

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**DESEMPENHO COGNITIVO EM PACIENTES COM TRANSTORNO DE  
PERSONALIDADE *BORDERLINE* COM E SEM HISTÓRICO DE TENTATIVAS DE  
SUICÍDIO**

Edilson Pastore  
Mestrando

Dr<sup>a</sup>. Carolina Saraiva de Macedo Lisboa  
Orientadora

São Leopoldo, dezembro de 2012

**DESEMPENHO COGNITIVO EM PACIENTES COM TRANSTORNO DE  
PERSONALIDADE *BORDERLINE* COM E SEM HISTÓRICO DE TENTATIVAS DE  
SUICÍDIO**

**EDILSON PASTORE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carolina Saraiva de Macedo Lisboa

São Leopoldo, dezembro de 2012

### Ficha catalográfica

P293d Pastore, Edilson  
Desempenho cognitivo em pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline* com e sem histórico de tentativas de suicídio / por Edilson Pastore. – 2012.  
73 f. : il., 30cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2012.

Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carolina Saraiva de Macedo Lisboa.

1. Transtorno de Personalidade *Borderline*. 2. Desempenho cognitivo.  
3. Funções executivas. 4. Suicídio. 5. Impulsividade.

I. Título.

CDU 616.89

Catálogo na Fonte:  
Bibliotecária Vanessa Borges Nunes - CRB 10/1556

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**DESEMPENHO COGNITIVO EM PACIENTES COM TRANSTORNO DE  
PERSONALIDADE *BORDERLINE* COM E SEM HISTÓRICO DE TENTATIVAS DE  
SUICÍDIO**

**Elaborada por  
Edilson Pastore**

**Comissão Examinadora**

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Carolina Saraiva de Macedo Lisboa  
(Orientadora)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Irani Iracema de Lima Argimon (PUCRS)  
(Membro)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Clarissa Severino Gama (UFRGS)  
(Membro)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Silvia Pereira da Cruz Benetti (UNISINOS)  
(Relatora)

São Leopoldo, dezembro de 2012

## **DEDICATÓRIA**

À memória dos meus pais, Affonso e Igenes, que me ensinaram a continuar persistindo, apesar dos obstáculos que se interpõem no caminho.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Beatriz Blaya, coordenadora geral da Clínica Pinel, com quem tenho convivido nos últimos 22 anos e compartilhado inúmeras experiências que têm sido fundamentais para meu crescimento.

Aos colegas da Clínica Pinel que encaminharam seus pacientes para participar da pesquisa.

Aos 82 pacientes que aceitaram participar da pesquisa, possibilitando o avanço do conhecimento científico.

À Silvia Guarise, pelo apoio nos momentos mais difíceis.

Aos colegas de mestrado, Kelin Zabtoski e Guilherme Wendt, sempre muito prestativos em todos os momentos.

Aos estudantes de psicologia, Cristian Bacchi Schwartz, Débora Martini e Juliana Krueel, que foram importantíssimos na pesquisa empírica.

Um agradecimento especial à orientadora deste trabalho, a Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Carolina Saraiva de Macedo Lisboa, que me ajudou a sair das “trevas da ignorância” em que me encontrava antes da sua orientação, me conduzindo com ética, profissionalismo, conhecimento e, sobretudo, com respeito e com humanidade.

À banca examinadora: Dr<sup>ª</sup>. Clarissa Gama, Dr<sup>ª</sup>. Irani Argimon e Dr<sup>ª</sup>. Silvia Benetti, que contribuíram muito no exame de qualificação e se dispuseram a participar também da banca de defesa.

*“Quem passou pela vida em branca nuvem,  
E em plácido repouso adormeceu;  
Quem não sentiu o frio da desgraça,  
Quem passou pela vida e não sofreu,  
Foi espectro de homem, não foi homem,  
Só passou pela vida, não viveu”.*

Francisco Octaviano

## SUMÁRIO

<b>Apresentação.....</b>	14
<b>Referências.....</b>	16
<b>Seção I: Transtorno de Personalidade <i>Borderline</i>, aspectos cognitivos e suicídio.....</b>	17
1 Introdução.....	19
2 Transtornos de personalidade.....	19
2.1 Transtorno de Personalidade <i>Borderline</i> .....	20
2.2 Aspectos cognitivos.....	23
3 Considerações finais.....	26
Referências.....	28
<b>Seção II: Desempenho cognitivo e impulsividade em pacientes com Transtorno de Personalidade <i>Borderline</i> com e sem histórico de tentativas de suicídio.....</b>	33
1 Introdução.....	35
2 Método.....	39
2.1 Delineamento.....	39
2.2 Participantes.....	39
2.3 Instrumentos.....	42
2.4 Procedimentos.....	44
2.5 Procedimentos éticos.....	44
3 Resultados.....	46
4 Discussão.....	51
5 Considerações finais.....	55
Referências.....	57
<b>Considerações finais da dissertação.....</b>	61
Referências.....	62
<b>Anexos.....</b>	63
Anexo A – Ficha de dados sociodemográficos.....	64
Anexo B – <i>Checklist</i> segundo o CID-10.....	65
Anexo C – Escala Barratt de Impulsividade.....	69
Anexo D – Escala FAST.....	70
Anexo E – Termo de cessão de dados.....	71
Anexo F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	72
Anexo G – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	73

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estimativas de erros e tamanhos de amostra.....	39
Tabela 2 – Dados sociodemográficos.....	40
Tabela 3 – Comorbidades e tipo de medicação utilizada.....	41
Tabela 4 – Método utilizado para tentativa de suicídio.....	42
Tabela 5 – Valores mínimo, máximo, média e desvio-padrão das variáveis.....	46
Tabela 6 – Número de tentativas de suicídio.....	47
Tabela 7 – Comparação de médias de resultado dos instrumentos entre G1 e G2.....	48
Tabela 8 – Correlações entre fatores da Escala FAST e impulsividade.....	49
Tabela 9 – Correlação entre semelhança e informação do WAIS-III com impulsividade por não planejamento.....	49

## RESUMO

A presente dissertação de Mestrado investigou o desempenho cognitivo de participantes com Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) com e sem histórico de tentativas de suicídio. A apresentação da revisão de literatura e dos resultados empíricos deste trabalho foi descrita em um artigo teórico e um artigo empírico sobre o TPB, suicídio e funções cognitivas. Primeiramente, apresenta-se o artigo teórico, que traz uma revisão assistemática e crítica da literatura sobre o transtorno, abordando as particularidades do desenvolvimento dessa patologia e discutindo sobre os aspectos cognitivos. Essa revisão teve como foco as funções executivas, especialmente: atenção, concentração, tomada de decisões, organização do pensamento e memória operacional, sugerindo que *déficits* nessas funções podem ser fatores de risco para o suicídio em pacientes com esse diagnóstico. As conclusões do artigo teórico apontam para a existência de *déficits* específicos na cognição, especialmente na área de execução em participantes com diagnóstico de TPB. Discutiram-se artigos atuais encontrados sobre a temática e problematizou-se a necessidade e relevância de investigações e achados dessa natureza.

O artigo empírico apresenta os resultados de uma pesquisa quantitativa, transversal e de comparação entre grupos realizada com uma amostra de 82 pacientes ( $M=31,80$ ;  $DP=0,96$ ) diagnosticados com TPB internados em uma clínica psiquiátrica de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Foi aplicada a Escala Wechsler de inteligência para adultos (WAIS III), a Escala Barratt de Impulsividade, a Escala Beck de Suicídio e a Escala FAST, além de um questionário contendo dados sociodemográficos. Não foi encontrada diferença significativa em termos de QI total entre os participantes com TPB com e sem histórico de tentativas de suicídio, indicando assim que a heterogeneidade dos pacientes que apresentam esse diagnóstico, assim como o grande número de comorbidades apresentadas por essa população, podem ter sido fatores importantes para explicar esse resultado. Entretanto, verificou-se que pacientes com histórico de tentativas de suicídio apresentam índice de impulsividade mais elevado, especialmente abaixo de 30 anos de idade, o que salienta que nesta idade pacientes com TPB podem ser mais vulneráveis tanto para tentativas de suicídio quanto para sua efetivação. Embora não se tenha encontrado diferença significativa entre os grupos, as médias na Escala Wechsler (funções cognitivas) quanto ao QI total situaram-se dentro do nível médio de funcionamento cognitivo com QI de 92,73 ( $DP=14,39$ ) para o grupo dos pacientes com histórico de tentativa de suicídio e 96,06 ( $DP=17,8$ ) para o grupo sem tentativas de suicídio. Os níveis de impulsividade foram maiores no grupo de pacientes com histórico de tentativas

de suicídio, assim como o grau de adaptação medido pela Escala FAST se mostrou mais prejudicado no mesmo grupo. Os resultados desta dissertação elucidam aspectos sobre o TPB e permitem refletir sobre adequadas formas de tratamento. Fica também evidenciada a necessidade da realização de outros estudos dentro dessa mesma temática, em virtude da carência de pesquisas neuropsicológicas ou sobre funções cognitivas em pacientes com diagnóstico de TPB no Brasil.

**Palavras-chave:** Transtorno de Personalidade *Borderline*, desempenho cognitivo, funções executivas, suicídio, impulsividade.

## ABSTRACT

The objective of the present Master's thesis was to investigate the cognitive performance of participants with Borderline Personality Disorder (BPD) with and without a history of suicide attempts. The review of the literature and the empirical results of this study were described in a theoretical article and an empirical article about BPD, suicide, and cognitive functions.

The theoretical article consisted of an asystematic and critical review of the literature on the disorder, addressing the characteristics of the development of this pathology and discussing its cognitive aspects. This review of the literature focused on executive functions, especially: attention, concentration, decision making, organization of thought, and working memory, suggesting that deficits in these functions may be risk factors for suicide in patients with this diagnosis. The conclusions of the theoretical article indicate the presence of specific cognition deficits, mainly in the executive functions of the participants diagnosed with BPD. We discussed recent articles on the topic and approached the need and relevance of further studies and similar findings.

The empirical article presents the results of a quantitative, cross-sectional and comparative study conducted with a sample of 82 patients ( $M=31.80$ ,  $SD=0.96$ ) diagnosed with BPD and admitted to a psychiatric clinic in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. The Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS III), the Barratt Impulsiveness Scale, the Beck Suicide Scale, the FAST scale, and a questionnaire containing sociodemographic data were administered to the participants. There was no significant difference in terms of total IQ among the participants with BPD with and without a history of suicide attempts, suggesting that the heterogeneity of patients with this diagnosis, as well as the large number of comorbidities in this population, may have been important factors to explain this result. However, we found that patients with a history of suicide attempts have higher index of impulsivity, especially patients younger than 30 years, leading to the conclusion that individuals of this age group with BPD may be more vulnerable to both suicide and suicide attempts. Although there was no significant difference between the groups, the means on the Wechsler Scale (cognitive functions) in terms of total IQ were within the mean level of cognitive functioning with an IQ of 92 for the group of patients with a history of suicide attempt and 96 for the group without suicide attempts. Levels of impulsivity were higher in patients with a history of suicide attempts; in addition, the degree of adaptation measured by the FAST Scale was lower in the same group. These results explain aspects of BPD and provide the opportunity of developing

appropriate therapeutic methods. The need for further studies on this topic was also evidenced by the lack of neuropsychological research or studies on cognitive functions in patients diagnosed with BPD in Brazil.

**Keywords:** borderline personality disorder, cognitive performance, executive functions, suicide, impulsivity.

## Apresentação

Esta dissertação de Mestrado, intitulada “Desempenho Cognitivo em Pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) com e sem Histórico de Tentativas de Suicídio”, está inserida na linha de pesquisa “Processos Saúde-Doença em Contextos Institucionais”, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Fundamentalmente, este trabalho de pesquisa dirige-se para o aprimoramento do conhecimento acerca do Transtorno de Personalidade *Borderline*, especificamente abordando os aspectos cognitivos, a impulsividade e o risco de suicídio.

Na literatura atual o Transtorno de Personalidade *Borderline* destaca-se devido à riqueza das manifestações clínicas inerentes a esses pacientes e ao grau de complexidade dos casos (Freeman & Beck, 2000; Joyce, Light, Rowe, Cloninger, & Kennedy, 2010). E, conseqüentemente, às inúmeras dificuldades que envolvem o tratamento de portadores desse transtorno (Anestis, Selby, & Joiner, 2007). Essas dificuldades tornam-se mais acentuadas quando esses pacientes apresentam tentativas de suicídio associadas (Romaro, 2002).

O Transtorno de Personalidade *Borderline* apresenta etiologia complexa e o comportamento suicida, característico desse transtorno, provavelmente é dependente de múltiplos fatores, tais como os neurobiológicos, intelectuais, psicológicos e estressores no desenvolvimento (Brezo, Paris, & Turecki, 2006). Portanto, investigações acerca de aspectos intelectuais podem auxiliar na compreensão das possíveis dificuldades psicológicas e cognitivas associadas com esse transtorno, a fim de aprimorar as estratégias de tratamento.

Estudos recentes (Brodsky, Malone, Ellis, Dulit, & Mann, 2006; Gvion & Apter, 2011; O'Connor & Noyce, 2008) apontam que há comprometimento cognitivo maior nos pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline* suicidas em relação à população geral e a indivíduos com mesmo transtorno, mas sem ideação suicida, demonstrando que aspectos de personalidade e de cognição podem determinar uma série de fatores implicados na etiologia e no curso do suicídio. Esses fatores incluem predominantemente dificuldade na resolução de problemas, *déficits* de memória e de atenção, estilo cognitivo negativo, impulsividade e falta de esperança (O'Connor & Noyce, 2008).

Observou-se, a partir do material revisado, que na última década os pesquisadores têm realizado esforços para verificar as diferenças cognitivas entre pacientes suicidas e não suicidas em diferentes circunstâncias. Em relação ao Transtorno de Personalidade *Borderline*, sabe-se que indivíduos suicidas demonstram maiores dificuldades com relação à regulação emocional e à tomada de decisões, devido a alterações cognitivas referentes a *déficits* na

atenção, na memória e no processamento de informações complexas (Sprock, Rader, Kendall, & Yoder, 2000). Contudo, ainda há carência de estudos nessa área, especialmente estudos brasileiros, para que se possa descrever melhor esse fenômeno de importância clínica e científica, tendo como finalidade a prevenção do comportamento suicida e, mais especificamente, a efetivação do suicídio. Além disso, ao investigar o perfil cognitivo desta população, pode-se contribuir para a melhoria de técnicas específicas, com vistas à promoção da qualidade de vida de indivíduos com Transtorno de Personalidade *Borderline*.

Em função desses aspectos, inicialmente realizou-se uma revisão teórica tendo como foco as funções executivas, especialmente: atenção, concentração, tomada de decisões, organização do pensamento e memória operacional, verificando-se que *déficits* nessas funções podem ser fatores de risco para o suicídio em pacientes com esse diagnóstico. O artigo teórico, referente a essa revisão, é apresentado na Seção I desta dissertação. Por sua vez, a Seção II apresenta o artigo empírico, no qual constam os resultados de uma pesquisa quantitativa, transversal e de comparação entre grupos realizada com uma amostra de 82 pacientes diagnosticados com TPB internados em uma clínica psiquiátrica de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Nessa investigação, é apresentado um perfil neuropsicológico de pacientes com diagnóstico de TPB e são discutidos, por consequência, possíveis fatores de risco e indicadores que possam subsidiar ações preventivas e interventivas junto desta população.

