

DIFERENÇAS ENTRE PACIENTES DEPRIMIDOS COM E SEM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE – UM ESTUDO EXPLORATÓRIO COM ENFOQUE EM COMORBIDADES E TRAÇOS DE PERSONALIDADE

JACIANA MARLOVA GONÇALVES ARAUJO¹; MARIANE ACOSTA LOPEZ MOLINA²; LILIANE DA COSTA ORES; MIGUEL BEZERRA DOS PASSOS; LUCIANO DIAS DE MATTOS SOUZA³

¹Universidade Católica de Pelotas – jacianamga@hotmail.com¹

²Universidade Católica de Pelotas – mariane_lop@hotmail.com²

³Universidade Católica de Pelotas – luciano.dms@gmail.com³

1. INTRODUÇÃO

Os prejuízos provocados pelos sintomas do transtorno depressivo maior (TDM) são queixas recorrentes nos serviços de saúde mental. Além do sofrimento causado pela própria doença, os pacientes acometidos com esse transtorno, com frequência, apresentam quadros comorbidos. Alguns estudos tem apontado a importância de considerar a comorbidade entre TDM e o transtorno de personalidade borderline (TPB). A presença de ambos os diagnósticos, além das reações e comportamentos desadaptativos intrínsecos a eles, é um indicador significativo de aumento na quantidade de tentativas de suicídio (ZENG et al., 2015); começo precoce dos episódios depressivos e maior duração da doença (SJASTAD; GRAWE; EGELAND, 2012). Nesse sentido, a falha em identificar casos de comorbidade entre TDM e TPB acarreta problemas à determinação de prognóstico e ao planejamento e execução do tratamento (ZIMMERMAN; MORGAN, 2013) pois intervenções que considerassem ambos os transtornos teriam, possivelmente, maior efetividade. Uma meta-análise recente considerou 122 estudos sobre a prevalência de Transtornos de Personalidade (TP) em indivíduos com Transtornos de Humor e apontou que TPB foi encontrado em 14% dos casos de TDM, sendo o segundo TP mais comum entre os casos de TDM (FRIBORG et al., 2014).

É evidente a importância de que a avaliação diagnóstica investigue a comorbidade entre TPB e TDM, entretanto pode ser difícil estabelecer a coexistência desses diagnósticos de forma acurada e objetiva. Portanto, a determinação de aspectos que auxiliem a diferenciar os casos com e sem essa comorbidade pode ser muito útil (GALIONE; ZIMMERMAN, 2010). Nesse contexto, a teoria *Big Five* dos traços de personalidade aparece como uma ferramenta privilegiada (WIDIGER, 2005), pois diferentes padrões desses traços têm sido associados tanto a casos de TDM, como de TPB (ROSSIER et al., 2008). Nesse contexto, este estudo teve o objetivo de investigar diferenças clínicas e de traços de personalidade entre indivíduos em episódio depressivo atual com e sem transtorno de personalidade borderline. Pretende-se com isso fornecer subsídios confiáveis para diferenciar esses casos e contribuir para a discussão sobre a influência dos traços de personalidade nos quadros clínicos.

2. METODOLOGIA

Essa foi uma pesquisa transversal, executada como parte de um estudo maior cujo objetivo foi avaliar o perfil de saúde mental de pacientes que buscaram atendimento no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental da Universidade Católica de Pelotas no período de Julho de 2012 a Agosto de 2014.

Indivíduos com idades entre 18 e 60 anos foram convidados a participar do estudo. Foram avaliadas 500 pessoas, entre essas somente 149 satisfizeram os critérios para serem incluídas no presente estudo, ou seja: ter TDM e TDM em comorbidade com TPB. Critérios de exclusão: ter outro transtorno de humor (que não TDM); ter sintomas psicóticos.

