

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO**

**JENNIFER MENDES SOARES**

**TRAUMA NA INFANCIA E TRANSTORNO DE PERSONALIDADE  
BORDERLINE EM SUJEITOS COM TRANSTORNO DEPRESSIVO  
MAIOR**

**Pelotas**  
**2017**

**JENNIFER MENDES SOARES**

**TRAUMA NA INFANCIA E TRANSTORNO DE PERSONALIDADE  
BORDERLINE EM SUJEITOS COM TRANSTORNO DEPRESSIVO  
MAIOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza

Coorientadora: Dra. Taiane de Azevedo Cardoso

**Pelotas**

**2017**

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S676t Soares, Jennifer Mendes  
**Trauma na infância em sujeitos com transtorno de personalidade Borderline e transtorno depressivo maior.** / Jennifer Mendes Soares. – Pelotas: UCPEL, 2017.  
69f.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Mestrado em Saúde e Comportamento, Pelotas, BR-RS, 2017. Orientador: Luciano Dias de Mattos Souza; co-orientadora: Taiane de Azevedo Cardoso.  
1. trauma na infância. 2. transtorno depressivo maior. 3. transtorno de personalidade Bordeline. I. Souza, Luciano Dias de Mattos, or. II. Cardoso, Taiane de Azevedo, co-or. III. Título.  
CDD 616.89

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Cristiane de Freitas Chim CRB 10/1233

## RESUMO

**Introdução:** As consequências das experiências traumáticas ao longo do desenvolvimento, além de colaborar para a incidência de transtorno depressivo maior (TDM), podem tornar tais quadros clínicos mais complexos e sinalizam uma maior propensão aos transtornos de personalidade (TP). No entanto, ainda não está claro qual subtipo de trauma específico está envolvido na comorbidade do TDM com o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). **Objetivo:** Avaliar a associação entre subtipos de trauma na infância (negligência física e emocional, abuso sexual, físico e emocional) com o TPB em uma população de indivíduos com TDM. **Método:** Trata-se de um estudo transversal com indivíduos com idade entre 18 e 60 que buscaram tratamento psicoterapêutico no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental (APESM) da Universidade Católica de Pelotas (UCPel) e receberam o diagnóstico de TDM entre julho de 2012 a junho de 2015. Os instrumentos utilizados na avaliação foram: um questionário contendo variáveis sociodemográficas dos participantes; a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) para avaliar classe econômica; o Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) para avaliar história de trauma precoce; o Mini International Neuropsychiatric Interview na versão Plus (MINI Plus) para o diagnóstico de TDM; e o Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI- III) para avaliar os TPs. **Resultados:** 429 indivíduos completaram todos os instrumentos de avaliação. A prevalência de comorbidade TDM com TPB foi de 23,5% (n = 101) e podemos verificar que não estar trabalhando (p = 0,044), ter risco de suicídio (p < 0,001) e ter algum transtorno de ansiedade (p = 0,051) foram associados a uma maior prevalência de TPB. A presença de algum outro transtorno de personalidade foi associada a uma maior prevalência de TPB (p < 0,001). Em relação aos subtipos de trauma precoce, com exceção

do Abuso Físico ( $p = 0,061$ ), todos os outros foram associados a um aumento de TPB: Negligência Física ( $p = 0,004$ ), Negligência Emocional ( $p < 0,001$ ), Abuso Sexual ( $p = 0,016$ ) e Abuso Emocional ( $p < 0,001$ ). Após análise ajustada os subtipos de trauma precoce não se mantiveram associados à comorbidade entre TDM e TPB. Alguns TP e o risco de suicídio mantiveram-se significativamente associadas ao TPB na comorbidade com TDM. **Conclusão:** Não encontramos associação entre trauma precoce e comorbidade entre TDM e TPB, mas descobrimos que ter esta comorbidade poderia estar associada a um pior curso clínico do TDM, caracterizado por taxas mais altas de risco de suicídio e outros transtornos de personalidade.

**Palavras-chaves:** Trauma na Infância, Transtorno Depressivo Maior, Transtorno de Personalidade Borderline.

## ABSTRACT

**Introduction:** The consequences of traumatic developmental experiences, in addition to contributing to the incidence of major depressive disorder (MDD), can make such clinical pictures more complex and signify a greater propensity to personality disorders (DP). However, it is still unclear which subtype of specific trauma is involved in MDD comorbidity with Borderline Personality Disorder (BPD). **Objective:** To evaluate the association between subtypes of childhood trauma (physical and emotional neglect, sexual, physical and emotional abuse) with BPD in a population of individuals with MDD. **Method:** This is a cross-sectional study of individuals aged 18-60 who sought psychotherapeutic treatment at the Mental Health Research and Extension Outpatient Clinic (APESM) of the Catholic University of Pelotas (UCPel) and received a diagnosis of MDD between July 2012 to June 2015. The instruments used in the evaluation were: a questionnaire containing sociodemographic variables of the participants; the classification of the Brazilian Association of Research Companies (ABEP) to evaluate economic class; the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) to assess the history of early trauma; the Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (MINI Plus) for the diagnosis of MDD; and Millon Clinical Multiaxial Inventory - III (MCMI-III) to evaluate the PD. **Results:** 429 individuals completed all assessment instruments. The prevalence of MDD comorbidity with BPD was 23.5% (n = 101) and we can verify that it is not working (p = 0.044), have suicide risk (p <0.001) and have some anxiety disorder (p = 0.051) were associated with a higher prevalence of BPD. The presence of any other personality disorder was associated with a higher prevalence of BPD (p <0.001). In relation to the subtypes of early trauma, with the exception of Physical Abuse (p = 0.061),

all others were associated with an increase in BPD: Physical Neglect ( $p = 0.004$ ), Emotional Neglect ( $p < 0.001$ ), Sexual Abuse ( $p = 0.016$ ) and Emotional Abuse ( $p < 0.001$ ). After adjusted analysis, the subtypes of early trauma did not remain associated with comorbidity between MDD and BPD. Some PD and the risk of suicide remained significantly associated with BPD in MDD comorbidity. **Conclusion:** We found no association between early trauma and comorbidity between MDD and BPD, but we found that comorbidity could be associated with a worse clinical course of MDD, characterized by higher rates of suicide risk and other personality disorders.

**Keywords:** Childhood Trauma, Major Depressive Disorder, Borderline Personality Disorder.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Revisão de literatura. Abuso Emocional (AE), Abuso Físico (AF), Abuso Sexual (AS), Negligência Emocional (NE), Negligência Física (NF), Negligência não específica (N) e Transtornos de Personalidade (TP) .....	24
Quadro 2 Descrição das variáveis independentes a serem consideradas no estudo.....	31
Quadro 3 Cronograma .....	36
Quadro 4 Orçamento .....	36

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Sociodemographic and clinical characteristics in subjects with major depressive disorder and borderline personality disorder comorbidity.....	67
Tabela 2 – Childhood trauma in subjects with major depressive disorder and borderline personality comorbidity.....	68
Tabela 3– Adjusted analysis of factors associated with borderline personality disorder comorbidity in subjects with major depressive disorder. ....	69

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas
AE	Abuso Emocional
AF	Abuso Físico
APESM	Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental
AS	Abuso sexual
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais quarta edição
MCMII	<i>Millon Clinical Multiaxial Inventory</i>
NE	Negligência Emocional
NF	Negligência Física
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	<i>Statistical Program for Social Sciences</i>
TDM	<i>Transtorno Depressivo Maior</i>
TP	Transtornos de Personalidade
TPB	Transtorno de Personalidade Borderline
UCPEL	Universidade Católica de Pelotas
WHO	<i>World Health Organization</i>
XML	<i>Extensible markup language</i>