## Referências

- Anestis, M. D., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2007). The role of urgency in maladaptive behaviors. *Behavior Research and Therapy*, *45*, 3018-3029.
- Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*, 180-206.
- Brodsky, B. S., Malone, K. M., Ellis, S. P., Dulit, R. A., & Mann, J. J. (2006). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 1715-1719.
- Freeman, J. B., & Beck, G. (2000). Cognitive interference for trauma cues in sexually abused adolescent girls with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical and Child Psychology*, *29*, 245-56.
- Gvion, Y., & Apter, A. (2011). Aggression, impulsivity, and suicide behavior: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, *15*(2), 93-112.
- Joyce, P. R., Light, K. J., Rowe, S. L., Cloninger, C. R., & Kennedy, M. A. (2010). Self-mutilation and suicide attempts: Relationships to bipolar disorder, borderline personality disorder, temperament and character. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *44*(3), 250-257.
- Sprock, J., Rader, T. J., Kendall, J. P., & Yoder, C. Y. (2000). Neuropsychological functioning in patients with borderline personality disorder. *Journal Clinical Psychology*, *56*, 587-600.
- O'Connor, R. C., & Noyce, R. (2008). Personality and cognitive processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 392-401.

## Seção I – Artigo Teórico

### Transtorno de Personalidade *Borderline*, Tentativas de Suicídio e Desempenho Cognitivo

#### Resumo

O presente artigo apresenta uma revisão crítica e assistemática da literatura sobre o Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB), suicídio e funções cognitivas. As bases de dados pesquisadas foram os portais *Capes*, *Sciencedirect*, *Psichinfo*, *Cochrane*, *BVS-PSI*, *Bireme* e *Medline*, com os seguintes descritores: *Borderline Personality Disorder*, *Cognition*, *Suicidal Behavior*. Em um primeiro momento, foram abordadas as características principais do transtorno, início dos sintomas e suas principais manifestações sintomatológicas. Posteriormente, foram enfocados os aspectos cognitivos de pacientes com TPB, abordando especialmente as funções executivas, como a tomada de decisões. Nesse sentido, foi também discutida a avaliação da impulsividade e o risco de suicídio em pacientes com TPB. Estudos atuais revisados apontam que *déficits* em funções neuropsicológicas, especialmente nas funções executivas, podem ser importantes fatores de risco para tentativas e também para a efetivação do suicídio em pessoas com esse diagnóstico. A importância do estudo da cognição, da impulsividade e dos níveis de ideação suicida nos pacientes com TPB é fundamental para auxiliar os profissionais de saúde que trabalham com essa população a identificar e prevenir o suicídio nesses pacientes e também para se aprimorarem estratégias de tratamentos existentes. É de fundamental importância aprofundar o conhecimento acerca do TPB a partir da realização de novos estudos sobre o tema, especialmente na América Latina, onde as publicações específicas ainda são escassas.

**Palavras-chave:** Transtorno de Personalidade *Borderline*, cognição, suicídio.

#### Abstract

The objective of the present study was to perform a review of the literature about Borderline Personality Disorder (BPD), suicide, and cognitive functions. The databases searched were: *Capes*, *Sciencedirect*, *Psichinfo*, *Cochrane*, *BVS-PSI*, *Bireme*, and *Medline*. We used the following keywords: *Borderline Personality Disorder*, *Cognition*, and *Suicidal Behavior*.

First, we discussed the main characteristics of the disorder, early onset of symptoms, and its main manifestations. Later, we focused on the cognitive aspects of patients with BPD, especially addressing the executive functions such as decision-making. In this sense, we also discussed the assessment of impulsivity and suicide risk in patients with BPD. The recent studies included in this review suggest that deficits in neuropsychological functions, especially in executive functions, may be important risk factors for suicide and suicide attempts in people with this diagnosis. Investigating cognition, impulsivity, and levels of suicidal ideation in patients with BPD is critical to help health professionals to identify and prevent suicide in these patients, as well as to improve the existing treatment strategies. Therefore, it is extremely important to increase the knowledge on BPD based on new studies about this disorder, especially in Latin America, where such studies are rare.

**Keywords:** Borderline Personality Disorder, cognition, suicide.

## **1 Introdução**

Os transtornos de personalidade vêm ocupando cada vez mais espaço na literatura científica, sendo objeto tanto de revisões teóricas quanto de estudos empíricos (Brooke & Horn, 2010; Brodsky, Malone, Ellis, Dulit, & Mann, 2006; Paris, 2005). Esse movimento se deve ao avanço das ciências humanas, biológicas e sociais no que tange ao maior aprofundamento nesses complexos fenômenos psíquicos. Dentre os transtornos de personalidade, pode-se afirmar que há um tipo de transtorno que ocupa um lugar de importante destaque, devido a sua complexidade, heterogeneidade e dificuldade de tratamento, denominado Transtorno de Personalidade *Borderline* (*American Psychiatric Association* [APA], 2002).

O TPB tem despertado curiosidade e necessidade de maior compreensão em função da riqueza das manifestações clínicas inerentes e ao grau de complexidade dos casos (Freeman & Beck, 2000; Joyce, Light, Rowe, Cloninger, & Kennedy, 2010). Ao mesmo tempo em que há maior interesse nesse transtorno, observado pelo crescente número de estudos, evidencia-se que os profissionais que trabalham com essa população clínica evitam, muitas vezes, atender a esses pacientes, pois se sentem impotentes, desmotivados e desgastados em função das inúmeras dificuldades que envolvem o tratamento de portadores desse transtorno (Anestis, Selby, & Joiner, 2007). Essas dificuldades referem-se a aspectos centrais que constituem o TPB, tais como a instabilidade afetiva, a impulsividade e a agressividade (Nigg, Lohr, Western, Gold, & Silk, 1992) e ficam ainda mais acentuadas quando esses pacientes apresentam tentativas de suicídio associadas (Romaro, 2002). A partir disso, neste artigo apresenta-se uma revisão crítica e assistemática da literatura sobre o TPB, os aspectos cognitivos implicados nessa patologia, abordando relações interdependentes desses aspectos com o risco de suicídio apresentado por essa população.

## **2 Transtornos de personalidade**

Os transtornos de personalidade são definidos por uma série de critérios, sendo que o principal é a identificação de um padrão persistente de vivências íntimas e de comportamentos que se desviam de forma acentuada das expectativas da cultura do indivíduo. De acordo com os critérios da *American Psychiatric Association* (APA, 2002), o transtorno de personalidade consiste em um padrão global, rígido e inflexível com duração de mais de dois anos, com início no final da adolescência ou nos primeiros anos da vida adulta e que afeta pelo menos

duas das seguintes áreas: 1) afeto, 2) cognição, 3) relacionamentos interpessoais, 4) controle dos impulsos. Há também outros indicadores que podem auxiliar a caracterizar se uma pessoa é portadora de um transtorno de personalidade, como por exemplo, a forma de perceber e de interpretar a si e aos outros, assim como os acontecimentos a sua volta (Brodsky et al., 2006; Gabbard, 1998). Observa-se também que um indivíduo com transtorno de personalidade tem maior probabilidade de recusar e resistir ao tratamento e negar seus problemas, se comparado com indivíduos com outras patologias (Kaplan & Sadok, 2008).

Segundo a classificação da APA (2002), os transtornos de personalidade são divididos em categorias:

- *Cluster A*: paranoide, esquizoide e esquizotípico.
- *Cluster B*: antissocial, histriônico, narcisista e *borderline*.
- *Cluster C*: esquiva, dependente, obsessivo compulsivo e sem outra especificação.

## **2.1 Transtorno de Personalidade *Borderline***

O TPB é um distúrbio estrutural da personalidade que se caracteriza por um padrão invasivo e conturbado de relacionamentos interpessoais, bem como alterações na forma de perceber a si mesmo e em relação aos afetos (Kernberg, 1998; Malloney, Degenhardt, Darke, & Nelson, 2009; Sollof et al., 2012). Observa-se também em pacientes com esse diagnóstico um acentuado grau de impulsividade, sendo que as primeiras manifestações tendem a ocorrer no final da adolescência ou no início da idade adulta, permanecendo presentes em vários contextos da vida do paciente, com tendência à remissão parcial da sintomatologia a partir da quarta década de vida (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). Segundo Kaplan e Sadok (2008), esta condição diagnóstica era definida por termos como esquizofrenia ambulatória, personalidade “como se”, esquizofrenia pseudoneurótica, transtorno psicótico de caráter.

Para O’Donohue e Cucciare (2007), o TPB inclui um conjunto de fatores que explicam sua etiologia, sendo que os principais são: a biologia/genética, experiências de separação e perda, abuso infantil e ambiente familiar conturbado e caótico. A literatura aponta a separação precoce das figuras parentais e as perdas na infância como componentes importantes na determinação do TPB (Akiskal et al., 1985), sendo que de 20 a 40% dos pacientes que possuem diagnóstico de TPB experimentaram separação traumática de pelo menos um dos pais (Gunderson & Sabo, 1993).

Outra questão importante sobre a etiologia do TPB refere-se a casos de abuso sexual na infância, sendo que Hermann, Perry e Van der Kolk (1989) identificaram em seu estudo que 81% dos pacientes com TPB possuíam história de abuso físico e/ou sexual na infância. Da mesma forma, Zelkowitz, Paris, Guzder e Feldman (2001) observaram que pessoas que haviam sofrido abuso sexual apresentavam quatro vezes mais chance de desenvolver o TPB. O abuso sexual e a concomitante severidade do TPB no futuro estariam mais ligados a fatores como a idade em que ele ocorreu, a frequência em que acontecia e a gravidade/intensidade existente e percebida pelos indivíduos (McLean & Gallop, 2003; Zanarini, Frankenburg, & Vujanovic, 2002).

Ambiente familiar caótico e conturbado constitui também forte preditor para o desenvolvimento do TPB, pois, segundo Johnson et al. (2001), relacionamentos com vinculações problemáticas, abuso emocional e negligência por parte dos cuidadores são fatores de risco para o desenvolvimento do TPB, tanto quanto o abuso sexual, que é um dos aspectos mais abordados e apontados na literatura sobre o tema (Zelkowitz et al., 2001). A vinculação insegura a figuras parentais e ambientes familiares conturbados e emocionalmente instáveis e negligentes também podem explicar o TPB tanto quanto os demais fatores apontados pela literatura (Salzman et al., 1993). Outro fator para tentar explicar a etiologia do TPB diz respeito à questão da vinculação da criança com seus cuidadores e o desenvolvimento de apego inseguro (Bowlby, 1969/1973). Pesquisas relacionando o TPB com o apego inseguro são frequentes na literatura e apontam que experiências com cuidadores inseguros, imprevisíveis, assustadores ou abusivos predisporiam a criança a um tipo de apego que poderia ser um preditor para o desenvolvimento do TPB no futuro (Levy et al., 2006; Lyons-Ruth, Jacobvitz, Cassidy, & Shaver, 1999).

Atualmente o DSM IV-TR (APA, 2002) denomina esse transtorno como Transtorno de Personalidade *Borderline* e o CID-10 (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1994) o classifica como Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável, sendo ambas as categorias diagnósticas clinicamente equivalentes. A prevalência do TPB é de aproximadamente 2% a 7% da população, sendo três vezes mais comum em mulheres do que em homens (Links, Heisel, & Garland, 2003). Encontra-se, ainda, entre os principais critérios para definir o TPB, a identificação de esforços feitos pelo paciente para evitar abandonos, reais ou imaginários, significativa instabilidade nos relacionamentos, alternância de extremos de idealização e desvalorização, acentuada perturbação na identidade e na autoimagem, desregulação afetiva, assim como impulsividade em diversas áreas de sua vida (Kernberg, 1998). Convém salientar que devem constar pelo menos dois indicadores das seguintes

alterações: sexualidade, abuso de substâncias, direção imprudente ou comer compulsivo para que o diagnóstico de TPB possa ser conclusivo (APA, 2002). Sentimentos crônicos de vazio, raiva inadequada, dificuldades importantes nos relacionamentos, incluindo lutas corporais, também estão, muitas vezes, presentes nesses pacientes (Gabbard & Wilkinson, 1994).

Um dos critérios mais importantes e também mais preocupantes do TPB diz respeito às ameaças e tentativas de suicídio que acometem esses pacientes (Brodsky et al., 2006; Linehan, 2010). Muitas dessas tentativas constituem-se como uma forma de chamar atenção para o sofrimento emocional que vivenciam e não chegam a constituir risco real para que cheguem a óbito. Ainda assim, toda tentativa de suicídio requer atenção cautelosa e cuidados intensivos. No caso desses pacientes, essa atenção deve ser aumentada devido ao risco potencial para automutilações denominados também como comportamentos parasuicidas e, evidentemente, à possibilidade de ocorrer efetivamente o suicídio (Koenigsberg, 2002; Linehan, 2010; Paris, 2005). De acordo com Links et al. (2003), resultados de autópsia psicológica de mortes por suicídio estimam que entre nove e 33% dos pacientes que se suicidaram preenchiam critérios diagnósticos para TPB. Ainda segundo os autores, compreender os fatores que fazem o risco de suicídio aumentar, assim como o comportamento suicida e a própria ideação suicida, são cruciais para o entendimento do TPB.

Entende-se por suicídio um ato deliberado do indivíduo contra si mesmo, com a finalidade de morrer (Brodsky et al., 2006; OMS, 2001). Os suicídios consumados em pacientes que apresentam TPB giram em torno de 10% e as tentativas de suicídio entre essa população variam entre 37% a 73% (Black, Blum, Pfohl, & Hale 2004). Segundo Paris (2005), um em cada dez pacientes com diagnóstico de TPB se suicida, igualando os índices de patologias com alta letalidade como a esquizofrenia e a depressão maior. Esses dados levam a questionar uma ideia preconcebida e estigmatizada de que pacientes com TPB tentam suicídio apenas para manipular ou chamar a atenção (Linehan, 2010).

Em um estudo realizado por Brooke e Horn (2010), pacientes com TPB que apresentavam automutilações e tentativas de suicídio também apresentaram baixa autoestima e visão negativa de si. Observou-se que consequências psicológicas de abusos físicos e emocionais foram determinantes ou desencadeantes para as tentativas de suicídio na amostra estudada. Ainda segundo esse estudo, a impossibilidade de tolerar a solidão e o intenso vazio mostrou-se associada ao aumento significativo da ansiedade, o que pode explicar que o paciente queira atentar contra a própria vida.

Assim, de acordo com uma série de autores (Arza et al., 2009; Domes et al., 2006; Le Gris & Van Reekum, 2006; Monarch, Saykin, & Flashman, 2004; Soler et al., 2009), a

relação entre TPB e o comportamento suicida pode ser mediada por aspectos cognitivos, especialmente envolvendo dificuldades relacionadas a tomada de decisões, memória de trabalho, capacidade para obter juízo crítico e formulação de *insight* (Le Gris & Van Reekum, 2006). Esses aspectos podem auxiliar na explicação de uma série de variáveis ainda obscuras na literatura e servir de subsídios para melhores estratégias de tratamento.

