report measure with demonstrated reliability and validity was administered to 51 age-matched psychiatrically healthy adolescents and 290 inpatient adults aged 18-35 who met criteria for BPD. Borderline adolescents and adults had similar lifetime rates of individual psychotherapy (93% vs. 96%), history of taking standing medications (93% vs. 84%), polypharmacy (68% vs. 66%), and reported use of antidepressants (72% vs. 80%), anticonvulsants (28% vs. 22%) and lithium (14% vs. 26%). However, adolescents were significantly more likely than adults with BPD to have a history of prior psychiatric hospitalizations (96% vs. 79%), to have been in group therapy (54% vs. 36%) and reported a higher use of antipsychotics (55% vs. 39%) and stimulants (19% vs. 7%). In contrast, they were significantly less likely than adults with BPD to have been in intensive individual therapy (0% vs. 36%), self-help groups (7% vs. 51%), and residential treatment (13% vs. 36%), and a smaller use of benzodiazepines (10% vs. 43%). Adolescents with BPD had significantly higher mean overall DES score in comparison with healthy adolescents (19 vs. 9), as well as higher scores on two factors derived from the DES: absorption (27 vs. 15), depersonalization (15 vs. 3), and similar scores on amnesia (10 vs 7). Borderline adolescents and adults had similar overall and three factor structure DES scores. Regarding the distribution of mean DES scores in adolescents with BPD, 35% had a score below 10 points (low score), 47% had a score between 10 and 29.9 (common in psychiatric diagnoses not primarily associated with trauma) and 18% had a score of 30 or more (associated with post-traumatic stress disorder (PTSD) and dissociative disorders); a distribution similar to adults with BPD. Regarding experiences of childhood adversity and the diagnosis of PTSD, in adolescents and adults with BPD presenting high levels of dissociative symptoms (DES score of 30 or more), they had reported similar rates of

neglect (81% vs. 91%), but adolescents with BPD had lower rates of experiences of sexual abuse (25% vs 85%), physical abuse (25%% vs. 73 %) and lower prevalence of PTSD (25% vs. 87%) in comparison with adults with BPD. Taken together, the results of this study suggest that hospitalized adolescents and adults with BPD both have a complex treatment history, with high lifetime rates of outpatient and more intensive treatments. Additionally, the results of this study suggest that adolescents have dissociative experiences as severe as adults with BPD and reinforce the importance of routinely conducting clinical assessment of dissociative symptoms even in adolescents with BPD who do not report trauma.

Descriptors: Borderline personality disorder; Adolescent; Mental health services; Health resources; Drug therapy; Dissociative disorders

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Origem e desenvolvimento do diagnóstico do Transtorno de Personalidade Borderline

O termo “*borderline*” foi usado em psiquiatria pela primeira vez por Adolf Stern em 1938, para descrever pacientes que não se encaixavam nas formulações psicanalíticas de neurose ou psicose ⁽¹⁾. Segundo ele, esses pacientes não respondiam de maneira satisfatória ao tratamento psicoterápico, apresentando comportamentos sadomasoquistas e rigidez psíquica, como um mecanismo de defesa contra mudanças no ambiente. Esse termo ganhou maior força com os estudos psicanalíticos de Otto Kernberg, com um refinamento desse termo, onde foi definida a “*organização de personalidade borderline*” ⁽²⁾. Esse quadro era caracterizado por três critérios estruturais: a) difusão de identidade, aparentes por meio de percepções inacuradas sobre si e os outros, levando o indivíduo a apresentar uma crônica sensação de vazio existencial, b) uso de defesas primitivas, estruturada principalmente pela clivagem, e outras tais como controle onipotente, identificação projetiva, idealização e desvalorização primitiva e c) capacidade de teste de realidade comprometida em situações de estresse.

A partir da observação clínica de pacientes hospitalizados, o grupo de pesquisa liderado por Roy Grinker fez o primeiro esforço empírico em definir a síndrome borderline, a partir da definição de quatro critérios: (I) estado emocional predominante de raiva, (II) problemas em relacionamentos emotivos, (III) problemas de identidade, (IV) solidão depressiva. Adicionalmente, trabalhou na diferenciação dessa síndrome dos quadros psicóticos clássicos (pela ausência de sintomas tais como disfunções em processos intelectuais associativos, pensamento autista ou regredido, ou

déficits em aspectos conotativos de linguagem) e de quadros neuróticos clássicos (por exemplo, com a depressão borderline estando mais ligada a sentimentos de solidão e isolamento) ⁽³⁾.

A definição atual de *transtorno de personalidade borderline* tem origem no trabalho de Gunderson e Singer ⁽⁴⁾, que identificou na literatura 6 sintomas principais do TPB: (I) afetos intensos, geralmente depressivos ou hostis, (II) história de comportamentos impulsivos, frequentemente autodestrutivos, (III) problemas de identidade muitas vezes escondidos por adaptações sociais, (IV) episódios psicóticos breves, frequentemente paranoides e evidentes em situações de estresse, (V) respostas primitivas em testes psicológicos não estruturados, (VI) relacionamentos que oscilam entre superficialidade transiente e intensa dependência. Posteriormente, houve o desenvolvimento da *Diagnostic Interview for Borderline Patients* (DIB) ⁽⁵⁾, que permitiu o diagnóstico do TPB de um modo confiável, gerando a identificação de 7 aspectos discriminantes do TPB: (I) baixo nível de realizações acadêmicas e laborativas, (II) impulsividade, (III) tentativas de suicídio com o objetivo de despertar uma resposta de resgate por parte do outro, (IV) demonstração de múltiplos e intensos afetos, principalmente raiva, (V) Ideação paranoide sob estresse, (VI) intolerância a solidão, (VII) relacionamentos íntimos disfuncionais ⁽⁶⁾.

Finalmente, uns dos coordenadores da Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 3ª edição (DSM-III) ⁽⁷⁾, Robert L. Spitzer, analisou esses critérios utilizados por Gunderson, e estabeleceu a definição de TPB adotada pelo DSM-III, incluindo modificações na nomenclatura e a adição do critério de difusão de identidade proposto por Otto Kernberg ^(6,8). Nessa definição do DSM-III, os episódios psicóticos breves foram deslocados para o Transtorno de Personalidade Esquizotípico. No entanto, diversas pesquisas ^(9,10) demonstraram que em situações de estresse ou depressão, pacientes com o TPB apresentavam tendência à apresentar episódios psicóticos breves. Portanto, na 4ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) ⁽¹¹⁾, além de mudanças modestas na nomenclatura dos critérios diagnósticos do DSM-III, o critério de “ideação

paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos” foi adicionado na classificação do TPB. Esses critérios se mantêm até os dias atuais, e estão presentes na 5ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) ⁽¹²⁾. Há a necessidade de que cinco dos nove critérios estejam presentes para que o diagnóstico do TPB seja realizado. Adicionalmente, análises fatoriais demonstram que é possível organizar esses critérios do DSM-5 em quatro dimensões de psicopatologia, que, quando presentes simultaneamente, diferenciam amplamente o TPB de outros transtornos mentais ^(13, 14). A Tabela 1 descreve essas dimensões psicopatológicas juntamente com os critérios operacionais do DSM-5 para o TPB.

Tabela 1 – Componentes Fenotípicos e sua correspondência com Critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição (DSM-5¹²) para o Transtorno de Personalidade Borderline a partir de análises fatoriais ^(13,14)

Componente Fenotípico	Critérios diagnósticos do DSM-5
Desregulação emocional e/ou afetiva	<ul style="list-style-type: none"> ○ Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de alguns dias). ○ Sentimentos crônicos de vazio. ○ Raiva intensa ou inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).
Distúrbios cognitivos e/ou relacionados à identidade	<ul style="list-style-type: none"> ○ Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistência da autoimagem ou da percepção de si mesmo. ○ Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.
Instabilidade Interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> ○ Esforços frenéticos para evitar abandono real ou imaginado. ○ Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
Desregulação comportamental	<ul style="list-style-type: none"> ○ Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). ○ Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas recorrentes ou de comportamento automutilante.

Adicionalmente, no DSM-5, existe o “Modelo alternativo do DSM-5 para os Transtornos de Personalidade”, onde os transtornos de personalidade são caracterizados por prejuízos no funcionamento da personalidade e por traços de personalidade patológicos. Nessa classificação, o TPB é descrito como uma instabilidade da autoimagem, dos objetivos pessoais, das relações interpessoais e dos afetos. As dificuldades peculiares estão centralmente presentes no nível de identidade, de autodirecionamento, empatia e

intimidade, e podem apresentar traços patológicos relativamente persistentes tais como hostilidade, labilidade emocional, ansiedade, comportamento de risco, impulsividade, depressividade e insegurança de separação.

No entanto, esse modelo não se tornou oficial pela falta de suporte empírico, por conta de sua alta complexidade (difícil para o uso clínico de não especialistas), e por não fornecer uma estrutura coerente para um diagnóstico confiável ⁽¹⁵⁾. No entanto, esta proposta foi a primeira tentativa de se desenvolver modelos dimensionais para o estudo dos Transtornos de Personalidade buscando um *continuum* entre traços de personalidade e a psicopatologia, algo que tem grande valor heurístico e deve ser perseguido em novos estudos ⁽¹⁶⁾.

Ainda que diversos Transtornos de Personalidade possam ter uma clara correlação com valores extremos de percentis das dimensões normais da personalidade, tais como Transtorno de personalidade antissocial (associados a baixos níveis de amabilidade), Transtorno de personalidade narcisista (associado a elevados níveis de grandiosidade) e Transtorno de personalidade obsessivo compulsiva (associada a altos níveis de conscienciosidade), especificamente o TPB está associado a uma ampla base de sintomas causam intenso sofrimento ao indivíduo, tais como constantes oscilações emocionais, diversos comportamentos impulsivos (autolesões, tentativas de suicídio, compulsões), assim como micro episódios psicóticos ⁽¹⁷⁾. Além disso, diferentemente de pacientes que apresentam alterações de outros de traços de personalidade, tais como por exemplo a grandiosidade de pacientes com Transtorno de Personalidade Narcisista, que faz os indivíduos não demonstrarem disposição em reconhecer suas vulnerabilidades emocionais, pacientes com TPB geralmente reconhecem que tem problemas graves e procuram ajuda ⁽¹⁸⁾. Para a Classificação Internacional de Doenças, 11ª edição (CID-11), que entrará em vigor a partir de 1 de janeiro de 2022, foi desenvolvido um sistema de classificação dimensional, onde o nível de gravidade dos Transtornos de Personalidade é definido a partir de disfunções do funcionamento individual (envolvendo identidade e autodirecionamento) e do funcionamento interpessoal. Depois de se classificar o nível de gravidade

(“Problemas de personalidade”, “Transtorno de Personalidade Leve”, e “Transtorno de Personalidade Grave”) o diagnóstico pode ser especificado com um ou mais traços de personalidade patológicos (Afetividade Negativa, Distanciamento, Dissociabilidade, Desinibição, Anancastia) que contribuem para as disfunções observadas no funcionamento de Personalidade. No entanto, consonante aos fatos descritos anteriormente, mesmo nessa classificação marcadamente dimensional, foi criado o especificador *borderline*, que mantém os critérios categoriais para o diagnóstico de TPB inalterados ⁽¹⁹⁾.

Em relação à idade de início em que é possível se fazer o diagnóstico de TPB, o DSM-III ⁽⁷⁾ permitia que esse diagnóstico fosse realizado em crianças e adolescentes apenas “em circunstâncias não usuais nas quais particulares traços desadaptativos pareçam ser estáveis”. A partir do DSM-IV ⁽¹¹⁾, permite-se a realização de diagnósticos de transtornos de personalidade “naqueles casos relativamente raros em que os traços mal adaptativos e particulares da personalidade do indivíduo parecem ser difusos, persistentes e pouco prováveis de serem limitados a um determinado estágio do desenvolvimento ou a outro transtorno mental específico. Deve-se reconhecer que os traços de personalidade que aparecem na infância com frequência não persistem sem mudanças na vida adulta. Para que um transtorno de personalidade seja diagnosticado em um indivíduo com menos de 18 anos de idade, as características precisam ter estado presentes por pelo menos um ano. A única exceção é o transtorno de personalidade antissocial, que não pode ser diagnosticado em indivíduos menores de 18 anos”.

1.2 Epidemiologia do Transtorno de Personalidade Borderline

Em adultos, o transtorno de personalidade *borderline* (TPB) apresenta uma prevalência estimada de 1.7% (0.7% - 2.7%), levando-se em conta metanálises feitas por Torgersen e Trull e colaboradores ^(20,21). Em amostras

clínicas, de 6.5% – 42.7% (mediana = 20.3%) dos pacientes psiquiátricos hospitalizados ⁽²²⁾ e de 8% - 18% (mediana=11.9%) dos pacientes psiquiátricos ambulatoriais ⁽²³⁾ apresentam TPB. Adicionalmente, 56% dos pacientes que são admitidos em pronto atendimento por tentativa de suicídio preenchem critérios para TPB ⁽²⁴⁾. Finalmente, 6% dos pacientes atendidos na saúde primária apresentam o diagnóstico de TPB ⁽²⁵⁾.

Em adolescentes, a prevalência de TPB varia de 0.9% a 3.2% ⁽²⁶⁻²⁸⁾. Em amostras clínicas, 11% dos adolescentes atendidos em ambulatórios psiquiátricos apresentam TPB ⁽²⁹⁾, e 32% - 49% dos adolescentes internados em hospitais psiquiátricos apresentam TPB ^(30,31).

A prevalência de TPB ao longo da vida, em estudos realizados na comunidade, está entre 5.5 a 5.9% ^(32,33). Essa disparidade entre a prevalência transversal e ao longo da vida é consistente com as altas taxas de remissão sintomática encontradas em pacientes com TPB ⁽³⁴⁾.

1.3 Controvérsias sobre o diagnóstico do TPB na adolescência

Mesmo com o DSM-V deixando claro que o TPB pode ser diagnosticado na adolescência ⁽¹²⁾, muitos clínicos relutam em diagnosticar o TPB nessa faixa etária. Por exemplo, ao serem arguidos em questionários sobre TPB, embora 82% dos psiquiatras da infância e adolescência acreditem que o diagnóstico de TPB na idade adulta seja válido, somente 37% acreditam que esse diagnóstico tem validade na adolescência ⁽³⁵⁾. Entre psicólogos que trabalham com adolescentes, 57.8% consideram o diagnóstico de TPB válido na adolescência, mas somente 8.7% relatam realizar esse diagnóstico na adolescência e apenas 6.5% deles oferecem tratamentos especificamente direcionados ao tratamento da patologia dos Transtornos de Personalidade⁽³⁶⁾.

Entre os principais argumentos contrários a inclusão do diagnóstico de TPB na adolescência podem ser citados os seguintes:

- I) Não se pode diagnosticar transtornos de personalidade antes dos 18 anos, pois antes disso a personalidade individual tem pouca estabilidade ou coesão ⁽³⁷⁾
- II) É difícil distinguir aspectos do TPB da trajetória normal do desenvolvimento da adolescência ⁽³⁸⁾
- III) Considera-se o termo TPB pejorativo, estigmatizante e pode gerar pessimismo nos pacientes em relação ao seu futuro ⁽³⁹⁾

No entanto, pesquisas científicas mais recentes sugerem que esse tipo de raciocínio pode ter um efeito iatrogênico aos pacientes. A média para a primeira apresentação clínica em serviços de saúde mental do TPB é de 18 anos, com um desvio padrão de 5-6 anos. Mas a provável idade de início do quadro ocorre por volta dos 13 anos, já que a maioria dos pacientes vivenciaram os sintomas por pelo menos 5 anos antes de entrarem no sistema de saúde mental ⁽⁴⁰⁾. Diversos outros estudos também evidenciam que o TPB começa na adolescência. Estes destacam que nos possíveis portadores há fatores de risco psicossociais similares aos encontrados em adultos e há também a presença de todas as características diagnósticas do TPB encontrados em adultos, tais como desregulação afetiva e comportamentos impulsivos ⁽⁴¹⁾.

Como demonstrado na sessão anterior dessa tese, quando os critérios de TPB utilizados em adultos são aplicados na adolescência, obtêm-se prevalência semelhantes ⁽⁴²⁾. Em relação a estabilidade do diagnóstico nos adolescentes, esse quadro também tende a remeter com o tempo, com os elementos centrais do TPB mantendo moderada estabilidade ao longo do tempo ⁽⁴³⁾. Os sintomas ficam especialmente estáveis em adolescentes que necessitaram de internação psiquiátrica, com sintomatologia mais severa ^(29,31). Da mesma forma, como dissemos anteriormente, mais de 90% dos pacientes adultos com TPB atingem remissão dos sintomas ⁽⁴⁴⁾.

Adicionalmente, a maioria dos adolescentes não apresenta um padrão de comportamentos impulsivos e disruptivos graves, e esses sintomas não são universais entre os adolescentes que apresentam alto risco para transtornos mentais na idade adulta ⁽⁴⁵⁾. Por isso, o TPB na adolescência não pode ser descrito como um fenômeno transitório. De fato, pacientes que preenchem os critérios formais para o TPB continuam a ter sintomas significativos no início da idade adulta ⁽²⁶⁾. Além disso, mesmo a presença de 1-4 critérios para o TPB em adolescentes demarca de modo progressivo, de acordo com o número de critérios, um grupo com pior funcionamento ocupacional e social, com significativos prejuízos na qualidade de vida ^(46,47).

Infelizmente, o estigma em relação ao TPB se mantém tanto entre os clínicos ⁽⁴⁸⁾ quanto entre os pacientes ⁽⁴⁹⁾. Embora preocupações sobre estigma sejam genuínos, essa prática aumenta o risco de perpetuação de estereótipos negativos, reduzindo as expectativas de que sejam utilizados métodos eficazes no tratamento desse transtorno, aumentando a chance de diagnósticos incorretos, intervenções inapropriadas e iatrogênicas (por exemplo, polifarmácia) ⁽⁵⁰⁾. Vale ressaltar que determinadas intervenções psicológicas específicas em adolescentes portadores de TPB, incluindo intervenção precoce ⁽⁵¹⁾ podem atenuar de modo marcante padrões de comportamento desadaptativos antes que eles se tornem mais cristalizados na idade adulta. Além disso, como os pacientes melhoram com os tratamentos vigentes e deixam de preencher critérios diagnósticos para o TPB, a falta de diagnóstico e tratamento adequado contribui para a perpetuação do estigma.

Em suma, é fundamental que profissionais de saúde mental tenham a capacidade diferenciar sintomas normais do desenvolvimento de sintomas psicopatológicos, crônicos, pervasivos e graves, encontrados em adolescentes portadores de TPB. Com isso, pode-se oferecer a estes indivíduos tratamentos eficazes já disponíveis, evitando-se assim procedimentos iatrogênicos e cronificação da doença.

1.4 A importância do McLean Study of Adult Development (MSAD) para o entendimento do curso e prognóstico do Transtorno de Personalidade Borderline

O McLean Study of Adult Development (MSAD), que começou em 1992, financiado pelo National Institute of Mental Health (NIMH), e se estende até os dias atuais, trouxe importantes contribuições no entendimento do TPB. Mais de 150 artigos já foram publicados descrevendo algum aspecto desse estudo. Nele, 290 pacientes com o diagnóstico do TPB e 72 pacientes diagnosticados com Outros Transtornos de Personalidade (OTP) foram hospitalizados no Hospital McLean e participaram desse estudo ⁽⁵²⁾. Além do diagnóstico do TPB realizado de modo rigoroso, os indivíduos foram submetidos a uma grande bateria de avaliações psicossociais. Eles têm sido reavaliados de 2 em 2 anos por pesquisadores que desconhecem o diagnóstico prévio desses indivíduos.

Entre os mais importantes achados, foi constatado que 99% dos pacientes com TPB atingiram remissão dos sintomas (definido por um período de 2 anos em que não fecham os critérios para o TPB) após 16 anos de seguimento. As remissões foram muito comuns ao passo que as recorrências foram raras: da ordem de 10% ⁽⁴⁴⁾. Os fatores preditivos para remissão sintomática foram: idade menor no início do estudo, ausência de histórico de abuso sexual, ausência de histórico familiar de transtorno relacionado a uso de substâncias, histórico profissional antes da primeira internação, ausência de transtorno de personalidade cluster C, baixos níveis de neuroticismo e altos níveis de amabilidade ⁽⁵³⁾.

Apesar dos altos índices de remissão do TPB, somente 60% dos pacientes com TPB chegam a atingir recuperação do TPB após 16 anos de seguimento ⁽⁴⁴⁾, com essa taxa permanecendo similar após 20 anos de seguimento ⁽⁵⁴⁾. Entende-se por recuperação, a remissão do TPB juntamente com bom funcionamento social e vocacional, com o pontuação na Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) do DSM-IV ⁽¹¹⁾ maior ou igual a 61

pontos. Isto implica em ter pelo menos uma relação com bom suporte emocional com um amigo ou parceiro e trabalhar consistentemente e competentemente em emprego de período integral. Os fatores preditivos para recuperação clínica são: quociente de inteligência elevado, histórico de não ter tido hospitalizações prévias, ausência de Transtorno de Personalidade cluster C, histórico de ter tido funcionamento laborativo em tempo integral antes da internação inicial, altos níveis de extroversão e altos níveis de amabilidade ⁽⁵⁵⁾. Ao se avaliar recuperação clínica de um modo mais rigoroso, definindo esta como excelente somente 39% dos indivíduos com TPB atingiram esse desfecho após 20 anos de seguimento ⁽⁵⁴⁾. Esta definição envolve uma pontuação da AGF maior ou igual a 71, com os mesmos critérios para recuperação clínica, adicionados a não ter outra comorbidade psiquiátrica que interfira com funcionamento ⁽⁵⁴⁾.

É digno de nota que a maior parte dos tratamentos específicos disponíveis para o TPB não dá a devida ênfase à necessidade de recuperação clínica desses pacientes, focando-se apenas na remissão sintomática ⁽⁵⁶⁾.

Adicionalmente, o MSAD demonstrou que há 2 tipos de expressão sintomatológica no TPB. Um deles apresenta natureza aguda (p.ex., automutilações, pensamentos quase-psicóticos, instabilidade afetiva, relacionamentos intensos e estáveis) e remitem rapidamente. O outro tipo tem características mais temperamentais (i.e., sentimentos frequentes e intensos de depressão, profundo medo de abandono, relações de dependência) e se atenuam de forma mais lenta ⁽⁵⁷⁾.

Em relação às comorbidades psiquiátricas, pacientes que remitem do TPB também apresentam marcante declínio em outras comorbidades psiquiátricas. Já portadores de TPB que não remitem ao longo do tempo apresentam alto índice de comorbidades psiquiátricas, especialmente de transtornos de humor e de ansiedade. Nesse sentido, um dos maiores fatores preditivos do subtipo de TPB que cursa com remissão é a ausência de comorbidades com transtornos de abuso de substâncias e de outros transtornos de personalidade do cluster C ^(58,59).

Os achados do MSAD demonstram que é fundamental que os tratamentos específicos para o TPB passem a contemplar de modo central a recuperação clínica desses pacientes, ajudando-os a ser inseridos em atividades laborativas e em relacionamentos mais suportivos com outras pessoas.

1.5 Aprendizados sobre o Transtorno de Personalidade Borderline em adolescentes derivados do McLean Study of Child and Adolescent Development (MSCAD)

O McLean Study of Child and Adolescent Development (MSCAD) tem trazido diversas contribuições para uma maior compreensão do diagnóstico do TPB na adolescência. Fizeram parte desse estudo 104 adolescentes de 13-17 anos com o diagnóstico de TPB e 60 adolescentes sem diagnóstico psiquiátrico. Os dados da linha de base do MSAD também foram utilizados para a comparações clínicas entre adolescentes e adultos com TPB. Já foram publicados 9 artigos a partir desse estudo.

Entre os principais achados, em relação à psicopatologia, dos 24 sintomas mais comuns no TPB, em 20 deles não houve diferença entre adultos e adolescentes com TPB. Os 4 sintomas menos prevalentes em adolescentes com TPB em relação aos adultos foram: pensamentos quase-psicóticos, dependência/masochismo, desvalorização/manipulação/sadismo, e problemas no relacionamento entre o paciente e terapeuta ⁽⁶⁰⁾. Em relação a autolesões, em média as prevalências entre adolescentes e adultos com TPB foram semelhantes (97% vs. 75%). Embora autolesões em níveis extremos (p. ex., mais do que 50 episódios) sejam mais comuns em adolescentes com TPB do que em adultos com TPB, é mais comum encontrarmos em adultos com TPB um histórico de 5 ou mais tentativas de suicídio ⁽⁶¹⁾. Adolescentes com TPB apresentam importantes dificuldades em manter aproveitamento escolar adequado em comparação com adolescentes

sem diagnóstico psiquiátrico ⁽⁶²⁾. Em relação às adversidades na infância, adultos com TPB apresentam prevalência de relatos de abuso sexual e físico maior em comparação com os adolescentes com TPB ⁽⁶³⁾. Adolescentes com TPB tem menores taxas de experiências protetivas na infância do que adolescentes sem diagnósticos psiquiátricos, embora tenham relatado mais experiências protetivas do que adultos com TPB ⁽⁶⁴⁾. Entre os fatores de risco associados ao diagnóstico de TPB na adolescência, destacam-se altos níveis de negligência parental na infância, altos níveis de neuroticismo, e baixos níveis de competências observados na infância ⁽⁶⁵⁾.

Em suma, os resultados desse estudo demonstram que as manifestações clínicas do TPB em adolescentes são bastante similares às observado em adultos, com algumas diferenças interessantes em relação ao desenvolvimento, podendo também ser atribuídas a diferenças entre as coortes. As diferenças observadas entre os adolescentes com TPB e adolescentes sem diagnóstico psiquiátrico, assim como as similaridades observadas entre adolescentes e adultos com TPB reforçam a tese de que o TPB se inicia na adolescência, não havendo indícios de que os sintomas sejam parte de uma fase de turbulência da adolescência normal.

1.6 Modalidades de tratamento utilizadas por indivíduos adultos portadores de Transtorno de Personalidade Borderline.

O manejo clínico dos indivíduos com TPB incluem múltiplas intervenções, tais como psicoterapia individual, manejo de crises, uso de medicamentos e psicoeducação de pacientes e familiares. Estudos realizados em ambientes de cuidados em saúde mental demonstraram que indivíduos com TPB trocam de médicos generalistas diversas vezes e procuram um número maior de especialistas e psicólogos ⁽⁶⁶⁾. Em comparação com

pacientes deprimidos, indivíduos com TPB usam de modo mais intensivo a maioria dos tipos de tratamento em saúde mental ⁽⁴⁰⁾.

No tocante à utilização de recursos terapêuticos utilizados em pacientes com o diagnóstico de TPB, os dados do MSAD revelam um entendimento mais amplo e realístico. Em comparação com pacientes portadores de outros transtornos de personalidade, os pacientes com TPB utilizam de forma mais intensiva os seguintes recursos terapêuticos: psicoterapia de grupo, grupos de autoajuda, uso de medicações, hospital dia, residência terapêutica, hospitalizações psiquiátricas. Em relação ao uso de psicoterapia individual, terapia de casal e eletroconvulsoterapia, os pacientes com TPB utilizam esses recursos de modo similar aos pacientes com outros transtornos de personalidade ⁽⁶⁷⁾. Esses achados destacam a gravidade do TPB em comparação a outros transtornos de personalidade ⁽⁶⁸⁾. Adicionalmente, são consistentes com as altas taxas de comorbidades psiquiátricas relatadas por esses pacientes com TPB ao longo do tempo em comparação com outros pacientes com outros transtornos de personalidade ^(58,69).