## SUMÁRIO

<b>PROJETO .....</b>	<b>13</b>
<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1. IDENTIFICAÇÃO .....</b>	<b>13</b>
1.1 Título .....	13
1.2 Mestranda .....	13
1.3 Orientador.....	13
1.4 Instituição .....	13
1.5 Curso.....	13
1.6 Linha de pesquisa .....	13
1.7 Data.....	13
<b>2. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
3.2 Específicos .....	17
<b>4. HIPÓTESES .....</b>	<b>17</b>
<b>5. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
<b>6. MÉTODO.....</b>	<b>30</b>
6.2 Participantes .....	30
6.2.1 Critérios de inclusão .....	31
6.2.2 Critérios de exclusão.....	31
6.3 Procedimentos e Instrumentos .....	31
6.3.4. Logística e coleta dos dados .....	34
6.4 Análise dos dados.....	34
6.5 Aspectos éticos .....	34
6.5.1 Riscos.....	35
6.5.2 Benefícios .....	35
6.6 Cronograma .....	36
6.7 Orçamento.....	36

## **APRESENTAÇÃO**

A presente dissertação aborda a avaliação do trauma na infância na comorbidade do Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) com Transtorno Depressivo Maior (TDM) em adultos atendidos em um ambulatório de pesquisa e extensão em saúde mental na cidade de Pelotas/RS e está estruturada de acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas.

Primeiramente, apresenta-se o projeto de pesquisa atualizado de acordo com as recomendações provenientes do processo de qualificação que ocorreu em 27 de junho de 2017 e teve como banca avaliadora os professores Dra Thaíse Mondin e Dr Ricardo Azevedo da Silva. A seguir, encontra-se o artigo resultante deste projeto, intitulado: “Childhood trauma and Borderline Personality Disorders in subjects with Major Depressive Disorder”.

## **PROJETO**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

PROJETO DE PESQUISA

### **1. IDENTIFICAÇÃO**

**1.1 Título:** Trauma precoce como mediador entre transtornos de personalidade e Transtorno Depressivo Maior

**1.2 Mestranda:** Jennifer Mendes Soares

**1.3 Orientador:** Prof. Dr. Luciano Mattos Dias Souza

**1.4 Instituição:** Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

**1.5 Curso:** Mestrado em Saúde e Comportamento

**1.6 Linha de pesquisa:** Saúde Mental

**1.7 Data:** Junho, 2017

## 2. INTRODUÇÃO

O transtorno depressivo maior (TDM) tem uma prevalência global estimada em 4,7%<sup>1</sup> sendo que sua incidência ao longo da vida é de 20% em mulheres e 12% em homens,<sup>2</sup> e possui um forte fator hereditário.<sup>3</sup> Atualmente a Organização mundial da Saúde (OMS) aponta o TDM como a maior causa de adoecimento, incapacidade funcional, e o principal contribuinte para mortes por suicídio ao redor do mundo.<sup>4</sup> A depressão pode assumir uma variedade de padrões de curso, variando de um breve episódio a uma condição crônica que persiste por décadas.<sup>5</sup> A depressão crônica representa 30% dos casos de transtornos depressivos na população em geral,<sup>6</sup> onde os pacientes são mais prováveis a tentar suicídio e serem hospitalizados, e apresentam mais ansiedade, história familiar de distímia, e trauma precoce e transtornos de personalidade quando comparados aos não crônicos<sup>5</sup>.

Comorbidades com TDM são extremamente comuns.<sup>7</sup> Um estudo com 2801 pacientes gêmeos analisou a associação de TDM e transtornos de personalidade (TPs) e mostrou que a personalidade borderline, evitativa, e paranoide foram associadas a um risco aumentado de TDM. No entanto, entre estes o transtorno de personalidade borderline (TPB) foi o maior preditor de risco para TDM.<sup>8</sup> Achados de um modelo psicobiológico sugerem que um fator comum implementa instabilidade afetiva entre TPs e TDM.<sup>9</sup> Esses resultados levantam a possibilidade de um traço hereditário, biologicamente fundado, que pode estar parcialmente relacionado em ambas as desordens.<sup>9</sup> Uma recente revisão de literatura mostrou que o risco de ter um transtorno de humor comórbido em um paciente com TPs é seis vezes maior comparado a outros transtornos e 85% dos pacientes com TPs sofrem pelo menos um episódio de TDM que

causa prejuízo funcional substancial nos domínios do autocuidado, mobilidade e cognição.<sup>10</sup> Um estudo longitudinal, encontrou que pacientes com TDM e sem TPB tinham taxas de remissão mais rápidas (80%) em comparação com pacientes com TDM e TPB que tinham uma taxa de remissão da depressão de 30%.<sup>11</sup> Corrobora com isto outros estudos que demonstram que a presença de TPs comórbido pode complicar o curso e o tratamento da depressão e aumentar o número de episódios depressivos.<sup>12</sup> Além disto, é bastante comum o relato de trauma precoce em pacientes com TPs e TDM.<sup>10</sup>

Transtornos da Personalidade são frequentemente vistos como patologias graves em que a avaliação e tratamento são enormes desafios para a prática e pesquisa clínica. São definidos como um padrão consistente de experiências e comportamentos que desviam significativamente das expectativas da cultura do indivíduo, são intimamente invasivos e inflexíveis, tem o seu início durante a adolescência ou início da idade adulta, são estáveis ao longo do tempo e causam sofrimento ou prejuízo.<sup>13</sup> Os critérios de diagnóstico adotados pelo DSM-V para TPs divide os transtornos em três grupos: grupo A - Transtornos de Personalidade Paranoide, Esquizoide e Esquizotípico; Grupo B - Transtornos de Personalidade Antissocial, Borderline, Histriônico e Narcisista; Grupo C - Transtornos de Personalidade Evitativo, Dependente e Obsessivo-Compulsivo.<sup>14</sup>

Apesar da extensa literatura e pesquisa sobre o assunto, uma sólida compreensão conceitual e etiológica dos TPs não foi obtida, e nenhum consenso sobre o tratamento ideal foi alcançado.<sup>15</sup> Porém, tem tido grande evidencia o impacto das vivencias iniciais, em particular os traumas precoces, devido sua notável influência em relação á quadros clínicos de saúde mental na idade adulta.<sup>16</sup> Muitos estudos certificam essas associações, gerando evidências científicas que demonstram essa relação onde os subtipos de trauma da infância configuram um gatilho, que agravam, mantêm, e aumentam a recorrência de

perturbações psiquiátricas.<sup>16</sup> Em relação ao TDM os eventos estressantes na infância são fatores de risco potenciais para um prognóstico negativo com a piora no curso dos episódios depressivos<sup>17</sup>, e associação com risco de suicídio<sup>18</sup> e transtornos de personalidade.<sup>19</sup>

Ainda não existe uma definição universal para os subtipos de trauma. De forma geral, o trauma precoce refere-se a diferentes categorias de comportamentos: O abuso físico, que envolve provocar lesões corporais em uma criança de forma não acidental.<sup>20</sup> O abuso sexual, que inclui o contato sexual ou tentativa de contato entre uma criança e um cuidador ou outro adulto para fins de gratificação sexual do cuidador ou ganho financeiro.<sup>20</sup> O abuso emocional, que envolve frustração persistente e extrema das necessidades emocionais básicas da criança. E a negligência, que compete tanto a não prestação de cuidados mínimos quanto à falta de supervisão.<sup>20</sup> De forma similar ao abuso, a negligência também pode ser classificada como física ou emocional.<sup>21</sup>