## 2.2 Aspectos cognitivos

Achados neuropsicológicos em indivíduos com TPB demonstram que há falhas importantes nessa esfera, ressaltando que mais estudos devem ser realizados para aprofundar a investigação a respeito desse tema (Le Gris & Van Reekum, 2006; O'Connor & Noyce, 2008). De acordo com Monarch et al. (2004), apesar das evidências acumuladas sobre possíveis prejuízos em funções neuropsicológicas de pacientes com TPB, o mesmo ainda não se constitui claramente como um transtorno que apresente características cognitivas específicas. Assim, de acordo com esse autor, estudos que objetivem conhecer mais profundamente o TPB e suas particularidades da cognição deveriam ser conduzidos.

Pesquisas sobre a etiologia do TPB referem que variáveis como genética e traumas infantis, tais como negligência, abuso sexual e emocional, além de outros eventos estressores, podem ser causas para esse transtorno e seriam responsáveis por falhas cognitivas (Mann, 2003). Por outro lado, autores como Le Gris e Van Reekum (2006) e Ruocco (2005) afirmam que pacientes com TPB apresentam comprometimento de domínios cognitivos específicos ligados a funções como atenção, flexibilidade cognitiva, memória de trabalho, capacidade de planejamento e memória visoespacial. A partir desses resultados, verifica-se a necessidade de uma compreensão acerca do funcionamento cognitivo de pacientes com TPB, pois trata-se de uma doença complexa, na qual o comportamento dos pacientes é provavelmente dependente de múltiplos fatores como os neurobiológicos, intelectuais, psicológicos e/ou ocorrência de situações estressoras ao longo do desenvolvimento (Brezo, Paris, & Turecki, 2006). Portanto, investigações da esfera cognitiva junto a pacientes com TPB podem contribuir para a compreensão das possíveis dificuldades psicológicas associadas a esse transtorno, aprimorando as formas de tratamento existentes.

Avançando dentro da complexa heterogeneidade do TPB, estudos apontam que há um comprometimento cognitivo maior nos pacientes suicidas em relação à população geral e também comparados com indivíduos com TPB sem ideação suicida (Le Gris & Van Reekum, 2006). Tais indicadores incluem dificuldade na resolução de problemas, *déficits* de memória e

na atenção, estilo cognitivo negativo, impulsividade e falta de capacidade de planejamento (O'Connor & Noyce, 2008).

Estudos de neuroimagem cerebral mostram evidências de interrupção nos circuitos neurais em áreas do cérebro responsáveis pelos mecanismos intelectuais, agressivos e de regulação afetiva em pacientes com TPB (New, Goodman, Triebwasser, & Siever, 2008). Corroborando esses resultados, Bazanis et al. (2002) afirmam que pacientes com TPB apresentam *déficits* na capacidade de tomada de decisões e de planejamento. Além disso, apresentam outras dificuldades intelectuais, respondendo de forma impulsiva a determinados estímulos, realizando interpretações distorcidas de eventos cotidianos, bem como apresentando ações equivocadas e prematuras. Observa-se, ainda, que esses indivíduos suicidas sofrem de rigidez cognitiva, o que, possivelmente, os leva a acreditar que o suicídio é a sua única opção (Le Gris & Van Reekum, 2006).

Segundo Gvion e Apter (2011), a presença de deficiências cognitivas tem sido relacionada a disfunções nas áreas cerebrais responsáveis pelas funções executivas. Essas funções podem interagir com aspectos emocionais, alterando a capacidade do indivíduo para pensar e controlar seus impulsos comportamentais, podendo gerar uma maior propensão para comportamento suicida. Polleti (2009) também aponta para disfunções cognitivas em funções executivas, especialmente na memória autobiográfica e cognição social, o que poderia tornar os pacientes com TPB mais propensos a cometer falhas no processo de avaliação e julgamento. Esse autor também aponta que o início dos danos cognitivos em pacientes com TPB pode ser observado ainda na infância e na adolescência.

Em estudo comparando os prejuízos cognitivos de 40 pacientes com TPB e 40 controles saudáveis, O'Leary, Brouwers, Gardner e Cowdry (1991) constataram que há sérios prejuízos nos pacientes com TPB. Tais *déficits* encontravam-se em áreas relacionadas a funções executivas que não estavam relacionadas com problemas motores, abuso de álcool, depressão maior ou outros fatores que não devidos ao TPB. Assim, o autor aponta para a existência de *déficits* específicos em domínios cognitivos de pacientes com TPB.

Em outro contexto de estudo, a fim de explicar mais sobre as diferenças entre pacientes suicidas e não suicidas, uma investigação neuropsicológica em pacientes com diagnóstico de depressão evidenciou que tentativas de suicídio estão relacionadas a *déficits* no funcionamento executivo. Nessa pesquisa, Keilp et al. (2001) verificaram que pacientes deprimidos com *déficit* cognitivo tentam em maior frequência o suicídio de alta letalidade quando comparados a outros pacientes depressivos que não apresentaram dificuldades na área cognitiva. Foi observado que os pacientes suicidas de alta letalidade tinham atenção, memória

e capacidade de resolução de problemas prejudicados. Outro estudo, desenvolvido por Westheide et al. (2008), corrobora esses achados, constatando que os pacientes depressivos com ideação suicida apresentam *déficits* no funcionamento executivo das funções cognitivas, o que estaria relacionado principalmente aos comportamentos impulsivos e à dificuldade na resolução de problemas.

Apesar de evidências que apontam alterações neurológicas a partir de estudos de neuroimagem e de avaliações neuropsicológicas, o TPB não é considerado, ainda, uma desordem neurocognitiva definida. No entanto, autores como Monarch et al. (2004), Le Gris e Van Reekum (2006) afirmam que há uma clara falha na literatura acerca de estudos que examinem adequadamente os aspectos cognitivos desses pacientes. Segundo esses mesmos autores, há estudos demonstrando que os pacientes com TPB apresentam habilidades cognitivas prejudicadas. Corroborando esses achados, Monarch et al. (2004) realizaram uma bateria neuropsicológica em doze mulheres portadoras de TPB comparando com um grupo controle de mulheres sem patologias mentais. Os resultados indicaram que as pacientes com TPB apresentaram prejuízos em sete das nove áreas cognitivas avaliadas, especialmente na atenção, vigilância, memória verbal e capacidade de aprendizado quando comparadas com o grupo controle. Os autores sugerem que seja aplicada uma bateria de testes de inteligência completa nos pacientes com TPB, para esclarecer seu funcionamento cognitivo e melhorar as possibilidades de tratamento.

Outro estudo conduzido por Arza et al. (2009) demonstra que as alterações cognitivas desempenham um papel muito importante nos pacientes com diagnóstico de TPB. Foram avaliados 26 pacientes (14 mulheres e 12 homens) que, comparados a um grupo controle saudável, apresentaram *déficits* nas funções executivas e em testes neuropsicológicos complexos. Os prejuízos mais evidentes foram na memória imediata, memória de trabalho, atenção, fluência verbal, controle do impulso, flexibilidade cognitiva, abstração e planejamento. As conclusões desse estudo indicam que pacientes com TPB apresentam prejuízos em funções neurocognitivas, apontando ainda que seriam necessários mais estudos para aprofundar o conhecimento dessas alterações.

Em um dos mais importantes artigos de revisão sobre o TPB e comportamento suicida, Le Gris e Van Reekum (2006) consultaram diversas bases de dados buscando artigos a partir do ano de 1985. Foram encontrados 29 artigos discutindo aspectos neuropsicológicos do TPB e sete artigos envolvendo a temática do suicídio. Dos estudos encontrados, 83% indicavam prejuízos cognitivos em pacientes com TPB, especialmente em funções executivas, tais como tomada de decisão, memória de trabalho e prejuízos na organização visoespacial. Essas

dificuldades parecem ser agravadas em pacientes que tentaram suicídio, nos quais os prejuízos cognitivos parecem ainda mais acentuados. Essa revisão da literatura sugere que sejam investigados aspectos globais da inteligência, como a avaliação de QI total, além de outros domínios cognitivos, com o objetivo de identificar com mais clareza essas particularidades que envolvem a cognição de pacientes com TPB que tentaram suicídio em comparação com os que nunca tentaram.

Já Judd (2005) constatou que pacientes com TPB apresentam grande instabilidade em seus relacionamentos interpessoais, alto grau de impulsividade, dissociação e paranoia, características já bastante enfatizadas pela literatura. Entretanto, essa autora ressalta que as dimensões cognitivas desses pacientes têm sido pouco estudadas, propondo que os prejuízos neurocognitivos podem ser a chave para a compreensão dos aspectos do TPB. A autora hipotetiza, ainda, que prejuízos cognitivos podem estar associados ao apego inseguro e que o fator cognitivo pode ser responsável por muitos comportamentos patológicos das pessoas que apresentam esse transtorno.

Em relação ao TPB, percebe-se que indivíduos suicidas demonstram maiores dificuldades em relação à regulação emocional e à tomada de decisão, devido a alterações neurológicas e cognitivas referentes a *déficits* na atenção, na memória e no processamento de informações complexas (Le Gris & Van Reekum 2006; Sprock, Rader, Kendall, & Yoder, 2000). Contudo, ainda há carência de estudos nessa área, especialmente estudos brasileiros, para que se possa descrever melhor esse fenômeno, a fim de gerar subsídios para se repensar intervenções e tratamentos clínicos cada vez mais eficazes para esta grave condição diagnóstica.

### **3 Considerações finais**

O TPB é uma patologia de personalidade que necessita ainda de investigação em várias áreas e, apesar de a instabilidade emocional ser sua característica central, muitos outros aspectos ainda permanecem obscuros e pouco explorados em pesquisas. A literatura atual aponta para uma estreita relação entre TPB e *déficits* cognitivos, sendo esses últimos fundamentais para a compreensão e tratamento desse grave e complexo transtorno que inclui automutilações e tentativas de suicídio como manifestações clínicas frequentes.

Vários domínios cognitivos parecem estar afetados em indivíduos que apresentam o diagnóstico de TPB, especialmente no que se refere às funções executivas, como atenção, concentração, memória de trabalho, tomada de decisões e controle dos impulsos. Em

pacientes com TPB com histórico de tentativas de suicídio, os *déficits* nas funções executivas parecem ser ainda mais acentuados, gerando riscos elevados tanto para a consumação do suicídio quanto para o aumento do número de tentativas cujas consequências são extremamente danosas tanto para o paciente quanto para a família e a rede social da qual o paciente faz parte.

A avaliação de aspectos cognitivos, nível de impulsividade e ideação suicida de pacientes com TPB deve ser feita criteriosamente devido aos riscos inerentes a essa grave psicopatologia de personalidade. A relevância em se avaliar aspectos cognitivos, a impulsividade e o risco de suicídio em pacientes com TPB reside na possibilidade de gerar subsídios para melhorar as formas de intervenção nesse transtorno, especialmente tentando evitar o comportamento suicida e o grave risco de morte que os mesmos apresentam.

## Referências

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR)*. (4<sup>a</sup> ed). Porto Alegre: Artmed.
- Anestis, M. D., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2007). The role of urgency in maladaptive behaviors. *Behavior Research and Therapy*, *45*, 3018-3029.
- Akiskal, H. S., Downs, J., Jordan, P, Watson, S., Daugherty, D., & Pruitt, D. B. (1985). Affective disorders in referred children and younger siblings of maniac-depressives: mode of onset and prospective course. *Archives of General Psychiatry*, *42*, 996-1003.
- Arza, R., Diaz-Marsá, M., López-Micó, C., Pablo, N. F., López-Ibor, J. L., & Carrasco, J. L. (2009). Neuropsychological dysfunctions in personality borderline disorder: detection strategies. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *37*(4), 185-190.
- Bazanis, E., Rogers, R. D., Dowson, J. H., Taylor, P, Meux, C., Staley, C., Sahakian, B. J. (2002). Neurocognitive deficits in decision-making and planning of patients with DSM-III-R borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, *32*(8), 1395-1405.
- Black, D. W., Blum N., Pfohl, B., & Hale, B. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risks factors, prediction and prevention. *Journal of Personal Disorder*, *18*(1), 226- 239.
- Bowlby, J. (1969/1973). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, *113*, 180-206.
- Brodsky, B. S., Malone, K. M., Ellis, S. P, Dulit, R. A., & Mann, J. J. (2006). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 1715-1719.
- Brooke, S., & Horn, N. (2010). The meaning of self-injuri and overdosing amongst women fullfiling the diagnostic criteria for borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy*, *83*(2), 113-115.
- Domes, G., Winter, B., Schneel, K., Vohs, K., Fast, K., & Herpertz, S. C. (2006). The influence of emotions on inhibitory functioning in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, *36*, 1163-1172.

- Freeman, J. B., & Beck, G. (2000). Cognitive interference for trauma cues in sexually abused adolescent girls with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical and Child Psychology, 29*, 245-56.
- Gabbard, G. O. (1998). *Psiquiatria psicodinâmica: Baseado no DSM-IV*. Porto Alegre: Artmed.
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (1994). *Management of countertransference with borderline patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J. G., & Sabbo, A. N. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *American Journal of Psychiatry, 150*, 19-27.
- Gvion, Y., & Apter, A. (2011). Aggression, impulsivity, and suicide behavior: A review of the literature. *Archives of Suicide Research, 15*(2), 93-112.
- Herman, J. L., Perry, J. C., & Van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 146*(4), 490-495.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Smailes, E. M., Skodol, A. E., Brown, J., & Oldham, J. M. (2001). Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. *Comprehensive Psychiatry, 42*(1), 16-23.
- Joyce, P. R., Light, K. J., Rowe, S. L., Cloninger, C. R., & Kennedy, M. A. (2010). Self-mutilation and suicide attempts: Relationships to bipolar disorder, borderline personality disorder, temperament and character. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44*(3), 250-257.
- Judd, P. H. (2005). Neurocognitive impairment as a moderator in the development of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology, 17*, 1173-1196.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (2008). *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Keilp, J. G., Sackeim, H. A., Brodsky, B. S., Oquendo, M. A., Malone, K. M., & Mann, J. (2001). Neuropsychological dysfunction in depressed suicide attempters. *American Journal of Psychiatry, 158*, 735-741.
- Kernberg, O. (1998). *Psicoterapia psicodinâmica de paciente borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Koenigsberg, H. W. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 159*(5), 784-788.

- Le Gris, J., & Van Reekum, R. (2006). The neuropsychological correlates of borderline personality disorder and suicidal behaviour. *The Canadian Journal of Psychiatry, 51*, 131-142.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1027-1040.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline Personality Disorder. *The Lancet, 364*, 453-461.
- Linehan, M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para transtorno de personalidade borderline*. Porto Alegre: Artmed.
- Links, P. S., Heisel, M. J., & Garland, A. (2003). Affective Instability in personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 160*, 394-395.
- Lyons-Ruth, K., Jacobvitz, D., Cassidy, J., & Shaver, P. R. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp 520-554). New York: Guilford Press.
- Maloney, E., Degenhardt, L., Darke, S., & Nelson, E. C. (2009). Impulsivity and borderline personality disorder as risk factors for suicidal attempts among opioid-dependent individuals. *Psychiatry Research, 16*(1), 16-21.
- Mann, J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience, 4*, 819-828.
- McLean, L. M., & Gallop, R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry, 160*(2), 369-371.
- Monarch, E. S., Saykin, A. J., & Flashman, L. A. (2004). Neuropsychological impairment in borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 27*, 67-82.
- New, A. S., Goodman, M., Triebwasser, J., & Siever, L. J. (2008). Recent advances in the biological study of personality disorders. *Psychiatry Clinics and North America, 31*, 441-61.
- Nigg, J. T., Lohr, N. E., Western, D., Gold, L. J., & Silk, K. R. (1992). Malevolent object representations in borderline personality disorder and major depression. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(1), 61-67.