Ao longo do tempo, nos primeiros oito anos de seguimento desses pacientes, exceto pelo uso de quatro ou mais medicamentos ao mesmo tempo e uso de ECT, todas as outras modalidades de tratamento tiveram uma redução na taxa de uso. No entanto, depois do oitavo ano de seguimento, exceto pela porcentagem de hospitalizações maiores do que 30 dias, o uso dos recursos terapêuticos se manteve estável. Por exemplo, 97% dos pacientes com TPB relatavam fazer uso de psicoterapia individual no início do estudo, e essa porcentagem caiu para 73% após oito anos de seguimento clínico, e se manteve sem redução significativa mesmo após dezesseis anos de seguimento (64%). O mesmo padrão ocorreu para o uso de medicações de forma contínua. Mais especificamente, 84% dos pacientes com TPB relatavam fazer uso de medicações no início do estudo, e no final do oitavo ano de seguimento, essa taxa caiu para 71%. No entanto, mesmo após 16 anos de seguimento, essa taxa se manteve constante. Em relação a internações, 79% dos pacientes com TPB haviam tido internações prévias nos

últimos 2 anos no início do estudo, e a porcentagem de internações nos últimos dois anos caiu para 28% após oito anos de seguimento. No entanto, após esse período não houve significativa redução nessa taxa após dezesseis anos de seguimento clínico (24%) ⁽⁶⁷⁾. Esses achados têm uma grande importância para a saúde pública. Eles sugerem que o custo de tratar pacientes com TPB diminui a curto e médio prazo, mas é relativamente estável a longo prazo. Uma boa notícia que esses dados revelam é a ampla diminuição das internações psiquiátricas ao longo do tempo, sendo que somente 4% dos pacientes com TPB foram hospitalizados por mais de 30 dias seguidos no período de 2 anos, o que implica em uma redução significativa nos custos financeiros associados ao TPB ao longo do tempo.

A persistência de altas taxas de uso de psicoterapia individual e uso de medicamentos ao longo dos 16 anos de seguimento clínico, à primeira vista pode parecer surpreendente, dado que ao longo do tempo mais de 90% dos pacientes com TPB atingem remissão do quadro por pelo menos 6 anos. No entanto, deve-se lembrar que alguns sintomas temperamentais tais como ansiedade, medo de abandono e dependência exagerada ainda se mantêm elevados ao longo do tempo, e podem refletir a necessidade de continuarem sendo ainda tratados em psicoterapia ⁽⁶⁸⁾. Outra justificativa é a presença de comorbidades psiquiátricas persistentes, recorrentes, ou incidentes que requerem tratamento psicoterápico e/ou medicamentoso ⁽⁵⁸⁾.

No tocante ao uso de medicações psicotrópicas de demanda, pacientes com TPB usam mais esse recurso do que pacientes com outros transtornos de personalidade. Adicionalmente, há evidente correlação entre recuperação do TPB e uma baixa prevalência no uso de medicamentos de demanda. Durante dezesseis anos de seguimento, o uso de medicações de demanda diminuiu sensivelmente (52% para 29%), ainda que se mantenha prevalente ⁽⁷⁰⁾, mesmo não havendo nenhum ensaio clínico comprovando a eficácia dessa estratégia em pacientes com TPB.

Em relação às classes de medicações utilizadas pelos pacientes com TPB, ao longo de dezesseis anos de estudo, a porcentagem de pacientes que

fazem uso de todas as classes de medicações estudadas (antidepressivos, ansiolíticos, estabilizadores de humor e antipsicóticos) é maior que em pacientes com outros transtornos de personalidade, o que não é surpreendente, pois o TPB é reconhecido como mais sintomático que os outros tipos de transtorno de personalidade. Adicionalmente, o uso de antipsicóticos e estabilizadores de humor se manteve estável ao longo de dezesseis anos de seguimento. Já o uso de antidepressivos e ansiolíticos, apesar de ter diminuído nos primeiros oito anos de seguimento, manteve-se estável após esse período.

Mais especificamente, mais de 50% dos pacientes com TPB estavam tomando antidepressivos após 16 anos de seguimento, e mais de 25% fazendo uso de antipsicóticos, estabilizadores de humor ou ansiolíticos ⁽⁷¹⁾. Deve ser salientado que antidepressivos foram a classe de medicação mais prescrita para pacientes com TPB durante o seguimento clínico, embora sejam poucos eficazes no tratamento específico do TPB ⁽⁷²⁾. Seu uso, no entanto, diminuiu ao longo do tempo. O uso de medicamentos mais eficazes, como estabilizadores de humor e antipsicóticos se manteve constante ao longo do tempo ^(72,73).

Em conjunto, esses fatos demonstram que o TPB é um transtorno mental com altos índices de remissão dos sintomas, mas com baixas taxas de recuperação funcional. Como consequência, seus portadores utilizam, mesmo após vários anos de seguimento, de forma considerável, uma ampla gama de recursos terapêuticos, principalmente psicoterapia individual e medicamentos. Sendo assim, fica evidente que o TPB é um sério problema de saúde pública que resulta em custos consideráveis em termos de sofrimento humano e despesas médicas.

Em função destes achados, atualmente, os tratamentos baseados em evidências têm como foco a recuperação funcional dos pacientes com TPB, com particular destaque para intervenções precoces no período da adolescência, época de início do aparecimento desse transtorno mental.

1.7 Vivências dissociativas em adultos diagnosticados com Transtorno de Personalidade Borderline

Dissociação, segundo o DSM-5 ⁽¹²⁾, é definida por “perturbação e/ou descontinuidade da integração normal da consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controle e comportamento”. Mais especificamente, pode ser definida como uma vivência de perda de controle ou de informações sobre processos mentais que, em circunstâncias normais, estão disponíveis à consciência, ou sobre controle do indivíduo, considerando-se sua idade e seu desenvolvimento cognitivo ⁽⁷⁴⁾. As vivências dissociativas podem ser classificadas em 3 categorias ⁽⁷⁵⁾:

- I) Absorção: a tendência de a consciência se absorver em algum estímulo (interno ou externo) a ponto do indivíduo não perceber o ambiente circundante. Pode incluir ruminações, preocupações, sonhar acordado, e automatização de tarefas. Apesar desse sintoma ser comum na maioria dos indivíduos, níveis altos de absorção tem correlação com sintomas psicopatológicos e sofrimento, depressão, sintomas obsessivos, ansiedade e psicoticismo ^(76, 77)
- II) Amnesia dissociativa: Presente através de lapsos de memória, que pode se estender desde esquecimento de alguns objetos até incapacidade em recordar informações autobiográficas
- III) Desrealização, na qual o mundo externo é vivenciado como irreal e/ou despersonalização, quando o indivíduo se sente um observador externo em determinada situação.

Diversas teorias procuram explicar estes sintomas. Especula-se que eles possam ter um valor adaptativo no sentido de conseguir estabelecer uma desconexão em situações de extremo estresse, por exemplo, por amortecer emoções insuportáveis e reduzirem a sensibilidade a dor ⁽⁷⁸⁾. Na dissociação patológica, a última resposta a situações de estresse crônico, em que as

relações de apego estão francamente desorganizadas ⁽⁷⁹⁾, o custo dessa desconexão é o mal funcionamento das funções executivas que são cruciais para comportamentos eficazes. Em consequência, um processamento e integração de informações ineficiente, decorrente da dissociação, pode ter efeitos negativos proeminentes no desenvolvimento da identidade e na capacidade de regular emoções ⁽⁸⁰⁾.

Para a mensuração desses sintomas, foi desenvolvida a Escala de Sintomas Dissociativos (DES), um instrumento de auto relato composto por 28 itens. Cada item é avaliado de acordo com a porcentagem de tempo que o indivíduo vivenciou determinado sintoma dissociativo. Estudos sobre as propriedades psicométricas dessa escala demonstraram alta validade e confiabilidade, tanto em populações clínicas como não clínicas, demarcando pontuação geral que foi normatizada em várias populações clínicas ⁽⁸¹⁻⁸⁶⁾. Eles também provêm pontuações (com consistência interna) de 3 fatores de pontuação: Absorção, amnésia e despersonalização ⁽⁷⁴⁾.

O critério “Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos” presente desde o DSM-IV ⁽¹¹⁾ para o diagnóstico de TPB reflete que sintomas dissociativos são altamente específicos na diferenciação do TPB em relação a outros transtornos mentais. Mais de 75% dos pacientes com TPB apresentam sintomas dissociativos sob estresse ^(87, 88), podendo durar minutos, horas ou dias ^(89, 90). Em uma metanálise recente, foi demonstrado que entre todos os transtornos mentais, o TPB é terceiro que apresenta a pontuação mais elevada de sintomas dissociativos segundo a DES, ficando com a pontuação abaixo apenas em relação ao Transtorno Dissociativo de Identidade e ao TEPT ⁽⁹¹⁾.

Em relação a gravidade e características das vivências dissociativas em adultos com TPB, o MSAD trouxe importantes contribuições. Pacientes adultos com TPB tem uma média de pontuação na DES mais elevada do que pacientes com outros diagnósticos de transtornos de personalidade nos três fatores de dissociação avaliados pela DES: absorção, despersonalização e amnésia. Adicionalmente, a frequência de sintomas dissociativos no TPB

parece estar em um espectro. Cerca de 32% dos pacientes apresentam níveis de dissociação semelhantes a indivíduos sem transtornos mentais (pontuação na DES menor que 10); 42% apresentam níveis moderados de dissociação, semelhantes a pacientes com diagnósticos de transtornos alimentares e transtornos relacionados a uso de substância (pontuação na DES entre 10 e 29.9); e 26% dos pacientes apresentam níveis de dissociação severos (pontuação na DES maior ou igual a 30), semelhantes a encontrados em transtornos diretamente relacionados a vivências traumáticas, como o Transtorno do Estresse Pós Traumático ⁽⁹²⁾

No tocante a evolução longitudinal dos sintomas dissociativos, a gravidade desses sintomas em pacientes com TPB diminui ao longo do tempo. Mesmo naqueles que iniciaram o estudo com altos níveis de sintomas dissociativos (pontuação na DES maior ou igual a 30), 92% deles apresentaram remissão desses níveis graves de dissociação após 10 anos de seguimento clínico. No entanto, 38% dos pacientes que atingiram remissão em algum ponto do tratamento acabam tendo recorrência desses sintomas dissociativos. Outro dado importante é que há um baixo índice de incidência de novos quadros dissociativos graves na evolução clínica desses pacientes; somente 8% dos pacientes que no início do estudo apresentavam baixa pontuação de sintomas dissociativos acabam, no seguimento, desenvolvendo sintomas dissociativos mais graves ⁽⁹³⁾.

Em resumo, cerca de um quarto dos pacientes adultos com TPB apresentam sintomas dissociativos graves, que embora apresentem altos índices de remissão, recorrem ao longo do tempo. Isso leva à prejuízos funcionais e à necessidade de adaptar o tratamento prestado no sentido de diminuir a recorrência destes sintomas.

1.8 Lacunas na literatura científica acerca do Transtorno de Personalidade Borderline

1.8.1 Uso limitado de instrumentos fidedignos para o diagnóstico de TPB na adolescência

O uso de instrumentos diagnósticos específico para o TPB em adolescentes é fundamental para um correto entendimento da fenomenologia, curso, fatores preditivos e prognóstico desse transtorno mental. Infelizmente, um desafio para se diagnosticar o TPB de maneira eficiente na infância é o fato de que a maioria dos sistemas de classificação não adotaram critérios para o diagnóstico de TPB que sejam aplicáveis ao longo do desenvolvimento humano. Isto contribui para atrasar a realização do diagnóstico e do tratamento. Nesse sentido, a Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder (CI-BPD) ⁽⁹⁴⁾ é a única entrevista semi-estruturada especialmente adaptada para crianças e adolescentes que se provou capaz de permitir a realização do diagnóstico de TPB de um modo criterioso, com adequada consistência interna ^(95, 96). O uso da CI-BPD em uma amostra comunitária revelou uma prevalência de 3,27% para o TPB na adolescência, semelhante à prevalência de TPB em adultos ⁽²⁸⁾. Ela foi avaliada em uma amostra de 190 pacientes hospitalizados e demonstrou ter boa consistência interna (Cronbach's $\alpha = 0.80$), confiabilidade entre avaliadores ($\kappa = 0,89$) e validade convergente e discriminante ⁽⁹⁵⁾. Infelizmente, nem todos os artigos que estudam o TPB em adolescentes fazem uso desse instrumento, o que pode prejudicar uma avaliação mais pormenorizada e fidedigna do TPB em adolescentes e uma adequada comparação entre os estudos.

Adicionalmente, quando se inclui a Revised Diagnostic Interview for Borderlines (DIB-R) ⁽⁹⁷⁾ no diagnóstico do TPB, obtém-se um entendimento mais detalhado sobre a psicopatologia do TPB e um grupo de pacientes mais homogêneo, com um padrão mais hereditário e familiar do que quando utilizamos somente os critérios do DSM-5 para a classificação desse

transtorno ^(98, 99). Isso é especialmente importante em adolescentes, onde o estabelecimento do diagnóstico de TPB de modo preciso e criterioso é fundamental para validar esse diagnóstico nessa faixa etária de modo conclusivo.

Finalmente, a maior parte dos estudos sobre desenvolvimento do TPB tem como base dados retrospectivos de adultos, criando dificuldades (tais como viés de memória) em se diferenciar com maior precisão o impacto de eventos adversos durante a adolescência em pacientes com TPB.

Portanto, a coleta de dados clínicos de adolescentes diagnosticados com o TPB de modo preciso e criterioso é fundamental, usando-se a CI-BPD e a DIB-R para validar esse diagnóstico nessa faixa etária de modo conclusivo. A partir de maior rigor no diagnóstico do TPB em adolescentes, a busca de informações do funcionamento pré-mórbido, sintomas dissociativos, histórias de tratamento, medicamentos administrados, e análise de temperamento, é de capital importância para se desenvolver uma maior compreensão sobre a história natural do TPB em adolescentes. Essa compreensão é fundamental para que se estabeleçam prognósticos realistas para pacientes, familiares, e para que os clínicos consigam definir estratégias de tratamentos para dimensões fenotípicas específicas que fazem parte do TBP. Finalmente, estes estudos podem contribuir para um melhor planejamento de serviços de saúde.

1.8.2 Entendimento restrito sobre o uso de recursos terapêuticos em adolescentes portadores de Transtorno de Personalidade Borderline

Como já descrito anteriormente, adultos com TPB usam de modo mais frequente a maioria dos tipos de tratamento psiquiátrico, incluindo hospitalizações psiquiátricas, medicamentos psicotrópicos e tratamentos

psicossociais do que indivíduos com Transtornos de Humor e Outros Transtornos de Personalidade ^(18, 40). Consequentemente, o TPB é um dos transtornos psiquiátricos mais custosos ^(100, 101). Os tratamentos baseados em evidências, embora raramente disponíveis devido à escassez de profissionais treinados, são capazes de reduzir acentuadamente os custos do TPB ⁽¹⁰²⁾, diminuindo o uso de formas de tratamento que estão correlacionadas com um pior prognóstico do TPB, tais como internações não estruturadas e polifarmácia ^(103, 104).

Nesse contexto, é muito importante compreender a relação entre o TPB na adolescência e a utilização de serviços em saúde mental. Infelizmente, poucos estudos foram conduzidos para avaliar essa questão. Bagge e colaboradores (2005)⁽¹⁰⁵⁾ demonstraram que a presença de sintomas do TPB na adolescência prospectivamente predisse uma maior utilização de tratamentos psicossociais e farmacológicos. Cailhol e colaboradores (2013)⁽¹⁰⁶⁾, a partir do uso da Entrevista Estruturada para os Transtornos de Personalidade do DSM-IV (SIDP-IV) ⁽¹⁰⁷⁾, relataram que adolescentes com TPB apresentam histórias de tratamento intensiva, com 98% deles usando serviços ambulatoriais, 47% estavam em psicoterapia, e 55% fazendo uso de múltiplas medicações psicotrópicas.

Um entendimento mais minucioso do uso de recursos terapêuticos em adolescentes com TPB pode orientar a criação de políticas públicas eficientes para um melhor gerenciamento desses recursos, além de ser mais um dado no sentido de que esse transtorno mental é discernível da adolescência normal. De forma complementar, estudos dessa natureza podem observar que desde o início as manifestações sintomáticas entre esses são severas o suficiente para gerar um grande impacto na vida dos adolescentes com este transtorno e seus familiares. Nesse sentido, programas de intervenção precoce no tratamento de adolescentes com sintomas do TPB ⁽¹⁰⁸⁾, assim como tratamentos especificamente adaptados para o TPB na adolescência, tais como Terapia Baseada na Mentalização para adolescentes (MBT-A) ⁽¹⁰⁹⁾, e Terapia Dialética Comportamental para adolescentes (DBT-A) ⁽¹¹⁰⁾, podem

ser decisivas na obtenção de desfechos clínicos favoráveis e, assim diminuindo os custos sociais do TPB a longo prazo ⁽¹¹¹⁾.

1.8.3 Escassez de estudos sobre sintomas dissociativos nos adolescentes com TPB

A grande maioria dos adultos com TPB apresenta sintomas dissociativos, como já foi descrito nessa tese ^(23, 112). Há uma clara associação entre gravidade de sintomas dissociativos no TPB em adultos e maior presença de automutilações, comportamentos suicidas, descontrole comportamental ⁽¹¹³⁾. Adicionalmente, esses pacientes com elevados níveis de sintomas dissociativos necessitam de suporte mais intenso e contínuo dos sistemas de saúde ^(114, 115).

Há uma escassez de estudos que detalham a fenomenologia dos sintomas dissociativos em adolescentes com TPB. Há na literatura somente dois artigos que trataram desse tema. Block et al. (1991)⁽¹¹⁶⁾ utilizaram a DIB ⁽¹¹⁷⁾ para descrever achados qualitativos sobre sintomas dissociativos nesse grupo. Atlas et al. (1996) ⁽¹¹⁷⁾, demonstraram que em 26 adolescentes com o diagnóstico de TPB, também utilizando a DIB, o nível de sintomas dissociativos, medido pela DES ⁽⁸¹⁾ era elevado em relação a 12 adolescentes com outros transtornos mentais (32.8 vs. 8.5).

A identificação de um grupo de adolescentes portadores de TPB com sintomas dissociativos graves pode indicar a necessidade de maiores investimentos em estratégias terapêuticas direcionada à pacientes com essa sintomatologia. Sabe-se por exemplo, que em adultos com o diagnóstico de TPB, a presença de sintomas dissociativos graves é um significativo fator preditivo de baixa resposta à terapia dialética comportamental ^(119, 120), sendo necessário o uso de protocolos específicos para o tratamento desse grupo de pacientes ^(121, 122). Portanto a melhor caracterização dos sintomas dissociativos nos adolescentes com TPB pode levar a intervenções mais eficazes, maior

recuperação clínica e um melhor gerenciamento dos limitados recursos financeiros envolvidos nos cuidados desses pacientes.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos do Estudo I

- 1) Estimar a prevalência de utilização das diversas modalidades de tratamentos em saúde mental realizados em nível ambulatorial, residencial e hospitalar relatadas por uma amostra bem definida de adolescentes internados com o diagnóstico de TPB
- 2) Comparar estas prevalências com as relatadas por uma amostra independente de adultos internados com o diagnóstico de TPB.

2.2 Objetivos do Estudo II

- 1) Descrever as características e a gravidade dos sintomas dissociativos relatadas por uma amostra bem definida de adolescentes internados com o diagnóstico de TPB
- 2) Comparar esses sintomas dissociativos aos relatados por adolescentes sem transtornos mentais e aos relatados por uma amostra separada de adultos internados com o diagnóstico de TPB.
- 3) Investigar, em adultos e adolescentes com TPB que apresentem sintomas dissociativos graves, a prevalência de vivências de adversidades na infância, tais como negligência, abuso sexual e abuso físico, assim como a prevalência do diagnóstico de Transtorno do Estresse Pós-Traumático.

3 HIPÓTESES

3 HIPÓTESES

3.1 Hipóteses do Estudo I

- 1) Adolescentes com TPB utilizam as diversas modalidades de tratamentos em saúde mental de modo equivalente ao relatado por adultos com TPB.
- 2) A prevalências do uso de medicamentos psicotrópicos e de polifarmácia são comparáveis às relatada por adultos com TPB.

3.1 Hipóteses do Estudo II

- 1) Adolescentes com TPB apresentam níveis de dissociação maiores que em adolescentes sem transtorno mental.
- 2) Adolescentes com TPB apresentam níveis de dissociação tão elevados quanto os relatados por adultos com TPB
- 3) A distribuição de níveis de sintomas dissociativos em adolescentes com TPB é tão heterogênea quanto a encontrada em adultos com TPB.
- 4) Em relação a adolescentes e adultos com TPB que apresentam elevados níveis de sintomas dissociativos, a prevalência de relatos de negligência, abuso sexual, abuso físico e do diagnóstico de TEPT é semelhante entre esses dois grupos.

4 MÉTODOS

4 MÉTODOS

4.1 Método do Estudo I

4.1.1 Participantes do Estudo I

A coleta de dados do grupo de adolescentes foi iniciada a partir de uma amostra de 104 pacientes internados no Hospital McLean, Belmont, Massachussets, Estados Unidos e no Hospital Mount Sinai, New York, New York, Estados Unidos.

Como grupo controle, 60 adolescentes selecionados da comunidade sem antecedentes de qualquer transtorno psiquiátrico participaram da fase inicial do estudo.

Entre os critérios de inclusão, os participantes deveriam ter de 13 a 17 anos, um QI maior que 71, falar inglês fluentemente, e não apresentar antecedentes de T. afetivo bipolar tipo I, esquizofrenia, ou problema médico que pudesse causar sintomas psiquiátricos.

A metodologia desse estudo foi aprovada pelo comitê de Ética do Hospital McLean e do Hospital Mount Sinai. Para participar do estudo, era necessário o consentimento esclarecido dos pais, e que um desses assinasse o formulário de consentimento esclarecido, e que o adolescente também concordasse em participar do estudo, e assinasse um formulário de concordância esclarecido.

Em relação a amostra de adultos, foram utilizados os dados da linha de base do **McLean Study of Adult Development (MSAD)**, utilizando-se de uma amostra de 290 pacientes com diagnóstico de TPB internados no Hospital McLean, Belmont, Massachussets, Estados Unidos. Todos os

pacientes tinham de 18 a 35 anos de idade, um QI maior ou igual a 71, e falavam inglês fluentemente. Adicionalmente, não preenchiam critérios para o diagnóstico de esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno bipolar, ou para o diagnóstico de patologias orgânicas que pudesse causar sintomas psiquiátricos, tais como lúpus eritematoso sistêmico ou esclerose múltipla. A metodologia desse estudo foi aprovada pelo comitê de Ética do Hospital McLean.

Maiores detalhes sobre a metodologia relatada acima podem ser encontrados em zanarini et al. (2017)⁽⁶⁰⁾.

4.1.2 Instrumentos de avaliação do estudo I

4.1.2.1 Instrumentos de avaliação do estudo I utilizados nos adultos portadores de TPB

Entrevistas diagnósticas

- **Revised Diagnostic Interview for Borderlines (DIB-R)** ⁽⁹⁷⁾: É uma entrevista semi-estruturada que foi montada para acessar quatro áreas relacionadas ao TPB. A entrevista inclui 97 itens que avaliam pensamentos, sentimentos e comportamentos relatados pelo paciente em um período de 2 anos. Essa entrevista acessa 22 áreas da sintomatologia borderline categoricamente. Divide-se em 4 seções: afeto, cognição, padrões de ações impulsivas e relações interpessoais. A seção *Afeto* inclui 18 itens que medem as sentenças sumário para depressão (i.e., sentir desesperança por dias ou semanas seguidas), raiva (i.e., pavor curto), ansiedade (i.e., sentir-se muito ansioso a maior parte do tempo), e outros afetos disfóricos (i.e., sentir-se sozinho a maior parte do tempo). A seção *Cognição* inclui 27 itens que envolvem as sentenças sumário para pensamento distorcido/habilidades perceptuais incomuns (i.e., ser uma pessoa muito supersticiosa), vivências paranoides não delirantes (i.e., sentir muita desconfiança ou ter atitude

suspicaç em relação a outras pessoas), assim como vivências psicóticas (i.e., ouvir vozes ou outros sons que ninguém está ouvindo). A seção de *Padrões de Ação Impulsivas* inclui 17 itens para sentenças sumário que medem abuso de substância (i.e., ser pego sob efeito de drogas), desvios sexuais (i.e., impulsivamente ter se envolvido sexualmente com alguém), automutilações (i.e., deliberadamente se machucou sem tentar se suicidar), esforços de cometer suicídio (i.e., ameaçou cometer suicídio), e outros padrões impulsivos (i.e., perdeu a calma e gritou com alguém). E por último a seção de *Relacionamentos Interpessoais* 32 inclui itens para sentenças sumário que correspondem a intolerância a solidão (i.e., geralmente odeia ficar muito tempo sozinha), medo de abandono (i.e., repetidamente temer que seja abandonada por pessoas próximas a você), contra dependência (i.e., ver-se constantemente oferecendo ajuda a amigos, parentes e colegas de trabalho), relações íntimas instáveis (i.e., relacionamentos sendo prejudicados por muitos argumentos intensos), problemas recorrentes em relacionamentos próximos (i.e., tende a se sentir muito dependente dos outros), e relacionamentos problemáticos com terapeutas (i.e., sentir-se pior em decorrência de terapias anteriores). Cada uma dessas 4 sessões é pontuada separadamente (0-2 para sintomas afetivos e cognitivos e 0-3 para sintomas impulsivos e interpessoais). A pontuação máxima é 10 e para o paciente receber o diagnóstico de TPB tem que ter pelo menos 8 pontos, e pontuar em todas as seções. Com essa definição mais restritiva de pacientes para o diagnóstico de TPB, obtém-se um grupo mais homogêneo de pacientes. Há excelente confiabilidade entre diferentes avaliadores ($\kappa=0.94$) e entre testagem e retestagem ($\kappa=0.91$) ⁽¹²³⁾.

- **Diagnostic Interview for Personality Disorder (DIPD)** ⁽¹²⁴⁾: É uma entrevista semi-estruturada que permite o diagnóstico dos diferentes transtornos de Personalidade de acordo com o DSM-III-R. Cada critério de determinado transtorno de Personalidade é classificado de acordo com a seguinte pontuação: 2= Presente e definitivamente com significado clínico, 1= Presente e provavelmente com significado clínico, 0= Ausente ou sem

significado clínico. As perguntas relacionadas a um Transtorno de Personalidade são seguidas por um algoritmo de pontuação que especifica as regras para esse diagnóstico, sendo seguidos por uma declaração indicando se os critérios para determinado Transtorno de Personalidade foram atendidos.

- **Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I Disorders (SCID-I)** ⁽¹²⁵⁾: É uma entrevista semi-estruturada para os Diagnósticos do Eixo I do DSM-III-R. A SCID- I inicia-se por uma seção de revisão geral, que segue o roteiro de uma entrevista clínica não-estruturada. Em seguida, é dividida em módulos que correspondem às categorias diagnósticas maiores. Os critérios diagnósticos estão presentes no próprio corpo do instrumento, facilitando a elaboração do diagnóstico conforme a entrevista progride.

Entrevista utilizada para a obtenção das histórias de tratamento em adultos:

- **Background Information Schedule (BIS)** ⁽¹⁸⁾: É uma entrevista semi-estruturada utilizada para avaliar o funcionamento psicossocial e histórias de tratamento de pacientes com o diagnóstico de TPB e outros Transtornos de Personalidade.

A confiabilidade teste-reteste e entre diferentes avaliadores de todos esses instrumentos acima descritos foi considerada entre boa e excelente ⁽¹²⁶⁻¹²⁸⁾

4.1.2.2 Instrumentos de avaliação do estudo I utilizados nos adolescentes portadores de TPB

Entrevistas diagnósticas:

- **Revised Diagnostic Interview for Borderlines (DIB-R)**, descrito acima ⁽⁹⁷⁾.

- **Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder (CI-BPD)** ⁽⁹⁴⁾: É uma entrevista semiestruturada especialmente adaptadas para crianças e adolescentes, com o objetivo de avaliar a presença de cada um dos nove critérios do DSM-IV para TPB. Apresenta adequada consistência interna, confiabilidade teste-reteste e entre diferentes avaliadores ^(95, 134). Cada um dos nove critérios do TPB é classificado de acordo com a seguinte pontuação: 2= Presente e definitivamente com significado clínico, 1= Presente e provavelmente com significado clínico, 0= Ausente ou sem significado clínico. Para fechar o diagnóstico de TPB o indivíduo tem que atingir pontuação maior que 2 em cinco ou mais itens.