Os estudos em população geral fornecem uma forte evidência de que os subtipos de trauma são inter-relacionados ao invés de ocorrer de forma independente<sup>22</sup>, porém, é importante considerar que a ocorrência de apenas um subtipo de trauma precoce, apesar de ser pouco visto, também está presente na literatura disponível.<sup>13</sup> A presença de cada um aumenta a probabilidade de outro ocorrer<sup>23</sup>, e isso muitas vezes tem associações aditivas com o aparecimento de muitos tipos de transtornos mentais.<sup>24</sup> Um estudo encontrou que quanto mais subtipos de trauma precoce experimentados na infância maiores são as chances de se ter uma saúde mental empobrecida<sup>25</sup>. Além disso, os resultados indicaram que, se o abuso físico, o abuso sexual e a violência doméstica não tivessem ocorrido na população estudada, a prevalência de tentativas de suicídio entre

homens e mulheres teria sido reduzida em aproximadamente 33% e 50% respectivamente.<sup>25</sup>

Existe uma vasta literatura muito focada no papel do trauma precoce e risco de transtornos psicológicos na vida adulta.<sup>26</sup> Apesar disto, até à data, não existe um consenso claro do peso dos diferentes tipos de traumas precoces como preditores no aparecimento e na complexidade das desordens psiquiátricas em adultos.<sup>27</sup> As consequências das experiências traumáticas ao longo do desenvolvimento, além de colaborar para a incidência de TDM, podem tornar tais quadros clínicos mais complexos e sinalizam uma maior propensão aos transtornos de personalidade.<sup>25</sup> No Brasil, não existem estudos que investiguem o trauma precoce como mediador entre transtornos de personalidade e TDM. Portanto, nosso objetivo é verificar a possível relação entre os tipos de trauma precoce com TPs em uma população de pessoas diagnosticadas com TDM.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

- Verificar a relação entre os tipos de trauma (negligência física e emocional, abuso sexual, físico e emocional) com os transtornos de personalidade em uma população de pessoas diagnosticadas com TDM.

#### **3.2 Específicos**

- Investigar se as variáveis sócias demográficas estarão associadas a gravidade do trauma precoce;
- Investigar se o número de episódios depressivos está associado com transtornos de personalidade.

### **4. HIPÓTESES**

- O abuso sexual e a negligências emocional estarão associados a traços de TP esquizoide.
- O abuso físico e negligência física estarão associados ao TP paranoide.
- O abuso sexual e a negligência emocional estarão associados ao TP histriônico;
- O abuso sexual será associado com TP borderline;
- O abuso físico será associado com de TP antissocial;
- O Abuso físico e a negligência emocional se associarão com TP dependente;
- As negligências física e emocional se associarão com TP evitativa;
- O abuso físico não terá associação com TP obsessiva-compulsiva;
- O TP narcisista não será associado a nenhum subtipo de trauma precoce;
- O abuso sexual não será associado aos TP do cluster C;
- O abuso emocional será associado a todos os TP.
- As variáveis sociodemográficas cor da pele não branca, menor escolaridade e menor classificação econômica serão associadas a trauma precoce mais severo;
- A presença de TP aumentará o número de episódios depressivos.

## **5. REVISÃO DE LITERATURA**

A base de dados *PubMed* foi utilizada como fonte principal nesta revisão, utilizando os seguintes descritores combinados: “personality disorders OR personality types AND depression OR depression major OR major depressive disorder AND child abuse OR childhood trauma OR early trauma OR child maltreatment”. Um total de 867 artigos foram encontrados, porém, os artigos resultantes foram inicialmente triados de acordo com seu título e resumo. Nos casos de dúvida sobre a potencial relevância, o artigo completo foi analisado a fim de esclarecer o assunto. Foram utilizados os estudos mais relevantes de acordo com nossos objetivos.

### **Subtipos de trauma – Abuso Sexual (AS)**

Na literatura existente, as taxas do abuso sexual variam de 2% a 62%.<sup>28</sup> Esta grande variância é explicada por uma série de fatores metodológicos, incluindo o significado de abuso, o procedimento de coleta de dados e o tipo de amostra avaliada.<sup>28</sup> Dentre os estudos utilizados na revisão de literatura, a grande maioria encontrou uma associação entre o AS com TP borderline (Grover et al. 2007<sup>29</sup>; Zhang et al. 2012<sup>30</sup>; Laporte et al. 2011<sup>31</sup>; Sar et al. 2006<sup>32</sup>; Bradley et al. 2005<sup>33</sup>; Bandelow et al. 2005<sup>34</sup>; Zanarini et al. 2002<sup>35</sup>; Waxman et al. 2014<sup>36</sup>; Lobbestael et al. 2010<sup>37</sup>). Os resultados de um estudo de Cohen et al. 2014<sup>38</sup> não suportam uma relação independente entre abuso sexual e TP borderline. Houve discordâncias na relação entre abuso sexual e TP borderline. No estudo de Afifi et al. (2011)<sup>39</sup> de todos os tipos de trauma precoce o abuso sexual teve a relação mais significativa após a análise ajustada para prever o TP borderline. No entanto, o estudo de Laporte et al. (2011)<sup>31</sup> que investigou esta relação encontrou que o abuso sexual era um preditor comparável, se não mais fraco, do que outros tipos de trauma precoce, incluindo o abuso emocional. E por último no estudo de Cohen et al. (2014)<sup>38</sup> o abuso sexual e emocional correlacionou-se com traços de TP borderline em correlações simples, enquanto que após a covariação para outros tipos de trauma e outros TP nenhum dos resultados manteve-se significativo. Com isto é importante ressaltar que como as diferentes formas de maus-tratos na infância tendem a co-ocorrer, a colinearidade é uma consideração valiosa.<sup>38,39</sup> Fortes intercorrelações entre os tipos de tratamento podem mascarar as relações entre formas específicas de maus tratos e traços de personalidade.<sup>39</sup>

Este tipo de trauma também pode estar relacionado com outros TP. Um estudo encontrou o abuso sexual associado a TP antissocial, narcisista e esquizotípica (Waxman,

et al. 2014<sup>36</sup>). Outro estudo encontrou associações entre com a características de TPs paranoide, esquizoide e evitativo (Lobbestael et al. 2010<sup>37</sup>). Associações também entre AS e TP paranoide, narcisista, antissocial, obsessivo-compulsivo, passivo- agressivo e depressivo (Grover et al. 2007<sup>29</sup>). Desta forma, é importante considerar o princípio de multifinalidade na ocorrência do abuso sexual.<sup>40</sup> E o fato de que muitas pessoas sentem grande vergonha e constrangimento quanto ao histórico de abuso sexual e podem ser relutantes em divulgar com precisão essas histórias.<sup>41</sup>

### **Subtipos de trauma – Abuso Emocional (AE)**

Segundo a literatura, o abuso emocional implica na derrogação, humilhação e rejeição da criança causando um impacto substancialmente negativo sobre sua saúde mental como também pode afetar a criança no desenvolvimento sensorial e reforçar o risco de comorbidade e cronicidade na depressão em adultos.<sup>42</sup> Crianças que experimentam múltiplos e/ou crônicos episódios de abuso emocional configuram quadros mais severos e incapacitantes de doença mental.<sup>42</sup> Além disto, em relação ao TDM, quanto mais cedo a exposição ao trauma emocional, maior é o risco de desenvolver o transtorno, podendo ser até três vezes maior quando comparado a sujeitos sem histórico de trauma.<sup>42</sup>

Dentre os artigos utilizados na revisão de literatura o AE foi preditivo para TP dos Clusters A e B (Zhang et al. 2012) e associado ao cluster C (Cohen et al. 2014; Lobbestael et al. 2010; Grilo et al. 2002<sup>43</sup>). Também foi associado de forma específica com TP borderline (Waxman, et al. 2014; Lobbestael et al. 2010; Grover et al. 2007; Sar et al. 2006), TP narcisista (Waxman, et al. 2014; Afifi et al., 2011; Grover et al. 2007; Johnson et al. 2001<sup>44</sup>), TP esquizotípico (Waxman, et al. 2014; Lobbestael et al. 2010), TP

paranoide (Lobbestael et al. 2010; Grover et al. 2007), TP antissocial e obsessivo-compulsivo (Grover et al. 2007) e previu sintomas elevados de TP esquizoide (Johnson et al. 2001). Em dois estudos AE não se associou significativamente com TP narcisista (Lobbestael et al. 2010; Cohen et al. 2014), em outro não foi associado ao TP paranoide (Waxman, et al. 2014) e por último um estudo não encontrou associação significativa entre AE e TPs do Cluster C (Afifi et al., 2011).