- O'Connor, R. C., & Noyce, R. (2008). Personality and cognitive processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 392-401.
- O'Donohue, W., & Cucciare, M. A. (2007). Identifying and treating psychological factors in medical settings: the example of borderline personality disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 807-821.
- O'Leary, K. M., Brouwers, P., Gardner, D. L., & Cowdry, R. W. (1991). Neuropsychological testing of patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 148(1), 106-111.
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001*. Genebra, Suíça: Autor.
- Organização Mundial da Saúde. (1994). *CID-10: classificação internacional de doenças*. São Paulo: EDUSP.
- Paris, J. (2005). The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder. *Development Psychopathology*, 17, 1091-1104.
- Poletti, M. (2009). Neuro cognitive functioning in borderline personality disorder. *Rivista di Psichiatria*, 44(6), 374-383.
- Ruocco, A. C. (2005). The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review. *Psychiatry Research*, 137(3), 191-202.
- Romaro, R. (2002). O sentimento de exclusão social em personalidade borderline e o manejo da contratransferência. *Revista Mudanças*, 10(1), 62-71.
- Salzman, J. P., Salzman, C., Wolfson, A. N., Albanese, M., Looper, J., Ostacher, M., & Miyawaki, E. (1993). Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. *Comprehensive Psychiatry*, 34(4), 254-257.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., I., Barrachina, J., Campins, J., & Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 353-358.
- Soloff, P. H., Pruitt, P., Sharma, M., Radwan, J., White, R., & Diwadkar, V. A. (2012). Structural brain abnormalities and suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 46(4), 516-525.
- Sprock, J., Rader, T. J., Kendall, J. P., & Yoder, C. Y. (2000). Neuropsychological functioning in patients with borderline personality disorder. *Journal Clinical Psychology*, 56, 587-600.

- Westheide, J., Quednow, B. B., Kuhn, K. U., Hoppe, C., Cooper-Mahkorn, D., Hawellek, B., & Wagner, M. (2008). Executive performance of depressed suicide attempters: The role of suicidal ideation. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(7), 414-421.
- 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.
- Zelkowitz, P., Paris, J., Guzder, J., & Feldman, R. (2001). Diatheses and stressors in borderline pathology of childhood: The role of neuropsychological risk and trauma. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(1), 100-105.

## Seção II – Artigo Empírico

### Desempenho cognitivo em pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline* com e sem histórico de tentativas de suicídio

#### Resumo

As funções cognitivas, a impulsividade e o comportamento suicida constituem aspectos importantes na avaliação e no tratamento de pacientes portadores de Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB). A adequada análise e identificação desses aspectos podem auxiliar no manejo de situações envolvendo tanto o risco de morte quanto o estabelecimento de condutas adequadas para o atendimento dessa população clínica. Desta forma, este estudo teve como objetivo avaliar o desempenho cognitivo, a impulsividade e a ideação suicida em 82 ( $M=31,80$ ;  $DP=0,96$ ) pacientes internados em uma clínica psiquiátrica de Porto Alegre, RS. Os pacientes foram divididos em dois grupos, sem ( $G1=33$ ) e com histórico de tentativa de suicídio ( $G2=49$ ). Foram aplicados os seguintes instrumentos: a Escala Wechsler de Inteligência para adultos (WAIS III), a Escala Barratt de Impulsividade (BIS), a Escala Beck de Suicídio (BSI), a Escala FAST e um questionário sobre dados sociodemográficos. Os resultados não apontam diferenças significativas entre os dois grupos no que se refere ao QI total e às funções executivas, em específico, contrariando alguns estudos existentes. Os níveis de impulsividade, assim como a ideação suicida mostraram-se mais elevados no grupo de pacientes com histórico de tentativas de suicídio, especialmente nos pacientes com idade inferior a 30 anos. Entre as comorbidades, verificou-se que a dependência química foi a de maior prevalência, seguida do transtorno de humor bipolar e depressão. Os resultados sugerem similaridades entre os grupos de pacientes com e sem histórico de suicídio, representando um alerta e um desafio. Evidências acerca da impulsividade corroboram dados de estudos anteriores, assim como o que se refere às comorbidades identificadas. Os resultados do presente estudo podem ser explicados também pela complexidade desse transtorno e evidenciam a importância de mais estudos acerca das funções cognitivas junto a essa população.

**Palavras-chave:** Transtorno de Personalidade *Borderline*, desempenho cognitivo, suicídio.

**Abstract**

Cognitive functions, impulsivity, and suicidal behavior are important aspects of the evaluation and treatment of patients with Borderline Personality Disorder (BPD). Proper analysis and detection of these aspects may help in the management of situations involving both the risk of death and the design of appropriate care procedures for this clinical population. Therefore, the objective of this study was to assess cognitive performance, impulsivity, and suicidal ideation in 82 ( $M=31.80$ ;  $SD=0.96$ ) inpatients of a psychiatric clinic in Porto Alegre, RS. Patients were divided into two groups without ( $G1=33$ ) and with a history of suicide attempt ( $G2=49$ ). We administered the following instruments: the Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS III), the Barratt Impulsiveness Scale (BIS), the Beck Scale for Suicide Ideation (BSI), the FAST Scale, and a questionnaire on sociodemographic data. The results showed no significant differences between the two groups with respect to total IQ and executive functions specifically, which is not in agreement with some previous studies. The levels of impulsivity, as well as suicidal ideation, were higher in patients with a history of suicide attempts, especially in patients younger than 30 years. Considering the comorbidities, we found that chemical dependency showed the highest prevalence, followed by bipolar disorder and depression. The results demonstrated that the similarities between the groups of patients with and without a history of suicide attempt constitute a warning and a challenge. Evidences toward impulsivity confirm previous studies, as well as what refers to comorbidities identified. The results of the present study can be explained based on the complexity of this disorder; thus, further studies of cognitive functions in this population are greatly important.

**Keywords:** Borderline Personality Disorder, cognitive performance, suicide.

## 1 Introdução

O Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) caracteriza-se por um padrão instável e intenso nos relacionamentos interpessoais, na autoimagem e na troca e expressão dos afetos, com início na adolescência e/ou nos primeiros anos da vida adulta, causando acentuados prejuízos em diversas áreas da vida do indivíduo (*American Psychiatric Association [APA], 2002*).

Segundo Scott, Levy, Adams Jr. e Stevenson (2011), o TPB é um transtorno crônico e debilitante, caracterizado por intensa instabilidade emocional, acentuada impulsividade, propensão para automutilações, problemas com a identidade pessoal e tendências para o suicídio. Autores como Grant, Stinson, Dawson, Chou e Ruan (2005) e Lenzenweger, Lane, Loranger e Kessler (2004) estimam que o TPB afete entre 1 a 6% da população geral, atingindo especialmente pessoas abaixo dos 35 anos de idade. Em populações clínicas e em internações psiquiátricas, o índice se eleva de 30 a 70% (APA, 2002; Arza et al., 2009; Judd, 2005; Monarch, Saykinn, & Flashman, 2004).

A relação entre comportamento suicida e funcionamento cognitivo de pacientes com TPB tem sido ainda pouco estudada (Le Gris & Van Reekum, 2006; Monarch et al., 2004) e praticamente inexistem estudos na América Latina sobre o tema. Assim, alguns autores têm procurado investigar associações entre suicídio, aspectos cognitivos e TPB (Le Gris & Van Reekum, 2006; Linhehan & Mazza, 2009; Zweig-Frank & Paris, 2002) em vários contextos.

Dentre os pesquisadores interessados nessa temática, convém citar Burke e Stepp (2012), que realizaram uma pesquisa longitudinal com o objetivo de identificar preditores na infância e adolescência para o TPB. Participaram da pesquisa 142 crianças entre sete e 12 anos que apresentavam psicopatologias como transtorno de *déficit* de atenção, transtorno de oposição desafiadora, hostilidade, agressividade e dificuldades cognitivas. Os participantes foram acompanhados desde a infância até a idade adulta e foram avaliados no início da pesquisa, ao completar 18 anos e aos 24 anos de idade. Os resultados mostraram que as principais características psicopatológicas da infância e adolescência que poderiam levar ao desenvolvimento do TPB na vida adulta seriam a presença de oposição desafiadora sistematizada e a persistência de dificuldades emocionais e cognitivas.

Nesta mesma linha de pesquisa, Paris, Zelkowitz, Cuzder, Joseph e Feldman (1999) estudaram aspectos neuropsicológicos específicos em 94 crianças, sendo que 41 apresentavam indicadores relacionados a sintomas de TPB e 53 não apresentavam qualquer psicopatologia. Os autores evidenciaram que aqueles participantes com sintomas de TPB apresentaram

também escores abaixo da média no teste de *Wisconsin* e no teste de performance motora contínua, ambos testes cognitivos que avaliam funções executivas. Dentro deste mesmo contexto, Soloff et al. (2012) apontam que disfunções cerebrais têm sido observadas em pacientes com TPB, especialmente em regiões límbicas, frontais e pré-frontais, possíveis de serem identificadas já na infância. Essas regiões cerebrais são responsáveis pela regulação das emoções, do comportamento impulsivo e, fundamentalmente, referem-se às funções executivas. Segundo esses pesquisadores, as funções executivas estão estreitamente relacionadas ao comportamento suicida, pois incluem memória de trabalho e tomada de decisão, predominantemente. Assim, prejuízos em funções executivas e na memória operacional aumentariam de forma significativa a propensão para o comportamento suicida.

Investigando prejuízos cognitivos em pacientes com TPB e a relação com áreas específicas do cérebro, Monarch, Saykin e Flashman (2004) identificam prejuízos frontais, pré-frontais e límbicos, sendo que essas regiões estão relacionadas à tomada de decisões e capacidade de avaliação e de julgamento das situações. Como descrito anteriormente, em estudo realizado por Soloff et al. (2012), utilizando ressonância magnética computadorizada cerebral, foram comparados 68 pacientes portadores de TPB com um grupo controle saudável. Os pacientes com TPB foram subdivididos em indivíduos com e sem tentativa de suicídio, diferenciando-se, também, o grau de letalidade dessas tentativas. Os resultados desse estudo identificaram problemas cerebrais em maior frequência e gravidade no grupo de tentadores de suicídio de alta letalidade, especificamente em regiões do córtex pré-frontal, temporal, giro do cíngulo, ínsula e amígdala, corroborando outros estudos (Le Gris & Van Reekum, 2006; Monarch et al., 2004) que também indicam que as tentativas de suicídio estão relacionadas com um *déficit* e empobrecimento do repertório cognitivo. Outro achado importante desse mesmo estudo se refere ao fato de que no grupo de pacientes com TPB que apresentaram tentativa de suicídio, as concentrações de massa cinzenta estavam significativamente diminuídas, sendo que aqueles pacientes que cometeram tentativas de suicídio de alta letalidade apresentaram alterações cerebrais ainda mais severas; especificamente em giro temporal, ínsula, giro fusiforme e giro parahipocampal.

Corroborando os achados anteriores, Le Gris, Links, Van Reekum, Tannock e Toplak (2012) observam uma variedade de *déficits* nas funções executivas em pacientes com TPB que podem estar associadas ao comportamento suicida. Em estudo realizado por esses autores foram examinadas funções cognitivas como a inibição motora, a memória de trabalho e a tomada de decisões em 42 mulheres com diagnóstico de TPB, comparando-as com grupo controle saudável. Os resultados não demonstraram diferenças significativas entre os dois

grupos, exceto que nas pacientes com TPB a tomada de decisão se mostrou mais prejudicada que no grupo controle. Ainda na comparação entre o grupo de pacientes com TPB com e sem tentativa de suicídio não se identificou diferença significativa com relação à função cognitiva referente a tomada de decisão. Além disso, nesse estudo o preditor mais significativo para a efetivação do suicídio foi a presença de tentativas de suicídio prévias, o que também parece ser consenso na literatura científica sobre suicídio (Lieb et al., 2004; Monarch et al., 2004).

Já no estudo realizado por Preissler et al. (2010), comparando mulheres com TPB com um grupo controle, verificaram-se marcados prejuízos na cognição social, na regulação das emoções, dos impulsos e pensamentos. Esse autor também identificou que quando o TPB ocorre simultaneamente com o transtorno de estresse pós-traumático, impulsividade e abuso sexual na infância, há maior risco de problemas na cognição e propensão para o comportamento suicida. Reforçando esses achados, Sternbach et al. (1992) afirma que distorções cognitivas como visão do tudo ou nada, catastrofismo e dificuldade de avaliação adequada das situações são comuns em pacientes com TPB. Assim, a dificuldade na regulação dos afetos e dos impulsos pode levar ao comportamento suicida em virtude de problemas na tomada de decisões e no julgamento da realidade.

Segundo Zanarini et al. (2011), automutilações, tentativas de suicídio prévias e problemas na cognição constituem forte risco de morte para pacientes portadores de TPB. Em seu trabalho de investigação, foram avaliados 290 pacientes com TPB, elencando alguns preditores para risco grave de suicídio nessa população, tais como: sexo feminino, presença de sintomas dissociativos, transtorno de humor associado, especialmente depressão, história de abuso sexual na infância, ter sofrido violência sexual na vida adulta e, por último, a severidade das distorções cognitivas apresentadas. Já para Maloney, Degenhardt, Darke e Nelson (2009), os principais fatores de risco para suicídio em pacientes com TPB também incluem o fato de ser mulher, apresentar quadro de ansiedade e impulsividade, além de abuso de substâncias associado. Esses pesquisadores destacam, ainda, a necessidade de se avaliar os níveis de impulsividade em pacientes com TPB que tenham apresentado tentativa de suicídio prévia, pois esses pacientes estariam mais propensos a efetivar o suicídio, confirmando estatísticas que afirmam que um em cada dez pacientes com TPB comete o suicídio ao longo do curso da doença (Le Gris & Van Reekum, 2006; Monarch et al., 2004; Zweig-Frank & Paris, 2002). Convém salientar que esse índice é similar a patologias severas como esquizofrenia e depressão maior (Bertolote & Feischmann, 2002).

No que se refere à presença de comorbidades, Carpinello et al. (2011) afirmam que quando o TPB está associado ao transtorno de humor bipolar, aumentam-se três vezes as

chances de suicídio, sendo o mesmo mais elevado quando o TPB apresenta comorbidade com qualquer outra psicopatologia (Dziobek et al., 2011). Dentre as comorbidades mais identificadas estão a dependência química, o transtorno de humor bipolar, a depressão e o transtorno de estresse pós-traumático (Lieb et al., 2004).