- **Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnosis (KID-SCID)**: É uma entrevista semi-estruturada utilizada para a realização de diagnósticos do Eixo I do DSM-IV em indivíduos de 7-17 anos. A entrevista apresenta sete módulos: Transtornos Disruptivos do Comportamento, Transtornos do humor, Transtornos Psicóticos, Transtornos Ansiosos, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias Psicoativas, Transtornos de Ajustamento e Transtornos Alimentares. Tem adequada consistência interna, confiabilidade teste-reteste e entre diferentes avaliadores ⁽¹²⁹⁻¹³¹⁾.

Entrevista utilizada para a obtenção das histórias de tratamento em adolescentes:

- Background Information Schedule: Adolescent Version (BIS-AV):

É uma entrevista semi-estruturada adaptada para adolescentes utilizada para avaliar o funcionamento psicossocial e histórias de tratamento nos últimos dois anos de pacientes com o diagnóstico de TPB e outros Transtornos de Personalidade ⁽¹³²⁾

4.1.3 Análise estatística do Estudo I

As diferenças entre os grupos nas variáveis demográficas foram analisadas através do teste t de Student para variáveis contínuas e do teste qui-quadrado de Person para variáveis binárias. As análises referentes às variáveis relacionadas às histórias de tratamento foram conduzidas por meio do uso de regressão logística para dados referentes a desfechos categóricos e regressão linear para variáveis de desfechos contínuos. Transformação logarítmica foi aplicada a dados contínuos quando necessário. Cada uma das análises foi ajustada para sexo e etnia, considerando-se que diferenças entre grupos foram encontradas para essas variáveis. A correção de Bonferroni (p/número de variáveis estudadas simultaneamente) para múltiplas comparações foi aplicada para as 3 categorias de desfecho estudadas: prevalência das histórias de tratamento, idade média de início de tratamento e a prevalência dos tipos de medicamentos utilizados pelos indivíduos.

4.2 Método do Estudo II

4.2.1 Participantes do Estudo II

A coleta de dados do grupo de adolescentes foi iniciada a partir de uma amostra de 89 pacientes internados no Hospital McLean, Belmont, Massachussets, Estados Unidos e no Hospital Mount Sinai, New York, New York, Estados Unidos.

Como grupo controle, 51 adolescentes selecionados da comunidade sem antecedentes de qualquer transtorno psiquiátrico participaram da fase inicial do estudo.

Entre os critérios de inclusão, os participantes deveriam ter de 13 a 17 anos, um QI maior que 71, falar inglês fluentemente, e não apresentar antecedentes de T. afetivo bipolar tipo I, esquizofrenia, ou problema médico que pudesse causar sintomas psiquiátricos.

A metodologia desse estudo foi aprovada pelo comitê de Ética do Hospital McLean e do Hospital Mount Sinai. Para participar do estudo, era necessário o consentimento esclarecido dos pais, e que um desses assinasse o formulário de consentimento esclarecido, e que o adolescente também concordasse em participar do estudo, e assinasse um formulário de concordância esclarecido.

Em relação a amostra de adultos, foi utilizado também dados da linha de base do **McLean Study of Adult Development (MSAD)**, utilizando-se da mesma amostra de 290 pacientes com diagnóstico de TPB internados no Hospital McLean, Belmont, Massachussets, Estados Unidos.

Maiores detalhes sobre a metodologia relatada acima podem ser encontrados em Zanarini et al. (2017) ⁽⁶⁰⁾.

4.2.2 Instrumentos de avaliação do estudo II utilizados nos adultos e adolescentes portadores de TPB

As entrevistas diagnósticas realizadas tanto em adultos quanto em adolescentes são as mesmas descritas no estudo I.

Em relação a obtenção de dados relativos a vivências dissociativas, em todos os grupos estudados o seguinte instrumento foi utilizado:

- **Dissociative Experiences Scale (DES):** É uma escala de auto relato que apresenta 28 itens, que foi construída a partir do pressuposto de que existe um espectro de sintomas dissociativos que vai desde sintomas leves até dissociação grave. As respostas são dadas por meio de uma escala de 0-100 que corresponde à determinada porcentagem do tempo em que o indivíduo vivenciou cada um dos itens propostos. Para obtenção da pontuação final, somam-se as porcentagens relatadas a cada item e faz-se uma média. Esta pontuação varia de acordo com 3 níveis de gravidade de sintomas dissociativos: 1) Leve (<10); 2) Moderado (entre 10 a 29.9); e 3) grave (maior ou igual a 30). Estudos sobre as propriedades psicométricas dessa escala demonstraram alta validade e confiabilidade, tanto em populações clínicas como não clínicas. A partir desses estudos a pontuação geral que foi definida e normatizada em várias populações clínicas ⁽⁸¹⁻⁸⁶⁾. Além disso, esta escala oferece pontuações em 3 subfatores (com adequada consistência interna): absorção, amnésia e despersonalização ⁽⁷⁴⁾.

- **Revised Childhood Experiences Questionnaire (CEQ-R)** ^(63, 64, 117): É uma entrevista semiestruturada utilizada para avaliar vivências patológicas e protetivas durante a infância. Ela acessa vivências de separação e perda, abuso e negligência. Também analisa relações positivas e domínios de competências da infância.

4.2.3 Análise estatística do Estudo II

As diferenças entre os grupos nas variáveis demográficas foram analisadas através do teste t de Student para variáveis contínuas e do teste qui-quadrado de Person para variáveis binárias. As análises referentes às vivências dissociativas foram ajustadas para sexo e etnia na comparação entre adultos e adolescentes com TPB, considerando-se que diferenças entre grupos foram encontradas para essas variáveis. Também, na comparação entre adolescentes sem transtornos mentais e adolescentes com o diagnóstico de TPB, as análises foram ajustadas em relação à idade. As análises referentes às vivências dissociativas foram conduzidas por meio do uso de regressão linear. A correção de Bonferroni para múltiplas comparações foi aplicada no estudo das pontuações gerais e dos subfatores das vivências dissociativas.

5 RESULTADOS

5.1 Resultados do Estudo I

5.1.1 Caracterização da amostra do Estudo I

Fizeram parte desse estudo 104 adolescentes que preencheram os critérios para o TPB tanto pela DIB-R quanto pela CI-BPD. Setenta indivíduos desse grupo foram recrutados a partir de internação psiquiátrica no Hospital McLean, e outros 34 foram pacientes que necessitaram de hospitalização no Icahn School of Medicine at Mount Sinai. Também foram entrevistados 35 adolescentes sem transtorno psiquiátrico recrutados da área de Boston e 25 da área da cidade de Nova Iorque, mas nenhum desses pacientes tiveram uma história de tratamento intensivo. Por isso, esse grupo não foi incluído nas análises estatísticas desse estudo. Exceto pelo uso de terapia individual (em 9% desses indivíduos) e terapia de família (em 3%), nenhum tratamento adicional foi utilizado por esse grupo. Finalmente, 290 indivíduos adultos que estiveram internados no Hospital McLean e preencheram critérios para o TPB tanto pelo DSM-III-R quanto pela DIB-R fizeram parte desse estudo.

A tabela 2 apresenta as características demográficas dos grupos dessa amostra. Em adolescentes com TPB, a proporção de mulheres foi significativamente mais elevada do que no grupo de adultos com TPB. Em relação a etnia, adolescentes com TPB eram significativamente mais propensos a serem não-brancos do que adultos com TPB. Finalmente, os adolescentes apresentavam uma melhor condição sócio econômica, medida pela escala Hollingshead-Redlich ⁽¹³³⁾, onde a nota 1 indica o status socioeconômico mais elevado e nota 5 o mais baixo, e pior pontuação na

Escala de Avaliação Global do Funcionamento do DSM-IV ⁽¹¹⁾ em comparação aos adultos com TPB.

Tabela 2 - Características demográficas dos adolescentes e adultos com TPB (Transtorno de Personalidade Borderline) do estudo I

	Adolescentes com TPB (N=104)		Adultos com TPB (N=290)		Adolescentes com TPB vs. Adultos com TPB	
	%	N	%	N	X ²	Valor-p
Mulheres	94.2	98	80.3	233	10.98	0.001
Não- Brancos	30.3	32	12.8	37	17.18	<0.001
	Média	DP	Média	DP	t	Valor-p
Idade	15.7	1.2	26.9	5.8	19.8	<0.001
Status socioeconômico*	2.3	1.4	3.4	1.5	6.79	<0.001
Escala de Avaliação Global do Funcionamento do DSM-IV	35.2	4.8	38.9	7.5	4.6	<0.001

Notas: * Medida pela escala Hollingshead-Redlich ⁽¹³³⁾, DP=Desvio padrão.

5.1.2 Histórias de Tratamento

Em média, adolescentes e adultos com TPB relataram o início de sintomas psiquiátricos em idades semelhantes: 10.4 anos (DP=3.5) para adolescentes, e 10.8 anos (DP=5.3) para adultos, ($t=0.73$, $p=0.46$). Adicionalmente, adolescentes com TPB, em média, iniciaram o uso de recursos terapêuticos na idade de 11.5 anos (DP=3.6), enquanto os adultos com TPB o fizeram aos 17.3 anos de idade (DP=6.2). Neste sentido, a diferença entre as amostras é notável: uma diferença de 5.7 anos.

A Tabela 3 detalha as porcentagens de adolescentes e adultos com TPB que relataram utilizar cada uma das 14 modalidades de tratamento estudadas. No nível α corrigido de Bonferroni de 0,004 (0,05/14), não houve diferenças significativas entre adolescentes e adultos com TPB em relação às seguintes modalidades de tratamento: psicoterapia individual, terapia de casal e/ou de família, hospital dia, hospital dia e/ou tratamento residencial, múltiplas hospitalizações prévias, uso contínuo de medicamentos psicotrópicos, polifarmácia, polifarmácia intensiva, e Eletroconvulsoterapia. Em comparação aos adultos com TPB, uma porcentagem maior de adolescentes com TPB relatou o uso de terapia de grupo (54% vs. 36%) e de hospitalização psiquiátrica prévia (96% vs. 79%). Além disso, uma porcentagem significativamente menor de adolescentes com TPB relatou o uso de grupos de autoajuda (7% vs. 51%), psicoterapia individual intensiva (duas ou mais sessões por semana) (0% vs. 36%) e tratamento residencial (13% vs. 37%).

A Tabela 4 detalha os tipos de medicamentos utilizados de modo contínuo, pelo menos durante um mês nos últimos dois anos, por adolescentes e adultos com TPB. No nível p determinado pela correção de Bonferroni de 0,008 (0,05/6), não houve diferença significativa entre adolescentes e adultos com TPB em relação ao uso de antidepressivos (72.1% vs. 79.7%, $p=0.11$), anticonvulsivantes (27.9% vs. 22.1%, $p=0.23$), e lítio (14.4% vs. 25.9%, $p=0.02$). O uso de estimulantes em adolescentes com TPB em comparação com adultos com TPB foi maior (19.2% vs. 7.2%, $p=0.001$); em relação a benzodiazepínicos, foi menor (10.6% vs. 43.1%).

Tabela 3 – Taxas de Tratamento Psiquiátrico Relatas por Adolescentes e Adultos com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)

	Adolescentes TPB		Adultos TPB		Adolescentes com TPB vs. Adultos com TPB	
	%	(N)	%	(N)	Odds Ratio Ajustado	95% CI
Tratamentos Psicossociais Ambulatoriais						
Terapia individual	93.3	(97)	96.2	(279)	0.7	0.2 – 2,1
Psicoterapia intensiva (≥ 2 sessões por semana)	0	(0)	36.2	(105)	0,01	0.0005 – 0,1
Terapia de Grupo	53.8	(56)	36.2	(105)	2.7	1.7 – 4.6
Terapia de família ou casal	37.5	(39)	38.6	(112)	1	0.6 - 1.7
Grupos de autoajuda	6.7	(7)	51.0	(148)	0.1	0.03 -0.2
Tratamentos mais intensivos						
Hospital dia	29.8	(31)	42.4	(123)	0.7	0.4 – 1.1
Tratamento residencial	13.5	(14)	36.9	(107)	0.3	0.2 – 0.6
Tratamento residencial e/ou hospital dia	39.4	(41)	54.8	(159)	0.6	0.4 – 1.0
Hospitalizações Psiquiátricas						
Qualquer internação psiquiátrica prévia	96.2	(100)	78.6	(228)	7	2.4 – 20
Hospitalizações múltiplas	69.9	(72)	60.3	(175)	1.8	1.1 – 3.0
Medicamentos de uso contínuo e ECT						
Medicamentos de uso contínuo	93.3	(97)	84.1	(244)	3.5	1.4 – 8.4
Polifarmácia (2 ou mais medicamentos de uso contínuo)	68.3	(71)	65.5	(190)	1.3	0.8 – 2.2
Polifarmácia intensiva (3 mais medicamentos de uso contínuo)	41.3	(43)	45.5	(132)	0.9	0.6 – 1.5
Tratamento de ECT	0	(0)	6.9	(20)	0.06	0,003 – 1.0

Notas: * Correção de Bonferroni para múltiplas comparações < 0.004. Nota: Regressão logística ajustada para sexo e etnia

Tabela 4 – Medicações psicotrópicas utilizadas por um mês ou mais por adolescentes com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) e adultos com TPB

Tipos de medicamentos	Adolescentes com TPB % (N)	Adultos com TPB % (N)	X² (adolescentes com TPB vs. Adultos com TPB)	Valor P
Antidepressivos	72.1 (75)	79.7 (231)	2.5	0.11
Benzodiazepínicos	10.6 (11)	43.1 (125)	35.8	<0.001*
Antipsicóticos	54.8 (57)	38.6 (112)	8.2	0.004*
Anticonvulsivantes	27.9 (29)	22.1 (64)	1.43	0.23
Lítio	14.4 (15)	25.9 (75)	5.7	0.02
Estimulantes	19.2 (20)	7.2 (21)	11.8	0.001*

* Correção de Bonferroni para múltiplas comparações < 0.008.

5.2 Resultados do Estudo II

5.2.1 Caracterização da amostra do Estudo II

Fizeram parte desse estudo 89 adolescentes que preencheram os critérios para o TPB tanto pela DIB-R quanto pela CI-BPD. Sessenta e dois indivíduos desse grupo foram recrutados a partir de internação psiquiátrica no Hospital McLean, e outros 27 foram pacientes que necessitaram de hospitalização no Icahn School of Medicine at Mount Sinai. Também foram entrevistados 30 adolescentes sem transtorno psiquiátrico recrutados da área de Boston e 21 da área da cidade de Nova Iorque. Finalmente, 290 indivíduos adultos que estiveram internados no Hospital McLean e preencheram critérios para o TPB tanto pelo DSM-III-R quanto pela DIB-R fizeram parte desse estudo.

Na tabela 5 podem ser observadas as características demográficas dos indivíduos analisados nesse estudo. A proporção de mulheres no grupo de é semelhante em ambos os grupos de adolescentes, mas é significativamente maior do que a encontrada em adultos com TPB. Em relação à etnia, ambos grupos de adolescentes foram semelhantes entre si, apresentando uma proporção maior de não-brancos do que os adultos com TPB. Adolescentes com TPB eram significativamente mais velhos do que aqueles sem diagnósticos psiquiátricos (aproximadamente um ano de diferença). Entre os adolescentes e adultos com TPB, havia uma diferença de aproximadamente 11 anos. Adicionalmente, os adolescentes apresentavam uma condição sócio econômica, medida pela escala Hollingshead-Redlich ⁽¹³³⁾, significativamente melhor do que os adultos com TPB, mas semelhante aos adolescentes sem diagnóstico psiquiátrico. Finalmente, em termos de pontuação na Escala de Funcionamento Global ⁽¹¹⁾, os adolescentes com TPB tinham pior pontuação em comparação aos adultos com TPB e adolescentes sem diagnóstico psiquiátrico.

Tabela 5 – Características demográficas dos adolescentes com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), adolescentes sem diagnósticos psiquiátricos e adultos com TPB

	Adolescentes com TPB (N=89)		Adolescentes sem diagnóstico psiquiátrico (N=51)		Adultos com TPB (N=290)		Adolescentes com TPB vs. Adolescentes sem diagnóstico psiquiátrico		Adolescentes com TPB vs. Adultos com TPB	
	%	N	%	N	%	N	X ²	Valor-p	X ²	Valor-p
Mulheres	95.5	85	88.3	45	80.3	233	2.6	0.1	11	0.001
Não- Brancos	77.5	69	66.7	34	87.2	253	2	0.2	17.2	<0.001
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	t	Valor-p	t	Valor-p
Idade	15.2	1.3	14.6	1.4	26.9	5.8	4.7	<0.001	19.8	<0.001
Status socioeconômico*	2.1	1.4	2.4	1.3	3.4	1.5	1.5	0.1	6.8	<0.001
Escala de Funcionamento Global do DSM-IV	34.9	4.3	74.7	6.8	38.9	7.5	42.3	<0.001	4.6	<0.001

Notas: * Medida pela escala Hollingshead-Redlich (133), DP: Desvio padrao.

5.2.2 Vivências dissociativas em adolescentes sem diagnóstico psiquiátrico, em adolescentes com o diagnóstico de TPB e em adultos com TPB

A tabela 6 detalha as pontuações gerais da DES, assim como a dos seus 3 subfatores: absorção, amnésia e despersonalização/desrealização. No nível α corrigido de Bonferroni de 0.01 (0.05/4), os adolescentes com TPB apresentaram uma pontuação geral da DES significativamente maior do que os adolescentes sem diagnóstico psiquiátrico (18.7 vs. 9.4, $p<0.001$). Adicionalmente, adolescentes com TPB apresentaram pontuação significativamente maior do que adolescentes sem diagnóstico psiquiátrico em dois subfatores da DES: absorção (19.2 vs. 29.1, $p<0.001$) e despersonalização/desrealização (14.6 vs. 4.9, $p<0.001$). A pontuação média em relação ao subfator amnésia foi semelhante (9.6 vs. 7.3, $p=0.02$). Em relação aos adultos com TPB, os adolescentes com TPB não apresentaram diferenças significativas tanto a pontuação geral quanto nas pontuações médias dos subfatores da DES.

A tabela 7 apresenta a distribuição da DES de acordo com os 3 níveis de gravidade de sintomas dissociativos: 1) Leve (<10); 2) Moderado (entre 10 a 29.9); e 3) grave (maior ou igual a 30) em adolescentes e adultos com TPB. Observa-se que ambos os grupos apresentaram um padrão de distribuição das pontuações da DES similares.

A tabela 8 exibe as prevalências de relatos de adversidades na infância e do diagnóstico de TEPT em adultos e adolescentes com TPB que apresentam sintomatologia dissociativa grave ($DES \geq 30$). Nessa subamostra, para nível α corrigido de Bonferroni de 0.01 (0.05/4), adolescentes e adultos com TPB tem prevalências semelhantes de relatos de negligência (81 vs. 91 %, $p=0.26$). No entanto, comparando-se com os adultos com TPB, os adolescentes com TPB dessa subamostra apresentam uma prevalência menor de relatos de abuso físico (25% vs. 85%, $p<0,0001$) e de abuso sexual (25% vs. 73%, $p<0,0001$), assim como uma prevalência menor do diagnóstico de TEPT (25% vs. 87%, $p<0,0001$).

Tabela 6 - Pontuações médias na Escala de Sintomas Dissociativos (DES) e de seus três subfatores (Absorção, Amnésia e Despersonalização) em adolescentes com TPB, Adolescentes sem Transtornos Mentais e adultos com TPB

	Adolescentes com TPB (N=89)		Adolescentes sem diagnóstico psiquiátrico (N=51)		Adultos com TPB (N=290)		Adolescentes com TPB vs. Adolescentes sem diagnóstico psiquiátrico		Adolescentes com TPB vs. Adultos com TPB	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Odds ratio ajustada	Valor-p	Odds ratio ajustada	Valor-p
Pontuação geral	18.7	14.2	9.4	10.4	21.8	18.6	11.2	<0.001*	0.2	0.9
<i>Absorção</i>	27.1	19.2	14.6	15.5	29.1	19.2	15.9	<0.001*	0.4	0.9
<i>Amnésia</i>	9.6	10.9	7.3	10.9	13.5	18.8	4.61	0.02	2.8	0.3
<i>Despersonalização/Desrealização</i>	14.6	19.3	2.6	4.9	16.9	21.5	13.2	<0.001*	4.1	0.3

Notas: Regressão linear, ajustada por sexo e raça, para comparação entre adultos e adolescentes com DBP.

Regressão linear, ajustada por idade para comparação entre adolescentes com DBP e adolescentes saudáveis.

* Correção de Bonferroni para múltiplas comparações < 0.01. DP: Desvio padrão.

Tabela 7 - Distribuição da pontuação da Escala de Sintomas Dissociativos (DES) de acordo com os níveis de gravidade: Leve (<10); Moderado (entre 10 a 29.9); e 3) Grave (≥ 30) em adolescentes e adultos diagnosticados com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB)

Nível de Gravidade dos sintomas dissociativos	Adolescentes com TPB		Adultos com TPB		χ^2 (adolescentes com TPB vs. Adultos com TPB)	Valor p
	%	(N)	%	(N)		
Leve (<10)	34.8	(31)	31.7	(92)		
Moderado (10-29.9)	47.2	(42)	41.7	(121)	2.7	0.25
Grave (≥ 30)	18	(16)	26.6	(77)		

Tabela 8 - Prevalência de relatos de adversidades na infância e de comorbidade com Transtorno do Estresse Pós-Traumático em adolescentes e adultos com TPB que apresentam altos níveis de sintomas dissociativos (Pontuação na Escala de Sintomas Dissociativos, DES ≥ 30)

	Adolescentes com TPB e DES ≥ 30 N=16		Adultos com TPB e DES ≥ 30 N=77		χ^2	Valor-p
	%	(N)	%	(N)		
Negligência	81.2	(13)	90.9	(70)	1.3	0.26
Abuso sexual	25	(4)	85.7	(66)	26.2	<0.0001*
Abuso físico	25	(4)	72.7	(56)	13.2	<0.0001*
T. do estresse pós-traumático	25	(4)	87	(67)	28.2	<0.0001*

* Correção de Bonferroni para múltiplas comparações < 0.01

6 DISCUSSÃO

6 Discussão

6.1 Discussão do Estudo I

Este estudo demonstrou que adolescentes com TPB apresentam um padrão de utilização de recursos terapêuticos intensivo, marcadamente comparável ao padrão dos adultos com TPB, em diversas modalidades de tratamento. Não houve diferenças significativas, entre adolescentes e adultos com TPB, na prevalência de utilização de 9 das 14 modalidades de tratamento estudadas.

Na literatura, pudemos encontrar somente um outro artigo que estudou a utilização das diversas modalidades de tratamento por adolescentes com TPB, que demonstrou também um uso intensivo de recursos em saúde mental, ainda que numa intensidade menor do que encontramos em nosso estudo ⁽¹⁰⁶⁾. Os adolescentes desse estudo foram recrutados de unidades ambulatoriais, e não foi utilizado para o diagnóstico de TPB nem a nem a CI-BPD (a única entrevista semiestruturada adaptada para o diagnóstico do TPB em adolescentes) ⁽⁹⁵⁾ ou tampouco a DIB-R (que leva à obtenção de um grupo mais homogêneo de pacientes com TPB) ^(98,99). Essas características desse estudo podem ter levado à obtenção de uma amostra com uma sintomatologia clínica de menor gravidade, refletida no uso de recursos menor do que encontramos em nosso estudo. Nesse sentido, a presença de critérios diagnósticos de TPB na adolescência, ainda que não estejam em número suficiente para fechar o diagnóstico de TPB, prediz prospectivamente uma maior utilização de tratamentos psicossociais e farmacológicos⁽¹⁰⁵⁾.

Assim como ocorre com adultos diagnosticados com TPB, mais de 90% dos adolescentes com TPB relataram a utilização de psicoterapia individual e uso de medicamentos psicotrópicos ao longo da vida, e aproximadamente

40% deles relataram o uso de Hospital dia ou tratamento residencial. Levando-se em conta que os adolescentes com TPB apresentam sintomatologia borderline em um nível tão grave como a relatada por adultos com esse mesmo transtorno mental ⁽⁶⁰⁾, e que também apresentam padrões similares de complexidade em comorbidades psiquiátricas ⁽¹³⁴⁾, com baixos índices de qualidade de vida ⁽¹¹¹⁾, e funcionamento psicossocial empobrecido ^(62,135), parece razoável esperar que eles tenham um padrão similar de utilização de serviços em saúde mental.

Em relação ao uso de psicotrópicos, mesmo levando em consideração a presença de comorbidades, o fato de que 93% dos adolescentes com TPB em nosso estudo terem relatado uso de medicamentos psicotrópicos (e 41% em uso de intensa polifarmácia), destaca a necessidade de estudos que avaliem a eficácia clínica e riscos desses medicamentos em adolescentes com TPB. Até o momento, não há qualquer evidência sólida que dê suporte ao uso de medicamentos psicotrópicos como tratamento de primeira linha em adolescentes com TPB ⁽¹³⁶⁾. Adicionalmente, o uso de polifarmácia, tanto em adolescentes quanto em adultos, está associado a diversos riscos tais como interações adversas, interações medicamentosas, altos custos financeiros e maior morbidade ⁽¹³⁷⁻¹⁴⁰⁾. Também, deve-se levar conta que adolescentes podem ser mais propensos a apresentar efeitos adversos decorrentes do uso de psicotrópicos ⁽¹⁴¹⁾. Por exemplo, o uso de antipsicóticos de segunda geração em adolescentes está associado a maior risco de ganho de peso, sedação e sintomas extrapiramidais do que ocorre em adultos ⁽¹⁴⁰⁻¹⁴³⁾.

Nosso estudo também evidenciou algumas diferenças no uso de recursos em saúde mental entre adolescentes e adultos com TPB. Por exemplo, os adolescentes com TPB apresentaram uma prevalência mais elevada de hospitalização psiquiátricas prévias, acima de 95%. Adolescentes com TPB são mais propensos a apresentarem os sintomas mais agudos desse transtorno mental (i.e., instabilidade afetiva, autolesões recorrentes e comportamentos suicidas) do que adultos ^(57,144,145), o que pode aumentar o risco de hospitalizações psiquiátricas agudas. A menor participação de adolescentes em comparação com adultos com TPB em grupos de autoajuda

(7% vs 51%) provavelmente reflete o fato de que a maioria dos grupos de autoajuda, tais como os Alcoólicos Anônimos, são moldados especialmente para as necessidades da população adulta. Adicionalmente, é mais provável que os adolescentes ainda estejam morando com a suas famílias de origem antes de serem recrutados para o estudo, enquanto adultos que precisem de cuidados mais extensivos do que uma hospitalização aguda, breve, podem ter sido encaminhados para programas de tratamento residencial de modo mais frequente devido a duração e gravidade de seus sintomas. Ambos os grupos apresentam um uso significativo de estimulantes, provavelmente decorrente da comorbidade com Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade ser comum no TPB ^(146,147). Ainda assim o uso de estimulantes é maior em adolescentes com TPB (19% vs. 7%), que reflete um padrão de queda na prescrição de estimulantes observado ao longo do desenvolvimento por parte dos clínicos ⁽¹⁴⁸⁾. Outras diferenças podem estar relacionadas a diferença da época de coleta entre os dados dos dois grupos. Por exemplo, a utilização mais elevada de psicoterapia de grupo (54% vs. 36%) e a não utilização de psicoterapia intensiva (0% vs. 36%) por adolescentes com TPB pode ser fruto de uma evolução no entendimento de que psicoterapias de grupo é uma estratégia efetiva no tratamento do TPB e que psicoterapias altamente intensivas no tratamento do TPB nem sempre são superiores a terapias menos intensivas ⁽¹⁴⁹⁾. O maior uso de antipsicóticos (55% vs. 39%) e o menor uso de benzodiazepínicos (11% vs. 43%) relatados por adolescentes com TPB podem estar ligados a diferenças em práticas de prescrição ao longo dos anos. Nesse sentido, dois estudos longitudinais ^(67,150) demonstraram que, embora o número de medicamentos inicialmente prescritos a pacientes com transtorno borderline não tenha mudado ao longo do tempo de modo significativo, houve uma mudança nos padrões de prescrição medicamentosa a pacientes com TPB: uma diminuição do uso de benzodiazepínicos, implicados em descontrole comportamental e aumento de impulsividade ⁽⁷⁰⁾, e um aumento de uso de antipsicóticos, predominantemente os atípicos, por conta de alguns estudos, apesar de não conclusivos, demonstrarem evidências dessas medicações em sintomas cognitivos perceptuais e em

impulsividade observada no TPB ⁽¹⁵¹⁾. Os nossos achados em relação às classes de medicamentos utilizadas por adolescentes com TPB está em consonância com os achados de Wockel e colaboradores (2010), que analisaram retrospectivamente o uso de medicamentos psicotrópicos em 58 pacientes que preenchiam os critérios da CID-10 para o diagnóstico de TPB ⁽¹⁵²⁾.