A variedade nestes achados pode ser justificada por diferenças metodológicas entre estudos como, por exemplo, os participantes do estudo e a precisão no diagnóstico de TP. No estudo de Cohen et al. (2014) o uso de uma população psiquiátrica hospitalizada, especificamente com uma alta proporção de pacientes com abuso de substâncias, pode reduzir a generalização para outras populações. Outra questão a ser observada neste estudo é o uso medidas de auto relato para avaliar TP em comparação com as entrevistas semiestruturadas que são mais precisas no diagnóstico. No entanto alguns resultados são consistentes com estudos de populações clínicas e não clínicas, como o estudo de Lobbestael et al. (2010) que possui uma grande e heterogênea amostra composta de pacientes ambulatoriais, pacientes internados e forenses, bem como um grande grupo não hospitalizado.

### **Subtipos de trauma - Abuso Físico (AF)**

Abuso físico é definido como uma agressão física cometida por alguém mais velho, com risco de lesões em geral, colocando em risco a saúde e o desenvolvimento físico da criança.<sup>45</sup> A literatura mostra que o abuso físico modela a confiança da criança através da dominação violenta, fazendo-a reproduzir esse caminho no futuro como uma estratégia interpessoal, trazendo enormes prejuízos para sua saúde mental.<sup>45</sup> Em países de renda alta, a prevalência anual de abuso físico varia de 4% a 16%. Oitenta por cento destes

maus tratos são realizados pelos pais ou responsáveis parentais.<sup>46</sup>

As diferenças culturais na ocorrência de abuso físico na infância também são fatores a serem considerados. Um exemplo é disciplina física, que pode ser vista como um limite da continuação de comportamentos desagradáveis da criança e não como abuso físico.<sup>45</sup> Os pais que disciplinam fisicamente seus filhos estão em maior risco de abusar fisicamente deles.<sup>45</sup> A percepção de uma normatividade das estratégias de disciplina física parece estar relacionada ao uso mais frequente desta estratégia<sup>47</sup> e não com relação a comportamentos fisicamente abusivos, como bofetadas, batidas ou surras como abuso físico.<sup>48</sup> Portanto, pode-se esperar que a prevalência de abuso físico seja maior em culturas em que a disciplina física é uma estratégia aceitável, como na África e na Ásia.<sup>49</sup> A pobreza ou o baixo *status* socioeconômico podem ser um fator que contribui para uma maior prevalência de abuso físico infantil, porque a falta de recursos causa estresse para os pais e isso pode, por sua vez, aumentar o uso de disciplina física áspera e abusiva.<sup>45</sup> O tamanho da família é outro fator que aumenta o estresse familiar e pode estar relacionado ao abuso físico infantil.<sup>50</sup> A literatura mostra que o abuso físico é um preditor significativo de traços de TP antissocial, sugerindo uma relação preferencial.

Entre os artigos pesquisados, encontrou-se associações entre AF e TP antissocial (Cohen et al. 2014; Waxman, Rachel et al. 2014; Lobbestael et al. 2010; Grover et al. 2007). AF foi associado com traços narcisistas e paranoides (Cohen et al. 2014; Grover et al. 2007) e negativamente associado com traços do Cluster C (Cohen et al. 2014). AF foi associado com TP borderline (Waxman, Rachel et al. 2014; Grover et al. 2007; Saret et al. 2006; Bradley et al. 2005) e esquizotípico (Waxman et al. 2014) e com sintomas de TP obsessivo-compulsivo (Grover et al. 2007). AF combinado com abuso emocional

acarretou sintomas elevados de TPs esquizoide e narcisista (Johnson et al. 2001). AF não foi associado com transtorno de personalidade em dois estudos pesquisados (Laporte et al. 2011; Wonderlich et al. 2007<sup>51</sup>).

### **Subtipos de trauma – Negligência Física (NF), Negligência Emocional (NE) e Negligência não específica (N)**

Uma recente metanálise sugere uma relação causal entre negligência e uma série de transtornos mentais, uso de drogas, tentativas de suicídio, infecções sexualmente transmissíveis, e comportamento sexual de risco.<sup>52</sup> Também apresentou uma evidência emergente de que negligência pode ser tão prejudicial quanto o abuso físico e emocional e, apesar de alguma variabilidade, no geral a negligência foi encontrada para aproximadamente o dobro da probabilidade de resultados adversos de saúde mental.<sup>52</sup> Outro estudo descobriu que indivíduos com abuso ou negligência experimentados na infância eram quatro vezes mais prováveis que aqueles que não foram abusados ou negligenciados, para serem diagnosticados com TP no início da idade adulta.<sup>53</sup>

A negligência assim como outras formas de abuso também é dividida entre física e emocional.<sup>20</sup> No entanto, muitos estudos não a classificam dessa forma. Assim, a relação entre negligência e TP não é bastante clara e requer pesquisas adicionais utilizando avaliações mais precisas e específicas do seu histórico.<sup>54</sup> Frequentemente, a negligência na infância recebeu menos atenção empírica do que outras formas de trauma precoce. Em contextos clínicos, a experiência de negligência na infância pode ser ofuscada por histórias de abusos físico ou sexual.<sup>54</sup> Atualmente, pouco se sabe sobre a contribuição exclusiva da negligência para a psicopatologia adulta em geral.<sup>54</sup>

Um estudo não encontrou associação de NF com cluster B (Zhang et al. 2012) e

em dois estudos NF não foi associada significativamente a TP (Laporte et al. 2011; Wonderlich et al. 2007). Um estudo encontrou a NE sendo preditiva para os clusters A, B, C (Zhang et al. 2012). Entre os artigos utilizados na revisão a NF foi associada aos TP esquiva (Eikenaes et al. 2015<sup>61</sup>), borderline (Waxman et al. 2014; Sar et al. 2006), narcisista, paranoide e esquizotípico (Waxman et al. 2014). Outros estudos encontraram a NE associada com TPs evitativa e esquizoide (Waxman et al. 2014) e com TP histriônico e borderline (Lobbestael et al. 2010). Outro achado foi a NF e a NE associadas com sintomas de transtornos paranoide, narcisista, borderline, antissocial, obsessivo-compulsivo (Grover et al. 2007). Em relação a negligência não especificada, um estudo relacionou a sua gravidade com a gravidade do transtorno de personalidade borderline (Zanarini et al. 2002). A negligência também foi associada a TP paranoide e esquizoide (Afifi et al. 2011) e por último encontrou-se relações independentes entre negligência materna e TP do Cluster A (Cohen et al.2014).