Mesmo frente a todas essas evidências de estudos, pesquisas brasileiras ou latino-americanas que investiguem as relações entre funções cognitivas, comportamento suicida e TPB ainda são escassas. Assim, torna-se evidente a necessidade de estudos que avaliem aspectos cognitivos, níveis de impulsividade e de ideação suicida de forma mais aprofundada e detalhada em pacientes com TPB no nosso contexto, com vistas ao delineamento de práticas preventivas e também no âmbito clínico. Conforme sugerido por autores que trabalham e publicam dentro desse tema (Le Gris et al., 2012; Monarch et al., 2004; Le Gris & Van Reekum, 2006), a exploração das questões cognitivas e comportamentais, além de ainda necessitar de estudos e novas descobertas, é crucial para melhorar as formas de tratamento para esta população.

A dificuldade de tratamento, os abandonos frequentes dos mesmos e o alto índice de suicídio relacionado a esse transtorno motiva o desenvolvimento de estudos que revisem aspectos já conhecidos do TPB, assim como se concentrem em áreas ainda pouco exploradas, relacionadas a aspectos emocionais, mas também cognitivos. Desta forma, este estudo tem como objetivo investigar o desempenho cognitivo, os níveis de impulsividade e a ideação suicida de pacientes diagnosticados com TPB com e sem histórico de tentativas de suicídio, internados em uma clínica psiquiátrica de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

## 2 Método

### 2.1 Delineamento

Foi realizado um estudo transversal, quantitativo e de comparação entre grupos.

### 2.2 Participantes

Para determinação do tamanho de amostra utilizou-se como base os dados apontados por Le Gris e Van Reekum (2006), onde foram detectadas diferenças nas pontuações médias das subescalas da WAIS III entre investigados com e sem histórico de suicídio variando, de modo geral, entre 15 e 45%. Assumindo que nos grupos a serem investigados a diferença entre as médias esteja contida no intervalo entre 15 a 20% e, considerando um nível de significância de 5% ( $\alpha=0,05$ ) e um poder de 80% ( $1-\beta$ ), o tamanho mínimo de amostra foi estimado em 34 ou 49 pacientes por grupo, totalizando um mínimo de 68 sujeitos até 98 investigados. Os cálculos foram realizados através do programa Stata 8.0. A Tabela 1 apresenta as estimativas de erro e tamanho amostral.

Tabela 1

*Estimativas de Erros e Tamanhos de Amostra*

Erro máximo admissível (YY)*	Tamanhos de amostra	
	Por grupo (XX)	Total (HH)
10	77	144
15	49	98
20	34	68
25	25	50
30	16	32

\*Coeficiente de variação para a diferença entre as médias dos dois grupos

A amostra foi composta por 82 participantes, sendo 30 homens (36,6%) e 52 mulheres (63,4%), idade entre 18 a 59 anos ( $M=31,80$ ;  $DP=0,96$ ) com diagnóstico de Transtorno de Personalidade Emocionalmente Instável segundo os critérios constantes na CID-10 (OMS, 1999). Todos os participantes estavam internados em uma clínica psiquiátrica particular, localizada na cidade de Porto Alegre, RS. Foram excluídos os pacientes que apresentaram diagnósticos de demência, esquizofrenia, dependentes químicos com menos de sete dias de abstinência e psicoses agudas.

Quanto ao nível de escolaridade, 11 (13,8%) possuíam o ensino fundamental completo, 42 (51,5%) ensino médio, 23 (28,8%), ensino superior e 4 (5,0%) possuíam pós-graduação concluída. No que se refere à situação ocupacional, 27 (32,9%) estavam desempregados, 26 (31,7%) possuíam emprego formal, 22 (26,8%) estavam em benefício de saúde, 6 (7,3%) tinham emprego informal e 1 (1,2%) era aposentado.

Com relação ao nível socioeconômico, de acordo com o número de salários mínimos informados pelos participantes, 12 (14,6%) eram de nível socioeconômico baixo, 63 (76,8%) indicaram nível socioeconômico médio e 7 (8,5%) apresentam nível socioeconômico alto. Referente ao estado civil, 50 (61,7%) estavam solteiros, 12 (14,8%) eram casados, 11 (13,6%) estavam em união estável e 8 (9,9%) eram divorciados. Entre os participantes, 48 (58,5%) não tinham filhos e 34 (41,5%) tinham um ou mais filhos. A Tabela 2 resume os dados sociodemográficos da amostra estudada.

Tabela 2

*Dados Sociodemográficos (N=82)*

		Frequência	Porcentagem
Sexo	Masculino	30	36,6%
	Feminino	52	63,4%
Idade		<i>M=31,80</i>	<i>DP=10,96</i>
Escolaridade	E. Fundamental	11	13,8%
	E. Médio	42	52,5%
	E. Superior	23	28,8%
	Pós-Graduação	4	5,0%
Situação Ocupacional	Emprego formal	26	31,7%
	Emprego informal	6	7,3%
	Desempregado	27	32,9%
	Benefício de saúde	22	26,8%
	Aposentado	1	1,2%
Nível Socioeconômico	Baixo	12	14,6%
	Médio	63	76,8%
	Alto	7	8,5%
Estado Civil	Solteiro	50	61,7%
	Casado	12	14,8%
	Divorciado	8	9,9%
	União estável	11	13,6%
Filhos	Sim	34	41,5%
	Não	48	58,5%

Do total da amostra ( $N=82$ ), apenas 7 (8,5%) não apresentavam comorbidades associadas ao TPB. As patologias identificadas foram: dependência química em 39 (48,8%) participantes, transtorno de humor bipolar em 37 (45,1%), depressão em 26 (31,7%), TDAH em 5 (6,1%), transtorno de ansiedade em 5 (6,1%) e psicoses em 2 (2,4%). Em relação ao uso de medicação, apenas 2 (2,4%) dos pacientes não estavam utilizando nenhuma medicação na época em que foram avaliados, sendo que os principais fármacos utilizados foram antipsicóticos, por 32 (39,0%), antidepressivos por 26 (31,7%), estabilizadores de humor por 16 (19,5%), benzodiazepínicos por 25 (30,5%) e outros tipos por 16 (19,51%) participantes. A Tabela 3 resume as comorbidades apresentadas e os tipos de medicações utilizadas pelos participantes.

Tabela 3

*Comorbidades (n=75) e Tipo de Medicação Utilizada (n=80)*

		Frequência	Percentil
Comorbidades	Dependência química	39	48,8%
	Transtorno de humor bipolar	37	45,1%
	Depressão	26	31,7%
	TDAH	5	6,1%
	Transtorno de ansiedade	5	6,1%
	Psicoses	2	2,4%
Tipo de medicação	Antipsicóticos	32	39,0%
	Antidepressivos	26	31,7%
	Estabilizadores de humor	16	19,5%
	Benzodiazepínicos	25	30,5%
	Outros	16	19,5%

Em relação ao uso de drogas, 41 (51,3%) dos participantes referiram não utilizar e 39 (48,8%) relataram uso recente, mas contavam com no mínimo sete dias de abstinência no momento da avaliação. A droga de escolha mais identificada foi a cocaína por 28 (34,1%) participantes, uso de maconha foi referido por 25 (30,5%), o álcool era droga de escolha de 23 (28,0%), o *crack* era utilizado por 6 (7,3%) participantes e o abuso de medicamentos foi referido por 6 (7,3%) participantes.

Quanto ao motivo da internação atual, 23 participantes (28%) internaram por tentativa de suicídio, sendo que, desses, 3 (13,0%) foram internados por ideação suicida grave com plano, 2 (8,7%) por automutilações, 8 (34,8%) por ingestão excessiva de medicação e 10 (43,5%) por outras maneiras, tais como tentativas letais com armas de fogo, enforcamento e

jogar-se de prédios. A Tabela 4 resume o método de tentativa de suicídio utilizada pelos participantes.

Tabela 4

*Método Utilizado para Tentativa de Suicídio (n=23)*

	Frequência	Percentil
Ideação suicida grave	3	13,0%
Automutilações	2	8,7%
Ingestão de medicação	8	34,8%
Outros	10	43,5%

## 2.3 Instrumentos

### 2.3.1 Ficha de dados sociodemográficos (Anexo A)

Na ficha de dados sociodemográficos, elaborada para os fins da presente pesquisa, foram investigadas características como: sexo, idade, escolaridade, nível socioeconômico, estado civil, uso de medicação, comorbidades, doenças clínicas, história familiar de doença mental e suicídio e uso de drogas.

### 2.3.2 Checklist segundo o CID-10 (Anexo B)

O *checklist*, segundo o CID 10 (OMS, 1994), é um instrumento semi estruturado que tem por objetivo auxiliar os profissionais a detectar sinais e síndromes psiquiátricas nas categorias de F0 a F6 do CID-10. Neste estudo, foi aplicado apenas o módulo F6, que é direcionado para transtornos da personalidade e, mais especificamente, para o subtipo Emocionalmente Instável, que corresponde ao TPB do DSM-IV (APA, 2002). Durante a aplicação do *checklist*, são verificados os principais sintomas do transtorno, sendo que, para confirmar o diagnóstico, o participante deve preencher cinco dos nove critérios do módulo emocionalmente instável.

### 2.3.3 Escala de Inteligência Wechsler para adultos (WAIS-III)

A Escala de Inteligência Wechsler para adultos (Wechsler, 2004) é utilizada para investigação do desempenho cognitivo em indivíduos com idades entre 16 a 89 anos. É formada por 14 subtestes, possibilitando a mensuração do QI verbal, QI de execução e QI total, podendo ainda fornecer informações sobre aspectos cognitivos de outros quatro domínios: compreensão verbal, memória operacional, organização perceptual e velocidade de

processamento. Neste estudo, foram aplicados 11 subtestes, cinco da escala de execução e seis da escala verbal permitindo assim a extração dos respectivos Q.I.s ( $\alpha$  total=0,881).

#### 2.3.4 Escala Barratt de Impulsividade (BIS-11 – Anexo C)

A Escala Barratt de impulsividade (Malloy-Diniz, Fuentes, Mattos, & Abreu 2010) é um instrumento de autorrelato composto por 30 itens que descrevem comportamentos e pensamentos que são avaliados pelos respondentes. É uma escala de tipo *likert*, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade, com escores 1 (raramente/nunca), 2 (às vezes), 3 (frequentemente) e 4 (sempre ou quase sempre). A pontuação da escala varia de 30 a 120 pontos e o escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens, identificando níveis distintos de comportamento impulsivo. Além de um escore global, a escala permite o cálculo de escores parciais referentes a três subdomínios da impulsividade: a impulsividade motora (itens 2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25 e 30), a impulsividade atencional (itens 6, 5, 9, 11, 20, 24, 26, 28) e a impulsividade por não planejamento (itens 1, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 27, 29).  $\alpha=0,438$ .

#### 2.3.5 Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI)

A Escala de Ideação Suicida de Beck (Cunha, 2001) é um instrumento de autorrelato que investiga a presença de ideação suicida e mede a extensão da motivação e planejamento do comportamento suicida em pacientes psiquiátricos com idades entre 17 e 80 anos. É composto por 19 itens, com alternativas pontuadas como 0 (ausência total de indicador), 1 (presença de indicador moderado) e 2 (presença de indicador grave), além de dois itens complementares, que não são incluídos no escore final, totalizando assim 21 itens. Investiga a presença de ideação suicida e sua gravidade, planos e desejos de suicídio. Os dois últimos itens informam sobre tentativas prévias de suicídio. Os 19 itens investigam o seguinte: 1. desejo de viver, 2. desejo de morrer, 3. razões para viver ou morrer, 4. tentativa de suicídio ativa, 5. tentativa de suicídio passiva, 6. duração das ideias de suicídio, 7. frequência das ideias de suicídio, 8. atitude em relação à ideação suicida, 9. controle sobre atos suicidas, 10. inibições a tentativa, 11. razões para tentativa, 12. planejamento, 13. oportunidade do método, 14. capacidade de realizar o método, 15. probabilidade de tentativa real, 16. extensão da preparação verdadeira, 17. bilhete suicida, 18. atos e 19. despistamentos. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens.  $\alpha=0,882$

### 2.3.6 Escala FAST (Anexo D)

A escala The Functioning Assessment Short Test (FAST) é composta por 24 itens que avaliam prejuízos em seis áreas psicossociais específicas: autonomia, trabalho, cognição, finanças, relações interpessoais e lazer. A pontuação é determinada pela soma dos itens que variam de zero, indicando ausência de prejuízos, a três, indicando prejuízo máximo (Cacilhas et al., 2009).

### 2.3.7 Prontuário da internação

O prontuário do participante durante a internação também foi utilizado para identificar a presença de comorbidades associadas ao TPB. Trata-se de um prontuário eletrônico, que contempla os registros dos atendimentos realizados por diversos profissionais durante o período de internação do paciente. A clínica psiquiátrica autorizou sua revisão, fornecendo o termo de cessão de dados (Anexo E).

## 2.4 Procedimentos

Para a realização da coleta de dados, todos os pacientes que internaram na clínica psiquiátrica com diagnóstico confirmado de TPB foram convidados a participar do estudo. O diagnóstico de TPB foi confirmado a partir da avaliação psiquiátrica, com a presença do diagnóstico de CID F60.31. Os pacientes que aceitaram participar do estudo tiveram todas as suas dúvidas esclarecidas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo F), informando seu consentimento. Em seguida, foi aplicada a ficha de dados sociodemográficos. Os demais instrumentos – o *checklist* de sintomas da CID-10 para Transtorno da Personalidade Emocionalmente Instável, o WAIS-III, a Escala de Ideação Suicida de Beck, a Escala Barratt de Impulsividade e a Escala FAST – foram aplicados em ordem aleatória, objetivando minimizar o cansaço e evitar influência da ordem das respostas. A aplicação de todos os instrumentos foi realizada individualmente, em sala adequada da Instituição. Foram realizados de 3 a 5 encontros com cada participante para a aplicação dos instrumentos.

## 2.5 Procedimentos Éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS e teve sua aprovação no dia 18 de maio de 2012, sob o número do processo 12/002 (Anexo G). Durante a aplicação do TCLE, foram explicados os objetivos e procedimentos do estudo, enfatizando que a participação era voluntária e que os participantes

poderiam retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no atendimento padrão oferecido pela clínica. Além disso, foi assegurado que seria preservado o anonimato dos participantes.

### 3 Resultados

Em um primeiro momento, foram realizadas as estatísticas descritivas, verificando-se os escores da amostra em geral nos instrumentos utilizados. Abaixo, na Tabela 5, estão os valores mínimo e máximo, média e desvio padrão para as variáveis do estudo.