O achado de que adolescentes com TPB começam a utilizar serviços em saúde mental 5.7 anos antes dos adultos pode ser atribuído ao fato de que sintomas graves, tais como tentativas de suicídio e autolesões, terem início em uma idade mais precoce nos adolescentes ⁽⁶¹⁾. Outra possibilidade é que haja menos estigma em relação a ser hospitalizado na época em que os dados foram coletados na população de adolescentes com TPB do que na dos adultos desse estudo. Embora haja evidências de que adolescentes que preencham os critérios para o TPB possam representar uma forma mais grave de TPB, com um pior prognóstico ^(50,153), para obter uma compreensão maior do significado desse achado para o curso longitudinal e funcionamento psicossocial do TPB ainda são necessário mais estudos longitudinais nessa área.

Finalmente, corroborando com a tese de que o TPB não é parte de uma fase transiente da adolescência, mas sim a manifestação de um transtorno mental grave, o grupo de pacientes sem diagnóstico psiquiátrico relatou um uso bastante modesto dos recursos em saúde mental, restrito ao uso de psicoterapia individual (9%) e terapia de família (3%).

Analisados em conjunto, os resultados desse estudo sugerem que histórias de tratamento nos adolescentes com TPB é tão complexa quanto as relatadas por adultos com TPB, com elevado uso tanto de recursos ambulatoriais quanto tratamentos mais intensivos. Também apontam a necessidade de novas pesquisas que acessem a eficácia dessas várias formas de tratamento dispensadas a adolescentes com TPB.

6.1.1 Limitações do Estudo I

Entre as limitações do estudo, estão o fato de que todos os indivíduos estavam inicialmente hospitalizados. É bem possível que pacientes com TPB que nunca foram hospitalizados possam ter histórias de utilização de recursos em saúde mental menos intensas. Além disso, os dados sobre as histórias de tratamento foram coletados a partir de relatos do paciente, que podem sofrer viés de memória. No entanto, os pacientes tiveram que prover vinhetas detalhadas de suas histórias de tratamento, e relatos ambíguos não foram considerados para o estudo. Finalmente, os dados foram coletados em diferentes épocas. Portanto, embora, do ponto de vista sintomatológico os grupos sejam muito similares, eles podem representar grupos heterogêneos do ponto de vista etiológico.

6.1.2 Perspectivas futuras do Estudo I

Nosso estudo indica a necessidade de estudos longitudinais para a compreensão de como esse elevado uso de recursos em saúde mental por parte de adolescentes com TPB se modifica ao longo do tempo. A comparação das histórias de tratamento dos adolescentes portadores de TPB com outros adolescentes com transtornos mentais também pode levar a uma compreensão mais ampla sobre quais as modalidades de tratamento estão mais associadas especificamente ao diagnóstico de TPB em comparação com outros transtornos mentais. Também, são necessários novos estudos que analisem a eficácia dessas várias formas de tratamento providas à adolescentes com TPB. Dada a alta prevalência de uso de medicamentos psicotrópicos nessa população, torna-se necessária a realização de ensaios clínicos com o objetivo de compreender os riscos, benefícios e tolerabilidade dessa estratégia de tratamento tão amplamente utilizada no tratamento de adolescentes com TPB.

6.2 Discussão do Estudo II

Neste estudo encontramos que adolescentes com TPB apresentam níveis de dissociação significativamente maiores que o encontrado em jovens sem transtorno mental, a partir da pontuação da DES (18.7 vs. 9.4, $p < 0.001$). Esse é o primeiro estudo que compara ativamente a presença de sintomas dissociativos em adolescentes com TPB com a relatada por adolescentes sem transtornos mentais. Além disso, ele é o primeiro a demonstrar de modo consistente que os adolescentes com TPB relatam níveis de dissociação, conforme medido pela DES, tão elevados como o dos adultos com TPB (19 pontos vs. 22 pontos). Observou-se ainda uma marcante heterogeneidade da gravidade de sintomas dissociativos nessa população. Ou seja, 35% dos pacientes apresentam sintomas dissociativos leves (< 10 pontos), semelhantes a da DES em adolescentes sem diagnósticos psiquiátricos (9 pontos), 47% dos pacientes apresentam níveis moderados de dissociação, com pontuação na DES de 10 até 29.9 pontos, e 18% dos adolescentes apresentam sintomas dissociativos graves, com $DES \geq 30$ pontos, compatíveis com pacientes portadores de Transtorno do Estresse Pós Traumático (TEPT) e Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI). O único estudo quantitativo na literatura que utilizou a DES para o estudo de sintomas dissociativos em adolescentes hospitalizados com TPB demonstrou, numa amostra de 26 pacientes testada por um único entrevistador, uma pontuação média da DES bastante elevada ($DES = 32.8$ pontos, $DP = 23$)⁽¹⁵⁴⁾.

Ainda que os sintomas dissociativos na adolescência sejam semelhantes aos relatados na idade adulta⁽¹⁵⁵⁾, o diagnóstico de sintomas dissociativos em pacientes com TPB nessa faixa etária é especialmente desafiador. Sabe-se que adolescentes com TPB apresentam sintomatologia aguda (i.e., instabilidade afetiva, autolesões recorrentes e comportamentos suicidas) mais saliente do que adultos^(57,144,145). Como reação a esses comportamentos impulsivos por parte dos adolescentes com TPB, os familiares podem apresentar maior reatividade emocional, levando-os a

apresentar respostas pouco efetivas, como atitudes punitivas e desconsideração pelos motivos que levaram o adolescente a apresentar determinado comportamento desadaptativo. Sendo assim, o adolescente não se sente compreendido e apresenta ainda mais comportamentos disfuncionais, gerando um ciclo vicioso que exponencialmente leva a dificuldades de comunicação ⁽¹⁵⁶⁾. Portanto, nesse ambiente, o reconhecimento por parte dos familiares dos estados emocionais e de sintomas dissociativos apresentados pelos adolescentes se torna mais difícil ⁽¹⁵⁷⁾.

Vale ressaltar que os próprios pacientes adolescentes com TPB acabam apresentando dificuldades em identificar emoções e estados dissociativos ^(158,159).

Embora relevante, a identificação de sintomas dissociativos não raro passa despercebida pelo profissional de saúde. Por exemplo, no tratamento do TPB, não raro o clínico pode focar somente nos sintomas relacionados a desregulação emocional, impulsividade e disfunções interpessoais, deixando de lado a avaliação desses sintomas ⁽¹⁶⁰⁾. Adicionalmente, há pouco treinamento nas instituições de ensino em relação a fenomenologia de sintomas dissociativos na infância e adolescência ⁽¹⁶¹⁾, e muitas vezes estes sintomas acabam sendo confundidos como sintomas de quadros tais como Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e transtornos de Humor ⁽¹⁶²⁾. Digno de nota, no DSM-V ⁽¹²⁾ os transtornos dissociativos não se encontram na parte relativa a transtornos que se iniciam na infância ou adolescência.

Em relação aos clusters dos sintomas dissociativos medidos pela DES, chama atenção os níveis elevados de absorção relatados por adolescentes e adultos com TPB (27 pontos e 29 pontos). Embora absorção possa ter um valor adaptativo, ajudando uma pessoa a escapar de desconforto emocional por ficar absorto em algum livro, música ou leitura ⁽¹⁶³⁾, altos níveis de absorção tem uma correlação maior com sintomas depressivo-ansiosos e com sintomatologia psicótica do que sintomas dissociativos ligados a amnésia ^{(164–}

¹⁶⁶). A absorção patológica gera uma desconexão importante do ambiente a partir de um foco excessivo em um aspecto de determinada vivência, que compromete a capacidade do indivíduo de amplificar possibilidades de ação mais efetiva no ambiente a sua volta, gerando disfunções em funcionamento interpessoal ⁽¹⁶⁷⁾. Nesse sentido, pensando em um modelo de diátese-estresse, altos níveis estruturais de absorção podem tornar o indivíduo mais suscetível a apresentar, sob situações de estresse intenso ou trauma, vivências dissociativas mais graves, correlacionadas ao cluster de despersonalização e desrealização ⁽¹⁶⁸⁾.

Na comparação entre adolescentes e adultos com TPB que apresentam sintomatologia dissociativa grave ($DES \geq 30$), a despeito de prevalências similares de relatos de negligência parental (81% vs 91%, $p=0,26$), adolescentes com TPB apresentam uma prevalência menor de relatos de abuso sexual (25% vs. 85%, $p<0.001$), abuso físico (25% vs. 73%, $p<0.001$) e comorbidade com Transtorno do Estresse Pós Traumático (25%vs. 87%, $p<0.001$).

Há diversas explicações possíveis para essas diferenças observadas entre esses dois grupos deste estudo. Por exemplo, elas podem ter acontecido por conta de efeitos das diferentes épocas em que os dados foram coletados. Nesse intervalo, o estilo de educação parental e intervenções em relação a abuso podem ter mudado. Por serem mais velhos, os adultos com TPB podem ter tido mais tempo em acumular vivências de adversidades até o final da adolescência. Adicionalmente, os adultos com TPB talvez tenham tido mais tempo para refletir sobre suas vivências e conseguiram nomear como abusivas algumas das situações que talvez no passado tenham considerado normais. Também, alguns adolescentes com TPB podem ter omitido vivências de abuso com medo de que isso pudesse gerar mais conflitos e até afastamentos em relação a familiares.

Existe também a possibilidade de essa diferença possa estar relacionada ao neurodesenvolvimento. Na adolescência, ocorre um intenso processo de poda sináptica, fundamental para a maior eficiência do

funcionamento cerebral na idade adulta ⁽¹⁶⁹⁾. Nesse processo, as estruturas límbicas amadurecem em uma velocidade maior do que o córtex pré-frontal ^(170,171). Em consequência, os adolescentes apresentam maior reatividade emocional e menor deliberação racional, que leva o indivíduo a ter mais estímulo para buscar novas experiências emocionais em novos grupos sociais ^(172–174). Outra característica fisiológica é que na adolescência existe uma maior reatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) sob estresse, liberando mais corticoesteróides e glicose nessas situações ⁽¹⁷⁵⁾. Considerando a alta demanda metabólica basal exigida na adolescência, em situações de estresse, essa maior liberação de corticoesteróides pode ser necessária para prover ao adolescente maior mobilização de energia ⁽¹⁷⁶⁾.

Nesse sentido, Diseth descreve diversas alterações neuroquímicas induzidas por estresse crônico que, considerando-se essas particularidades do neurodesenvolvimento, podem tornar os adolescentes com TPB mais vulneráveis a apresentar sintomas dissociativos do que adultos com TPB ⁽¹⁶²⁾. Primeiro, sob estresse crônico, existe uma diminuição patológica da liberação de corticoesteróides em situações de estresse agudo, o que pode fazer com que, em momentos de tensão, em que o adolescente poderia mobilizar energias para fugir de determinadas situações de risco, ele apresente sintomas dissociativos. Segundo, o elevado estresse crônico em crianças e adolescentes leva a um aumento do tônus basal do sistema nervoso autônomo simpático o que pode levar o indivíduo a apresentar hipersensibilidade interpessoal acentuada, com sentimentos basais mais intensos de ansiedade, irritabilidade e hipervigilância. Nesse sentido, com o tônus simpático basal aumentado, situações de estresse agudo, o adolescente com TPB, ao invés de um aumento de mobilização de energia para respostas de luta ou fuga, tem uma ativação do sistema nervoso autônomo parassimpático, gerando liberação de endorfinas e provocando respostas dissociativas, que levam a desconexão com a realidade. Essas alterações neuroquímicas num cérebro em desenvolvimento podem levar a uma poda sináptica exagerada em redes neurais do sistema límbico cortical, prejudicando a maturação adequada do cérebro, levando a prejuízos na

capacidade do indivíduo em lidar com afetos intensos, predispondo-o a ter maior sintomatologia dissociativa em situações de estresse agudo ^(177–179). Embora, a literatura demonstre de modo extensivo a correlação entre sintomas dissociativos no TPB e trauma (relativos a abuso físico, abuso sexual e ao diagnóstico clínico de transtorno do estresse pós traumático) ^(92,180,181), há outros de fatores que por serem mais frequentes nesta população podem contribuir para o desenvolvimento de sintomas dissociativos tais como: apego desorganizado, tratamento inconsistente por cuidador, negligência, exposição à violência e uso de substâncias ^(182–185).

Além de fatores ambientais, no TPB há fatores genéticos que contribuem para que o indivíduo tenha maior propensão a dissociação, tais como deficiências neurocognitivas em funções executivas ^(186,187) e desregulação emocional ^(98,188,189). Diante disso, existe a possibilidade de que o estresse crônico não diretamente ligado ao abuso sexual, físico ou ao diagnóstico de TEPT, possa ser suficiente para provocar sintomatologia dissociativa grave em adolescentes com TPB, pela possibilidade do cérebro de adolescentes ser mais suscetível a dissociação em situação de estresse, ou pela possibilidade uma maior susceptibilidade genética a dissociação ⁽¹⁹⁰⁾.

Há ainda teorias psicológicas que procuram explicar a natureza da expressão da dissociação nestes pacientes. Elas sugerem, por exemplo, que os sintomas dissociativos poderiam representar a última tentativa subjacente do organismo de tolerar intensa dor emocional, “um escape onde não há escape” ⁽¹⁹¹⁾, quando o indivíduo não consegue outras maneiras de regular suas emoções. Classicamente, situações de estresse interpessoal em pacientes com TPB levam à hiperativação do sistema límbico, principalmente da amígdala ⁽¹⁹²⁾, com hipoativação do córtex pré frontal, mais pronunciadamente no córtex órbito frontal ^(193,194). No entanto, sob estresse, em indivíduos que apresentam sintomas dissociativos intensos de modo crônico, há uma diminuição da reatividade do sistema límbico ^(80,195). Esse mecanismo tem como consequência o comprometimento de funções executivas, do aprendizado e da memória ^(196,197), o que piora a capacidade

do indivíduo ter um autodirecionamento eficaz, e compromete a eficácia dos processos psicoterápicos ^(119,120).

Em termos da abordagem terapêutica, não há nenhum ensaio clínico sobre a melhor forma de manejar esses quadros dissociativos graves em adolescentes com TPB. A partir da extrapolação de abordagem de tratamento de sintomas dissociativos derivados de tratamentos baseados em evidências científicas para adultos com TPB e TEPT associados ^(121, 198, 199), alguns princípios devem ser observados no manejo clínico desses pacientes, destacando-se:

- 1) É preciso ter como foco garantir que o ambiente em que o adolescente está inserido esteja livre de todas as formas de abuso e violência ⁽²⁰⁰⁾
- 2) Prover psicoeducação tanto para os adolescentes quanto para os familiares. Neste sentido, pais têm atitudes mais suportivas e adequadas com seus filhos quando entendem que os sintomas dissociativos de seus filhos no passado podem ter sido sua única alternativa para lidar com uma dor emocional intensa. Dessa forma, é possível se trabalhar princípios de validação emocional e manejo de contingências com o adolescente e seus familiares ^(200, 201).
- 3) Analisar os sintomas dissociativos como um comportamento problema, analisando seus antecedentes e consequências. Ajudá-lo a desenvolver habilidades anti-dissociativas, tais como exercícios de consciência corporal, autoacalmar-se com os 5 sentidos, habilidades relacionadas a regulação emocional; promover dessensibilização de eventos do presente momento que ativam associações com experiências traumáticas ocorridas no passado ⁽²⁰²⁾.
- 4) Ajudar o adolescente a desenvolver uma maior capacidade de observar e compreender seus estados mentais, o que pode levar o indivíduo a aprimorar suas capacidades comunicativas, ganhando

alternativas em relação a lidar com frustrações, raiva e medos que não envolvam dissociação ⁽²⁰³⁾.

Em suma, nosso estudo demonstrou que adolescentes com TPB apresentam vivências dissociativas tão intensas quanto adultos com TPB, que também se distribuem de modo bastante heterogêneo. Adolescentes com TPB podem apresentar sintomas dissociativos graves ($DES \geq 30$) mesmo sem um histórico claro de trauma, por isso é importante acessar de modo estruturado a presença de sintomas dissociativos em todos os pacientes com o diagnóstico de TPB, especialmente em adolescentes.

6.2.1 Limitações do Estudo II

Entre as limitações do estudo, estão o fato de que todos os indivíduos estavam inicialmente hospitalizados. É bem possível que pacientes com TPB que nunca foram hospitalizados possam ter vivências dissociativas menos intensas. Além disso, os dados sobre as vivências dissociativas foram coletados a partir de relatos do paciente, que podem sofrer viés de memória. Os dados foram coletados em diferentes épocas e, portanto, embora sintomatologicamente os grupos sejam muito similares, não fica claro se eles tiveram diferentes fatores ambientais ou biológicos ou mesmo culturais que contribuíram para o aparecimento de sintomas dissociativos. A falta de comparações com outros grupos de adolescentes (i.e., pacientes internados ou ambulatoriais, com diferentes diagnósticos psiquiátricos), não permitiu a identificação de fatores específicos ligados a sintomatologia dissociativa do TPB em relação a outros transtornos mentais.

6.2.2 Perspectivas futuras em relação ao Estudo II

Dada a alta prevalência de sintomas dissociativos encontrada em adolescentes com TPB em nosso estudo, existe a necessidade da realização de estudos longitudinais para que se desenvolva uma compreensão mais ampla da fenomenologia dos sintomas dissociativos nessa população, tais como se esses sintomas dissociativos em adolescentes com TPB perduram ao longo do tempo, e quais fatores de risco estariam ligados a uma possível cronificação desses sintomas. Também a inclusão de adolescentes com outros transtornos psiquiátricos e ambulatoriais em futuros estudos podem levar a um entendimento de como os sintomas dissociativos encontrados em adolescentes com TPB se diferenciam em relação aos encontrados em adolescentes portadores de outros transtornos mentais. É também importante ter uma estimativa mais precisa do impacto que alta sintomatologia dissociativa pode ter sobre a eficácia dos tratamentos prestados a adolescentes com TPB. Há a necessidade de que se desenvolvam ensaios clínicos no sentido de se avaliar o impacto de intervenções que abordem sintomas dissociativos no prognóstico do TPB em adolescentes.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

A partir dos resultados desse projeto de pesquisa, podemos concluir que:

- As histórias de tratamento nos adolescentes com TPB são tão complexas quanto às relatadas por adultos com TPB, com elevado uso tanto de recursos ambulatoriais quanto de tratamentos mais intensivos.
- As prevalências de uso de medicamentos psicotrópicos e de polifarmácia em adolescentes com TPB é similar às relatadas por adultos com TPB, a despeito da falta de ensaios clínicos que acessem os efeitos desses medicamentos nos adolescentes com TPB.
- Adolescentes com TPB tem níveis de dissociação significativamente maiores que os relatados por adolescentes sem transtornos mentais.
- Adolescentes com TPB apresentam níveis de sintomas dissociativos semelhantes ao de adultos com TPB.
- Em portadores de TPB com sintomatologia dissociativa grave, as prevalências do diagnóstico de Transtorno do Estresse Pós-Traumático, bem como de relatos de abuso físico e de abuso sexual, são menores em adolescentes em comparação às encontradas em adultos.

8 REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

1. Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the Border Line Group of Neuroses. *Psychoanal Q.* 1938;7(4):467–89.
2. Kernberg O. Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc.* 1967;15(3):641–85.
3. Grinker RR, Werble B, Drye R. The borderline syndrome: a behavioral study of ego functions. New York: Basic Books, 1968.: Basic Books; 1968.
4. Gunderson JG, Singer MT. *American Journal of Psychiatry.* Am J Psychiatry. 1975;132(1):1–10.
5. Gunderson JG, Kolb E, Austin A. The diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry.* 1981;138(7):896–903.
6. Gunderson JG, Kolb JE. Discriminating features of borderline patients. *Am J Psychiatry.* 1978;135(7):792–6.
7. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Third Edition) [Internet]. Spitzer RL, organizador. Text. Washington, D. C.: The American Psychiatric Association; 1980.
8. Spitzer RL, Endicott J, Gibbon M. Crossing the border Into borderline personality and borderline schizophrenia: The development of criteria. *Arch Gen Psychiatry.* 1979;36(1):17–24.
9. Silk KR, Lohr NE, Westen D, Goodrich S. Psychosis in borderline patients with depression. *J Pers Disord.* 1989;3(2):92–100.

10. APA. DSM-IV Sourcebook, Volume 2: DSM-IV Sourcebook. Widiger AW, Frances AJ, Ross R, First MB, Davis WW, organizadores. Washington, D. C.: American Psychiatric Association; 1996.
11. APA. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Edition. Washington, D. C.: American Psychiatric Association; 1994.
12. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). 2013.
13. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. No Title. *Lancet*. 2004;364(9432):453–61.
14. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL. Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *Am J Psychiatry*. 1990;147(2):161–7.
15. Verheul R. Personality disorder proposal for DSM-5: A heroic and innovative but nevertheless fundamentally flawed attempt to improve DSM-IV. *Clin Psychol Psychother*. 2012;19(5):369–71.
16. Herpertz SC, Huprich SK, Bohus M, Chanen A, Goodman M, Mehlum L, et al. The challenge of transforming the diagnostic system of personality disorders. *J Pers Disord*. 2017;31(5):577–89.
17. Paris J. The nature of borderline personality disorder: Multiple dimensions, multiple symptoms, but one category. *J Pers Disord*. 2007;21(5):457–73.
18. Zanarini MC, Frankenburg FR, Khera GS, Bleichmar J. Treatment histories of borderline inpatients. *Compr Psychiatry*. 2001;42(2):144–50.

19. Tyrer P, Mulder R, Kim Y-R, Crawford MJ. The Development of the ICD-11 Classification of personality disorders: An amalgam of science, pragmatism, and politics. *Annu Rev Clin Psychol.* 2019;15(1):481–502.
20. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry.* 2001; 58(6):590-596.
21. Trull TJ, Jahng S, Wood PK, Tomko RL, Sher KJ. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord.* 2010; 24(4):412-426.
22. Zimmerman M, Chelminski I, Young D. The frequency of personality disorders in psychiatric patients. Vol. 31, *Psychiatric Clinics of North America.* 2008. p. 405–20.
23. Korzekwa MI, Dell PF, Links PS, Thabane L, Webb SP. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Compr Psychiatry.* 2008;49(4):380–6.
24. Hayashi N, Igarashi M, Imai A, Osawa Y, Utsumi K, Ishikawa Y, et al. Psychiatric disorders and clinical correlates of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital in Tokyo. *BMC Psychiatry.* 2010;10.
25. Gross R, Olfson M, Gameroff M, Shea S, Feder A, Fuentes M, et al. Borderline personality disorder in primary care. *Arch Intern Med.* 2002;162(1):53–60.
26. Bernstein DP, Cohen P, Velez CN, Schwab-Stone M, Siever LJ, Shinsato L. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *Am J Psychiatry.* 1993;150(8):1237–43.

27. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN. Axis II psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(12):1752–9.
28. Zanarini MC, Horwood J, Wolke D, Waylen A, Fitzmaurice G, Grant BF. Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year-olds and 34,653 American adults. *J Pers Disord*. 2011;25(5):607–19.
29. Chanen AM, Jackson HJ, McGorry PD, Allot KA, Clarkson V, Hok PY. Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders*. 2004;18:526–41.
30. Burket RC, Myers WC. Axis I and personality comorbidity in adolescents with conduct disorder. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1995;23(1):73–82.
31. Grilo CM, Becker DF, Fehon DC, Walker ML, Edell WS, McGlashan TH. Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescents. *Am J Psychiatry*. 1996;153(8):1089–91.
32. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2008;64(4):533–45.
33. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Oldham JM. Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;118(5):410–3.
34. Biskin RS. The lifetime course of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2015;60(7):303–308.

35. Griffiths M. Validity, utility and acceptability of borderline personality disorder diagnosis in childhood and adolescence: Survey of psychiatrists. *Psychiatrist*. 2011;35(1):19–22.
36. Laurensen EMP, Hutsebaut J, Feenstra DJ, Van Busschbach JJ, Luyten P. Diagnosis of personality disorders in adolescents: A study among psychologists. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013;7(1):2-6.
37. Crick NR, Murray-Close D, Woods K. Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Dev Psychopathol*. 2005;17(4):1051–70.
38. Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM. Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. Vol. 28, *Clinical Psychology Review*. 2008. p. 969–81.
39. Kernberg PF, Weiner AS, Bardenstein KK. Assessment of personality disorders in children and adolescents. In: *Personality Disorders in Children and Adolescent*. 2000. p. 31–80.
40. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2001;158(2):295–302.
41. Chanen AM, Kaess M. Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*. 2012;14:45–53.
42. Becker DF, Grilo CM, Edell WS, McGlashan TH. Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: Comparison with hospitalized adults. *Am J Psychiatry*. 2002;159(12):2042–7.

43. Chabrol H, Montovany A, Ducongé E, Kallmeyer A, Mullet E, Leichsenring F. Factor structure of the Borderline personality inventory in adolescents. *Eur J Psychol Assess.* 2004;20(1):59–65.
44. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich B, Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry.* 2012;169(5):476–83.
45. Cicchetti D, Rogosch FA. A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2002;70:6–20.
46. Thompson KN, Jackson H, Cavelti M, Betts J, McCutcheon L, Jovev M, et al. The clinical significance of subthreshold borderline personality disorder features in outpatient youth. *J Pers Disord.* 2019;33(1):71–81.
47. Thompson KN, Jackson H, Cavelti M, Betts J, McCutcheon L, Jovev M, et al. Number of Borderline personality disorder criteria and depression predict poor functioning and quality of life in outpatient youth. *J Pers Disord.* 2019;33(1):71-81.
48. Aviram RB, Brodsky BS, Stanley B. Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry.* 2006; 14(5):249-256.
49. Rüsch N, Hölzer A, Hermann C, Schramm E, Jacob GA, Bohus M, et al. Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *J Nerv Ment Dis.* 2006;194(10):766-73.

50. Chanen AM, McCutcheon L. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: Current status and recent evidence. *Br J Psychiatry*. 2013;202(Suppl. 54):63-67.
51. Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, Garny de La Rivière S. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther*. 2018; 9:199-210.
52. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *J Pers Disord*. 2005; 19(5):505-523.
53. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2006;163(5):827-32.
54. Zanarini MC, Temes CM, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice GM. Description and prediction of time-to-attainment of excellent recovery for borderline patients followed prospectively for 20 years. *Psychiatry Res*. 2018;262:40-5.
55. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Wedig MM, Conkey LC, Fitzmaurice GM. Prediction of time-to-attainment of recovery for borderline patients followed prospectively for 16 years. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;130(3):205-13.
56. Ng FYY, Bourke ME, Grenyer BFS. Recovery from borderline personality disorder: A systematic review of the perspectives of consumers, clinicians, family and carers. *PLoS One*. 2016;11(8).
57. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice GM. Fluidity of the subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder

- over 16 years of prospective follow-up. *Am J Psychiatry*. 2016;173(7):688-94.
58. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-Year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry*. 2004;161(11):2108-14.
59. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. 1998;155(12):1733-9.
60. Zanarini MC, Temes CM, Magni LR, Fitzmaurice GM, Aguirre BA, Goodman M. Prevalence rates of borderline symptoms reported by adolescent inpatients with BPD, psychiatrically healthy adolescents and adult inpatients with BPD. *Personal Ment Health*. 2017;11(3):150-6.
61. Goodman M, Tomas IA, Temes CM, Fitzmaurice GM, Aguirre BA, Zanarini MC. Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personal Ment Health*. 2017;11(3):157-63.
62. Kramer U, Temes CM, Magni LR, Fitzmaurice GM, Aguirre BA, Goodman M, et al. Psychosocial functioning in adolescents with and without borderline personality disorder. *Personal Ment Health*. 2017;11(3):164-70.
63. Temes CM, Magni LR, Fitzmaurice GM, Aguirre BA, Goodman M, Zanarini MC. Prevalence and severity of childhood adversity in adolescents with BPD, psychiatrically healthy adolescents, and adults with BPD. *Personal Ment Health*. 2017;11(3):171-8.