Quadro 1. Revisão de literatura. Abuso Emocional (AE), Abuso Físico (AF), Abuso Sexual (AS), Negligência Emocional (NE), Negligência Física (NF), Negligência não específica (N) e Transtornos de Personalidade (TP)

<b>AUTOR/ ANO/ NÚMERO DE SUJEITOS/ TIPO DE ESTUDO/ LOCAL</b>	<b>INSTRUMENTOS UTILIZADOS</b>	<b>PRINCIPAIS RESULTADOS</b>
Eikenaes et al. 2015 N=91 Transversal Noruega	NF = Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) TPs = Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II (SCID- II)	NF foi associada com TP esquiva

<p>Cohen et al. 2014</p> <p>N=231</p> <p>Estudo transversal</p> <p>EUA</p>	<p>Trauma = CTQ</p> <p>TPs= Personality Diagnostic Questionnaire fourth edition plus (PDQ4+)</p>	<p>AE não se relacionou de forma independente ao TP narcisista.</p> <p>AE relacionou-se de forma independente TP do Cluster C;</p> <p>Os resultados não suportam uma relação independente entre abuso sexual e TP borderline</p> <p>Relações independentes entre negligência materna e TPs do Cluster A</p> <p>Relações independentes entre AF e TP antissocial</p> <p>Além disso, houve três achados inesperados: AF foi independentemente e positivamente associado com traços narcisistas e paranoides e negativamente associado com traços TP do Cluster C.</p>
<p>Waxman, et al. 2014</p> <p>N=34.653</p> <p>Estudo longitudinal</p> <p>EUA</p>	<p>Trauma = CTQ</p> <p>TPs = Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV (AUDADIS-IV)</p>	<p>AE foi associado com TPs borderline, narcisista e esquizotípico</p> <p>AE não foi associado ao TP paranoide</p> <p>AS foi associado a TPs antissocial, borderline, narcisista e esquizotípico</p> <p>NE previu predisposições de personalidade esquiva e esquizoide.</p> <p>NF foi associada a TP borderline, narcisista, paranoide e esquizotípico</p> <p>AF foi associado com TP antissocial, borderline e Esquizotípico</p>
<p>Zhang et al. 2012</p> <p>N= 1402</p> <p>Estudo transversal</p> <p>China</p>	<p>Trauma = CTQ</p> <p>TPs = PDQ<sup>4+</sup> e SCID-II</p>	<p>AE foi preditivo para TPs Cluster A e TPs Cluster B</p> <p>AS foi altamente preditivo para TP Cluster-B</p> <p>NE foi preditiva para TPs dos clusters A, B, C.</p> <p>NF não foi associada com cluster B</p>
<p>Afifi et al., 2011</p> <p>N = 34.653</p> <p>Estudo de base populacional – transversal EUA</p>	<p>Trauma= CTQ</p> <p>TPs= AUDADIS-IV</p>	<p>AE não foi significativamente correlacionado com TPs dependente, esquiva, obsessiva-compulsiva</p> <p>Após o controle de outras formas de trauma precoce encontraram AE para se correlacionar significativamente com TP narcisista</p> <p>N foi associada a TP paranoide e esquizoide</p>

Laporte et al. 2011 N= 56 pares de irmãos (56 com o diagnóstico de TPs e 56 sem o diagnóstico) Montreal - Canadá	Trauma = CTQ TPS= Diagnostic Assessment for Personality Disorders (DIPD-IV) e Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorder Revised (DIB-R)	AE foi associado a TP Sujeitos com TP borderline relataram ter mais AE AS foi associado com TP Os indivíduos com TP borderline relataram ter mais AS NF não foi associado com TP AF não foi associado com TP
Lobbestael et al. 2010 N= 409 Estudo transversal Bélgica	Trauma: Interview for Traumatic Events in Childhood (ITEC) TPs: SCID II	AE associado com TP paranoide, esquizotípico, borderline e de Cluster C AE não se associou TP narcisista AS foi associado a características de TP paranoide, esquizoide, borderline e esquiva NE associada com TP histriônico e borderline. AF associado com traços antissociais;
Tyrka et al. 2009 <sup>62</sup> N= 105 Estudo transversal EUA	Trauma= CTQ TPs= SCID-II	Todos os subtipos de trauma precoce foram fatores de risco para e associados a sintomas elevados de TP
Wonderlich et al. 2007 N= 123 Estudo transversal EUA	Trauma = Childhood Trauma Interview(CTI); TPs=SCID-II e DIB-R	AF não foi significativamente associado a TP NF não foi significativamente associada a TP
Grover et al. 2007 N= 61 EUA	Trauma = CTQ TPs = SCID-II	Todos os subtipos de trauma precoce foram associados a sintomas de TP paranoide, narcisista, borderline, antissocial, obsessivo-compulsivo, passivo-agressivo e depressivo
Sar et al. 2006 N= 1301 Estudo transversal	Trauma = CTQ TPs = SCID-II	AE foi associado com TP borderline AS foi associada com TP borderline NF foi associado com TP borderline AF foi associado com TP borderline
Bradley et al. 2005 Estudo transversal N=524 EUA	Trauma = Clinical Data Form (CDF) TPs = Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)	AS previu maiores sintomas de TP borderline AF estava associada a sintomas de TP borderline

<p>Bandelow et al. 2005 N= 66 casos (com TP borderline) e 109 controles Alemanha</p>	<p>Trauma = perguntas abertas TPs= SCID-II</p>	<p>Alta incidência de AS em pacientes TP borderline. AS é um forte fator contribuinte para o TP borderline</p>
<p>Grilo et al. 2002 N= 116 EUA</p>	<p>Trauma = CTQ TPs = DIPD-IV</p>	<p>AE correlacionou-se com TP esquiva, dependente e obsessiva-compulsiva</p>
<p>Zanarini et al. 2002 N=290 Estudo coorte prospectiva - 10 anos de acompanhamento EUA</p>	<p>Trauma = Revised Childhood Experiences Questionnaire (CEQ-R) e Indicates Abuse History Interview (AHI)  TPs = Diagnostic Interview for DSM-III-R Personality Disorders; (DIPD-R)</p>	<p>A gravidade do AS estava ligado à gravidade dos sintomas (afeto, cognição, impulsividade e relações interpessoais perturbadas) no TP borderline  A gravidade da negligência estava ligada à gravidade do TP borderline</p>
<p>Johnson et al. 2001 N=793 Coorte prospectiva EUA</p>	<p>Trauma = perguntas abertas  TPs = Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ)</p>	<p>AE previu sintomas elevados de TP esquizoide e narcisista  AS foi associado com TP  Negligência foi associada com TP  AF combinado com AE predisse elevados sintomas de TP esquizoide e narcisista</p>

### **Relação de mediação entre trauma precoce, transtorno de personalidade e TDM**

Um estudo investigou a associação entre trauma precoce e transtornos de personalidade na cronicidade da depressão e teve como resultados que a presença de transtorno de personalidade esquiva foi associada com a cronicidade da depressão; o abuso emocional se correlacionou com transtorno de personalidade esquiva e a gravidade do abuso teve um efeito moderador sobre o efeito do transtorno de personalidade esquiva na presença da depressão crónica; os pacientes que não sofriam de transtorno de

personalidade esquiva tiveram uma diminuição da taxa de depressão crônica se retrospectivamente relataram níveis mais graves de abuso emocional (18,9% versus 39,7%, respectivamente).<sup>54</sup> Os autores acrescentam que pode parecer contra intuitivo que há uma diminuição da taxa de depressão crônica em pacientes que sofreram abuso emocional grave. Mostrando que o não desenvolvimento de TP evitativa implica em menores taxas de cronicidade depressão.<sup>54</sup> Estes resultados podem indicar que o abuso emocional grave contribui para a depressão crônica especialmente se essas experiências abusivas forem seguidas pelo aparecimento de traços de personalidade esquiva.<sup>54</sup> Nesta amostra entre os pacientes menos severamente traumatizadas, descobriu-se que o nível de abuso emocional teve um efeito mediador sobre a associação entre transtorno de personalidade esquiva e depressão crônica.<sup>54</sup> Os autores acreditam que, como mostrou-se evidente que a presença de patologia de personalidade pode exacerbar o efeito do trauma de infância sobre o desenvolvimento posterior de depressão crônica, mais estudos são necessários para justificar causa e efeito.<sup>54</sup>

Outro estudo semelhante realizado em Togo, avaliando o papel dos transtornos de personalidade como fator de mediação entre trauma precoce e TDM, encontrou na análise da regressão multivariada entre transtornos de personalidade e pontuação nos cinco domínios de trauma, que o AS e AE foram independentemente associados com escore total de sintomas de TPs, bem como os escores de TPs foram significativamente maiores no grupo de TDM em comparação com os controles.<sup>55</sup> Os resultados mostraram que personalidades borderline, paranoide e esquizoide foram significativa e independentemente associadas com um risco aumentado de TDM.<sup>55</sup> Além disso, a análise apoia o papel mediador parcial dos sintomas de TPs na associação entre o trauma precoce e depressão idade adulta.<sup>55</sup>