Tabela 5

*Valores Mínimo e Máximo, Média e Desvio Padrão das Variáveis*

	Mínimo	Máximo	<i>M (DP)</i>
Escala Barratt de Impulsividade (BIS-11)	63	93	76,55 (5,98)
Impulsividade motora	19	41	26,40 (3,68)
Impulsividade atencional	14	27	20,82 (2,91)
Impulsividade por não planejamento	21	36	29,32 (3,75)
Escala FAST	7	64	28,81 (14,37)
Autonomia	0	10	3,50 (2,61)
Trabalho	0	17	6,00 (4,59)
Cognição	0	15	7,53 (3,42)
Finanças	0	6	3,16 (2,14)
Relações interpessoais	0	18	6,29 (4,53)
Lazer	0	6	2,30 (1,96)
Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI)	0	34	9,25 (10,39)
WAIS-III	64	136	94,07 (15,51)
Escala verbal	67	122	96,04 (14,62)
Escala de execução	63	148	91,90 (16,45)
Completar figuras	1	15	8,35 (2,76)
Vocabulário	4	16	10,26 (2,45)
Códigos	2	19	7,86 (3,57)
Semelhanças	3	19	11,41 (3,93)
Cubos	3	17	9,15 (3,24)
Aritmética	1	16	7,41 (3,01)
Raciocínio matricial	3	16	9,67 (3,01)
Dígitos	2	17	7,63 (3,26)
Informações	2	15	9,20 (3,32)
Arranjo de figuras	3	18	8,81 (3,09)
Compreensão	2	19	10,84 (3,73)

Para a análise inferencial, um primeiro procedimento foi separar os participantes em grupos, sendo que o grupo 1 (G1) foi composto por pacientes sem histórico de tentativas de suicídio e o grupo 2 (G2) por pacientes com histórico de tentativas de suicídio. O G1 foi constituído por 33 (40,2%) participantes, sendo 16 do sexo masculino e 17 do feminino e o G2 foi constituído por 49 (59,8%) participantes, sendo 14 do sexo masculino e 35 do sexo

feminino. No G2, 21 (25,6%) pacientes fizeram uma tentativa de suicídio e 28 (34,1%) tentaram duas ou mais vezes. A Tabela 6 resume as tentativas de suicídio dos participantes.

Tabela 6

*Número de Tentativas de Suicídio (n=82)*

	Frequência	Percentil
Não tentaram	33	40,2%
Tentaram uma vez	21	25,6%
Tentaram duas ou mais	28	34,1%

Foi realizado o teste *t* de *Student* para verificar diferenças entre G1 e G2 no que se refere às variáveis estudadas. Não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos quando comparados G1 e G2, porém, o teste de Qui-quadrado identificou uma tendência das mulheres apresentarem maior porcentagem de tentativa de suicídio que os homens ( $\chi^2=3,370$   $p<0,06$ ). Com relação aos níveis de impulsividade (BIS-11), observou-se diferença significativa ( $t=2,28$ ,  $p<0,03$ ) em relação à idade da amostra, sendo que os participantes com menos de 30 anos de idade apresentaram médias maiores quando comparados aos participantes com idade superior a 31 anos. Na subescala de planejamento, também foram identificadas diferenças significativas ( $t=2,43$ ,  $p<0,02$ ) em relação à idade, sendo que os participantes com menos de 30 anos de idade tiveram níveis mais elevados de impulsividade (menores de 30 anos  $M=30,26$ ;  $DP=3,00$  e maiores de 31 anos  $M=28,48$ ;  $DP=3,50$ ).

Ao serem analisados os prejuízos nas áreas psicossociais (Escala FAST), identificou-se diferença significativa ( $t=2,55$ ,  $p<0,05$ ) quanto à utilização de medicamentos em relação ao fator ‘autonomia’, sendo que os usuários de medicamentos mostraram-se menos autônomos que os não usuários. Identificou-se diferença significativa ( $t=2,84$ ,  $p<0,05$ ) também no fator ‘cognição’, sendo que os usuários de medicamentos apresentaram médias inferiores aos não usuários. E ainda verificou-se diferença significativa ( $t=2,50$ ,  $p<0,02$ ) no escore total da escala FAST (ajustamento psicossocial), sendo que os usuários de medicamentos apresentaram médias inferiores aos não usuários (usuários de medicamentos  $M=28,11$ ;  $DP=13,91$  e não usuários de medicamentos  $M=53,0$ ;  $DP=9,89$ ).

Ao especificar os tipos de medicamentos, identificou-se que os participantes que faziam uso de antidepressivos apresentaram médias inferiores no fator ‘trabalho’ da escala FAST ( $t=2,24$ ,  $p<0,03$ ), indicando dificuldades no trabalho para esses sujeitos. Também verificou-se diferença significativa ( $t=1,93$ ,  $p<0,02$ ) no fator ‘finanças’, sendo que os usuários de medicamentos apresentaram médias inferiores que os não usuários nesse fator. Na Escala

de Ideação Suicida de Beck (BSI), verificou-se diferença significativa ( $t=-6,96$ ,  $p<0,01$ ), entre os grupos G1 e G2. Participantes sem tentativa de suicídio apresentaram médias inferiores aos participantes com tentativa. Também houve diferença significativa ( $t=-2,87$ ,  $p<0,01$ ) na escala BSI quanto ao sexo, sendo que as mulheres mostraram médias mais elevadas que os homens. A Tabela 7 apresenta os resultados dos instrumentos utilizados comparando G1 e G2.

Tabela 7

*Comparação de Médias de Resultados dos Instrumentos entre G1 e G2*

	G1 (n=33) M (DP)	G2 (n=49) M (DP)
Escala Barratt de Impulsividade (BIS-11)	75,37 (5,19)	77,32 (6,38)
Impulsividade motora	25,59 (2,99)	26,93 (4,01)
Impulsividade atencional	21,09 (2,73)	20,65 (3,03)
Impulsividade por não planejamento	28,68 (3,54)	29,73 (3,23)
Escala FAST	27,46 (14,53)	29,80 (14,36)
Autonomia	3,56 (2,51)	3,46 (2,72)
Trabalho	6,13 (3,98)	5,90 (5,04)
Cognição	7,00 (3,47)	7,92 (3,37)
Finanças	2,60 (2,15)	3,58 (2,06)
Relações interpessoais	6,36 (4,53)	6,24 (4,59)
Lazer	1,80 (1,74)	2,68 (2,05)
Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI)	1,37 (3,85)*	14,40 (10,09)*
WAIS-III	96,06 (17,08)	92,73 (14,39)
Escala verbal	97,15 (15,39)	95,32 (14,21)
Escala de execução	94,21 (18,70)	90,38 (14,82)
Completar figuras	8,57 (2,92)	8,20 (2,67)
Vocabulário	10,78 (2,63)	9,91 (2,29)
Códigos	8,21 (3,60)	7,63 (3,57)
Semelhanças	11,60 (4,44)	11,28 (3,58)
Cubos	9,90 (3,74)	8,65 (2,79)
Aritmética	7,75 (3,35)	7,18 (2,78)
Raciocínio matricial	9,66 (3,00)	9,67 (3,04)
Dígitos	8,39 (3,47)	7,12 (3,03)
Informações	9,30 (3,32)	9,14 (3,36)
Arranjo de figuras	8,78 (3,19)	8,83 (3,06)
Compreensão	10,60 (3,99)	11,00 (3,59)

\* $p<0,01$

Foram calculadas correlações de Pearson entre as variáveis do estudo. Verificou-se correlação positiva entre a escala Barratt de Impulsividade e o fator ‘finanças’ da escala

FAST ( $r=-0,265, p<0,05$ ). Esse dado indica que quanto mais impulsividade menos finanças e quanto menos finanças mais impulsividade. Identificou-se correlação negativa entre ‘impulsividade motora’ e o fator ‘lazer’ da escala FAST ( $r=-0,247, p<0,05$ ). Esse dado indica que quanto mais impulsividade motora, menos lazer e vice-versa. Também se verificou correlação negativa entre ‘impulsividade atencional’ e o fator ‘autonomia’ da escala FAST ( $r=-0,266, p<0,05$ ) bem como em relação ao fator ‘trabalho’ da mesma escala ( $r=-0,237, p<0,05$ ). Esses dados indicam que quanto mais impulsividade atencional, menos a pessoa é autônoma e também quanto menos a pessoa for autônoma, mais impulsiva pode se tornar. Além disso, quanto mais impulsividade atencional, menos trabalho e quanto menos trabalho, mais impulsividade atencional. Na Tabela 8, apresentam-se as correlações significativas.

Tabela 8

*Correlações entre Fatores da Escala FAST e Impulsividade*

	Lazer	Autonomia	Trabalho	Finanças
Impulsividade motora	-0,247			
Impulsividade atencional		-0,266	-0,237	
Impulsividade por não planejamento				0,379*
BIS-11				0,265

$p<0,05$  \* $p<0,01$

No que se refere ao WAIS-III e seus subtestes, foram encontradas correlações negativas entre ‘impulsividade por não planejamento’ e a escala de ‘semelhanças’ ( $r=-0,245, p<0,05$ ) e a escala de ‘informação’ ( $r=-0,234, p<0,05$ ). Esses dados indicam que quanto mais impulsividade por não planejamento, menos capacidade o indivíduo tem para estabelecer semelhanças e quanto menor a capacidade de planejamento, mais impulsivo se torna. Além disso, quanto mais impulsividade por não planejamento, menos informação e quanto menos informação, mais impulsividade por não planejamento. A Tabela 9 demonstra a correlação entre as subescalas do WAIS-III.

Tabela 9

*Correlação entre Semelhanças e Informação do WAIS-III com Impulsividade por não Planejamento*

	Semelhanças	Informação
Impulsividade por não planejamento	-0,245	-0,234

$p<0,05$

Através de uma ANOVA, identificou-se diferenças significativas entre os níveis de escolaridade e o escore total do WAIS-III ( $F=4,89$   $p<0,01$ ), escala de ‘execução’ ( $F=3,08$   $p<0,03$ ) e a escala ‘verbal’ ( $F=5,38$   $p<0,01$ ). De acordo com esses resultados, pacientes com ensino fundamental completo apresentaram médias mais baixas nestas escalas quando comparados a pacientes com ensino médio, ensino superior e pós-graduação.

Em relação às comorbidades apresentadas pelos participantes, o teste  $t$  de *Student* apontou diferença significativa ( $t=2,09$ ,  $p<0,05$ ) entre grupo de pacientes com e sem diagnóstico de depressão no fator referente a ‘relações interpessoais’ da escala FAST. Participantes com diagnóstico de depressão apresentaram médias inferiores nesse fator quando comparados a participantes sem diagnóstico de depressão (participantes com diagnóstico de depressão  $M=4,80$ ;  $DP=3,94$  e participantes sem o diagnóstico de depressão  $M=7,10$ ;  $DP=4,67$ ).

## 4 Discussão

Em relação aos dados sociodemográficos, a amostra estudada vai ao encontro do que preconiza a literatura, na medida em que se observam pacientes jovens com TPB, com média de idade em torno de 31 anos. Autores que estudam o assunto concordam que o TPB tende a entrar em remissão progressiva a partir da quarta década de vida, podendo chegar, em alguns casos, a níveis não clínicos de psicopatologia (Bradley, Jenei, & Western, 2005; Links, 2007; Links, Heslegrave, & Van Reekum, 1999; Soderberg, Kullgren, & Renberg, 2004). Deste modo, a amostra estudada enquadra-se dentro do preconizado pela literatura em relação à idade na qual o transtorno é mais frequente.

Observa-se que o grau de escolaridade dos participantes do estudo centralizou-se nos níveis fundamental e médio, corroborando também a literatura. Para esses pacientes, é difícil avançar para níveis superiores de escolaridade, o que pode ser explicado pela instabilidade que é própria do TPB, dificultando o seguimento e a manutenção em ambientes educacionais (APA, 2002; Arza et al., 2009; Kaplan, Sadock, & Greeb, 2007). O pior desempenho apresentado pelos pacientes na área verbal do teste de WAIS-III demonstra que a escolaridade está diretamente ligada a melhores escores nestas escalas, constatando-se que quanto mais baixa a escolaridade de uma pessoa, mais baixo será seu desempenho na área verbal, uma vez que a mesma trata de conhecimentos adquiridos.

A respeito da situação conjugal, a maioria dos pacientes eram solteiros ou divorciados, refletindo, possivelmente, a dificuldade dessa população em vincular-se e manter-se em uma relação estável devido a características do próprio transtorno, tais como oscilações de humor, impulsividade e tendência a não confiar nas pessoas, oscilando entre extremos de idealização e desvalorização (Kernberg, 1991). Assim, conseqüentemente, esses indivíduos podem contar com uma rede de apoio mais restrita, o que empobrece seu repertório de habilidades sociais e pode ser um complicador para os tratamentos e adequada inserção social dos mesmos. Nesta mesma linha de pensamento, também se verificou muitos pacientes em situação de desemprego, trabalhando na informalidade ou em benefício de saúde, o que também corresponde ao perfil descrito de pacientes com TPB, uma vez que esse transtorno afeta diretamente os relacionamentos sociais e pessoais, em função de, dentre outras características, uma baixa tolerância à frustração, sendo este aspecto marcante nessa patologia (Gabbard & Wilkinson, 1994; Kernberg, 1991; Paris, 2012).

Contrariamente ao esperado e retratado em alguns estudos internacionais, não se verificou diferença significativa em termos de QI total entre os participantes sem histórico de

tentativa de suicídio e aqueles com histórico de tentativa de suicídio. Esse dado vai ao encontro aos resultados de Le Gris et al. (2012), que em seu estudo também não observaram diferença significativa entre estes grupos de pacientes estudados, à exceção de que o grupo de tentadores de alta letalidade apresentou maiores prejuízos cognitivos que os tentadores de baixa letalidade; variável que este trabalho não se propôs verificar. No entanto, as pesquisas desses autores não deixam claro quais eram as comorbidades envolvidas na amostra pesquisada, nem tampouco se os pacientes estudados estavam ou não internados, sendo que esses fatores podem ter dificultado a observação das diferenças cognitivas no presente estudo. Comorbidades podem prejudicar ainda mais o desempenho cognitivo de pacientes com TPB, a exemplo do transtorno de humor bipolar e da dependência química, que apresentam curso cognitivo claramente deteriorante. Ainda, na comparação entre os participantes com e sem tentativa de suicídio, quanto à área de performance do teste de WAIS-III, que avaliou as funções executivas, não se observou diferença significativa em termos de QI, o que no estudo revisional de Le Gris e Van Reekum (2006) aparece como sendo uma tendência. O fato de não haver diferença em termos de QI entre os participantes com e sem histórico de tentativas de suicídio pode estar relacionado ao alto risco de suicídio relacionado ao TPB, indicando que os participantes que até o momento da avaliação não haviam tentado suicídio, possam vir a fazê-lo em algum momento, uma vez que há mais similaridades que diferenças entre a amostra (Linehan, 2010). Além disso, aspectos socioculturais brasileiros podem ter influenciado nos resultados da pesquisa, na medida em que os estudos existentes, comparando grupos de pacientes com TPB com e sem tentativa de suicídio, foram encontrados apenas nos Estados Unidos e na Europa (Arza et al., 2009; Le Gris & Van Reekum, 2006). Desta forma, mais estudos devem ser realizados em nossa cultura para que se possa afirmar que há, de fato, um impacto cultural interferindo nos resultados desta pesquisa.

Quanto ao nível de impulsividade, indo ao encontro do que demonstra a literatura (Monarch et al., 2004), o grupo de pacientes com tentativas de suicídio apresentou índice mais elevado quando comparado ao grupo de não tentadores. Há um consenso de que quanto maior a impulsividade de um indivíduo, maior é o seu risco de suicídio. Desta forma, os resultados da pesquisa estão de acordo com o que preconiza a literatura (APA, 2002; Linehan & Mazza, 2009; Links et al., 1999; Monarch et al., 2004). Também se observou que quanto mais impulsivo é um indivíduo, menos autonomia e menos lazer ele terá, assim como seu desempenho no trabalho também estará mais prejudicado. Consequentemente, menos finanças, conforme já constatado em outros estudos e na experiência clínica (Brodsky et al.,

2006; Gvion & Apter, 2011). Assim, conclui-se que a impulsividade interfere negativamente em vários aspectos da vida desses pacientes, acentuando inclusive o risco de suicídio.