64. Borkum DB, Temes CM, Magni LR, Fitzmaurice GM, Aguirre BA, Goodman M, et al. Prevalence rates of childhood protective factors in adolescents with BPD, psychiatrically healthy adolescents and adults with BPD. *Personal Ment Health*. 2017;11(3):189-94.
65. Zanarini MC, Temes CM, Magni LR, Aguirre BA, Hein KE, Goodman M. Risk factors for Borderline personality disorder in adolescents. *J Pers Disord*. 2019;1-8 doi: 10.1521/pedi_2019_33_425. [Epub ahead of print].
66. Sansone RA, Farukhi S, Wiederman MW. Utilization of primary care physicians in borderline personality. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011;33(4):343-6.
67. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Conkey LC, Fitzmaurice GM. Treatment rates for patients with borderline personality disorder and other personality disorders: A 16-year study. *Psychiatr Serv*. 2015;66(1):15-20.
68. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Silk KR, Hudson JI, McSweeney LB. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):929-35.
69. Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis II comorbidity of borderline personality disorder: Description of 6-year course and prediction to time-to-remission. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;110(6):416-20.
70. Martinho E Jr, Fitzmaurice GM, Frankenburg FR, Zanarini MC. Pro Re nata (as needed) psychotropic medication use in patients with borderline personality disorder and subjects with other personality disorders over

- 14 years of prospective follow-up. *J Clin Psychopharmacol*. 2014;34(4):499-503.
71. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Harned AL, Fitzmaurice GM. Rates of psychotropic medication use reported by borderline patients and axis II comparison subjects over 16 years of prospective follow-up. *J Clin Psychopharmacol*. 2015;35(1):1-5.
72. Silk KR. The process of managing medications in patients with borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract*. 2011;17(5):311-9.
73. Feurino L, Silk KR. State of the art in the pharmacologic treatment of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2011;13(1):69-75.
74. Cardeña E, Carlson E. Acute stress disorder revisited. *Annu Rev Clin Psychol*. 2011;7(1):245-67.
75. Stockdale GD, Gridley BE, Balogh DW, Holtgraves T. Confirmatory factor analysis of single- and multiple-factor competing models of the dissociative experiences scale in a nonclinical sample. *Assessment*. 2002;9(1):94-106.
76. Levin R, Spei E. Relationship of purported measures of pathological and nonpathological dissociation to self-reported psychological distress and fantasy immersion. *Assessment*. 2004;11(2):160-8.
77. Soffer-Dudek N, Lassri D, Soffer-Dudek N, Shahar G. Dissociative absorption: An empirically unique, clinically relevant, dissociative factor. *Conscious Cogn*. 2015;36:338-51.
78. Sel R. Dissociation as complex adaptation. *Med Hypotheses*. 1997;48(3):205-8.

79. Vermetten E, Spiegel D. Trauma and dissociation: Implications for borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2014;16(2).
80. Krause-Utz A, Winter D, Schriener F, Chiu C De, Lis S, Spinhoven P, et al. Reduced amygdala reactivity and impaired working memory during dissociation in borderline personality disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2018;268(4):401-15.
81. Dubester KA, Braun BG. Psychometric properties of the dissociative experiences scale. *J Nerv Ment Dis.* 1995;183(4):231-5.
82. Frischholz E, Braun B, Sachs R, Hopkins L, Shaeffer D, Lewis J, et al. The dissociative experiences scale: further replication and validation. *Dissociation.* 1990;3:151-3.
83. Carlson EB, Putnam FW, Ross CA, Torem M, Coons P, Dill DL, et al. Validity of the dissociative experiences scale in screening for multiple personality disorder: A multicenter study. *Am J Psychiatry.* 1993;150(7):1030-6.
84. Zingrone NL, Alvarado CS. The Dissociative Experiences Scale-II: descriptive statistics, factor analysis, and frequency of experiences. *Imagin Cogn Pers.* 2001;21(2):145-57.
85. Holtgraves T, Stockdale G. The assessment of dissociative experiences in a non-clinical population: Reliability, validity, and factor structure of the dissociative experiences scale. *Pers Individ Dif.* 1997;22(5):699-706.
86. Putnam FW, Carlson EB, Ross CA, Anderson G, Clark P, Torem M, et al. Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *J Nerv Ment Dis.* 1996;184(11):673-9.

87. Korzekwa MI, Dell PF, Pain C. Dissociation and borderline personality disorder: An update for clinicians. *Curr Psychiatry Rep.* 2009;11(1):82-8.
88. Krause-Utz A, Elzinga B. Current understanding of the neural mechanisms of dissociation in borderline personality disorder. *Curr Behav Neurosci Reports.* 2018;5(1):113-23.
89. Banich MT, Mackiewicz KL, Depue BE, Whitmer AJ, Miller GA, Heller W. Cognitive control mechanisms, emotion and memory: A neural perspective with implications for psychopathology. *Neurosc and Biobehav Reviews.* 2009; 33(5):613-630.
90. Ludäscher P, Bohus M, Lieb K, Philippsen A, Jochims A, Schmahl C. Elevated pain thresholds correlate with dissociation and aversive arousal in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2007;149(1-3):291-296.
91. Lyssenko L, Schmahl C, Bockhacker L, Vonderlin R, Bohus M, Kleindienst N. Dissociation in psychiatric disorders: A meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale. *Am J Psychiatry.* 2018;175(1):37-46.
92. Zanarini MC, Ruser T, Frankenburg FR, Hennen J. The dissociative experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry.* 2000;41(3):223-7.
93. Zanarini MC, Frankenburg FR, Jager-Hyman S, Reich DB, Fitzmaurice G. The course of dissociation for patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 10-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;118(4):291-6.

94. Zanarini MC. Childhood interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder. Belmont, MA; 2003.
95. Sharp C, Ha C, Michonski J, Venta A, Carbone C. Borderline personality disorder in adolescents: Evidence in support of the Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder in a sample of adolescent inpatients. *Compr Psychiatry*. 2012; 53(6):756-774.
96. Michonski JD, Sharp C, Steinberg L, Zanarini MC. An item response theory analysis of the DSM-IV borderline personality disorder criteria in a population-based sample of 11- to 12-year-old children. *Personal Disord*. 2013;4(1):15-22.
97. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL. The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II Disorders. *J Pers Disord*. 1989;3(1):10-8.
98. Gunderson JG, Zanarini MC, Choi-Kain LW, Mitchell KS, Jang KL, Hudson JI. Family study of borderline personality disorder and its sectors of psychopathology. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):753-62.
99. Chabrol H, Montovany A, Callahan S, Chouicha K, Ducongé E. Factor analyses of the DIB-R in adolescents. *J Pers Disord*. 2002 Aug;16(4):374-84.
100. van Asselt ADI, Dirksen CD, Arntz A, Severens JL. The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. *Eur Psychiatry*. 2007;22(6):354-61.
101. Soeteman DI, Roijen LH Van, Verheul R, Busschbach JJV. The economic burden of personality disorders in mental health care. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(2):259-65.

102. Meuldijk D, McCarthy A, Bourke ME, Grenyer BFS. The value of psychological treatment for borderline personality disorder: Systematic review and cost offset analysis of economic evaluations. *PLoS One*. 2017;12(3).
103. Bateman AW, Tyrer P. Services for personality disorder: organisation for inclusion. *Adv Psychiatr Treat*. 2004;10(6):425-33.
104. Wunsch EM, Kliem S, Kröger C. Population-based cost-offset estimation for the treatment of borderline personality disorder: Projected costs in a currently running, ideal health system. *Behav Res Ther*. 2014;60:1-7.
105. Bagge CL, Stepp SD, Trull TJ. Borderline Personality Disorder Features and Utilization of Treatment Over Two Years. *J Pers Disord*. 2005;19(4):420-39.
106. Cailhol L, Jeannot M, Rodgers R, Guelfi JD, Perez-Diaz F, Pham-Scottez A, et al. Brief Report: Borderline Personality Disorder and Mental Healthcare Service Use Among Adolescents. *J Pers Disord*. 2013;27(2):252-9.
107. Jane JS, Pagan JL, Turkheimer E, Fiedler ER, Oltmanns TF. The interrater reliability of the structured interview for DSM-IV Personality. *Compr Psychiatry*. 2006;47(5):368-75.
108. Chanen AM, Berk M, Thompson K. Integrating early intervention for borderline personality disorder and mood disorders. *Harvard Review of Psychiatry*. 2016; 24(5):330-341.
109. Feenstra DJ, Luyten P, Bales DL. Mentalization-based treatment for borderline personality disorder in adults and adolescents: For whom, when, and how? *Bull Menninger Clin*. 2017;81(3):264-80.

110. Mehlum L, Ramberg M, Tørmoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, et al. Dialectical behavior therapy compared with enhanced usual care for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: outcomes over a one-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(4):295-300.
111. Kaess M, Fischer-Waldschmidt G, Resch F, Koenig J. Health related quality of life and psychopathological distress in risk taking and self-harming adolescents with full-syndrome, subthreshold and without borderline personality disorder: rethinking the clinical cut-off? *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation*. 2017;4(1).
112. Korzekwa MI, Dell PF, Links PS, Thabane L, Fougere P. Dissociation in borderline personality disorder: A detailed look. *J Trauma Dissociation*. 2009;10(3):346-67.
113. Nivoli A, Nivoli LF, Antonioli M, Floris L, Folini L, Milia P, et al. Dissociative symptoms in borderline personality disorder. *Eur Psychiatry*. 2017;41:S258.
114. Shearer SL. Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1994;151(9):1324-8.
115. Haaland V, Landrø NI. Pathological dissociation and neuropsychological functioning in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;119(5):383-392.
116. Block MJ, Westen D, Ludolph P, Wixom J, Jackson A. Distinguishing female borderline adolescents from normal and other disturbed female adolescents. *Psychiatry (New York)*. 1991;54(1):89-103.

117. Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, Schwartz EO, Frankenburg FR. Childhood experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry*. 1989;30(1):18-25.
118. Atlas JA, Wolfson MA. Depression and dissociation as features of borderline personality disorder in hospitalized adolescents. *Psychol Rep*. 1996;78(2):624-6.
119. Kleindienst N, Limberger MF, Ebner-Priemer UW, Keibel-Mauchnik J, Dyer A, Berger M, et al. Dissociation predicts poor response to dialectical behavioral therapy in female patients with borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2011;25(4):432-47.
120. Kleindienst N, Priebe K, Go N, Dyer A, Steil R, Lyssenko L, et al. State dissociation moderates response to dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder in women with and without borderline personality disorder. *Eur J Psychotraumatol*. 2016;6(7):30375.
121. Harned MS. Treatment of posttraumatic stress disorder and comorbid borderline personality disorder. In: *Handbook of Treating Variants and Complications in Anxiety Disorders*. 2013. p. 203-21.
122. Granato HF, Wilks CR, Miga EM, Korslund KE, Linehan MM. The use of dialectical behavior therapy and prolonged exposure to treat comorbid dissociation and self-harm: the case of a client with borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychol*. 2015;71(8):805-15.
123. Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA. Inter-rater and test-retest reliability of the revised diagnostic interview for borderlines. *J Pers Disord*. 2002;16(3):270-6.

124. Zanarini MC, Frankenburg FR, Chauncey DL, Gunderson JG. The diagnostic interview for personality disorders: Interrater and test-retest reliability. *Compr Psychiatry*. 1987;28(6):467-80.
125. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): I: history, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(8):624-629.
126. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *J Pers Disord*. 2005;19(1):19-29.
127. Zanarini MC, Frankenburg FR, Vujanovic AA. Inter-rater and test-retest reliability of the revised diagnostic interview for borderlines. *J Pers Disord*. 2002;16(3):270-6.
128. Zanarini MC, Frankenburg FR. Attainment and maintenance of reliability of axis I and II disorders over the course of a longitudinal study. *Compr Psychiatry*. 2001;42(5):369-74.
129. Smith DC, Huber DL, Hall JA. Psychometric Evaluation of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnoses (KID-SCID). *J Hum Behav Soc Environ*. 2005;11(3-4):1-21.
130. Roelofs J, Muris P, Braet C, Arntz A, Beelen I. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnoses (Kid-SCID): First Psychometric Evaluation in a Dutch Sample of Clinically Referred Youths. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2014;46(3):367-75.
131. Huber DL, Hall JA. Psychometric evaluation of the structured clinical interview for DSM-IV childhood diagnoses (KID-SCID). In: *Approaches to Measuring Human Behavior in the Social Environment*. 2012. p. 1-22.

132. Zanarini MC. Background Information Schedule: adolescent version (BIS-AV). Belmont, MA; 2006.
133. Hollingshead AB. Two Factor Index of Social Position. New Haven, CT; 1957.
134. Ha C, Balderas JC, Zanarini MC, Oldham J, Sharp C. Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(5):457-64.
135. Wright AGC, Zalewski M, Hallquist MN, Hipwell AE, Stepp SD. Developmental trajectories of borderline personality disorder symptoms and psychosocial functioning in adolescence. *J Pers Disord*. 2015;30(3):351-72.
136. Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*. 2014;134(4):782-93.
137. Hilt RJ, Chaudhari M, Bell JF, Wolf C, Koprowicz K, King BH. Side effects from use of one or more psychiatric medications in a population-based sample of children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2014;24(2):83-9.
138. Medhekar R, Fujimoto K, Aparasu RR, Bhatara VS, Johnson ML, Alonzo JP, et al. Physician care coordination and the use of psychotropic polypharmacy in the management of pediatric mental disorders. In: *Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy*. 2019; 25(1)-29-26A.
139. Tannenbaum C, Sheehan NL. Understanding and preventing drug-drug and drug-gene interactions. *Expert Review of Clinical Pharmacology*. 2014; 7(4):533-544.

140. Jureidini J, Tonkin A, Jureidini E. Combination pharmacotherapy for psychiatric disorders in children and adolescents: Prevalence, efficacy, risks and research needs. *Pediatric Drugs*. 2013;15(6)-377-391.
141. McLaren JL, Barnett ER, Concepcion Zayas MT, Lichtenstein J, Acquilano SC, Schwartz LM, et al. Psychotropic medications for highly vulnerable children. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2018;19(6):547-560.
142. Vitiello B, Davico C. Twenty years of progress in paediatric psychopharmacology: Accomplishments and unmet needs. *Evid Based Ment Health*. 2018; 21(4):e10.
143. Correll CU, Manu P, Olshanskiy V, Napolitano B, Kane JM, Malhotra AK. Cardiometabolic risk of second-generation antipsychotic medications during first-time use in children and adolescents. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2009;302(16):1765-73.
144. Lawrence KA, Allen JS, Chanen AM. A study of maladaptive schemas and borderline personality disorder in young people. *Cognit Ther Res*. 2011;35(1):30-9.
145. Chanen AM, Jovev M, Jackson HJ. Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(2):297-306.
146. Weiner L, Perroud N, Weibel S. Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder in adults: a review of their links and risks. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2019;(15):3115-2129.
147. Speranza M, Revah-Levy A, Cortese S, Falissard B, Pham-Scottez A, Corcos M. ADHD in adolescents with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*. 2011; 11:158.

148. Pottegård A, Bjerregaard BK, Glintborg D, Hallas J, Moreno SI. The use of medication against attention deficit hyperactivity disorder in Denmark: A drug use study from a national perspective. *Eur J Clin Pharmacol*. 2012;68(10):1443-50.
149. Links PS, Shah R, Eynan R. Psychotherapy for borderline personality disorder: progress and remaining challenges. *Current Psychiatry Reports*. 2017;19(3).
150. Martín-Blanco A, Ancochea A, Soler J, Elices M, Carmona C, Pascual JC. Changes over the last 15 years in the psychopharmacological management of persons with borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;136(3):323-31.
151. Bozzatello P, Rocca P, De Rosa ML, Bellino S. Current and emerging medications for borderline personality disorder: is pharmacotherapy alone enough? *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2019;Nov 6:1-15.
152. Wockel L, Goth K, Matic N, Zepf FD, Holtmann M, Poustka F. Psychopharmacotherapy in adolescents with borderline personality disorder in inpatient and outpatient psychiatric treatment. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2010;38(1):37-49.
153. Bozzatello P, Bellino S, Bosia M, Rocca P. Early detection and outcome in borderline personality disorder. *Front Psychiatry*. 2019;10(October):1-16.
154. Atlas JA, Wolfson MA. Depression and dissociation as features of borderline personality disorder in hospitalized adolescents. *Psychol Rep*. 1996;78(2):624-6.
155. Putnam FW. Child development and dissociation. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1996;5(2):285-302.

156. Fruzzetti AE, Shenk C, Hoffman PD. Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Dev Psychopathol.* 2005;17(4):1007-30.
157. Friedrich WN, Gerber PN, Koplin B, Davis M, Giese J, Mykelbust C, et al. Multimodal assessment of dissociation in adolescents: Inpatients and juvenile sex offenders. *Sex Abuse A J Res Treat.* 2001;13(3):167-77.
158. Harter S, Bresnick S, Bouchee Ha, Whitesell Nr. The development of multiple role-related selves during adolescence. *Dev Psychopathol.* 1997;9(4):835-53.
159. Ibraheim M, Kalpakci A, Sharp C. The specificity of emotion dysregulation in adolescents with borderline personality disorder: comparison with psychiatric and healthy controls. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation.* 2017;4(1).
160. Zanarini MC, Jager-Hyman S. Dissociation in Borderline Personality Disorder. In: Dell PF, O'Neil JA, organizadores. *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond.* New York: Taylor & Francis Group, LLC; 2009. p. 487-94.
161. Wieland S. *Dissociation in Traumatized Children and Adolescents: Theory and Clinical Interventions: Second Edition.* 2015. 1-354 p.
162. Diseth TH. Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma - An overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nordic Journal of Psychiatry.* 2005; 59(2):79-91.
163. Waller NG, Putnam FW, Carlson EB. Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychol Methods.* 1996;1(3):300-21.

164. Allen JG, Coyne L. Dissociation and vulnerability to psychotic experience: The dissociative experiences scale and the MMPI-2. *J Nerv Ment Dis.* 1995;183(10):615-22.
165. Allen JG, Coyne L, Console DA. Dissociation contributes to anxiety and psychoticism on the brief symptom inventory. *J Nerv Ment Dis.* 1996;184(10):639-41.
166. Allen JG, Coyne L, Console DA. Dissociative detachment relates to psychotic symptoms and personality decompensation. *Compr Psychiatry.* 1997;38(6):327-34.
167. Butler LD, Duran REF, Jasiukaitis P, Koopman C, Spiegel D. Hypnotizability and traumatic experience: A diathesis-stress model of dissociative symptomatology. *Am J Psychiatry.* 1996;153(7):42-63.
168. Dell PF, O'Neil JA. Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond. Vol. 6. Taylor & Francis Group, LLC; 2009.
169. Rakic P, Bourgeois JP, Goldman-Rakic PS. Synaptic development of the cerebral cortex: Implications for learning, memory, and mental illness. *Prog Brain Res.* 1994;102(C):227-43.
170. Spear LP. Adolescent neurodevelopment. *Journal of Adolescent Health.* 2013;52(supl 2).
171. Crews F, He J, Hodge C. Adolescent cortical development: A critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacology Biochemistry and Behavior.* 2007;86(2):189-199.
172. Spear LP. The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neurosci Biobehav Rev.* 2000;24(4):417-63.

173. Blakemore SJ. Imaging brain development: The adolescent brain. *Neuroimage*. 2012; 61(2):397-406.
174. Steinberg L. Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Curr Dir Psychol Sci*. 2007;16(2):55-59.
175. McCormick CM, Mathews IZ. Adolescent development, hypothalamic-pituitary-adrenal function, and programming of adult learning and memory. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2010; 34(5): 756-765.
176. Eiland L, Romeo RD. Stress and the developing adolescent brain. *Neuroscience*. 2013;249:162-171.
177. Schore AN. Right-brain affect regulation. *Heal Power Emot Affect Neurosc*. 2009;112-144.
178. Schore AN. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J*. 2001;22(1-2):7-66.
179. Schore AN. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J*. 2001;22(1-2):201-69.
180. de Aquino Ferreira LF, Queiroz Pereira FH, Neri Benevides AML, Aguiar Melo MC. Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Res*. 2018;262:70-77.
181. 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):1788-92.

182. Simeon D, Nelson D, Elias R, Greenberg J, Hollander E. Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. *CNS Spectr.* 2003;8(10):755-62.
183. Van Den Bosch LMC, Verheul R, Langeland W, Van Den Brink W. Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female borderline patients with and without substance abuse problems. *Aust N Z J Psychiatry.* 2003;37(5):549-55.
184. Zanarini MC, Ruser TF, Frankenburg FR, Hennen J, Gunderson JG. Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *J Nerv Ment Dis.* 2000;188(1):26-30.
185. Lyons R. Dissociation and the parent infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *J Am Psychoanal Assoc.* 2003; 51:883-911.
186. Judd PH. Neurocognitive impairment as a moderator in the development of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology.* 2005; 17(4):1173-1196.
187. Mak ADP, Lam LCW. Neurocognitive profiles of people with borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry.* 2013; 26(1):90-96.
188. Briere J. Dissociative symptoms and trauma exposure: Specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress. *J Nerv Ment Dis.* 2006;194(2):78-82.
189. Jang KL, Livesley WJ, Vernon PA. Heritability of the Big Five Personality Dimensions and Their Facets: A Twin Study. *J Pers.* 1996;64(3):577-92.
190. Skoglund C, Tiger A, Rück C, Petrovic P, Asherson P, Hellner C, et al. Familial risk and heritability of diagnosed borderline personality disorder:

- a register study of the Swedish population. *Mol Psychiatry*. 2019 (Jun 3).
191. Putnam FW. Discussion: Are alter personalities fragments or figments? *Psychoanal Inq*. 1992;12(1):95-111.
192. Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP, Fulbright RK, Lacadie C, Skudlarski P, et al. Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: Implications for emotional dysregulation. *Biol Psychiatry*. 2003;54(11):1284-93.
193. Silbersweig D, Clarkin JF, Goldstein M, Kernberg OF, Tuescher O, Levy KN, et al. Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2007;164(12):1832-41.
194. Jacob A. GA, Zvonik K, Kamphausen S, Sebastian A, Maier S, Philipsen A, et al. Emotional modulation of motor response inhibition in women with borderline personality disorder: An fMRI study. *J Psychiatry Neurosci*. 2013;38(3):164-72.
195. Krause-Utz A, Frost R, Winter D, Elzinga BM. Dissociation and alterations in brain function and structure: implications for borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(1).
196. Ebner-Priemer UW, Mauchnik J, Kleindienst N, Schmahl C, Peper M, Rosenthal MZ, et al. Emotional learning during dissociative states in borderline personality disorder. *J Psychiatry Neurosci*. 2009;34(3):214-22.
197. Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Christian S, Bremner JD, et al. Emotion modulation in PTSD: Clinical and

- neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry*. 2010;167(6): 640-647.
198. Harned M, Rizvi S, Linehan MM. Impact of co-occurring posttraumatic stress disorder on suicidal women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2010;167(October):1210-1217.
199. Bohus M, Schmahl C, Fydrich T, Steil R, Müller-Engelmann M, Herzog J, et al. A research programme to evaluate DBT-PTSD, a modular treatment approach for Complex PTSD after childhood abuse. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation*. 2019;6(1).
200. Silberg J. Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescents. *J Trauma Dissociation*. 2005;1(3):109-34.
201. Rathus JH, Miller AL. An introduction to Dialectical Behavior Therapy and skills training. In: *DBT Skills Manual for Adolescents*. 2015. p. 3-19.
202. DeRosa RR, Rathus JH. Dialectical behavior therapy with adolescents. In: Ford JD, Courtois CA, organizadores. *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models*. New York: The Guilford Press; 2013. p. 225-48.
203. Ensink K, Bégin M, Normandin L, Godbout N, Fonagy P. Mentalization and dissociation in the context of trauma: Implications for child psychopathology. *J Trauma Dissociation*. 2017;18(1):11-30.

9 ANEXOS

9.1 Artigo submetido ao *Journal of Personality Disorders*

Treatment Histories Reported by Adolescent and Adult Inpatients with Borderline Personality Disorder

Eduardo Martinho, Jr, MD

Euripedes C. Miguel, MD, PhD

Christina M. Temes, PhD

Laura Rosa Magni, PhD

Katherine E. Hein, MHS

Garrett M. Fitzmaurice, ScD

Blaise Aguirre, MD

Marianne Goodman, MD

Eurípedes C. Miguel, MD, PhD

Mary C. Zanarini, EdD

From the Laboratory for the Study of Adult Development, McLean Hospital,
Belmont, Massachusetts, USA (C. M. T., K. E. H., G. M. F., M. C. Z);
Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA (G. M. F., M. C. Z);
Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA (M. G.);
James J. Peters Veterans Affairs Medical Center, New York, NY, USA (M.
G.); Unit of Psychiatry, IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio,
Fatebenefratelli, Brescia, Italy (L. R. M.); Department & Institute of
Psychiatry, Faculdade de Medicina, Universidade de Sao Paulo, SP, Brazil
(E. M., E. C. M.).

Abstract

In this study we assessed the psychiatric treatment histories reported by adolescent inpatients with borderline personality disorder (BPD). Subsequently, we compared these treatment histories to those reported by a separate sample of adult inpatients with BPD. One hundred and four hospitalized girls and boys aged 13-17 who met rigorous criteria for BPD were interviewed concerning their histories of psychiatric treatment. The same semi-structured interview, which has proven psychometric properties, was administered to 290 adults aged 18 or older who met the same criteria for BPD. Borderline adolescents and adults had similar lifetime rates of individual psychotherapy (93% vs. 96%), history of taking standing medications (93% vs. 84%), and polypharmacy (68% vs. 66%). However, adolescents were significantly more likely than adults with BPD to have a history of prior psychiatric hospitalizations (96% vs. 79%) and to have been in group therapy (54% vs. 36%). In contrast, they were significantly less likely than adults with BPD to have been in intensive individual therapy (0% vs. 36%), self-help groups (7% vs. 51%), and residential treatment (13% vs. 36%). Taken together, the results of this study suggest that hospitalized adolescents and adults with BPD both have a complex treatment history, with high lifetime rates of outpatient and more intensive treatments.

Keywords: Borderline personality disorder; adolescence; treatment histories; outpatient treatment; psychiatric hospitalization; pharmacological treatment

Introduction

Borderline personality disorder (BPD) is a common mental health condition, which occurs in 1-3% of adult nonclinical samples (Lenzenweger, Lane, Loranger, & Kessler, 2007; Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001; Trull, Jahng, Wood, Tomko, & Sher, 2010). Adults with BPD are significantly more likely to use most types of psychiatric treatment, including psychiatric hospitalizations, psychotropic medications, and psychosocial treatments than individuals with mood disorders and other personality disorders (Bender et al., 2001; Zanarini, Frankenburg, Khera, & Bleichmar, 2001b). Consequently, BPD is one of the most costly psychiatric disorders (Soeteman, Roijen, Verheul, & Busschbach, 2008; van Asselt, Dirksen, Arntz, & Severens, 2007). Evidence-based treatments, although rarely available due to the scarcity of trained clinicians, have markedly reduced the costs of BPD (Meuldijk, McCarthy, Bourke, & Grenyer, 2017) by decreasing the use of ineffective forms of care, such as unstructured hospital admissions and polypharmacy (Bateman & Tyrer, 2004; Wunsch, Kliem, & Kröger, 2014). Additionally, early diagnosis and intervention programs for the treatment of BPD (Chanen, Berk, & Thompson, 2016), may result in better clinical outcomes (Biskin, 2013; Kaess, Ghinea, Fischer-Waldschmidt, & Resch, 2017a).

In this context, it is very important to understand the relationship between BPD in adolescence and utilization of mental health services. Unfortunately, relatively few studies have been conducted to evaluate this issue. Bagge, Stepp, & Trull (2005) found that borderline features in adolescence prospectively predicted utilization of psychopharmacological and psychosocial treatments. Cailhol et al.