Os maus tratos infantis estão difundidos em muitas sociedades e em diferentes contextos culturais em todo o mundo. Com isto, os achados de um estudo comparativo entre França e Togo sugerem que os pacientes togoleses com TDM têm experimentado mais trauma do que os pacientes tratados na França.<sup>56</sup> De fato, mais de 80% dos pacientes no Togo relataram pelo menos um tipo de trauma grave, em oposição a pouco mais de metade de seus homólogos na França. Mais especificamente, as frequências AF e NF foram duas vezes mais altas entre os togoleses do que os franceses.<sup>56</sup> Os pacientes togoleses relataram sintomas paranoides, esquizoides, narcísicos, obsessivo-compulsivos e negativistas mais do que os seus homólogos franceses. Análises de correlação realizadas de forma independente em cada país mostraram que, na França, AE, AS e NF estavam positivamente correlacionados com sintomas de TP de Cluster A. No Togo, AF grave foi associada com TP de todos os três grupos. AE foi positivamente associada aos sintomas de TP dos Clusters A, B e C, e negativamente ligada à estabilidade emocional. AS foi positivamente ligada aos sintomas do TP do Cluster B. Foi encontrada uma relação positiva entre AE e personalidades paranoide, borderline e obsessivo-compulsivo. Foi encontrada associação positiva entre AF e TP narcisista, antissocial e obsessivo-compulsivo, enquanto que no grupo francês esta relação não foi significativa. Na amostra francesa, após o ajuste para os tipos de trauma, a personalidade esquizoide foi positivamente correlacionada com abuso sexual.<sup>56</sup>

Além disto, como o trauma estava relacionado a transtornos de personalidade em ambos os países, foi examinada a via de trauma para TP em cada grupo.<sup>56</sup> No Togo, os resultados das análises de mediação sugerem que as cinco dimensões de personalidade juntas significam uma ligação mediana entre trauma precoce e transtornos de personalidade.<sup>56</sup> No entanto, o estudo de efeitos de mediação específicos mostrou que

entre as cinco dimensões, apenas a baixa estabilidade emocional (isto é, a instabilidade emocional) contribuiu para a relação de mediação.<sup>56</sup> Na França, nenhuma dimensão de personalidade foi encontrada para mediar a ligação entre trauma e TP. Estas altas taxas de trauma no Togo podem ser parcialmente explicadas por práticas culturais socioeducativas, tais como práticas culturais duradouras (escariamento), mutilações genitais femininas em algumas comunidades e desrespeito aos direitos das crianças.<sup>56</sup> Em geral, este estudo apoia uma relação transcultural entre TP e maus-tratos infantis, baseado na hipótese de que a construção da personalidade é abordada de forma diferente na África do que nos países ocidentais.<sup>56</sup>

## **6. MÉTODO**

### **6.1 Delineamento**

Trata-se de um estudo transversal aninhado a um ensaio clínico randomizado.

### **6.2 Participantes**

Indivíduos com idade entre 18 e 60 anos foram convidados a participar do estudo. O ambulatório de pesquisa e extensão em saúde mental (APESM) da UCPel contactou instituições de saúde pública na área urbana de Pelotas, a partir de julho de 2012 a junho de 2015, incluindo Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços de saúde, a fim de promover o trabalho de pesquisa e convidar pacientes para participar em uma avaliação que compreendia vários aspectos de saúde e de comportamento e uma avaliação psicológica. O recrutamento também incluiu um artigo publicado em um jornal local, e serviços de referência em saúde mental vinculados à universidade. Concluindo, esta foi uma amostra de conveniência com os participantes que procuraram tratamento psicoterapêutico no serviço ambulatorial por conta própria e/ou

tenham sido encaminhados de unidades básicas de saúde e unidades de saúde mental do município.

### **6.2.1 Critérios de inclusão**

- Ter entre 18 e 60 anos
- Ser diagnosticado com Transtorno Depressivo Maior pela equipe do estudo.

### **6.2.2 Critérios de exclusão**

- Apresentar risco de suicídio moderado e grave;
- Apresentar sintomas psicóticos;
- Não compreensão dos instrumentos;

## **6.3 Procedimentos e Instrumentos**

### **6.3.1. Variáveis dependentes e independentes**

<b>Variáveis</b>	<b>Forma de coleta</b>	<b>Tipo de variável</b>	<b>Classificação da variável</b>
Sexo	Questionário – Masculino e Feminino	Qualitativa Dicotômica	Independente
Cor da pele	Questionário – Branca e não branca	Qualitativa Dicotômica	Independente
Idade	Questionário – Em anos	Quantitativa Discreta	Independente
Escolaridade	Questionário – Em anos de estudo	Quantitativa Discreta ou Qualitativa Dicotômica	Independente

Classificação econômica	ABEP - Classes: A, B, C, D e E	Qualitativa Ordinal	Independente
Transtorno de Personalidade	MCMI - Não e Sim	Qualitativa Dicotômica	Dependente
Trauma precoce	CTQ – Nunca, poucas vezes, às vezes, muitas vezes e sempre	Qualitativa Politômica	Independente
Número de episódios	Questionário MINI	Qualitativa discreta	Independente

### 6.3.2 Instrumentos

**-Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)**<sup>57</sup>: O CTQ é um inventário de auto relato com 28 itens que prevê medidas válidas para histórias de trauma. Trauma é considerado como abuso (emocional, físico e sexual) e negligência (física e emocional). Para todas estas medidas, quanto maior a pontuação, maior a intensidade de eventos traumáticos. A versão brasileira do CTQ é adaptada e validada com boas propriedades psicométricas.<sup>57</sup>

**- Classificação da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP)**<sup>58</sup>: A avaliação socioeconômica dos participantes foi realizada por meio da Associação Brasileira de escala Empresas de Pesquisa (ABEP, 2003). Baseia-se na acumulação de bens materiais e sobre a escolaridade do chefe da família. Ele categoriza as pessoas em classes (A, B, C, D ou E), de acordo com os resultados obtidos. A classe se refere à classe socioeconômica mais alta e a E se refere a menor classificação socioeconômica.<sup>58</sup>

**- Mini International Neuropsychiatric Interview na versão Plus (MINI Plus)**<sup>59</sup>: O MINI é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os

critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria, e pode ser utilizada por clínicos após um treinamento rápido (de 1 a 3 horas). A versão Plus do MINI, mais detalhada, gera diagnósticos positivos dos principais transtornos psicóticos e do humor do DSM-IV. A versão brasileira validada do MINI Plus foi usada para avaliar o risco de suicídio, transtornos de humor, transtornos de ansiedade e transtornos psicóticos.<sup>59</sup> É uma entrevista clínica estruturada que está bem adaptado ao ambiente clínico e para a avaliação de pacientes mais graves. Além disso, representa uma alternativa de baixo custo para a seleção dos pacientes de acordo com os critérios internacionais de ambos os estudos clínicos e epidemiológicos. Para as análises fins, as notas de risco de suicídio foram dicotomizadas como ausente (baixa ou risco ausente) ou presente (moderado ou alto risco), como recomendado pelos autores mini.<sup>59</sup>