Corroborando os achados atuais, os pacientes mais jovens apresentaram índices mais elevados de impulsividade, inclusive por não planejamento, o que indica que esses pacientes apresentam risco maior para ideação e tentativas de suicídio, na medida em que as duas variáveis, planejamento e impulsividade, podem potencializar os efeitos uma da outra. Da mesma forma, tais resultados indicam que há uma diminuição dos níveis de impulsividade e dos principais sintomas do TPB a partir da quarta década de vida, culminando, em alguns casos, com a remissão quase completa da sintomatologia (Zanarini et al., 2003). Esse dado mostra que se os pacientes com TPB puderem chegar à quarta década de vida sem cometer suicídio, mesmo apresentando tentativas prévias, estarão em menor risco para sua consumação.

Ainda em relação às tentativas de suicídio, os dados corroboram a literatura, indicando haver uma tendência maior em mulheres (Linehan & Mazza, 2009; Paris et al., 1999). Também foi possível constatar a confiabilidade da escala de ideação suicida de Beck (Cunha, 2001) como um instrumento adequado para identificação do risco de suicídio, mostrando-se a mesma com escores mais elevados no grupo de tentadores de suicídio.

Outro resultado relevante, que vai ao encontro da literatura, refere-se ao maior risco de suicídio em pacientes com TPB que apresentam comorbidade com transtorno de humor (Zanarini et al., 2011). A associação entre o TPB e os transtornos de humor parece ser um indicador de severidade maior para o quadro, além de maior risco para ideação e tentativas de suicídio, podendo aumentar o risco de suicídio em até três vezes (Carpinello, Piramba, & Sarder, 2011). Corroborando os achados de Berk, Jeglic, Brown, Henriques e Beck (2007), verificou-se que o TPB está associado a inúmeras comorbidades e que essas interferem negativamente na evolução e no tratamento dessa população. No presente estudo, mais de 45% dos pacientes apresentava comorbidade com THB e mais de 31% apresentavam depressão, confirmando o que a literatura preconiza sobre a associação entre o TPB e várias outras psicopatologias (Carpinello et al., 2011; Lieb et al., 2004; Zanarini et al., 2011).

Em relação ao uso de medicamentos pela população estudada verificou-se que apenas dois participantes não faziam uso de algum psicofármaco à época da avaliação, denotando a gravidade da população que foi pesquisada, que se encontrava integralmente em regime de internação psiquiátrica. Esse alto índice de uso de medicamentos pode ser explicado pela associação do TPB com as inúmeras comorbidades associadas cujo tratamento é,

predominantemente, psicofarmacológico, a exemplo do THB, depressão e as primeiras semanas de abstinência de substâncias químicas (Lieb et al., 2004).

## 5 Considerações finais

O TPB constitui-se como uma desordem emocional severa que atinge inúmeras áreas do funcionamento da vida do paciente. É consenso que características do próprio transtorno tais como a instabilidade emocional, as oscilações de humor, a ideação suicida, as automutilações, a impulsividade e os estressores ambientais interferem significativamente no curso e no tratamento dessa patologia. Mesmo com a utilização de instrumentos padronizados, validados e referenciados mundialmente, ainda se mostra difícil encontrar diferenças entre indivíduos com TPB, tanto para avaliação do risco de suicídio, quanto para alterações cognitivas que podem ser essenciais para ajustar tratamentos mais adequados.

Este trabalho teve como objetivo avaliar o desempenho cognitivo, os níveis de impulsividade e a ideação suicida de pacientes diagnosticados com TPB com e sem histórico de tentativas de suicídio. Em relação ao desempenho cognitivo, os resultados demonstraram que, com relação ao QI total, os valores encontrados não diferiram significativamente entre os participantes com e sem histórico de tentativas de suicídio, estando o mesmo um pouco mais baixo no grupo de pacientes com tentativas de suicídio. Em relação à impulsividade, o grupo de pacientes com tentativa de suicídio mostrou níveis mais elevados na Escala Barratt de Impulsividade, assim como na Escala de Suicídio de Beck, indicando maior risco tanto para tentativas como para a efetivação do suicídio.

O que se confirmou neste estudo e que também está amplamente respaldado pela literatura é a presença de tentativas de suicídio anteriores como um importante indicador para novas tentativas e para a consumação do próprio suicídio em pacientes com TPB. Este dado é preocupante, reforça a importância dos estudos e o desafio que representa o tratamento para estes pacientes. De acordo com Paris (2009), os pacientes com TPB suicidas são instáveis e inconstantes, e tanto as tentativas quanto a consumação do ato são bastante difíceis de serem preditas.

As limitações deste estudo centram-se principalmente na questão de que toda a amostra de pacientes estava internada em unidade psiquiátrica, constituindo assim uma parcela da população de pacientes com TPB mais grave, necessitando de cuidados intensivos e apresentando riscos iminentes. O fato de esta amostra também apresentar variadas comorbidades, como THB, depressão e dependência química, também pode ter influenciado os resultados, pois algumas dessas patologias apresentam curso grave e deteriorante se sobrepondo clinicamente ao TPB. A abstinência de substâncias, por exemplo, no caso dos dependentes químicos e as dificuldades no manejo e na aplicação dos instrumentos em

pacientes muito deprimidos ou em exaltação maníaca nos transtornos de humor, podem ter sido variáveis que interferiram dinamicamente nos resultados.

Em virtude da heterogeneidade, da complexidade de suas manifestações e especialmente da sua associação com inúmeras comorbidades, o TPB é uma desordem de personalidade que demanda mais estudos que investiguem aspectos cognitivos, assim como comportamentais, sociais, familiares, entre outros. Embora exista um número considerável de estudos e adequada literatura, ainda são escassos estudos latino-americanos e especificamente brasileiros que investiguem esse transtorno e todos os aspectos que com ele se interrelacionam. Desta forma, sugere-se novas pesquisas no Brasil, a fim de identificar maneiras mais adequadas e eficazes de tratar esta parcela da população que se coloca constantemente em risco tanto para automutilações e tentativas de suicídio, quanto para a efetivação do próprio suicídio. Devido a variação na intensidade dos *déficits* cognitivos em pacientes com TPB, o perfil neuropsicológico pode suportar ações de reabilitação cognitiva, aprimorando o tratamento desta doença e, em adição, assegurando um prognóstico mais favorável e melhores índices qualidade de vida nesta população.

## Referências

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR)*. (4<sup>a</sup> ed). Porto Alegre: Artmed.
- Arza, R., Diaz-Marsá, M., López-Micó, C., Pablo, N. F., López-Ibor, J. L., & Carrasco, J. L. (2009). Neuropsychological dysfunctions in personality borderline disorder: detection strategies. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 37(4),185-190.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1(3), 181-185.
- Berk, M. S., Jeglic, E., Brown, G. K., Henriques, G. R., & Beck, A. T. (2007). Characteristics of recent suicide attempts with and without borderline personality disorder. *Archives of Suicide Research*, 11(1), 91-104.
- Brodsky, B. S., Malone, K. M., Ellis, S.P, Dulit, R. A., & Mann, J. J. (2006). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 154,1715-1719.
- Burke, J., & Stepp, S. (2012) Adolescent disruptive behavior and borderline personality disorder symptoms in young adult men. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 49(1), 35-44.
- Bradley, R., Jenei, J., & Western, D. (2005). Etiology of borderline personality disorder disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(1), 24-31.
- Cacilhas, A. A., Magalhães, P. V. S., Ceresér, K. M., Walz, J. C., Weyne, F., Rosa, A. R., & Kapczinski, F. (2009). Validity of a Short Functioning Test (FAST) in Brazilian outpatients with bipolar disorder. *Value in Health*, 12(4), 624-627.
- Carpinello, B., Lai, L., Piramba, S., & Sarder, C. (2011). Impulsivity and aggressiveness in bipolar disorder with comorbidity with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 188(1), 40-44.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dziobek, I., Preissler, S., Grozdanovic, Z., Heuser, I., Heekeren, H. R., & Roepke, S. (2011). Neuronal correlates of altered empathy and social cognition in borderline personality disorder. *Neuroimage*, 57(2), 539-548.
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (1994). *Management of countertransference with borderline patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., & Ruan, W. J. (2005). Co-occurrence of DSM-IV personality disorder in the United States: results from the national survey on alcohol and related conditions. *Comprehensive Psychiatry*, 46(1), 1-5.
- Gvion, Y., & Apter, A. (2011). Aggression, Impulsivity, and Suicide Behavior: A Review of the Literature. *Archives of Suicide Research*, 15(2), 93-112.
- Judd, P. H. (2005). Neurocognitive impairment as a moderator in the development of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 1173-1196.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Greeb, J. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Kernberg, O. (1991). *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Le Gris, J., Links, P. S., Van Reekum, R., Tannock, R., & Toplak, M. (2012). Executive function and suicidal risks in women with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 196(1), 101-108.
- Le Gris, J., & Van Reekum, R. (2006). The neuropsychological correlates of borderline personality disorder and suicidal behaviour. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 131-142.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Fertuck, E. A., & Kernberg, O. F. (2004). Executive neurocognitive functioning and neurobehavioral systems indicators in borderline personality disorder: A preliminary study. *Journal of Personality Disorders*, 18, 421-438.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline Personality Disorder. *The Lancet*, 364, 453-461.
- Linehan, M. (2010). *Terapia cognitivo comportamental para transtorno da personalidade borderline: Guia do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.
- Linehan, M., & Mazza, E. D. (2009). Terapia comportamental dialética para Transtorno de Personalidade Borderline. In D. H. Barlow (Org.), *Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento passo a passo* (pp 366-421). Porto Alegre: Artmed.
- Links, P. S. (2007). Impact of recent research on borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 9(1),1-20.
- Links, P. S., Heslegrave R., & Van Reekum, R. (1999). Impulsivity: core aspect of borderline personality disorder. *Journal of Personality disorders*,13(1),1-9.

- Maloney, E., Degenhardt, L., Darke, S., & Nelson, E. C. (2009) Impulsivity and borderline personality disorder as risk factors for suicidal attempts among opioid-dependents individuals. *Psychiatry Research*, 16 (1), 16-21.
- Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D., Mattos, P., & Abreu, N. (2010). *Avaliação Neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Monarch, E. S., Saykin, A. J., & Flashman, L. A. (2004). Neuropsychological impairment in borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 27, 67-82.
- Organização Mundial da Saúde. (1999). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Paris, J. (2007). The Nature of Borderline Personality Disorder: Multiple Dimensions, Multiple Symptoms, but One Category. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 457-473.
- Paris, J. (2012). Borderline personality disorder. *Encyclopedia of Human Behavior*, 2, 372-376.
- Paris, J., Zelkowitz, P., Cuzder, J., Joseph, S., & Feldman, R. (1999). Neuropsychological factors associated with borderline pathology in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(6), 770-774.
- Preissler, S., Dziobek, I., Ritter, K., Heekeren, H. R., & Roepke, S. (2010). Social cognition in borderline personality disorder: evidence for disturbed recognition of the emotions, thoughts, and intentions of others. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 4(182),1-8.
- Scott, L. N., Levy, K. N., Adamns Jr., R. B., & Stevenson, M. (2011). Mental state decoding abilities in young adults with borderline personality disorder traits. *Personality Disorders*, 2(2), 98-112.
- Soderberg, S., Kullgren, G., & Renberg, S. (2004). Life events, motives and precipitating factors in parasuicide among borderline patients. *Archives of suicide research*, 8, 153-162.
- Soloff, P. H., Pruitt, P., Sharma, M., Radwan, J., White, R., & Diwadkar, V. A. (2012). Structural brain abnormalities and suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 46 (4), 516- 525.
- Sternbach, S. E., Judd, P. H., Sabo, A. N., McGlashan, T., & Gunderson, J. G. (1992). Cognitive and perceptual distortions in borderline personality disorder and schizotypal personality disorder in a vignette sample. *Comprehensive Psychiatry*, 33(3),186-189.
- Wechsler, D. (2004). *WAIS III: Escala de inteligência Weschsler para adultos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *160*(2), 274-283.
- Zanarini, M. C., Laudate, C. S., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2011). Predictors of self-mutilation in patients with borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(6), 823–828. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.10.015
- Zweig-Frank, H., & Paris, J. (2002). Predictors of outcome in a 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *43* (2), 103-107.

## **Considerações finais da dissertação**

Esta dissertação teve como objetivo investigar o desempenho cognitivo de participantes com Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) com e sem histórico de tentativas de suicídio. A partir das referências revisadas, verificou-se que o TPB tem etiologia complexa e o comportamento suicida, característico deste transtorno, é dependente de múltiplos fatores, entre os quais os aspectos cognitivos (Andersson et al., 2008; Anestis, Selby, & Joiner, 2007; Brezo, Paris, & Turecki, 2006; Brodsky et al., 2006; Freeman & Beck, 2000; Gvion & Apter, 2011; Joyce et al., 2010; O'Connor & Noyce, 2008; Sprock et al., 2000; Romaro, 2002). Os resultados desta dissertação elucidaram alguns aspectos sobre o TPB, permitindo refletir sobre a necessidade de aprimoramento e adequação das formas de tratamento. Ressalta-se a necessidade da realização de outros estudos dentro desta mesma temática, em virtude da carência de pesquisas neuropsicológicas ou sobre funções cognitivas em pacientes com diagnóstico de TPB, especificamente no Brasil.

## Referências

- Andersson, L., Allebeck, P., Gustafsson, J. E., & Gunnell, D. (2008), Association of IQ scores and school achievement with suicide in a 40-year follow-up of a Swedish cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 99-105.
- Anestis, M. D., Selby, E. A, & Joiner, T. E. (2007). The role of urgency in maladaptive behaviors. *Behavior Research and Therapy*, 45, 3018–3029.
- Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006) Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 113, 180-206.
- Brodsky, B. S., Malone, K. M., Ellis, S.P, Dulit, R. A., & Mann, J. J. (2006). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 154,1715-1719.
- Freeman, J. B., & Beck, G. (2000). Cognitive interference for trauma cues in sexually abused adolescent girls with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 29, 245-56.
- Gvion, Y., & Apter, A. (2011). Aggression, Impulsivity, and Suicide Behavior: A Review of the Literature. *Archives of Suicide Research*, 15(2), 93-112.
- Joyce, P. R., Light, K. J., Rowe, S. L., Cloninger, C. R., & Kennedy, M. A. (2010). Self-mutilation and suicide attempts: relationships to bipolar disorder, borderline personality disorder, temperament and character. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(3),250-257.
- O'Connor, R. C., & Noyce, R. (2008). Personality and cognitive processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 392-401.
- Sprock, J., Rader, T. J., Kendall, J. P, & Yoder, C. Y. (2000). Neuropsychological functioning in patients with borderline personality disorder. *Journal Clinical Psychology*, 56,1587–600.
- Romaro, R. (2002). O sentimento de exclusão social em personalidade borderline e o manejo da contratransferência. *Revista Mudanças*, 10(1),62-71.