(2013) found that adolescents who were diagnosed with BPD reported intensive treatment histories, with 98% of them using outpatient services (specifically, 47% engaged in psychotherapy, and 55% being treated with multiple psychotropic medications).

The current study has two purposes. The first is to describe the types of psychiatric treatment received by a well-defined sample of adolescents with BPD. The second is to compare these treatment histories to those reported by a separate sample of adult inpatients with BPD. Its design is distinguished by the methodological rigor with which patients were diagnosed, and by the inclusive list of treatment modalities assessed.

Method

The methodology of this study has been presented before in detail (Zanarini et al., 2017). Briefly, all adults with BPD were inpatients at McLean Hospital in Belmont, Massachusetts, who were admitted between June 1992 and December 1995. Each patient was first screened to determine whether he/she 1) was between the ages of 18 and 35 years; 2) had a known or estimated IQ of 71 or higher; 3) and had no history or current symptoms of schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar I disorder, or an organic condition that could cause serious psychiatric symptoms. Adolescents with presumptive BPD who were 13-17 years old were recruited from four units at McLean Hospital and one unit at Mount Sinai Medical Center between August 2007 and September 2012.

The institutional review boards at the participating institutions approved all study procedures. Written informed consent was obtained from each adult subject and written consent from a parent and assent from the adolescent subjects. Three

semi-structured diagnostic interviews were then administered to each subject blind to his or her clinical diagnoses. These instruments were the following: (1) the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I Disorders (SCID-I; Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1992) to the adults or the Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnoses (KID-SCID; Hien et al., 1994) to the adolescents; (2) the Revised Diagnostic Interview for Borderlines (DIB-R; (Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1989); and (3) the Diagnostic Interview for DSM-III-R Personality Disorders (DIPD-IV; Zanarini, Frankenburg, Chauncey, & Gunderson, 1987) to the adults or the Childhood Interview for DSM-IV BPD (CI-BPD; (Sharp, Ha, Michonski, Venta, & Carbone, 2012) to the adolescents. Inter-rater and test–retest reliability of the SCID-I, the DIB-R, the DIPD, the KID-SCID, and the CI-BPD have all been found to be good–excellent (Sharp et al., 2012; Smith, Huber, & Hall, 2005; Zanarini & Frankenburg, 2001a; Zanarini, Frankenburg, & Vujanovic, 2002).

Treatment history was assessed using the Background Information Schedule (BIS; (Zanarini, Frankenburg, Khera, & Bleichmar, 2001b– a semi-structured interview designed to assess the psychosocial functioning and treatment histories of patients with borderline personality disorder. The inter-rater and test-retest reliability and the concurrent validity of the BIS have been found to be good-excellent (Zanarini et al., 2005).

Statistical Analyses

Between-group differences in demographic variables were assessed using the Student's t-test for continuous variables and the Pearson chi-squared for binary variables. Between-group comparisons of variables related to treatment history were

conducted using logistic regression, adjusted for sex and race as there were between-group differences for these two demographic variables. Bonferroni correction for multiple comparisons was made using an adjusted α -level of 0.004 (0.05/14).

Results

Subjects

Two hundred and ninety subjects were adult inpatients at McLean Hospital who met both DIB-R and DSM-III-R criteria for BPD. One hundred and four subjects were adolescents who met both DIB-R and DSM-IV criteria for BPD. Seventy of these boys and girls were inpatients at McLean Hospital, and the other 34 were inpatients at Mount Sinai.

Demographic characteristics have also been described before (Zanarini et al., 2017). Briefly, adolescents with BPD were significantly more likely to be female and nonwhite than adults with BPD. Adolescents with BPD were also significantly younger (as expected) than adults with BPD (by about 11 years). In addition, they came from a significantly higher socioeconomic class than adults with BPD. In terms of Global Assessment of Functioning scores, adolescents with BPD had significantly lower scores (by about 4 points) than adults with BPD.

Treatment Histories

On average, adolescents and adults with BPD reported first experiencing psychiatric symptoms at similar ages: 10.4 years (SD=3.5) for adolescents, and 10.8 years (SD=5.3) for adults, ($t=-0.73$, $p=0.46$). Additionally, borderline adolescents first entered treatment at 11.5 (SD=3.6) years of age, and adults with BPD first

entered psychiatric treatment at 17.3 (SD=6.2) years of age. This represents a 5.7-year difference, which is highly significant ($t=-9.0$, $p<0.001$).

Table 1 details the percentages of adolescents and adults with BPD who reported participating in each of the 14 treatment modalities studied. At the Bonferroni corrected α -level of 0.004, there were no significant differences between adolescents and adults with BPD regarding the reported use of individual psychotherapy, couples/family therapy, day treatment, day and/or residential treatment, multiple prior hospitalizations, standing medications, polypharmacy, intensive polypharmacy, and ECT treatments. In comparison to adults with BPD, a higher percentage of adolescents with BPD reported the use of group therapy (54% vs. 36%) and prior psychiatric hospitalization (96% vs. 79%). Additionally, a significantly smaller percentage of adolescents with BPD reported the use of self-help groups (7% vs. 51%), intensive individual psychotherapy (two or more appointments per week) (0% vs. 36%), and residential treatment (13% vs. 37%).

Discussion

This study found that adolescents diagnosed with full-blown BPD reported an intensive use of mental health resources, comparable to adults with BPD in many modalities. Similar to adults, more than 90% of the adolescents with BPD had a lifetime history of individual therapy and using psychotropic medications, and almost 40% of the adolescents reported the use of day and/or residential treatment. Taking into account that adolescents with BPD report BPD symptomatology as severe as that reported by adults with the disorder (Zanarini et al., 2017), and also

show similar patterns of complex psychiatric comorbidity (Ha, Balderas, Zanmarini, Oldham, & Sharp, 2014), low quality of life (Kaess, Fischer-Waldschmidt, Resch, & Koenig, 2017b), and poor psychosocial functioning (Kramer et al., 2017; Wright, Zalewski, Hallquist, Hipwell, & Stepp, 2015), it seems reasonable to expect they would share a similar pattern of mental health care utilization.

Our study also has found some differences between the mental healthcare service use between adolescents and adults. For instance, adolescents with BPD reported a higher prevalence of a prior psychiatric hospitalization, above 95%. Adolescents with BPD are more likely to present with more “acute” symptoms (i.e., affective instability, recurrent self-harm and suicidal behavior) than adults (Chanen, Jovev, & Jackson, 2007; Lawrence, Allen, & Chanen, 2011; Zanmarini, Frankenburg, Reich, & Fitzmaurice, 2016), which may increase the risk for acute hospitalizations. The lower participation of adolescents compared to adults with BPD in self-help groups (7% vs. 51%) probably reflects the fact that most self-help groups, such as Alcoholics Anonymous, are tailored mainly for adults. Some other differences, such as higher reported use of group therapy (54% vs. 36%) and no use of intensive psychotherapy (0% vs. 36%) by adolescents with BPD, might be better explained by age cohort effects, since there has been an evolution in the understanding that group therapy is an effective strategy in the treatment of BPD and that more intensive therapies are not always superior to less intensive therapy (Links, Shah, & Eynan, 2017). In addition, adolescents may have been more likely to reside with their family of origin before their index admission, while adults needing more extended care than a brief hospitalization may have been treated in a residential program due to the length and severity of their illness.

Finally, our finding that adolescents with BPD have accessed mental health services 5.7 years before adults could be attributed to differences in the onset of severe psychiatric symptoms. For instance, the adolescents with BPD were significantly younger at the time of their first episode of self-harm ($M=12.9$ years, $SD=2.2$) and at their first suicide attempt ($M=14$ years, $SD=2.5$) than adults with BPD ($M=15.8$ years, $SD=7.3$; $M=19$ years, $SD=6.8$), $p<0.001$ (Goodman et al., 2017). Another possibility is that there is less stigma around being hospitalized in the age cohort of the adolescents than the adults in this study. What this means for the long-term course of their BPD and psychosocial functioning is a key question that needs further study.

Limitations include that all subjects were initially inpatients. It may well be that borderline patients who have never been hospitalized have less extensive treatment histories. Also, we collected data about treatment histories from patient report, which may suffer from some reporting biases. However, participants had to provide detailed vignettes of treatment experiences, and ambiguous accounts were not counted. Finally, these study groups represent different age cohorts and thus, even though symptomatically the two groups of borderline patients were very similar, it is unclear whether they had different environmental or biological factors determining the onset of BPD.

Taken together, the results of this study suggest that treatment histories in adolescents with BPD are as complex as those reported by adults with BPD, with high lifetime rates of both outpatient and more intensive treatments.

References

- Bagge, C. L., Stepp, S. D., & Trull, T. J. (2005). Borderline Personality Disorder Features and Utilization of Treatment Over Two Years. *Journal of Personality Disorders, 19*(4), 420–439. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.4.420>
- Bateman, A. W., & Tyrer, P. (2004). Services for personality disorder: organisation for inclusion. *Advances in Psychiatric Treatment, 10*(6), 425–433. <https://doi.org/10.1192/apt.10.6.425>
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., ... Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 158*(2), 295–302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.295>
- Biskin, R. S. (2013). Treatment of borderline personality disorder in youth. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry.*
- Cailhol, L., Jeannot, M., Rodgers, R., Guelfi, J. D., Perez-Diaz, F., Pham-Scottez, A., ... Speranza, M. (2013). Brief Report: Borderline Personality Disorder and Mental Healthcare Service Use Among Adolescents. *Journal of Personality Disorders, 27*(2), 252–259. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_041
- Chanen, A. M., Berk, M., & Thompson, K. (2016). Integrating early intervention for borderline personality disorder and mood disorders. *Harvard Review of Psychiatry.* <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000105>
- Chanen, A. M., Jovev, M., & Jackson, H. J. (2007). Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*(2), 297–306. <https://doi.org/10.4088/JCP.v68n0217>

- Goodman, M., Tomas, I. A., Temes, C. M., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., & Zanarini, M. C. (2017). Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 11(3), 157–163. <https://doi.org/10.1002/pmh.1375>
- Ha, C., Balderas, J. C., Zanarini, M. C., Oldham, J., & Sharp, C. (2014). Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(5), 457–464. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08696>
- Kaess, M., Ghinea, D., Fischer-Waldschmidt, G., & Resch, F. (2017). [The Outpatient Clinic for Adolescent Risk-taking and Self-harm behaviors (AtR!Sk) - A Pioneering Approach of Outpatient Early Detection and Intervention of Borderline Personality Disorder]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. <https://doi.org/10.13109/prkk.2017.66.6.404>
- Kaess, Michael, Fischer-Waldschmidt, G., Resch, F., & Koenig, J. (2017). Health related quality of life and psychopathological distress in risk taking and self-harming adolescents with full-syndrome, subthreshold and without borderline personality disorder: rethinking the clinical cut-off? *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0058-4>
- Kramer, U., Temes, C. M., Magni, L. R., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., Goodman, M., & Zanarini, M. C. (2017). Psychosocial functioning in adolescents with and without borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 11(3), 164–170. <https://doi.org/10.1002/pmh.1377>

- Lawrence, K. A., Allen, J. S., & Chanen, A. M. (2011). A study of maladaptive schemas and borderline personality disorder in young people. *Cognitive Therapy and Research*, 35(1), 30–39. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9292-4>
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019>
- Links, P. S., Shah, R., & Eynan, R. (2017). Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Progress and Remaining Challenges. *Current Psychiatry Reports*. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0766-x>
- Meuldijk, D., McCarthy, A., Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. S. (2017). The value of psychological treatment for borderline personality disorder: Systematic review and cost offset analysis of economic evaluations. *PLoS ONE*, 12(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171592>
- Sharp, C., Ha, C., Michonski, J., Venta, A., & Carbone, C. (2012). Borderline personality disorder in adolescents: Evidence in support of the Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder in a sample of adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.12.003>
- Smith, D. C., Huber, D. L., & Hall, J. A. (2005). Psychometric Evaluation of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnoses (KID-SCID). *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. https://doi.org/10.1300/j137v11n03_01

- Soeteman, D. I., Roijen, L. H. Van, Verheul, R., & Busschbach, J. J. V. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2), 259–265. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0212>
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): I: History, Rationale, and Description. *Archives of General Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820080032005>
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>
- Trull, T. J., Jahng, S., Wood, P. K., Tomko, R. L., & Sher, K. J. (2010). Revised NESARC Personality Disorder Diagnoses: Gender, Prevalence, and Comorbidity with Substance Dependence Disorders. *Journal of Personality Disorders*. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.412>
- van Asselt, A. D. I., Dirksen, C. D., Arntz, A., & Severens, J. L. (2007). The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. *European Psychiatry*, 22(6), 354–361.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.04.001>
- Wright, A. G. C., Zalewski, M., Hallquist, M. N., Hipwell, A. E., & Stepp, S. D. (2015). Developmental Trajectories of Borderline Personality Disorder Symptoms and Psychosocial Functioning in Adolescence. *Journal of Personality Disorders*, 30(3), 351–372.
https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_200

- Wunsch, E. M., Kliem, S., & Kröger, C. (2014). Population-based cost-offset estimation for the treatment of borderline personality disorder: Projected costs in a currently running, ideal health system. *Behaviour Research and Therapy*, 60, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.06.002>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Chauncey, D. L., & Gunderson, J. G. (1987). The diagnostic interview for personality disorders: Interrater and test-retest reliability. *Comprehensive Psychiatry*, 28(6), 467–480. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(87\)90012-5](https://doi.org/10.1016/0010-440X(87)90012-5)
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2005). Psychosocial Functioning of Borderline Patients and Axis II Comparison Subjects Followed Prospectively for Six Years. *Journal of Personality Disorders*, 19(1), 19–29. <https://doi.org/10.1521/pedi.19.1.19.62178>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Khera, G. S., & Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 144–150. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.19749>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2016). Fluidity of the subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 173(7), 688–694. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15081045>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., & Vujanovic, A. A. (2002). Inter-Rater and Test-Retest Reliability of the Revised Diagnostic Interview for Borderlines. *Journal of Personality Disorders*, 16(3), 270–276. <https://doi.org/10.1521/pedi.16.3.270.22538>

Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989).

The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3(1), 10–18.

<https://doi.org/10.1521/pedi.1989.3.1.10>

Zanarini, M. C., Temes, C. M., Magni, L. R., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., &

Goodman, M. (2017). Prevalence rates of borderline symptoms reported by adolescent inpatients with BPD, psychiatrically healthy adolescents and adult inpatients with BPD. *Personality and Mental Health*, 11(3), 150–156.

<https://doi.org/10.1002/pmh.1378>

9.2 Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise das Vivências Dissociativas e das Modalidades de Tratamentos Prestados a Adolescentes Portadores de Transtorno de Personalidade Borderline

Pesquisador: Eurípedes Constantino Miguel Filho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 81181517.0.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.574.435

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de doutorado em que se prevê a análise de dados obtidos em estudo intitulado "McLean/MountSinai study of child and adolescent development (MSCAD)".

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos do projeto de doutorado estão listados a seguir e envolvem a análise de dados do projeto "McLean/MountSinai study of child and adolescent development (MSCAD)"

- 1) Analisar o uso das modalidades de tratamento psiquiátrico relatadas por adolescentes internados com o diagnóstico de transtorno de personalidade borderline (TPB) comparando essas histórias de tratamento com as relatadas por pacientes adultos internados com TPB e adolescentes sem transtornos psiquiátricos.
- 2) Estudar o uso de medicamentos psicotrópicos, incluindo as diferentes classes de medicamentos, relatados por adolescentes internados com diagnóstico de TPB, comparando-os com o uso de medicamentos em adultos internados com o diagnóstico de TPB
- 3) Comparar o uso de medicamentos psicotrópicos relatados por adolescentes com TPB com as recomendações preconizadas pela APA (American Psychiatric Association), NICE (English Government – National Institute for Health and Clinical Excellence) and NHMRC (Australian Government – National Health and Medical Research Council)
- 4) Descrever a gravidade e as características das vivências dissociativas relatadas por adolescentes

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 3.574.435

portadores de TPB, comparando a sintomatologia relatada por pacientes adultos internados com TPB e adolescentes sem transtornos psiquiátricos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo está em desenvolvimento nos EUA com aprovação de Comissão de ética local. Consta carta de anuência do investigador principal do estudo, Dr. Mary Zanarini.

O TCLE contempla riscos e benefícios adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A resposta à pendência coloca que "O projeto de pesquisa de fato está ocorrendo nos EUA, onde ele já foi aprovado pelo Institutional Review Board (IRB) do Hospital McLean e da Icahn School of Medicine at Mount Sinai. Somente indivíduos dessas instituições foram alocados no presente projeto de pesquisa. Em nossa instituição, será feita somente a análise dos dados coletados desses pacientes.

Em relação ao consentimento em pesquisa, os indivíduos do McLean Study of Child and Adolescent Development (MSCAD) são adolescentes, de 13-17 anos. Portanto, para fazerem parte do projeto de pesquisa, era necessário que tanto os pais (termo de consentimento livre e esclarecido está nas páginas 2 a 7) quanto os adolescentes (termo de assentimento livre e esclarecido está nas páginas 8 a 11) anuissem em participar desse projeto.

Em nossa instituição, serão feitas somente as análises de dados coletados. Em relação aos pagamentos aos indivíduos participantes do projeto de pesquisa pela participação deles, essa é uma prática aceita pelos IRB no local de realização do projeto."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE é aplicado a pais de menores de idade e um termo de assentimento é aplicado ao participante menor de idade. Responsáveis e menor devem assinar os termos, de acordo com o TCLE apresentado. É prevista o pagamento de bônus pela participação na pesquisa, de acordo com regras locais dos EUA, como informado na carta de esclarecimento. Foi enviada aprovação do Comitê de ética onde o estudo está sendo realizado.

Recomendações:

O projeto de pesquisa de fato está ocorrendo nos EUA, onde ele já foi aprovado pelo Institutional Review Board (IRB) do Hospital McLean e da Icahn School of Medicine at Mount Sinai. Somente indivíduos dessas instituições foram alocados no presente projeto de pesquisa. Em nossa instituição, será feita somente a análise dos dados coletados desses pacientes.

Em relação ao consentimento em pesquisa, os indivíduos do McLean Study of Child and Adolescent

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 3.574.435

Development (MSCAD) são adolescentes, de 13-17 anos. Portanto, para fazerem parte do projeto de pesquisa, era necessário que tanto os pais (termo de consentimento livre e esclarecido está nas páginas 2 a 7) quanto os adolescentes (termo de assentimento livre e esclarecido está nas páginas 8 a 11) anuíssem em participar desse projeto.

Em nossa instituição, serão feitas somente as análises de dados coletados. Em relação aos pagamentos aos indivíduos participantes do projeto de pesquisa pela participação deles, essa é uma prática aceita pelos IRB no local de realização do projeto.

Reitero nossa disposição em prestar esclarecimentos adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram adequadamente respondidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1047840.pdf	29/07/2019 15:57:27		Aceito
Outros	respostaparecer.doc	29/07/2019 15:56:59	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito
Outros	FMUSPproj.pdf	15/12/2017 13:27:20	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	curriculummartinho.docx	12/12/2017 22:54:50	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito
Brochura Pesquisa	brochuramscad.pdf	12/12/2017 22:50:06	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito
Outros	brochuramsad.pdf	12/12/2017 22:48:44	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito
Outros	MSCAD_aprovalCR.pdf	12/12/2017 22:27:39	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito
Outros	MSAD_aprovalCR.pdf	12/12/2017 22:25:15	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.246-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 3.574.435

Declaração de Pesquisadores	cartaanuencia.pdf	12/12/2017 22:21:44	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclemsadmscad.pdf	12/12/2017 22:19:28	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projdoutorado.pdf	12/12/2017 22:15:49	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito
Parecer Anterior	3909_0001.pdf	12/12/2017 18:27:30	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito
Folha de Rosto	3908_0001.pdf	12/12/2017 18:26:34	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 13 de Setembro de 2019

Assinado por:

Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador(a))

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

9.3 Childhood Interview for Borderline Personality Disorder (CI-BPD)

January 12, 2003

CHILDHOOD INTERVIEW FOR DSM-IV BORDERLINE PERSONALITY DISORDER (CI-BPD)

Mary C. Zanarini, Ed.D.

McLean Hospital and Harvard Medical School

Copyright © 2003 Mary C. Zanarini.

2

Background Questions

1. How old are you? _____
2. What grade are you in? _____
3. Are your parents still together? _____
4. Do you have any brothers or sisters? _____
5. (IF YES) How many? _____
6. Do you have any close friends? _____
7. (IF YES) How many? _____
8. How often do you see him/her/them? _____
9. Are you close to any other relatives? _____
10. (IF YES) Who? _____
11. Are you close to anyone else (e.g.,
a teacher, coach, or neighbor)? _____
12. (IF YES) Who? _____
13. Who do you live with? _____
14. (IF LEAVES OUT OTHER LIKELY
PEOPLE, ASK) Anyone else? _____

3

Before we begin, I want to point out that the questions in this interview concern the past two years of your life or the period since you were (APPROPRIATE AGE) and were in the (APPROPRIATE YEAR IN SCHOOL) grade. I also want to point out that I'm mainly interested in learning about feelings, thoughts, and behaviors that have been typical for you during this two-year period. However, I will be asking you a number of questions about specific things that you may have done only when you were particularly upset.

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

During the past two years, have you ...

1. ... felt very angry a lot of the time?

How about often felt really angry inside but managed to hide it so that other people didn't know about it?

Frequently behaved in an angry manner (e.g., often teased people or said mean things, frequently yelled at people, repeatedly broken things)?

How about become very angry and gotten into physical fights with someone you're close to?

(Inappropriate, intense anger or difficulty controlling anger, e.g., frequent displays of temper, constant anger, recurrent physical fights: 2=definitely present, 1=probably present, 0=absent)

2. ... often found that your mood has changed suddenly (e.g., from feeling OK to feeling really sad or very angry or extremely nervous, fearful, or scared)?

How about from feeling OK to feeling enraged, panicked, or totally hopeless?

Had a lot of mood changes?

Been told that you're a moody person?

(IF YES TO ANY OF ABOVE) Do these mood changes typically last only a few hours to a few days?

(Affective instability due to a marked reactivity of mood [e.g., intense episodic dysphoria, irritability, or anxiety usually lasting a few hours and only rarely more than a few days]: 2=definitely present, 1=probably present, 0=absent)

3. ... felt empty a lot of the time?

How about that you had no feelings inside?

4

That there was nothing inside?

(Chronic feelings of emptiness: 2=definitely present, 1=probably present, 0=absent)

4. ... often been unsure of what kind of person you are?

Frequently gone from feeling sort of OK about yourself to feeling that you're bad or even evil?

Often felt that you had no consistent or steady sense of yourself?

How about that you had no identity?

That you had no idea of who you are or what you believe in?

That you don't even exist?

(Identity disturbance: markedly and persistently unstable self-image or sense of self: 2=definitely present, 1=probably present, 0=absent)

5. ... often felt very distrustful or suspicious of other people?

How about believed that they were taking advantage of you or blaming you for things that weren't your fault?

Were staring at you, talking about you behind your back, or laughing at you?

Frequently felt as if you were physically separated from your feelings or as though you were viewing yourself from a distance?

Often felt as if you were in a dream or as though something like a window was between you and the world?

Repeatedly had times when you felt spaced out or numb?

How about when you felt emotionally dead?

(IF YES TO ANY OF ABOVE) Did these feelings come and go or were they almost always there?

Did they only occur when you were under stress?

How about get worse when you were under a lot of stress?

(Transient stress-related paranoid ideation or severe dissociative symptoms: 2=definitely present, 1=probably present, 0=absent)

5

6. frequently tried to avoid feeling completely alone or abandoned (e.g., often called someone you're close to because you were feeling totally alone or scared)?

How about tried to avoid being left alone or abandoned (e.g., pleaded with people not to leave you, clung to them physically, refused to leave their home or office)?

(Frantic efforts to avoid real or imagined abandonment [do not include suicidal or self-mutilating behavior covered elsewhere]: 2=definitely present, 1=probably present, 0=absent)

7. ... deliberately hurt yourself without meaning to kill yourself (e.g., cut yourself, burned yourself, punched yourself, put your hand through windows, punched walls, banged your head)? (IF YES) How many times?

Threatened to kill yourself? (IF NO) How about told someone that you're going to kill yourself to let them know you're in pain? To see if they care? (IF YES TO ANY OF ABOVE) How many times?

Actually tried to kill yourself? (IF YES) How many times?

(Recurrent suicidal behavior, gestures, or threats, or self-mutilating behavior: 2=definite pattern of self-mutilation or suicidal efforts [two or more times], 1=probable pattern of self-mutilation or suicidal efforts [one time], 0=no pattern of self-mutilation or suicidal efforts [no times])

8. ... gotten really drunk? (IF YES) How many times? (2=5 times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

High on prescription or street drugs? (IF YES) How many times? (2=5 times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

Impulsively gotten sexually involved with anyone or had any brief affairs? (IF YES) How many times? (2=five times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

Had times where you ate so much food that you were in a lot of pain or had to force yourself to throw up? (IF YES) How many times? (2=5 times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

Spent all of your money as soon as you got it? (IF YES) How many times? (2=5 times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

Lost your temper and really shouted, yelled, or screamed at anyone? (IF YES) How many times? (2=5 times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

Threatened to physically harm anyone (e.g., told someone that you would punch him, stab him, or kill him)? (IF YES) How many times? (2=5 times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

6

Shoved, slapped, punched, or kicked someone)? (IF YES) How many times? (2=5 times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

Been in any fistfights? (IF YES) How many? (2=5 times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

Deliberately damaged property (e.g., smashed dishes, broken furniture, destroyed some of your own things)? (IF YES) How many times? (2=5 times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

Driven far too fast or while you were under the influence of alcohol or drugs? (IF YES) How many times? (2=five times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

Done anything that's against the law (e.g., shoplifted, sold drugs, destroyed public property)? (IF YES) How many times? (2=5 times or more, 1=3-4 times, 0=0-2 times)

(Impulsivity in at least two areas that are potentially self-damaging [do not include suicidal or self-mutilating behavior covered elsewhere]: 2=definite impulsiveness in two areas [two areas given a rating of 2], 1=probable impulsiveness in two areas, 0=not impulsive in two areas)

9. ... often gone from loving and admiring someone to feeling that you can't stand him or her?

Often gone from feeling like you couldn't live without someone to needing to get away from him or her?

Had any stormy relationships or relationships with a lot of ups and downs?

Any relationships with a lot of very intense arguments?

How about times when you stopped talking to one another or seeing one another? (IF YES) And then got back together again?

(A pattern of unstable and intense interpersonal relationships characterized by alternating between extremes of idealization and devaluation: 2=definitely present, 1=probably present, 0=absent)

10. **THE PATIENT MEETS THE DSM-IV CRITERIA FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER.** (2=meets five or more criteria at 2-level, 1=meets four criteria at 2-level, 0=meets three or fewer criteria at 2-level)

9.4 Diagnostic Interview for Borderlines (DIB-R)

2

DESCRIPTION

The revised DIB is a semistructured interview that collects information in four areas thought to be of diagnostic importance for Borderline Personality Disorder: affect, cognition, impulse action patterns, and interpersonal relationships. It rates 97 items concerning the way that the patient has felt, thought, and behaved during the past two years. The patient is the sole source of information for the vast majority of these items, but a small number permit the use of an additional data source as well. The interview is further divided into 24 subsections and the information gathered from 22 of these subsections is used to rate 22 capitalized statements called SUMMARY STATEMENTS. Each of these statements represents an important diagnostic criterion for Borderline Personality Disorder and is used to assess the presence or absence of this disorder. Information from the other two subsections weighs negatively against a borderline diagnosis (items # 24 and 58) and is used in determining the patient's final score in the affect and cognition sections respectively.