- ***Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III)***<sup>60</sup> : É um dos instrumentos mais utilizados para avaliação de aspectos psicopatológicos da personalidade, ele objetiva avaliar indivíduos com idade  $\geq 18$  anos.<sup>60</sup> Este instrumento é baseado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e avalia os dois primeiros eixos: Eixo I, que descreve distúrbios clínicos e Eixo II, o que corresponde a distúrbios de retardamento e de personalidade mentais. É composto de 175 afirmativas, com opção de resposta “verdadeiro” ou “falso” e a duração da entrevista pode variar de 20 a 40 minutos, dependendo de quanto tempo o indivíduo leva para ler as afirmações e avalia 14 transtornos de personalidade e 10 síndromes clínicas. A prevalência mínima que indica presença de Transtorno de Personalidade (TP) é 85%, podendo este ser: Esquizoide, Evitativo, Depressivo, Dependente, Histriônico, Narcisista, Antissocial, Sádico, Compulsivo, Negativista, Masoquista, Esquizotípico, Borderline e Paranoide. MCMI III

é composto por 175 afirmativas. É indicado para ser usado com adultos com mais de 18 anos de idade. O presente estudo utilizou a subescala que avalia transtornos do Eixo II.<sup>60</sup>

#### **6.3.4. Logística e coleta dos dados**

A coleta de dados foi realizada diretamente em tablets e foi conduzida principalmente por alunos de graduação do curso de Psicologia. A entrevista diagnóstica pelo MINI Plus foi realizada por psicólogos previamente treinados. Tablets PCs foram utilizados para a coleta de dados e o processamento dos dados foi realizado usando o aplicativo Open Data Kit Recolha 1.1.7.

#### **6.4 Análise dos dados**

Os dados serão analisados no programa estatístico SPSS 22.0 for Windows. Na análise univariada serão descritas as frequências simples e absolutas das variáveis. Na análise bivariada serão comparadas as diferenças de médias entre os subtipos de trauma precoce entre os transtornos de personalidade através do *Test- t* de *Student*. Após, a análise multivariada será realizada através da regressão linear, onde as variáveis da análise bruta com um valor  $p \leq 0,20$  serão incluídas na análise. Para todas os testes de associação será considerado um poder estatístico de 95% ( $p < 0,05$ ).

#### **6.5 Aspectos éticos**

No protocolo de pesquisa ao qual este estudo está aninhado foram respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996. Os participantes receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e assinaram um termo de “Consentimento Livre e Esclarecido”. Foi

assegurado o direito à confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não possam ser identificados.

As pessoas que apresentaram algum transtorno associado à Depressão, risco de suicídio e/ou uso abusivo de substâncias psicoativas na avaliação inicial e no decorrer do processo terapêutico, assim como, aquelas que permaneceram com sintomas depressivos na avaliação realizada após a intervenção foram encaminhadas para os serviços de saúde mental do município. O projeto maior ao qual este é aninhado foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas, obtendo aprovação mediante o protocolo de número 02855312.6.0000.5339.

#### **6.5.1 Riscos**

Os riscos foram mínimos, se referindo ao desconforto que pode ocorrer ao receber um diagnóstico específico. No entanto os pacientes foram atendidos e quando necessário encaminhados para algum serviço de saúde mental pertencente a rede da cidade de Pelotas.

#### **6.5.2 Benefícios**

O rastreio de trauma precoce e de transtornos de personalidade são muito importantes no entendimento do curso da depressão assim como para o seu tratamento. Dessa forma esta pesquisa contribuirá para o entendimento de alguns fatores que podem estar relacionados a este aspecto. O entendimento desses fatores tem um impacto direto no atendimento dos pacientes na medida em que os terapeutas e serviços de saúde podem atentar para eles no início do tratamento e manejá-los com os pacientes afim de que seja possível realizar um atendimento mais específico.

## 6.6 Cronograma

A coleta e o processamento dos dados ocorreram no período de julho de 2012 a dezembro de 2015.

ATIVIDADES	2017											
	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Elaboração do projeto	X	X	X	X								
Qualificação					X							
Análise estatística						X	X					
Redação do artigo científico								X	X			
Defesa										X		

## 6.7 Orçamento

Material	Valor (R\$)
Avaliações (baseline)	
Vale transporte (2 por paciente x 120 pacientes = 240)	2,75 x 240 = 660
Intervenções	
Vale transporte (30 por paciente x 120 pacientes = 3600)	2,75 x 3600 = 9.900,00
04 Tablets para a coleta de dados	3.700,00
01 Desktop e tela	2.000,00
<b>Total</b>	<b>16.260,00</b>

## 7. REFERÊNCIAS

1. Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). The epidemiological modelling of major depressive disorder: application for the Global Burden of Disease Study 2010. *PloS one*, 8(7), e69637.
2. Goodier, R. Is Depression Less Common Among Men, or Are They Less Likely to Acknowledge It? Nova Iorque: Medscape; 28 de abril de, 2014 [acessado em 26 de março de 2017]. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/824217>
3. Sullivan, Patrick F., Michael C. Neale, and Kenneth S. Kendler. "Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis." *American Journal of Psychiatry* 157.10 (2000): 1552-1562.
4. Organização Mundial de Saúde. *Tener em cuenta a las personas com disparidades mentales*. Espanha: OMS, 2010.
5. Klein, Daniel N., and Roman Kotov. "Course of depression in a 10-year prospective study: Evidence for qualitatively distinct subgroups." *Journal of abnormal psychology* 125.3 (2016): 337.
6. Murphy JA, Byrne GJ. Prevalência e correlatos do diagnóstico proposto de DSM-5 de Transtorno Depressivo Crônico. *Jornal de transtornos afetivos*. 2012; 139 (2): 172-180.
7. Galione, J. N., & Oltmanns, T. F. (2013). The relationship between borderline personality disorder and major depression in later life: Acute versus temperamental symptoms. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(8), 747-756.
8. Reichborn-Kjennerud, T., Czajkowski, N., Røysamb, E., Ørstavik, R. E., Neale, M. C., Torgersen, S., & Kendler, K. S. (2010). Major depression and dimensional representations of DSM-IV personality disorders: a population-based twin study. *Psychological medicine*, 40(09), 1475-1484.
9. Siever, L. J., & Davis, K. L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1647.
10. Yoshimatsu, K., & Palmer, B. (2014). Depression in patients with borderline personality disorder. *Harvard review of psychiatry*, 22(5), 266-273.

11. Gunderson, J. G., Stout, R. L., Shea, M. T., Grilo, C. M., Markowitz, J. C., Morey, L. C., ... & McGlashan, T. H. (2014). Interactions of borderline personality disorder and mood disorders over ten years. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(8).
12. Reich, J. (2003). The effect of Axis II disorders on the outcome of treatment of anxiety and unipolar depressive disorders: a review. *Journal of personality disorders*, 17(5), 387-405.
13. American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
14. Araújo, Á. C., & Lotufo Neto, F. (2014). A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 67-82.
15. Svrakic, D. M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3), 189-195.
16. Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., & Juruena, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(12), 1007-1020.
17. Hawton, K., i Comabella, C. C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 147(1), 17-28.
18. Konradt, C. E., Jansen, K., Magalhães, P. V. D. S., Pinheiro, R. T., Kapczinski, F. P., Silva, R. A. D., & Souza, L. D. M. D. (2013). Early trauma and mood disorders in youngsters. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 40(3), 93-96.
19. Carvalho Fernando, S., Beblo, T., Schlosser, N., Terfehr, K., Otte, C., Löwe, B., ... & Wingenfeld, K. (2014). The impact of self-reported childhood trauma on emotion regulation in borderline personality disorder and major depression. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(4), 384-401.

20. Barnett, D., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (1993). Defining child maltreatment: The interface between policy and research. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Child abuse, child development, and social policy* (pp. 7-73). Norwood, NJ: Ablex.
21. Grassi-oliveira, Rodrigo; Stein, Lilian Milnitsky; Pezzi, Júlio Carlos. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Rev Saúde Pública*, v. 40, n. 2, p. 249-55, 2006.
22. Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., ... & Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect*, 28(7), 771-784.
23. Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological medicine*, 27(05), 1101-1119.
24. Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... & Benjet, C. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385.
25. Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., Asmundson, G. J., Stein, M. B., & Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American journal of public health*, 98(5), 946-952.
26. Mauritz, M. W., Goossens, P. J., Draijer, N., & van Achterberg, T. (2013). Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *European journal of psychotraumatology*, 4.
27. Pinheiro PS (2006) World report on violence against children. New York: United Nations.
28. Andrews G, Corry J, Slade T, Issakidis C, Swanston H (2004) Child sexual abuse. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, editors. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva: World Health Organization. pp. 1851–1940.