## **ANEXOS**

**ANEXO A – FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Entrevistador:

Data da entrevista:

Nome completo do paciente:

Sexo: (1)M (2)F

Data de nascimento:

Idade:

Cor:

Local do nascimento:

UF:

Lateralidade:

Data da internação atual:

Tentativa de suicídio como um dos motivos desta internação: ( ) sim ( ) não

Método da tentativa:

Uso de medicação atual: ( ) sim ( ) não

Tipo:

Dose:

Uso de drogas atual:

Tipo:

Quantidade:

Tempo de abstinência atual (dias):

Uso de drogas no passado:

Tipo:

Quantidade:

Período máximo de abstinência de drogas no passado:

Histórico de doenças clínicas:

Histórico de diagnósticos psiquiátricos:

Nível de instrução: ( ) fundamental ( ) médio ( ) superior ( ) pós-graduação

Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) viúvo ( ) divorciado ( ) união estável

Situação ocupacional: ( ) empregado formalmente ( ) informalidade ( ) desempregado

( ) em benefício de saúde ( ) aposentado

Nível socioeconômico: ( ) baixo ( ) médio ( ) alto

Número de filhos:

## ANEXO B - CHECKLIST DA CID-10

### CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)

#### MÓDULO F6: TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

**a) Quais dos seguintes sintomas estão presentes?**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. desvio consistente e estável de traços de personalidade ou comportamentos em relação às normas culturalmente aceitas de forma estável e permanente | <input type="checkbox"/> |
| 2. comportamento inflexível, desadaptado ou, sob outros aspectos, disfuncional numa ampla gama de situações pessoais e sociais                        | <input type="checkbox"/> |
| 3. desconforto pessoal ou impacto adverso sobre o ambiente social   | <input type="checkbox"/> |

**b) Quais das seguintes características e comportamentos estão presentes?**

1. paranoide:

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• sensibilidade excessiva a contratempos e rejeições</li> <li>• incapacidade de perdoar ofensas e injúrias</li> <li>• desconfiança</li> <li>• combativo e obstinado no que se refere a direitos pessoais</li> <li>• propensão a ciúme patológico</li> <li>• tendência a experimentar excessiva autovalorização</li> <li>• preocupação com explicações "conspiratórias" não comprovadas sobre eventos</li> </ul> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
|--|--|

2. esquizoide:

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• incapacidade de experimentar prazer (anedonia)</li> <li>• frieza emocional, distanciamento ou afetividade embotada</li> <li>• indiferença tanto para elogios quanto para críticas</li> <li>• pouco interesse em ter experiências sexuais</li> <li>• preferência por fantasias, atividades solitárias e introspecção</li> <li>• falta de amigos íntimos</li> <li>• dificuldade em reconhecer e aderir a convenções sociais (comportamento excêntrico)</li> </ul> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
|--|--|

3. anti-social:

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• falta de capacidade de empatia</li> <li>• irresponsabilidade e desrespeito por normas sociais</li> <li>• incapacidade de manter relacionamentos persistentes</li> <li>• baixa tolerância à frustração e baixo limiar para descarga de Agressão</li> </ul> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• incapacidade de experimentar culpa</li> <li>• propensão para culpar os outros</li> <li>• irritabilidade persistente</li> </ul>  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                             |

## CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)

## 4. emocionalmente instável:

- tendência a agir inesperadamente e sem consideração das consequências
- tendência a comportamento beligerante e a ter conflitos com os outros
- facilidade para ter explosões de raiva ou violência
- incapacidade evidente de planejar adiante ou prever acontecimentos futuros que têm grande chance de ocorrer
- dificuldade em persistir em qualquer tarefa que não ofereça gratificação imediata
- humor instável e caprichoso
- perturbações e incerteza sobre auto-imagem e preferências Internas (incluindo a sexual)
- propensão a se envolver em relacionamentos intensos e instáveis
- ameaças ou atos recorrentes de dano a si próprio

## 5. histriônico:

- autodramatização, teatralidade
- sugestionabilidade
- afetividade superficial e lábil
- egocentricidade
- busca contínua de apreciação
- necessidade de excitação ou de ser o centro das atenções
- comportamento manipulativo para adquirir necessidades próprias

## 6. anancástico:

- indecisão
- perfeccionismo
- consciencioso, escrupuloso
- pedantismo e convencional
- rigidez e teimosia
- intrusão de pensamentos ou impulsos insistentes e indesejáveis
- planejamento a longo prazo de todas as atividades e com detalhes imutáveis

## CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)

## 7. ansioso (de evitação):

- sentimentos de tensão e apreensão
- autoconsciência e sentimentos de insegurança e inferioridade
- desejo de ser querido e aceito
- hipersensibilidade a rejeição e críticas
- recusa em se envolver com pessoas, a não ser com garantias de aceitação sem críticas
- propensão habitual a exagerar o potencial de perigo ou riscos em situações cotidianas
- estilo de vida restrito devido à necessidade de certeza e segurança

## 8. dependente:

- permitir que outros assumam responsabilidades em áreas principais da vida
- subordinação de suas próprias necessidades àquelas dos outros dos quais é dependente
- relutância em fazer exigências, ainda que razoáveis, às pessoas das quais depende
- perceber a si mesmo como desamparado, incompetente e sem vigor
- medo de ser abandonado e necessidade constante de se assegurar contra isso
- sentimentos de ruína e desamparo quando um relacionamento íntimo termina
- transferir responsabilidades para outros

## c) Qual a duração da síndrome?

- em anos

## d) Qual dos seguintes estados pode ser excluído?

1. desvio resultante de outra doença mental adulta
2. desvio resultante de doença ou dano cerebral orgânico

## e) Quais dos seguintes estados estão associados?

1. abuso de álcool ou drogas

CASO SIM, CONSIDERAR  
SÍNDROMES DECORRENTES  
DO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

## CHECKLIST DE SINTOMAS PARA DOENÇAS MENTAIS - CID 10 (1994)

2. sintomas afetivos

CASO SIM, CONSIDERAR  
SÍNDROME AFETIVA.

3. sintomas psicóticos

CASO SIM, CONSIDERAR  
SÍNDROME PSICÓTICA.

4. sintomas neuróticos

CASO SIM, CONSIDERAR  
SÍNDROME NEURÓTICA.

## f) Qual dos seguintes diagnósticos está presente?

1. transtorno de personalidade paranóide (F60.0)
2. transtorno de personalidade esquizóide (F60.1)
3. transtorno de personalidade anti-social (F60.2)
4. transtorno de personalidade emocionalmente instável:
  - tipo impulsivo (F60.30)
  - tipo *borderline* (F60.31)
5. transtorno de personalidade histriônica (F60.4)
6. transtorno de personalidade anancástica (F60.5)
7. transtorno de personalidade ansiosa (de evitação) (F60.6)
8. transtorno de personalidade dependente (F60.7)
9. outros transtornos de personalidade especificados (F60.8)

SE ALGUM SIM,  
CODIFICAR A CATEGORIA F  
NA FOLHA DE ROSTO.

## ANEXO C – ESCALA DE IMPULSIVIDADE DE BARRATT

**Instruções:** As pessoas são diferentes quanto à maneira como se comportam e pensam em situações distintas. Este é um questionário para medir algumas formas como você age e pensa, não existe resposta certa ou errada. Marque apenas uma alternativa para cada questão. Não pense em nenhuma das questões. Responda rápida e honestamente.

	Raramente/ nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou quase sempre
1. Eu planejo minhas atividades com cuidado				
2. Eu faço as coisas sem pensar				
3. Eu sou despreocupado, “cuca fresca”				
4. Meus pensamentos são rápidos				
5. Eu planejo minhas saídas ou passeios com antecedência				
6. Eu sou uma pessoa controlada				
7. Eu me concentro com facilidade				
8. Eu tenho facilidade para economizar dinheiro				
9. Eu acho difícil ficar sentado por muito tempo				
10. Eu costumo pensar com cuidado em tudo				
11. Eu quero ter um trabalho fixo para poder pagar minhas Despesas				
12. Eu falo as coisas sem pensar				
13. Eu gosto de ficar pensando sobre problemas Complicados				
14. Eu troco de trabalho frequentemente ou não fico muito tempo com a mesma atividade (cursos, esportes)				
15. Eu faço as coisas no impulso				
16. Eu me canso com facilidade tentando resolver problemas mentalmente, de cabeça				
17. Eu me cuido para não ficar doente				
18. Eu faço as coisas no momento em que penso				
19. Eu tento pensar em todas as possibilidades antes de tomar uma decisão				
20. Eu troco de casa com frequência ou não gosto de viver no mesmo lugar por muito tempo.				
21. Eu compro coisas impulsivamente, sem pensar				
22. Eu termino o que começo				
23. Eu caminho e me movimento rápido				
24. Eu resolvo os problemas com tentativa e erro				
25. Eu gasto mais do que ganho ou do que posso				
26. Eu falo rápido				
27. Enquanto estou pensando um uma coisa, é comum que outras ideias me venham à cabeça ao mesmo tempo.				
28. Eu me interesso mais pelo presente do que pelo futuro				
29. Eu me sinto inquieto em aulas ou palestras				
30. Eu faço planos para o futuro				

## ANEXO D – Escala FAST

### ESCALA BREVE DE FUNCIONAMENTO (FAST)

**Qual é o grau de dificuldade em relação aos seguintes aspectos?**

Por favor, pergunte ao paciente as frases abaixo e responda a que melhor descreve seu grau de dificuldade. Para responder utilize a seguinte escala:

**(0) nenhuma ; (1) pouca; (2) bastante; (3) imensa**

<b>AUTONOMIA</b>	
1. Ser responsável pelas tarefas de casa	(0) (1) (2) (3)
2. Morar sozinho	(0) (1) (2) (3)
3. Fazer as compras da casa	(0) (1) (2) (3)
4. Cuidar de si mesmo (aspecto físico, higiene...)	(0) (1) (2) (3)
<b>TRABALHO</b>	
5. Realizar um trabalho remunerado	(0) (1) (2) (3)
6. Terminar as tarefas tão rápido quanto necessário	(0) (1) (2) (3)
7. Obter o rendimento previsto no trabalho	(0) (1) (2) (3)
8. Trabalhar de acordo com seu nível de escolaridade	(0) (1) (2) (3)
9. Ser remunerado de acordo com o cargo que ocupa	(0) (1) (2) (3)
<b>COGNIÇÃO</b>	
10. Concentrar-se em uma leitura ou filme	(0) (1) (2) (3)
11. Fazer cálculos mentais	(0) (1) (2) (3)
12. Resolver adequadamente os problemas	(0) (1) (2) (3)
13. Lembrar o nome de pessoas novas	(0) (1) (2) (3)
14. Aprender uma nova informação	(0) (1) (2) (3)
<b>FINANÇAS</b>	
15. Administrar seu próprio dinheiro	(0) (1) (2) (3)
16. Fazer compras equilibradas	(0) (1) (2) (3)
<b>RELAÇÕES INTERPESSOAIS</b>	
17. Manter uma amizade	(0) (1) (2) (3)
18. Participar de atividades sociais	(0) (1) (2) (3)
19. Dar-se bem com as pessoas à sua volta	(0) (1) (2) (3)
20. Convivência familiar	(0) (1) (2) (3)
21. Relações sexuais satisfatórias	(0) (1) (2) (3)
22. Capaz de defender os próprios interesses	(0) (1) (2) (3)
<b>LAZER</b>	
23. Praticar esporte ou exercício	(0) (1) (2) (3)
24. Ter atividade de lazer	(0) (1) (2) (3)

1. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salameo M, Torrent C, Reinares M, Comes M, Colom F, Van Riel W, Ayuso-Mateos JL, Kapczinski F, Vieta E. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2007 Jun 7;3:5.
2. Cacilhas AA, Magalhães PV, Ceresér KM, Walz JC, Weyne F, Rosa AR, Vieta E, Kapczinski F. Validity of a short functioning test (FAST) in Brazilian outpatients with bipolar disorder. *Value Health*. 2009 Jun;12(4):624-7.
3. González-Ortega I, Rosa A, Alberich S, Barbeito S, Vega P, Echeburúa E, Vieta E, González-Pinto A. Validation and use of the functioning assessment short test in first psychotic episodes. *J Nerv Ment Dis*. 2010 Nov;198(11):836-40.

**ANEXO E – TERMO DE CESSÃO DE DADOS****TERMO DE CESSÃO DE DADOS**

A CLINICA PINEL autoriza que o Psicólogo Edilson Pastore realize coleta de dados com pacientes internados nesta Instituição, bem como permite a divulgação posterior dos resultados da pesquisa AVALIAÇÃO COGNITIVA DE PESSOAS COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE COM E SEM HISTÓRICO DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO que está sendo orientada pela Prof. Dra. Carolina Lisboa da UNISINOS.

Porto Alegre, 17 de abril de 2012

Beatriz Blaya

Coordenadora Geral

~~ASSOCIAÇÃO ENCARNACIÓN BLAYA~~

Rua Santana, 1455  
CEP: 90040-373  
Porto Alegre - RS  
Fone (51) 3223-7799  
Fax: (51) 3223-7131  
[www.clinicapinel.com.br](http://www.clinicapinel.com.br)

**Associação Encarnación Blaya**

## ANEXO F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
 Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação  
 Comitê de Ética em Pesquisa

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) participante:

Sou aluno de mestrado em Psicologia Clínica da UNISINOS e estou realizando uma pesquisa sob a orientação da Dra. Carolina Lisboa. A proposta é realizar entrevistas, alguns testes cognitivos e emocionais com pessoas que internam aqui na clínica e que apresentam basicamente instabilidade emocional como uma característica predominante de personalidade.

A participação nesse estudo é voluntária e gratuita e se você decidir não participar ou quiser desistir, tem liberdade para fazer isso a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para seu tratamento ou para sua pessoa. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo (anonimato). Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo (a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Além disto, você receberá uma devolução acerca da sua participação neste estudo e dos resultados obtidos na pesquisa.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador Edilson Pastore ou pela Professora Carolina Lisboa na UNISINOS (telefones 51- 35911100 ramal 2229)

Este documento será assinado em duas vias ficando uma em seu poder e a outra com o pesquisador.

**Consinto em participar deste estudo estando ciente de que nenhuma informação que possa me identificar será revelada.**

Nome e assinatura do participante

Local e data

Mestrando Edilson Pastore  
 Psicólogo

Dra. Carolina Lisboa  
 Psicóloga orientadora da pesquisa

CEP - UNISINOS  
 VERSÃO APROVADA  
 Em: 17 / 01 / 12

.....

**ANEXO G – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)  
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão março/2008

**UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
**RESOLUÇÃO 043/2012**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

**Projeto:** Nº CEP 12/024    **Versão do Projeto:** 18/05/2012    **Versão do TCLE:** 18/05/2012

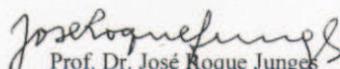
**Coordenador:**  
Mestrando Edilson Pastore (PPG em Psicologia)

**Título:** Desempenho cognitivo em pessoas com transtorno da personalidade Borderline com e sem histórico de tentativas de suicídio.

**Parecer:** O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O pesquisador deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 196/96, item VII.13, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 18 de maio de 2012.

  
Prof. Dr. José Roque Junges  
Coordenador do CEP/UNISINOS