O instrumento de avaliação foi composto por um questionário contendo as seguintes variáveis: sexo; idade; viver com companheiro (a); escolaridade; trabalho atual e classe socioeconômica. A avaliação dos transtornos de humor e ansiedade foi feita utilizando uma entrevista clínica estruturada elaborada com base nos critérios do DSM-IV e adaptada ao contexto brasileiro (AMORIM, 2000). Os diagnósticos investigados foram: TDM; transtorno bipolar; distímia; risco de suicídio; transtorno de pânico; fobia social generalizada; transtorno obsessivo compulsivo; transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de ansiedade generalizada. As comparações foram feitas entre os grupos de indivíduos que tinham somente TDM e o grupo dos indivíduos com TDM e TPB. Os transtornos de ansiedade foram somados e considerados de forma dicotômica (presença ou ausência de comorbidade) bem como o risco de suicídio.

A avaliação dos traços de personalidade foi feita por meio do Inventário de Cinco Fatores NEO Revisado (NEO-FFI-R) (COSTA; MCCRAE, 2007). O instrumento é a versão reduzida do NEO-PI-R, baseado no modelo *Big Five* de personalidade. O NEO-FFI foi corrigido e interpretado conforme seu manual, e as pontuações brutas foram utilizadas de forma contínua para as análises.

O TPB, bem como os demais transtornos de personalidade, foi avaliado por meio do Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III) (MILLON, 1997). O MCMI-III é um instrumento composto por 175 itens com respostas dicotômicas que avalia 14 padrões patológicos de personalidade e 10 síndromes clínicas. Conforme a categorização dos TPs proposta no DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002), além do TPB, transtornos de personalidade do cluster A, do cluster C e os demais transtornos do cluster B foram considerados nas análises como comorbidades.

Os pacotes estatísticos SPSS 21 e STATA 12 foram usados para as análises estatísticas dos dados. Análises univariadas foram feitas por meio de frequências simples. Os testes qui-quadrado e ANOVA foram usados para as análises bivariadas onde o nível habitual de significância ($p \leq 0,05$) foi adotado.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram um “Termo de consentimento livre e esclarecido”. Além disso, todos os participantes que apresentaram algum diagnóstico, conforme a avaliação, foram encaminhados a tratamento. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas sob o número de registro: 502.604.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 149 pessoas, dessas, 85% ($n=142$) eram mulheres. A média de idade foi de 33,8 anos ($dp=11,18$) e a escolaridade média foi de 9,8 anos de estudo ($dp=3,83$). A maioria dos participantes era das classes socioeconômicas C e D (71,1%) e aproximadamente metade deles vivia com companheiro no momento da avaliação. O transtorno depressivo maior com comorbidade com TP borderline ocorreu em 26,8% dos casos ($n=40$). Esse percentual difere de dados anteriores que indicaram uma prevalência ao redor de 10% de TPB em amostras de pacientes com TDM (BRIEGER; EHRT; MARNEROS, 2003; GALIONE; ZIMMERMAN, 2010). Entretanto, essas

informações podem ser influenciadas pelo método de aferição utilizado. Alguns autores apontam que o uso de questionários pode facilitar que mais casos de TP sejam encontrados do que quando são feitas entrevistas estruturadas (FRIBORG et al., 2014).

Nenhuma das variáveis sociodemográficas esteve associada ao desfecho. Entre os estudos que investigam essa associação, são raros os que consideram os dados sociodemográficos e quando essas são avaliadas também não são encontradas diferenças, a não ser em relação a uma diferença entre os sexos, mas em casos de distímia e não de TDM (FRIBORG et al., 2014).

Somente risco de suicídio ($p=0,001$) e a presença de comorbidades do cluster A ($p<0,001$) e do cluster C ($p<0,001$) estiveram significativamente associados à presença do TP Borderline. O risco de suicídio é uma condição clínica fortemente relacionada a presença de TPB, tanto que os critérios diagnósticos para esse transtorno pressupõem a existência de comportamentos de autoagressão, além disso, a sobreposição de sintomas entre os TPs dos diferentes clusters (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013) podem ter sido responsáveis por essa associação observada.