INSTRUCTIONS

1. Probe further if the patient has misunderstood a question or has given an answer that seems incomplete, contradictory, or untrue. Also probe further if a specified set of questions provides insufficient information to rate a Summary Statement.
2. Circle the number that represents the best answer to a question or Summary Statement. Unless otherwise specified, all questions and Summary Statements are rated: 2=YES, 1=PROBABLE, and 0=NO. If a question is not applicable, write N.A. to the right of its scoring set.
3. For each section, add the Summary Statement Scores to obtain a SECTION SCORE.
4. Convert the Section Score to a SCALED SECTION SCORE of 0-2 or 0-3 by following the directions provided at the end of that section.
5. Total the Scaled Section Scores to obtain an overall revised DIB SCORE of 0-10.
6. Use the following guidelines when making a diagnostic assessment at the end of the interview: a revised DIB score of eight or more is considered indicative of Borderline Personality Disorder, while a revised DIB score of seven or less is considered indicative of another clinical syndrome.

3

BACKGROUND INFORMATION

1. Patient's Code Number: _____

(Patient's Name: _____)

2. Status At Time Of Interview: 1. Inpatient
2. Outpatient
3. Nonpatient

(Date Of Interview: _____)

(Institution: _____)

(Interviewer's Name: _____)

3. Age: _____

4. Sex: 1. Male 2. Female _____

5. Marital Status: 1. Never Married 2. Ever Married _____

6. Race: 1. White 2. Nonwhite _____

7. Education: Years Of Completed Schooling _____

8. Occupation: 01. Professional
02. Managerial
03. Technical
04. Clerical/Sales
05. Skilled Labor
06. Semiskilled Labor
07. Unskilled Labor
08. Student
09. Houseperson
10. None _____9. Hollingshead-Redlich Social Class: 1-5
(This rating should be based on the education and occupation
of the head of the household in which the patient resides if he
or she is not financially self-sufficient.) _____

4

Before we begin, I want to point out that most of the questions in this interview pertain to the past two years of your life or in other words, the period since (APPROPRIATE MONTH, DAY, AND YEAR). I also want to point out that I'm mainly interested in learning about feelings, thoughts, and behaviors that have been typical for you during this two-year period. However, I will be asking you a number of questions about specific behaviors that you may have engaged in only when you were particularly upset or in crisis.

AFFECT SECTION

During the past two years, have you ...

Depression

1. ... felt quite down or depressed a lot of the time? (2=yes, 1=probable, 0=no)
2. ... had any periods when you were very depressed every day for two weeks or more? (2=yes, 1=probable, 0=no)

3. S.1 THE PATIENT HAS HAD A CHRONIC LOW-GRADE DEPRESSION OR EXPERIENCED ONE OR MORE MAJOR DEPRESSIVE EPISODES.

2.1.0

4. ... felt helpless for days or weeks at a time? (2=yes, 1=probable, 0=no)
5. How about hopeless? (2=yes, 1=probable, 0=no)
6. Worthless? (2=yes, 1=probable, 0=no)
7. Extremely guilty? (2=yes, 1=probable, 0=no)

8. S.2 THE PATIENT HAS HAD SUSTAINED FEELINGS OF HELPLESSNESS, HOPELESSNESS, WORTHLESSNESS, OR GUILT.

2.1.0

Anger

9. ... felt very angry a lot of the time? (2=yes, 1=probable, 0=no)
10. How about furious or enraged? (2=yes, 1=probable, 0=no)
11. ... often been sarcastic? (2=yes, 1=probable, 0=no)

5

12. How about argumentative? (2=yes, 1=probable, 0=no)

13. Quick tempered? (2=yes, 1=probable, 0=no)

14. **S.3 THE PATIENT HAS CHRONICALLY FELT VERY ANGRY OR FREQUENTLY ACTED IN AN ANGRY MANNER (I.E., HAS OFTEN BEEN SARCASTIC, ARGUMENTATIVE, OR QUICK TEMPERED).**

2.1.0

Anxiety

15. ... felt very anxious a lot of the time? (2=yes, 1=probable, 0=no)

16. ... often had tension-related physical symptoms, such as headaches, rapid heartbeat, or excessive sweating? (2=yes, 1=probable, 0=no)

17. ... been troubled a lot by any irrational fears or phobias? (2=yes, 1=probable, 0=no)

18. ... had any panic attacks (i.e., massive, disabling anxiety attacks)? (2=yes, 1=probable, 0=no)

19. **S.4 THE PATIENT HAS CHRONICALLY FELT VERY ANXIOUS OR SUFFERED FROM FREQUENT PHYSICAL SYMPTOMS OF ANXIETY.**

2.1.0

Other Dysphoric Affects

20. ... felt very lonely a lot of the time? (2=yes, 1=probable, 0=no)

21. ... How about bored? (2=yes, 1=probable, 0=no)

22. Empty? (2=yes, 1=probable, 0=no)

23. **S.5 THE PATIENT HAS EXPERIENCED CHRONIC FEELINGS OF LONELINESS OR EMPTINESS.**

2.1.0

6

Miscellaneous Item

24. ... often had periods of at least four days when you felt high or elated for no apparent reason?
How about very irritable if anyone crossed you? (If yes, use the SCID-I to determine whether the patient has met DSM-IV criteria for hypomanic episodes.) (Hypomanic Episodes)
(2=yes, 1=probable, 0=no)

25. AFFECT SECTION SCORE:

Affect Scaled Section Score: 2 if the Section Score is 5 or more
(2 each from S.3 and S.5)
1 if the Section Score is 3 or 4, or
any other combination of 5 or more
0 if the Section Score is 2 or less, or
if the patient has experienced repeated
clear-cut hypomanic episodes that have
been noticed by others

26. AFFECT SCALED SECTION SCORE:**COGNITION SECTION**

This section rates disturbed thought (odd thinking, unusual perceptual experiences, and nondelusional paranoid experiences), "quasi" psychotic thought, and "true" psychotic thought. "Quasi" psychotic experiences are defined as delusions and hallucinations that are transient, circumscribed, and atypical of psychotic disorders, while "true" psychotic experiences are defined as delusions and hallucinations that are enduring, widespread, and stereotypic of psychotic disorders. In addition, all Summary Statements and all but one item (#57) pertain to substance-free experiences and thus, it is crucial to determine whether the experiences described by the patient occurred naturally or under the influence of alcohol or drugs.

During the past two years, have you ...

Odd Thinking/Unusual Perceptual Experiences

27. ... been a very superstitious person (e.g., often knocked on wood, thrown salt over your shoulder, avoided walking under ladders)? (Marked Superstitiousness) (2=yes, 1=probable, 0=no)

7

28. ... often believed that your thoughts, words, or actions could cause things or prevent them from happening in some special or magical way? (Magical Thinking) (2=yes, 1=probable, 0=no)
29. ... often had a sixth sense about things that went beyond just being sensitive or perceptive about other people and their feelings? (Sixth Sense) (2=yes, 1=probable, 0=no)
30. ... often been able to tell what other people were thinking or feeling by using some special or magical power, such as telepathy? Often believed that other people knew what you were thinking or feeling by using this kind of power? (Telepathy) (2=yes, 1=probable, 0=no)
31. ... often had clairvoyant experiences, like a vision of something that was happening in another place? Frequently been able to foretell the future? (Clairvoyance) (2=yes, 1=probable, 0=no)
32. ... had any beliefs that you couldn't give up even though people have repeatedly told you they were untrue (e.g., thought that you were ugly, bad, or stupid when you weren't)? (Overvalued Ideas) (2=yes, 1=probable, 0=no)
33. ... repeatedly sensed the presence of a force or person who wasn't really there? Often misinterpreted things that you've heard or seen (e.g., thought that you heard someone calling your name when it was really some other sound)? (Recurrent Illusions) (2=yes, 1=probable, 0=no)
34. ... repeatedly felt that you were unreal? Like your body or a part of it was strange or changing size or shape? As if you were physically separated from your feelings? As though you were viewing yourself from a distance? (Depersonalization) (2=yes, 1=probable, 0=no)
35. ... repeatedly felt that things around you were unreal? Like they were strange or changing size or shape? As if you were in a dream? As though something like a window was between you and the world? (Derealization) (2=yes, 1=probable, 0=no)
36. **S.6 THE PATIENT HAS BEEN PRONE TO ODD THINKING OR UNUSUAL PERCEPTUAL EXPERIENCES (E.G., MAGICAL THINKING, RECURRENT ILLUSIONS, DEPERSONALIZATION).**

2.1.0

8

Nondelusional Paranoid Experiences

37. ... often felt very distrustful or suspicious of other people?
(Undue Suspiciousness) (2=yes, 1=probable, 0=no)
38. ... often thought that other people were staring at you?
Talking about you behind your back? Laughing at you?
(Ideas Of Reference) (2=yes, 1=probable, 0=no)
39. ... often thought that people were giving you a hard time or
were out to get you? Frequently believed that they've taken
advantage of you or blamed you for things that weren't your
fault? (Other Paranoid Ideation) (2=yes, 1=probable, 0=no)
40. S.7 THE PATIENT HAS FREQUENTLY HAD TRANSIENT, NONDELUSIONAL
PARANOID EXPERIENCES (I.E., UNDUE SUSPICIOUSNESS, IDEAS
OF REFERENCE, OTHER PARANOID IDEATION).

2.1.0**Quasi and True Psychotic Experiences**

41. ... believed that thoughts were being put into your mind by
some external force? (Thought Insertion) (2=true, 1=quasi, 0=none)
42. Thoughts were being stolen from your mind? (Thought Withdrawal)
(2=true, 1=quasi, 0=none)
43. Your thoughts were being broadcast so that other people could
actually hear what you were thinking? (Thought Broadcasting)
(2=true, 1=quasi, 0=none)
44. Your feelings, thoughts, or actions were being controlled by
another person or a machine? (Delusions Of Passivity)
(2=true, 1=quasi, 0=none)
45. You could actually hear what other people were thinking? They
could literally read your mind as if it were an open book?
(Delusions Of Mind Reading) (2=true, 1=quasi, 0=none)
46. Other people were plotting against you in some organized way?
They were deliberately trying to hurt you or punish you?
(Delusions Of Persecution) (2=true, 1=quasi, 0=none)

9

47. Other people were spying on you or following you? Things were specially arranged for you? You were being sent special messages through the radio or television? (Delusions Of Reference) (2=true, 1=quasi, 0=none)
48. You deserved punishment for something terrible that you've done? (Delusions of Guilt/Sin) (2=true, 1=quasi, 0=none)
49. You were an extremely important person? You had very special abilities or exceptional powers? (Delusions Of Grandeur) (2=true, 1=quasi, 0=none)
50. Something terrible had happened or would happen in the future (e.g., the world was coming to an end tomorrow, your body was dissolving or melting)? (Nihilistic Delusions) (2=true, 1=quasi, 0=none)
51. Something was wrong with your body or that you had a serious disease? (Somatic Delusions) (2=true, 1=quasi, 0=none)
52. ... had any other beliefs that other people thought were definitely untrue, strange or even bizarre? (Other Delusions) (2=true, 1=quasi, 0=none)
53. ... heard any voices or other sounds that no one else heard? (Auditory Hallucinations) (2=true, 1=quasi, 0=none)
54. ... seen any visions or other sights that no one else saw? (Visual Hallucinations) (2=true, 1=quasi, 0=none)
55. ... had any other sensory experiences that no one else shared (e.g., repeatedly smelled something or felt something crawling on your body that wasn't really there)? (Other Hallucinations) (2=true, 1=quasi, 0=none)

56. S.8 THE PATIENT HAS REPEATEDLY HAD "QUASI" DELUSIONS OR HALLUCINATIONS.

2.1.0

Miscellaneous Items

57. ... had any of these experiences under the influence of alcohol or drugs? (Substance-Induced Psychotic Experiences) (2=yes, 1=probable, 0=no)

10

58. ... had any periods of a week or more when you felt extremely high or elated for no apparent reason? How about extremely irritable if anyone crossed you? (If yes, use the SCID-I to determine whether the patient has met DSM-IV criteria for manic episodes.) (Manic Episodes) (2=yes, 1=probable, 0=no)

59. COGNITION SECTION SCORE: _____

Cognition Scaled Section Score: 2 If the Section Score is 4 or more
 1 If the Section Score is 2 or 3
 0 If the Section Score is 1 or less,
 or if the patient has ever had either
 a prolonged/widespread psychotic episode
 or a full-blown manic episode

60. COGNITION SCALED SECTION SCORE: _____

IMPULSE ACTION PATTERNS SECTION

If the answer to any of the following questions is yes, determine the number of times that the behavior occurred.

During the past two years, have you ...

Substance Abuse

61. ... had too much to drink or gotten really drunk? (Alcohol Abuse)
 (2=chronic abuse, 1=episodic abuse, 0=no abuse)

62. ... gotten high on prescription or street drugs? (Drug Abuse)
 (2=chronic abuse, 1=episodic abuse, 0=no abuse)

63. S.9 THE PATIENT HAS HAD A PATTERN OF SERIOUS SUBSTANCE ABUSE.

2.1.0

11

Sexual Deviance

64. ... impulsively gotten sexually involved with anyone or had any brief affairs? (Promiscuity) (2=5x or more, 1=3-4x, 0=2x or less)
65. ... engaged in any unusual sexual practices (e.g., enjoyed being humiliated or hurt while having sex, preferred watching other people to having sex yourself)? (Paraphillias) (2=5x or more, 1=3-4x, 0=2x or less)

66. S.10 THE PATIENT HAS HAD A PATTERN OF SEXUAL DEVIANCE (I.E., PROMISCUITY OR A PARAPHILIA).

2.1.0**Self-Mutilation**

67. ... deliberately hurt yourself without meaning to kill yourself (e.g., cut yourself, burned yourself, punched yourself, put your hand through windows, punched walls, banged your head)? (Self-Mutilation) (2=2x or more, 1=1x, 0=none)

68. S.11 THE PATIENT HAS HAD A PATTERN OF PHYSICAL SELF-MUTILATION.

2.1.0**Suicidal Efforts**

69. ... threatened to kill yourself? (Suicide Threats) (2=2x or more, 1=1x, 0=none)
70. ... made any suicide attempts, however minor? (Suicide Gestures/ Attempts) (2=2x or more, 1=1x, 0=none)

71. S.12 THE PATIENT HAS HAD A PATTERN OF MANIPULATIVE SUICIDE THREATS, GESTURES, OR ATTEMPTS (I.E., THE SUICIDAL EFFORTS WERE MAINLY DESIGNED TO ELICIT A "SAVING" RESPONSE).

2.1.0**Other Impulsive Patterns**

72. ... had any episodes where you ate so much food that you were in a lot of pain or had to force yourself to throw up? (Eating Binges) (2=5x or more, 1=3-4x, 0=2x or less)

12

73. ... gone on any spending sprees where you spent a lot of money on things that you didn't need or couldn't afford? (Spending Sprees) (2=5x or more, 1=3-4x, 0=2x or less)
74. ... gone on any gambling sprees where you just kept placing bets even though you were consistently losing money? (Gambling Sprees) (2=5x or more, 1=3-4x, 0=2x or less)
75. ... lost your temper and really shouted, yelled, or screamed at anyone? (Verbal Outbursts) (2=5x or more, 1=3-4x, 0=2x or less)
76. ... been in any fistfights? (Physical Fights) (2=5x or more, 1=3-4x, 0=2x or less)
77. ... threatened to physically harm anyone (e.g., told someone that you would punch him, stab him, or kill him)? (Physical Threats) (2=5x or more, 1=3-4x, 0=2x or less)
78. ... physically assaulted or abused anyone (e.g., slapped, punched, or kicked someone)? (Physical Assaults) (2=5x or more, 1=3-4x, 0=2x or less)
79. ... deliberately damaged property (e.g., smashed dishes, broken furniture, wrecked someone's car)? (Property Damage) (2=5x or more, 1=3-4x, 0=2x or less)
80. ... driven far too fast? How about while you were under the influence of alcohol or drugs? (Reckless Driving) (2=5x or more, 1=3-4x, 0=2x or less)
81. ... done anything that's against the law (e.g., shoplifted, sold drugs, fenced stolen property)? (Antisocial Actions) (2=5x or more, 1=3-4x, 0=2x or less)
82. S.13 THE PATIENT HAS HAD ANOTHER PATTERN OF IMPULSIVE BEHAVIOR.

2.1.0

13

83. IMPULSE ACTION PATTERNS SECTION SCORE:

Impulse Action Patterns Scaled Section Score: 3 If the Section Score is 6 or more
(2 from either S.11 or S.12)
2 If the Section Score is 4 or 5,
or any other combination of 6 or more
0 If the Section Score is 3 or less

84. IMPULSE ACTION PATTERNS SCALED SECTION SCORE:**INTERPERSONAL RELATIONSHIPS SECTION**

During the past two years, have you ...

Intolerance Of Aloneness

85. ... generally hated to spend time alone? (2=yes, 1=probable, 0=no)

86. ... often made frantic efforts to avoid feeling alone (e.g.,
talked on the phone for hours at a time, gone out to
find someone to talk to)? (2=yes, 1=probable, 0=no)

87. ... felt very depressed when you're alone? (2=yes, 1=probable, 0=no)

88. How about very anxious? Angry? Empty? Bad? (2=yes, 1=probable, 0=no)

89. S.14 THE PATIENT HAS TYPICALLY TRIED TO AVOID BEING ALONE OR
FELT EXTREMELY DYSPHORIC WHEN ALONE.

2.1.0**Abandonment/Engulfment/Annihilation Concerns**

90. ... repeatedly feared that you were going to be abandoned by
those closest to you? (Fear Of Abandonment) (2=yes, 1=probable, 0=no)

14

91. ... repeatedly feared that you were going to feel smothered or lose your identity if you got too close to other people? (Fear Of Engulfment) (2=yes, 1=probable, 0=no)

92. ... repeatedly feared that you were going to totally fall apart or cease to exist if you were abandoned by someone important to you? (Fear Of Annihilation) (2=yes, 1=probable, 0=no)

93. S.15 THE PATIENT HAS REPEATEDLY EXPERIENCED FEARS OF ABANDONMENT, ENGULFMENT, OR ANNIHILATION.

2.1.0

Counterdependency

94. ... had any jobs where one of your main functions was to take care of other people or animals? (2=yes, 1=probable, 0=no)

95. ... found yourself constantly offering to help friends, relatives, or co-workers? (2=yes, 1=probable, 0=no)

96. ... been particularly bothered if other people have tried to help or take care of you? (2=yes, 1=probable, 0=no)

97. ... refused to ask for support or help when you felt you really needed it? (2=yes, 1=probable, 0=no)

98. ... had anyone in your life who you felt you really needed? Did your ability to function depend on this person? How about your survival? (2=yes, 1=probable, 0=no)

99. S.16 THE PATIENT HAS BEEN STRONGLY COUNTERDEPENDENT OR SERIOUSLY CONFLICTED ABOUT GIVING AND RECEIVING CARE.

2.1.0

Unstable Close Relationships

100. ... had any close relationships? How many? How often did you see these people? Which one was most important to you? (2=4 or more, 1=2-3, 0=1 or less)

101. Have any of these relationships been troubled by a lot of intense arguments? (2=yes, 1=probable, 0=no)

15

102. How about repeated breakups? (2=yes, 1=probable, 0=no)

103. S.17 THE PATIENT HAS TENDED TO HAVE INTENSE, UNSTABLE CLOSE RELATIONSHIPS.

2.1.0

Recurrent Problems in Close Relationships

104. ... tended to feel very dependent on others? Needed a lot of support or actual help in order to function? Ever been told that you're too dependent? (Dependency: the patient has repeatedly been overly dependent on others) (2=yes, 1=probable, 0=no)

105. ... repeatedly allowed other people to force you to do things that you didn't want to do or treat you cruelly? Ever been told that you let people victimize or abuse you? (Masochism: the patient has repeatedly allowed others to coerce or hurt him) (2=yes, 1=probable, 0=no)

106. S.18 THE PATIENT HAS HAD RECURRENT PROBLEMS WITH DEPENDENCY OR MASOCHISM IN CLOSE RELATIONSHIPS.

2.1.0

107. ... repeatedly ignored people's good traits and seen only their faults? Ever been told that you're a very critical or devaluative person? (Devaluation: the patient has repeatedly exaggerated the weaknesses and minimized the strengths of others) (2=yes, 1=probable, 0=no)

108. ... repeatedly tried to get others to do what you wanted them to without actually asking them or telling them what to do? Do you have any manipulative skills? Ever been told that you're very manipulative? (Manipulation: the patient has repeatedly used indirect means to get what he wants) (2=yes, 1=probable, 0=no)

109. ... repeatedly tried to force others to do things that they didn't want to do or treated them cruelly? Ever been told that you're bossy or mean? (Sadism: the patient has repeatedly tried to coerce or hurt others) (2=yes, 1=probable, 0=no)

110. S.19 THE PATIENT HAS HAD RECURRENT PROBLEMS WITH DEVALUATION, MANIPULATION, OR SADISM IN CLOSE RELATIONSHIPS.

2.1.0

16

111. ... repeatedly asked people for things that they couldn't or shouldn't give you? Demanded a lot of their time and attention? Ever been told that you're a very demanding person? (Demandingness: the patient has repeatedly made inappropriate requests) (2=yes, 1=probable, 0=no)

112. ... repeatedly acted as though you had a right to special treatment? As if people owed you things because of what you've gone through? Ever been told that you act as though you were entitled to special care or consideration? (Entitlement: the patient has repeatedly exhibited unrealistic expectations) (2=yes, 1=probable, 0=no)

113. S.20 THE PATIENT HAS HAD RECURRENT PROBLEMS WITH DEMANDINGNESS OR ENTITLEMENT IN CLOSE RELATIONSHIPS.

2.1.0

Troubled Psychiatric Relationships

114. ... been in any (other) individual therapies? How many? (Number Of Individual Therapies) (2=2 or more, 1=1, 0=none)

115. How many months out of the past 24 have you been in individual treatment? (Months Spent In Individual Therapy) (2=12 or more, 1=1-11, 0=none)

116. Did you get a lot worse as a result of this (any of these) therapy (s)? In what way? (Individual Therapy Regression) (2=yes, 1=probable, 0=no)

117. ... had any (other) psychiatric hospitalizations? How many? (Number Of Psychiatric Hospitalizations) (2=2 or more, 1=1, 0=none)

118. How many months out of the past 24 have you been hospitalized? (Months Spent In Psychiatric Hospitals) (2=12 or more, 1=1-11, 0=none)

119. Did you get a lot worse as a result of this (any of these) hospitalization(s)? In what way? (2=yes, 1=probable, 0=no)

120. S.21 THE PATIENT HAS UNDERGONE A CLEAR-CUT BEHAVIORAL REGRESSION DURING THE COURSE OF PSYCHOTHERAPY OR PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION.

2.1.0

17

121. ... been the focus of any staff conflicts or problems on an inpatient unit? (Judge whether the patient has been the focus of a notable staff countertransference reaction. Other available sources should also be used in making this judgment.) (2=yes, 1=probable, 0=no)

122. ... had a therapist who got very angry at you? How about who asked you to leave treatment? Was far more involved in your care than most therapists? (Judge whether the patient has been the focus of a notable therapist countertransference reaction. Other available sources should also be used in making this judgment.) (2=yes, 1=probable, 0=no)

123. ... developed a close friendship or love affair with an inpatient staff member? (2=yes, 1=probable, 0=no)

124. How about with a therapist? (2=yes, 1=probable, 0=no)

125. S.22 THE PATIENT HAS BEEN THE FOCUS OF A NOTABLE COUNTERTRANSFERENCE REACTION ON AN INPATIENT UNIT OR IN PSYCHOTHERAPY, OR FORMED A "SPECIAL" RELATIONSHIP WITH A MENTAL HEALTH PROFESSIONAL.

2.1.0

126. INTERPERSONAL RELATIONSHIPS SECTION SCORE: _____

Interpersonal Relationships Scaled Section Score: 3 If the Section Score is 9 or more
2 If the Section Score is 6-8
0 If the Section Score is 5 or less,
or If the patient has been an odd,
socially isolated loner

127. INTERPERSONAL RELATIONSHIPS SCALED SECTION SCORE: _____

18

CONCLUSIONS

1. Affect Section Score: 0-10
2. Affect Scaled Section Score: 0-2
3. Cognition Section Score: 0-6
4. Cognition Scaled Section Score: 0-2
5. Impulse Action Patterns Section Score: 0-10
6. Impulse Action Patterns Scaled Section Score: 0-3
7. Interpersonal Relationships Section Score: 0-18
8. Interpersonal Relationships Scaled Section Score: 0-3
9. Total Revised DIB Score: 0-10

9.5 Background Information Schedule (BIS)

Revised August, 2005

BACKGROUND INFORMATION SCHEDULE (BIS)

Mary C. Zanarini, Ed.D.

McLean Hospital
Harvard Medical School

For further information concerning the BIS, contact the author at McLean Hospital, 115 Mill Street, Belmont, MA 02478. (c) 2005 Mary C. Zanarini.

2

Demographic Data

1. Patient's Code Number: ____ ____ ____
2. Sex: 1. male 2. female
3. Race: 1. white 2. black 3. hispanic 4. asian 5. native american
6. other
4. How old are you? (Baseline Age: ____ ____)
5. What's your marital status? (1=married, 2=separated, 3=divorced
4=widowed, 5=single)
6. Do you have any children? (IF YES) How many? (Number of
Children: ____)
7. How old are they? What sex are they?

8. What's your occupation? (1=professional, 2=managerial, 3=technical,
4=clerical/sales, 5=skilled labor, 6=semiskilled labor, 7=unskilled labor,
8=student, 9=houseperson, 10=none)
9. How far have you gone in school? (Years of Education: ____ ____)
10. (IF MARRIED) What's your husband's/wife's occupation?
(1=professional, 2=managerial, 3=technical, 4=clerical/sales,
5=skilled labor, 6=semiskilled labor, 7=unskilled labor, 8=student,
9=houseperson, 10=none)
11. How far did he/she go in school? (Years of Education: ____ ____)

3

12. What's your father's occupation? (1=professional, 2=managerial, 3=technical, 4=clerical/sales, 5=skilled labor, 6=semiskilled labor, 7=unskilled labor, 8=student, 9=houseperson, 10=none)
13. How far did he go in school? (Years of Education: ____)
14. What's your mother's occupation? (1=professional, 2=managerial, 3=technical, 4=clerical/sales, 5=skilled labor, 6=semiskilled labor, 7=unskilled labor, 8=student, 9=houseperson, 10=none)
15. How far did she go in school? (Years of Education: ____)
16. Do you have any brothers or sisters? (IF YES) How many?
(Number of Siblings: ____)
17. What's your age in relationship to that of your siblings?
(Place in Birth Order: ____)

Premorbid Functioning

During the past two years, ...