Considerando as médias das pontuações, nos cinco fatores de personalidade, todos estiveram associados à presença do TP Borderline. As diferenças entre as médias de pontuação nos grupos somente com TDM e com TPB foram as seguintes: Abertura: 7.51 ($p=0.034$); Conscienciosidade: 4.44 ($p=0.004$); Extroversão: 3.28 ($p=0.029$); Amabilidade: 3.54 ($p=0.006$); Neuroticismo: -4.56 ($p<0.001$). Conforme esses dados, pontuações médias mais baixas foram observadas entre os indivíduos com TP Borderline em todos os traços de personalidade, exceto em Neuroticismo, onde ocorreu o inverso. Esse mesmo padrão já havia sido relacionado a presença de TPB em outros estudos (BRIEGER; EHRT; MARNEROS, 2003; HOFFMAN; BUTEAU; FRUZZETTI, 2007; ROSSIER et al., 2008).

4. CONCLUSÕES

Os dados do presente estudo apontam que fatores sócio demográficos exercem pouca ou nenhuma influência na comorbidade de TDM e TPB. Foi possível confirmar que variáveis clínicas como risco de suicídio e a coexistência de outros transtornos de personalidade podem ser bons indicativos das diferenças entre esses quadros clínicos. O trabalho tem como inovação a consideração dos traços de personalidade como possíveis indicadores comportamentais dessas diferenças, e pelos resultados alcançados esses podem fornecer informações bastante promissoras nesse sentido. Dessa forma, análises mais detalhadas da relação entre os fatores da teoria *Big Five* e casos de TDM com TPB se fazem necessárias.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth ed. text revision (DSM-IV-TR)**. Washington DC: American Psychiatric Press, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-V**. 5. ed. Washington DC: [s.n.].

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 3, p. 106–115, 2000.

BRIEGER, P.; EHRT, U.; MARNEROS, A. Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. **Comprehensive Psychiatry**, v. 44, n. 1, p. 28–34, 2003.

COSTA, P. T. J.; MCCRAE, R. R. **NEO PI-R: Inventário de Personalidade Neo Revisado e Inventário de Cinco Fatores Neo Revisado NEO FFI-R (versão curta)**. São Paulo: Vetor, 2007.

FRIBORG, O. et al. Comorbidity of personality disorders in mood disorders: a meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. **Journal of affective disorders**, v. 152-154, p. 1–11, jan. 2014.

GALIONE, J.; ZIMMERMAN, M. A comparison of depressed patients with and without borderline personality disorder: implications for interpreting studies of the validity of the bipolar spectrum. **Journal of personality disorders**, v. 24, n. 6, p. 763–772, 2010.

HOFFMAN, P. D.; BUTEAU, E.; FRUZZETTI, A. E. Borderline personality disorder: NEO-Personality Inventory ratings of patients and their family members. **The International journal of social psychiatry**, v. 53, n. 3, p. 204–215, 2007.

MILLON, T. **Millon Clinical Multiaxial Inventory - III: manual**. 2. ed. Minneapolis, MN: National Computer Systems, 1997.

ROSSIER, J. et al. Personality disorders and the five-factor model among French speakers in Africa and Europe. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 53, n. 8, p. 534–544, 2008.

SJASTAD, H. N.; GRAWE, R. W.; EGELAND, J. Affective disorders among patients with Borderline personality disorder. **Plos One**, v. 7, n. 12, p. e50930, 2012.

WIDIGER, T. A. Five factor model of personality disorder: Integrating science and practice. **Journal of Research in Personality**, v. 39, n. 1 SPEC. ISS., p. 67–83, 2005.

ZENG, R. et al. Assessing the contribution of borderline personality disorder and features to suicide risk in psychiatric inpatients with bipolar disorder, major depression and schizoaffective disorder. **Psychiatry Research**, v. 226, n. 1, p. 361–367, 2015.

ZIMMERMAN, M.; MORGAN, T. A. The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 15, p. 155–169, 2013.