1. ... who have you been living with? (4=own family, 3=friends, 2=alone, 1=family of origin, 0=institution)
2. Have you been working or going to school? (IF YES) For how many months? (Months of Work/School: ____)
3. Exactly what have your responsibilities been? (4=very complex or demanding, 3=complex or demanding, 2=simple, undemanding, 1=very simple, undemanding, 0=sheltered situation)

4

4. Have there been any problems? Any promotions? (4=very progressive work/school history, 3=progressive work/school history, 2=steady work/school history, 1=somewhat troubled work/school history, 0=very troubled work/school history)
5. Have you been able to support yourself financially? (6=completely self-supporting, 5=mostly self-supporting, needs occasional help, 4=needs some continuing help from family, 3=needs a lot of continuing help from family, 2=totally dependent financially on family (student/houseperson), 1=totally dependent financially on family (due to illness), 0=private or government disability)
6. Have you been getting together with friends? (IF YES) About how often? (4=3-4 times a week, 3=1-2 times a week, 2=2-3 times a month, 1=1 time a month, 0=never)
7. How many close friends have you had? (Number of Close Friends: ____)
8. How would you describe your relationships with your friends? (7=close, little conflict, 6=close, substantial conflict, 5=somewhat distant, 4=somewhat stormy, 3=very distant, 2=very stormy, 1=abusive, 0=no contact)
9. (IF NOT MARRIED) Have you been dating? (IF YES) About how often? Any one special? (4=steady boyfriend/girlfriend, 3=dates at least once a week, 2=dates at least once a month, 1=dates 3-4 times a year, 0=never dates)
10. (IF MARRIED OR IN STEADY RELATIONSHIP) How would you describe your relationship with your husband/wife/boyfriend/girlfriend? (7=close, little conflict, 6=close, substantial conflict, 5=somewhat distant, 4=somewhat stormy, 3=very distant, 2=very stormy, 1=abusive, 0=no contact)
11. (IF A PARENT) How often do you spend time with your child(ren)? (5=daily, 4=3-4 times a week, 3=1-2 times a week, 2=2-3 times a month, 1=1 time a month, 0=never)

5

12. (IF A PARENT) How would you describe your relationship with your child(ren)? (7=close, little conflict, 6=close, substantial conflict, 5=somewhat distant, 4=somewhat stormy, 3=very distant, 2=very stormy, 1=abusive, 0=no contact)
13. Have you been in contact with your mother (stepmother)? (IF YES) About how often? (4=3-4 times a week, 3=1-2 times a week, 2=2-3 times a month, 1=1 time a month, 0=never)
14. How would you describe your relationship with your mother (stepmother)? (7=close, little conflict, 6=close, substantial conflict, 5=somewhat distant, 4=somewhat stormy, 3=very distant, 2=very stormy, 1=abusive, 0=no contact)
15. Have you been in contact with your father (stepfather)? (IF YES) About how often? (4=3-4 times a week, 3=1-2 times a week, 2=2-3 times a month, 1=1 time a month, 0=never)
16. How would you describe your relationship with your father (stepfather)? (7=close, little conflict, 6=close, substantial conflict, 5=somewhat distant, 4=somewhat stormy, 3=very distant, 2=very stormy, 1=abusive, 0=no contact)
17. Participated in any community activities, organizations, or clubs? (IF YES) Which ones? How often do you participate? (4=3-4 times a week, 3=1-2 times a week, 2=2-3 times a month, 1=1 time a month, 0=never)
18. How much of your free time have you spent alone? (4=none of it, 3=less than half of it, 2=about half of it, 1=more than half of it, 0=all of it)
19. What's your physical health been like? (4=no problems, 3=minor problems, 2=moderate problems, 1=serious problems, 0=severe problems)

6

Past Treatment

1. How old were you when you began to have problems? (Age at First Symptoms: ____)
2. How old were you when you first sought professional treatment? (Age at First Treatment: ____)
3. Have you ever been in individual therapy? (IF YES) How old were you when you first started individual therapy? (Age at First Individual Therapy: ____)
4. How many individual therapists have you seen for more than a few sessions? (Number of Individual Therapists: ____)
5. What's the longest period of time that you saw one of these therapists? (Months in Longest Individual Therapy: ____)
6. How many appointments a week did you have? (Number of Appointments per Week: ____)
7. How many months have you been in individual therapy all told? (Total Months in Individual Therapy: ____)
8. How helpful has individual therapy been? (4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)
9. Have you ever been in group therapy? (IF YES) How old were you when you first started group therapy? (Age at First Group Therapy: ____)
10. How many therapy groups have you been in for more than a few sessions? (Number of Group Therapies: ____)

7

11. What's the longest period of time that you were in a therapy group?
(Months in Longest Group Therapy: ____ ____ ____)
12. How many months have you been in group therapy all told? (Total
Months in Group Therapy: ____ ____ ____)
13. How helpful has group therapy been? (4=very helpful, 3=somewhat
helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)
14. Have you ever been in family therapy? (IF YES) How old were you
when you first started family therapy? (Age at First Family Therapy:
____ ____)
15. How many family therapies have you been in for more than a few
sessions? (Number of Family Therapies: ____ ____)
16. What's the longest period of time that you were in family therapy?
(Months in Longest Family Therapy: ____ ____ ____)
17. How many months have you been in family therapy all told? (Total
Months in Family Therapy: ____ ____ ____)
18. How helpful has family therapy been? (4=very helpful, 3=somewhat
helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)
19. Have you ever been in a self-help or religious group? (IF YES) How old
were you when you first started participating in one of these groups?
(Age at First Self-help/Religious Group: ____ ____)
20. How many self-help or religious groups have you been in for more
than a few meetings? (Number of Self-help/Religious Groups: ____ ____)
21. Which groups did you participate in? (4=AA/NA, 3=OA, 2=religious,
1=other, 0=combination)

8

22. What's the longest period of time that you participated in this group (one of these groups)? (Months of Longest Self-help/Religious Group Participation: ____ ____ ____)
23. On average, how many meetings did you attend per week? (Number of Meetings per Week: ____ ____)
24. How many months have you been in this group (these groups) all told? (Total Months in Self-help/Religious Group: ____ ____ ____)
25. How helpful has this group (these groups) been? (4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)
26. Have you been hospitalized (before)? (IF YES) How old were you the first time you were hospitalized? (Age at First Hospitalization: ____ ____)
27. How many times have you been hospitalized (before)? (Number of Prior Hospitalizations: ____ ____)
28. What's the longest period you've been hospitalized for? (Days of Longest Hospitalization: ____ ____ ____)
29. How many days have you been hospitalized all told? (Total Days in Hospital: ____ ____ ____)
30. How helpful has this hospitalization (these hospitalizations) been? (4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)
31. Have you ever lived in a half-way house or residential school? (IF YES) How old were you the first time you went to live in this kind of program? (Age at First Residential Program: ____ ____)
32. How many programs of this kind have you been in? (Number of Prior Residential Programs: ____ ____)

33. What kind of programs have you been in? (4=supervised apartment, 3=halfway house, 2=residential school, 1=other, 0=combination)
34. What's the longest period you've been in a program like this? (Days of Longest Residential Program: ____ ____ ____)
35. How many days have you been in residential programs all told? (Total Days in Residential Programs: ____ ____ ____)
36. How helpful has this program (these programs) been? (4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)
37. Have you ever been in day treatment? (IF YES) How old were you the first time you went to day treatment? (Age at First Day Treatment Program: ____ ____)
38. How many programs of this kind have you been in? (Number of Prior Day Treatment Programs: ____ ____)
39. What's the longest period you've been in a program like this? (Days of Longest Day Treatment Program: ____ ____ ____)
40. How many days have you been in day treatment programs all told? (Total Days in Day Treatment Programs: ____ ____ ____)
41. How helpful has this program (these programs) been? (4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)
42. Have you ever taken any psychiatric medications on a regular basis? (IF YES) How old were you when you first started to take this kind of medication? (Age at First Standing Medication: ____ ____)

10

43. Which medications have you taken for at least a month?

For each medication, write down its name and then inquire about its helpfulness. For drug class use the following: 01=antidepressant (tricyclic), 02=antidepressant (MAO inhibitor), 03=antidepressant (serotonin uptake inhibitor), 04=antidepressant (atypical agent), 05=standard antipsychotic, 06=atypical antipsychotic, 07=antianxiety (benzodiazepine), 08=antianxiety (nonbenzodiazepine), 09=anticonvulsant, 10=lithium, 11=stimulant. For rating of helpfulness, use the following: 4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive.

Name of Medication	Class	Helpfulness

44. (Total Number of Standing Medications: ____)

45. How many months have you been on this medication (these medications) all told? (Total Months on Standing Medication: ____)

46. How helpful did you find this medication (these medications) overall?

11

(4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)

47. What was the maximum number of these medications that you took at the same time? (Maximum Number of Standing Medications: ____)
48. Have you ever taken any psychiatric medications on a PRN basis? (IF YES) How old were you when you first started to take this kind of medication? (Age at First PRN Medication: ____)
49. Have you ever taken a PRN medication for at least a month to help you sleep better? (1. yes 2. no)
50. Have you ever taken a PRN medication for at least a month to make you less anxious or panicky? (1. yes 2. no)
51. Have you ever taken a PRN medication for at least a month to help you feel less agitated or overwhelmed? (1. yes 2. no)
52. How helpful did you find PRN medication overall? (4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)
53. Have you ever increased your dose of any medication on your own? (1. yes 2. no)
54. Have you ever overdosed on any of your medications? (1. yes 2. no)
55. Have you ever had ECT? (IF YES) How old were you when you first had ECT? (Age at First ECT: ____)
56. How many courses of ECT have you had? (Number of ECT Courses: ____)
57. How helpful have these treatments been? (4=very helpful,

12

3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)

58. Have you ever been on probation/parole? (IF YES) How old were you the first time you were placed on probation/parole? (Age at First Probation/Parole: ____)
59. How many times have you been on probation/parole? (Number of Times Previously on Probation/Parole: ____)
60. What's the longest period you've been on probation/parole? (Months of Longest Period on Probation/Parole: ____)
61. How many months have you been on probation/parole all told? (Total Months on Probation/Parole: ____)
62. How helpful has probation/parole been? (4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)
63. Have you ever been in jail or prison for more than a night or two? (IF YES) How old were you the first time you went to jail or prison? (Age at First Jail/Prison: ____)
64. How many times have you been in jail or prison? (Number of Times Previously in Jail/Prison: ____)
65. What's the longest period you've been in jail or prison? (Weeks of Longest Period in Jail/Prison: ____)
66. How many weeks have you been in jail or prison all told? (Total Weeks in Jail/Prison: ____)
67. How helpful has jail or prison been? (4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)

13

68. How many forms of treatment have you been in all told? (Number of Forms of Treatment: ____)
69. How many months have you been in some form of treatment all told? (Total Number of Months in Some Form of Treatment: ____)
70. Which form of treatment did you find most helpful? (01=individual therapy, 02=group therapy, 03=family therapy, 04=self-help/religious group, 05=psychiatric hospitalization, 06=residential program, 07=day treatment, 08=pharmacotherapy, 09=ECT, 10=probation/parole, 11=jail/prison)

Overall Ratings

1. Subject's Baseline Socioeconomic Status: 1-5 (____)
2. Parental Socioeconomic Status: 1-5 (____)
3. Baseline GAF: 1-100 (____)
4. Baseline GAF Group: 1=recovered (71-90)
2=good (61-70)
3=fair (51-60)
4=marginal (31-50)
5=incapacitated (1-30)

9.5 Background Information Schedule – Adolescent Version (BIS)

Revised August, 2006

**BACKGROUND INFORMATION SCHEDULE:
ADOLESCENT VERSION
(BIS-AV)**

Mary C. Zanarini, Ed.D.

McLean Hospital
Harvard Medical School

For further information concerning the BIS, contact the author at McLean Hospital, 115 Mill Street, Belmont, MA 02478. (c) 2006 Mary C. Zanarini.

2

Current Demographic Data

1. Patient's Code Number: ____ ____ ____
2. Sex: 1. male 2. female
3. Race: 1. white 2. black 3. hispanic 4. asian 5. native american
6. other 7. biracial/multiracial
4. How old are you? (Baseline Age: ____ ____)
5. Birthdate: ____ ____/____ ____/____ ____
6. Do you have any children? (IF YES) How many? (Number of Children: ____)
7. How old are they? What sex are they?

8. What's your occupation? (1=student, 2=houseperson, 3=other worker, 4=none)
9. How far have you gone in school? (Years of Education: ____ ____)
10. Are your parents married or living together? (1=married, 2=living together, 3=separated or divorced, 4=widowed, 5=not together, 6=never together)
11. (IF NOT TOGETHER) Does your father or mother now have someone else? (1=father remarried/living with partner, 2=mother remarried/living with partner, 3=both remarried/living with partner, 4=both alone)

3

12. What's your father's occupation? (1=professional, 2=managerial, 3=technical, 4=clerical/sales, 5=skilled labor, 6=semiskilled labor, 7=unskilled labor, 8=student, 9=houseperson, 10=none)

13. How far did he go in school? (Years of Education: ____)

14. What's your mother's occupation? (1=professional, 2=managerial, 3=technical, 4=clerical/sales, 5=skilled labor, 6=semiskilled labor, 7=unskilled labor, 8=student, 9=houseperson, 10=none)

15. How far did she go in school? (Years of Education: ____)

16. Do you have any brothers or sisters? (IF YES) How many?
(Number of Siblings: ____)

17. What's your age in relationship to that of your siblings?
(Place in Birth Order: ____)

Recent Premorbid Functioning

During the past two years, ...

1. ... who have you been living with? (6=own family, 5=friends, 4=alone, 3=nuclear family, 2=extended family, 1=foster family, 0=institution) |

2. Have you been going to school? (IF YES) For how many months? (Months of School: ____)

3. (IF YES) What kind of school? (4=regular classes, 3=special ed, 2=special school (day), 1=special school (residential), 0=home tutor) |

4. Have you had to repeat a grade? (1=yes, 0=no)

5. Have you been suspended or expelled from school? (1=yes, 0=no)

4

6. Have you dropped out of school? (1=yes, 0=no)
7. Have there been any (other) problems? Any honors or prizes? (4=very progressive school history, 3=progressive school history, 2=steady school history, 1=somewhat troubled school history, 0=very troubled school history)
8. Have you been working? (IF YES) For how many months?
(Months of Work: ____)
9. (IF YES) How many hours have you been working? (2=full-time, 1=part-time (not in school), 0=part-time (after school/weekends))
10. Have there been any (other) problems? Any promotions? (4=very progressive work history, 3=progressive work history, 2=steady work history, 1=somewhat troubled work history, 0=very troubled work history)
11. Have you been getting together with friends? (IF YES) About how often? (5=daily, 4=3-4 times a week, 3=1-2 times a week, 2=2-3 times a month, 1=1 time a month, 0=never)
12. How many close friends have you had? (Number of Close Friends: ____)
13. How would you describe your relationships with your friends?
(7=close with little conflict, 6=close with substantial conflict, 5=somewhat distant, 4=somewhat stormy, 3=very distant, 2=very stormy, 1=abusive, 0=no contact)
14. Have you been dating? (IF YES) About how often? Any one special?
(4=steady boyfriend/girlfriend, 3=dates at least once a week, 2=dates at least once a month, 1=dates 3-4 times a year, 0=never dates)
15. (IF DATING) Have you dated someone of the same sex? (2=only dated opposite sex, 1=only dated same sex, 0=has dated both)

5

16. (IF IN STEADY RELATIONSHIP) How would you describe your relationship with your boyfriend/girlfriend? (7=close with little conflict, 6=close with substantial conflict, 5=somewhat distant, 4=somewhat stormy, 3=very distant, 2=very stormy, 1=abusive, 0=no contact)
17. (IF A PARENT) How often do you spend time with your child(ren)? (5=daily, 4=3-4 times a week, 3=1-2 times a week, 2=2-3 times a month, 1=1 time a month, 0=never)
18. (IF A PARENT) How would you describe your relationship with your child(ren)? (7=close with little conflict, 6=close with substantial conflict, 5=somewhat distant, 4=somewhat stormy, 3=very distant, 2=very stormy, 1=abusive, 0=no contact)
19. Have you been in contact with your mother? (IF YES) About how often? (5=daily, 4=3-4 times a week, 3=1-2 times a week, 2=2-3 times a month, 1=1 time a month, 0=never)
20. How would you describe your relationship with your mother? (7=close with little conflict, 6=close with substantial conflict, 5=somewhat distant, 4=somewhat stormy, 3=very distant, 2=very stormy, 1=abusive, 0=no contact)
21. Have you been in contact with your father? (IF YES) About how often? (5=daily, 4=3-4 times a week, 3=1-2 times a week, 2=2-3 times a month, 1=1 time a month, 0=never)
22. How would you describe your relationship with your father? (7=close with little conflict, 6=close with substantial conflict, 5=somewhat distant, 4=somewhat stormy, 3=very distant, 2=very stormy, 1=abusive, 0=no contact)
23. (IF APPLICABLE) Have you been in contact with your stepmother/father's partner? (IF YES) About how often? (5=daily, 4=3-4 times a week, 3=1-2 times a week, 2=2-3 times a month, 1=1 time a month, 0=never)

6

24. (IF APPLICABLE) How would you describe your relationship with your stepmother/father's partner? (7=close with little conflict, 6=close with substantial conflict, 5=somewhat distant, 4=somewhat stormy, 3=very distant, 2=very stormy, 1=abusive, 0=no contact)
25. (IF APPLICABLE) Have you been in contact with your stepfather/mother's partner? (IF YES) About how often? (5=daily, 4=3-4 times a week, 3=1-2 times a week, 2=2-3 times a month, 1=1 time a month, 0=never)
26. (IF APPLICABLE) How would you describe your relationship with your stepfather/mother's partner? (7=close with little conflict, 6=close with substantial conflict, 5=somewhat distant, 4=somewhat stormy, 3=very distant, 2=very stormy, 1=abusive, 0=no contact)
27. Participated in any school or community activities, organizations, or clubs? (IF YES) Which ones? How often do you participate? (5=daily, 4=3-4 times a week, 3=1-2 times a week, 2=2-3 times a month, 1=1 time a month, 0=never)
28. How much of your free time have you spent alone? (4=none of it, 3=less than half of it, 2=about half of it, 1=more than half of it, 0=all of it)
29. What's your physical health been like? (4=no problems, 3=minor problems, 2=moderate problems, 1=serious problems, 0=severe problems)

Lifetime Past Treatment

1. How old were you when you began to have problems? (Age at First Symptoms: ____)
2. How old were you when you first sought professional treatment? (Age at First Treatment: ____)

7

3. Have you ever been in individual therapy? (IF YES) How old were you when you first started individual therapy? (Age at First Individual Therapy: ____)
4. How many individual therapists have you seen for more than a few sessions? (Number of Individual Therapists: ____)
5. What's the longest period of time that you saw one of these therapists? (Months in Longest Individual Therapy: ____)
6. How many appointments a week did you have? (Number of Appointments per Week: ____)
7. How many months have you been in individual therapy all told? (Total Months in Individual Therapy: ____)
8. How helpful has individual therapy been? (4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)
9. Have you ever been in group therapy? (IF YES) How old were you when you first started group therapy? (Age at First Group Therapy: ____)
10. How many therapy groups have you been in for more than a few sessions? (Number of Group Therapies: ____)
11. What's the longest period of time that you were in a therapy group? (Months in Longest Group Therapy: ____)
12. How many months have you been in group therapy all told? (Total Months in Group Therapy: ____)
13. How helpful has group therapy been? (4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)

8

14. Have you ever been in family therapy? (IF YES) How old were you when you first started family therapy? (Age at First Family Therapy: ____)
15. How many family therapies have you been in for more than a few sessions? (Number of Family Therapies: ____)
16. What's the longest period of time that you were in family therapy? (Months in Longest Family Therapy: ____)
17. How many months have you been in family therapy all told? (Total Months in Family Therapy: ____)
18. How helpful has family therapy been? (4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)
19. Have you ever been in a self-help or religious group? (IF YES) How old were you when you first started participating in one of these groups? (Age at First Self-help/Religious Group: ____)
20. How many self-help or religious groups have you been in for more than a few meetings? (Number of Self-help/Religious Groups: ____)
21. Which groups did you participate in? (4=AA/NA, 3=OA, 2=religious, 1=other, 0=combination)
22. What's the longest period of time that you participated in this group (one of these groups)? (Months of Longest Self-help/Religious Group Participation: ____)
23. On average, how many meetings did you attend per week? (Number of Meetings per Week: ____)
24. How many months have you been in this group (these groups) all told? (Total Months in Self-help/Religious Group: ____)

9

25. How helpful has this group (these groups) been? (4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)
26. Have you been hospitalized (before)? (IF YES) How old were you the first time you were hospitalized? (Age at First Hospitalization: ____)
27. How many times have you been hospitalized (before)? (Number of Hospitalizations: ____)
28. What's the longest period you've been hospitalized for? (Days of Longest Hospitalization: ____)
29. How many days have you been hospitalized all told? (Total Days in Hospital: ____)
30. How helpful has this hospitalization (these hospitalizations) been? (4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)
31. Have you ever lived in a half-way house or residential school? (IF YES) How old were you the first time you went to live in this kind of program? (Age at First Residential Program: ____)
32. How many programs of this kind have you been in? (Number of Residential Programs: ____)
33. What kind of programs have you been in? (4=supervised apartment, 3=halfway house, 2=residential school, 1=other, 0=combination)
34. What's the longest period you've been in a program like this? (Days of Longest Residential Program: ____)
35. How many days have you been in residential programs all told? (Total Days in Residential Programs: ____)

10

36. How helpful has this program (these programs) been? (4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)
37. Have you ever been in day treatment? (IF YES) How old were you the first time you went to day treatment? (Age at First Day Treatment Program: ____ ____)
38. How many programs of this kind have you been in? (Number of Day Treatment Programs: ____ ____)
39. What's the longest period you've been in a program like this? (Days of Longest Day Treatment Program: ____ ____ ____)
40. How many days have you been in day treatment programs all told? (Total Days in Day Treatment Programs: ____ ____ ____)
41. How helpful has this program (these programs) been? (4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)
42. Have you ever taken any psychiatric medications on a regular basis? (IF YES) How old were you when you first started to take this kind of medication? (Age at First Standing Medication: ____ ____)
43. Which medications have you taken for at least a month?
(See below for instructions pertaining to class of medication and helpfulness of medication.)

11

For each medication, write down its name and then inquire about its helpfulness. For drug class use the following: 01=antidepressant (tricyclic), 02=antidepressant (MAO inhibitor), 03=antidepressant (serotonin uptake inhibitor), 04=antidepressant (atypical agent), 05=standard antipsychotic, 06=atypical antipsychotic, 07=antianxiety (benzodiazepine), 08=antianxiety (nonbenzodiazepine), 09=anticonvulsant, 10=lithium, 11=stimulant, 12=antabuse/naltrexone, 13=ADHD (nonstimulant).

For rating of helpfulness, use the following: 4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive.

Name of Medication	Class	Helpfulness

44. (Total Number of Standing Medications: ____)

45. How many months have you been on this medication (these medications) all told? (Total Months on Standing Medication: ____)

12

46. How helpful did you find this medication (these medications) overall?
(4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)
47. What was the maximum number of these medications that you took at the same time? (Maximum Number of Standing Medications: ____)
48. Have you ever taken any psychiatric medications on a PRN basis? (IF YES) How old were you when you first started to take this kind of medication? (Age at First PRN Medication: ____)
49. Have you ever taken a PRN medication for at least a month to help you sleep better? (1=yes, 0=no)
50. Have you ever taken a PRN medication for at least a month to make you less anxious or panicky? (1=yes, 0=no)
51. Have you ever taken a PRN medication for at least a month to help you feel less agitated or overwhelmed? (1=yes, 0=no)
52. How helpful did you find PRN medication overall? (4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)
53. Have you ever increased your dose of any medication on your own? (1=yes, 0=no)
54. Have you ever overdosed on any of your medications? (1=yes, 0=no)
55. Have you ever had ECT? (IF YES) How old were you when you first had ECT? (Age at First ECT: ____)
56. How many courses of ECT have you had? (Number of ECT Courses: ____)

13

57. How helpful have these treatments been? (4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)
58. Have you ever been on probation/parole? (IF YES) How old were you the first time you were placed on probation/parole? (Age at First Probation/Parole: ____)
59. How many times have you been on probation/parole? (Number of Times on Probation/Parole: ____)
60. What's the longest period you've been on probation/parole? (Months of Longest Period on Probation/Parole: ____)
61. How many months have you been on probation/parole all told? (Total Months on Probation/Parole: ____)
62. How helpful has probation/parole been? (4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)
63. Have you ever been in jail or prison for more than a night or two? (IF YES) How old were you the first time you went to jail or prison? (Age at First Jail/Prison: ____)
64. How many times have you been in jail or prison? (Number of Times in Jail/Prison: ____)
65. What's the longest period you've been in jail or prison? (Weeks of Longest Period in Jail/Prison: ____)
66. How many weeks have you been in jail or prison all told? (Total Weeks in Jail/Prison: ____)
67. How helpful has jail or prison been? (4=very helpful, 3=somewhat helpful, 2=not helpful, 1=somewhat destructive, 0=very destructive)

14

68. How many forms of treatment have you been in all told? (Number of Forms of Treatment: ____)
69. How many months have you been in some form of treatment all told? (Total Number of Months in Some Form of Treatment: ____)
70. Which form of treatment did you find most helpful? (01=individual therapy, 02=group therapy, 03=family therapy, 04=self-help/religious group, 05=psychiatric hospitalization, 06=residential program, 07=day treatment, 08=pharmacotherapy, 09=ECT, 10=probation/parole, 11=jail/prison)

Overall Ratings

1. Subject's Socioeconomic Status: 1-5 (____)
(Use only if subject is emancipated)
2. Parental Socioeconomic Status: 1-5 (____)
3. Baseline GAF: 1-100 (____)
4. Baseline GAF Group: 1=recovered (71-90)
2=good (61-70)
3=fair (51-60)
4=marginal (31-50)
5=incapacitated (1-30)

9.6 Dissociative Experiences Scale (DES)

I.D. Number Code _____

D.E.S.

This questionnaire consists of twenty-eight questions about experiences you have had in your daily life. We are interested in how often you have had these experiences. It is important, however, that your answers show how often these experiences happen to you when you are not under the influence of alcohol or drugs. To answer the questions, please determine to what degree the experience described in the question applies to you as identified by the scale that I am giving you.

1. Some people have the experience of driving a car and suddenly realizing that they don't remember what has happened during all or part of the trip. What percentage of the time does this happen to you? _____
2. Some people find that sometimes they are listening to someone talk and they suddenly realize that they did not hear part or all of what was just said. What percentage of the time does this happen to you? _____
3. Some people have the experience of finding themselves in a place and having no idea how they got there. What percentage of the time does this happen to you? _____
4. Some people have the experience of finding themselves dressed in clothes that they don't remember putting on. What percentage of the time does this happen to you? _____
5. Some people have the experience of finding new things among their belongings that they do not remember buying. What percentage of the time does this happen to you? _____
6. Some people sometimes find that they are approached by people that they do not know who call them by another name or insist that they have met them before. What percentage of the time does this happen to you? _____
7. Some people sometimes have the experience of feeling as though they are standing next to themselves or watching themselves do something and they actually see themselves as though they were looking at another person. What percentage of the time does this happen to you? _____
8. Some people are told that they sometimes do not recognize friends or family members. What percentage of the time does this happen to you? _____

9. Some people find that they have no memory for some events in their lives (for example, a wedding or graduation). What percentage of the time does this happen to you? _____
10. Some people have the experience of being accused of something when they do not think that they have lied. What percentage of the time does this happen to you? _____
11. Some people have the experience of looking in a mirror and not recognizing themselves. What percentage of the time does this happen to you? _____
12. Some people sometimes have the experience of feeling that other people, objects, and the world around them are not real. What percentage of the time does this happen to you? _____
13. Some people sometimes have the experience of feeling that their body does not seem to belong to them. What percentage of the time does this happen to you? _____
14. Some people have the experience of sometimes remembering a past event so vividly that they feel as if they were reliving that event. What percentage of the time does this happen to you? _____
15. Some people have the experience of not being sure whether things that they remember happening did happen or whether they just dreamed them. What percentage of the time does this happen to you? _____
16. Some people have the experience of being in a familiar place but finding it strange and unfamiliar. What percentage of the time does this happen to you? _____
17. Some people find that when they are watching television or a movie they become so absorbed in the story that they are unaware of other events happening around them. What percentage of the time does this happen to you? _____
18. Some people sometimes find that they become so involved in fantasy or daydream that it feels as though it were actually happening to them. What percentage of the time does this happen to you? _____
19. Some people find that they sometimes are able to ignore pain. What percentage of the time does this happen to you? _____

20. Some people find that they sometimes sit staring off into space, thinking of nothing, and are not aware of the passage of time. What percentage of the time does this happen to you? _____
21. Some people sometimes find that when they are alone they talk out loud to themselves. What percentage of the time does this happen to you? _____
22. Some people find that in one situation they may act so differently compared to another situation that they feel almost as if they were two different people. What percentage of the time does this happen to you? _____
23. Some people sometimes find that in certain situations they are able to do things with amazing ease and spontaneity that would usually be difficult for them (for example, sports, work, social interactions, etc.). What percentage of the time does this happen to you? _____
24. Some people sometimes find that they cannot remember whether they have done something or have just thought about doing that thing (for example, not knowing whether they have just mailed a letter or have just thought about mailing it). What percentage of the time does this happen to you? _____
25. Some people sometimes find evidence that they have done things that they do not remember doing. What percentage of the time does this happen to you? _____
26. Some people sometimes find writings, drawings, or notes among their belongings which they must have done, but cannot remember doing. What percentage of the time does this happen to you? _____
27. Some people sometimes find that they hear voices inside their head which tell them to do things or comment on things that they are doing. What percentage of the time does this happen to you? _____
28. Some people sometimes feel as if they are looking at the world through a fog so that people and objects appear far away or unclear. What percentage of the time does this happen to you? _____