29. Grover KE, Carpenter LL, Price LH, Gagne GG, Mello AF, Mello MF, Tyrka AR (2007) The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *J Personal Disord.* 21:442Y447.
30. Zhang, T., Chow, A., Wang, L., Dai, Y., & Xiao, Z. (2012). The Role of Childhood Traumatic Experience in Personality Disorders in China. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 829–836. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.10.004>
31. Laporte, L., Paris, J., Guttman, H., & Russell, J. (2011). Psychopathology, childhood trauma, and personality traits in patients with borderline personality disorder and their sisters. *Journal of personality disorders*, 25(4), 448-462.
32. Sar V, Akyuz G, Kugu N, Ozturk E, Ertem-Vehid H (2006) Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *J Clin Psychiatry.* 67:1583Y1590.
33. Bradley, R., Jenei, J., & Westen, D. (2005). Etiology of borderline personality disorder: Disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(1), 24-31.
34. Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Rüther, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research*, 134(2), 169-179.
35. Zanarini, MC, Laudate, CS, Frankenburg, FR, Reich, DB, & Fitzmaurice, G. (2011). Preditores da auto-mutilação em pacientes com transtorno de personalidade limpa: um estudo de acompanhamento de 10 anos. *Journal of Psychiatric Research*, 45 (6), 823-828. [Http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.015](http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.015)
36. Waxman, R., Fenton, M. C., Skodol, A. E., Grant, B. F., & Hasin, D. (2014). Childhood maltreatment and personality disorders in the USA: Specificity of effects and the impact of gender. *Personality and Mental Health*, 8(1), 30–41. <http://doi.org/10.1002/pmh.1239>

37. Lobbestael, J., Arntz, A., and Berstein, D.P. Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*. 2010; 24: 285–295
38. Cohen, L. J., Tanis, T., Bhattacharjee, R., Nesci, C., Halmi, W., & Galynker, I. (2014). Are there differential relationships between different types of childhood maltreatment and different types of adult personality pathology?. *Psychiatry Research*, 215(1), 192-201.
39. Afifi, T.O., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., Enns, M.W., MacMillan, H., and Sareen, J. Childhood adversity and personality disorders: results from a nationally representative population-based study. *Journal of Psychiatric Research*. 2011; 45: 814–822
40. Blatt, S., & Luyten, P. (2009). Uma abordagem psicodinâmica estrutural e de desenvolvimento para a psicopatologia: duas polaridades de experiência em toda a vida. *Desenvolvimento e Psicopatologia*, 21 (3), 793-814. Doi: 10.1017 / S0954579409000431
41. Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (1996). A process model for understanding adaptation to sexual abuse: The role of shame in defining stigmatization. *Child abuse & neglect*, 20(8), 767-782.
42. Mandelli, L., Petrelli, C., & Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: a meta-analysis of published literature. *Childhood trauma and adult depression*. *European Psychiatry*, 30(6), 665-680.
43. Grilo, C.M. and Masheb, R.M. Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002; 106: 183–188
44. Johnson JG, Cohen P, Smailes EM, Skodol AE, Brown J, Oldham JM (2001) Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. *Compr Psychiatry*. 42:16Y23.
45. Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., IJzendoorn, M. H., & Alink, L. R. (2013). Cultural–geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*, 48(2), 81-94.

46. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, et al. (2009) Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 373: 68–81.
47. Lansford, J. E., Malone, P. S., Dodge, K. A., Chang, L., Chaudhary, N., Tapanya, S., ... & Deater-Deckard, K. (2010). Children's perceptions of maternal hostility as a mediator of the link between discipline and children's adjustment in four countries. *International Journal of Behavioral Development*, 34(5), 452-461.
48. Gracia, E., & Herrero, J. (2008). Beliefs in the necessity of corporal punishment of children and public perceptions of child physical abuse as a social problem. *Child Abuse & Neglect*, 32(11), 1058-1062.
49. Mbagaya, C., Oburu, P., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2013). Child physical abuse and neglect in Kenya, Zambia and the Netherlands: A cross-cultural comparison of prevalence, psychopathological sequelae and mediation by PTSS. *International Journal of Psychology*, 48(2), 95-107.
50. Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., ... & Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and violent behavior*, 14(1), 13-29.
51. Wonderlich SA, Rosenfeldt S, Crosby RD, Mitchel JE, Engel SG, Smyth J, Miltenberger R (2007) The effects of childhood trauma on daily mood lability and comorbid psychopathology in bulimia nervosa. *J Trauma Stress*. 20:77 Y87.
52. Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 9(11), e1001349.

53. Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of general psychiatry*, 56(7), 600-606.
54. Klein, J. P., Roniger, A., Schweiger, U., Späth, C., & Brodbeck, J. (2015). The association of childhood trauma and personality disorders with chronic depression: A cross-sectional study in depressed outpatients. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(6), e794-80138
55. Kounou, K. B., Bui, E., Dassa, K. S., Hinton, D., Fischer, L., Djassoa, G., ... & Schmitt, L. (2013). Childhood trauma, personality disorders symptoms and current major depressive disorder in Togo. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(7), 1095-1103.
56. Kounou, Kossi B., et al. "Childhood maltreatment and personality disorders in patients with a major depressive disorder: A comparative study between France and Togo." *Transcultural psychiatry* 52.5 (2015): 681-699.
57. Grassi-Oliveira, R., Cogo-Moreira, H., Salum, G. A., Brietzke, E., Viola, T. W., Manfro, G. G., & Arteché, A. X. (2014). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: findings from confirmatory factor analysis. *PloS one*, 9(1), e87118.
58. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Dados com base no Levantamento Socioeconômico. (2003). Disponível em: <http://www.abep.org.br>. Acesso em: 22/03/2017.
59. Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115.

60. Sousa, H. K. C. D., Rocha, H. R. R. P. D., & Alchieri, J. C. (2012). Evidências de validade convergente do Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. *Psicologia: teoria e prática*, 14(3), 88-100.

61. Eikenaes, I., Egeland, J., Hummelen, B., & Wilberg, T. (2015). Avoidant Personality Disorder versus Social Phobia: The Significance of Childhood Neglect. *PLoS ONE*, 10(3), e0122846. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0122846>

62. Tyrka, A. R., Wyche, M. C., Kelly, M. M., Price, L. H., & Carpenter, L. L. (2009). Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: influence of maltreatment type. *Psychiatry research*, 165(3), 281-287.

**ARTIGO**

Submetido á revista

***The Journal of clinical psychiatry***

**Childhood trauma and Borderline Personality Disorders in subjects with Major  
Depressive Disorder**

Jennifer Mendes Soares, Taiane de Azevedo Cardoso, Mariane Lopez Molina, Karen  
Jansen, Ricardo Azevedo da Silva, Luciano Dias de Mattos Souza

## ABSTRACT

**Introduction:** The consequences of traumatic developmental experiences, in addition to contributing to the incidence of major depressive disorder (MDD), can make such clinical pictures more complex and signify a greater propensity to personality disorders (DP). However, it is still unclear which subtype of specific trauma is involved in MDD comorbidity with Borderline Personality Disorder (BPD). **Objective:** To evaluate the association between subtypes of childhood trauma (physical and emotional neglect, sexual, physical and emotional abuse) with BPD in a population of individuals with MDD. **Method:** This is a cross-sectional study of individuals aged 18-60 who sought psychotherapeutic treatment at the Mental Health Research and Extension Outpatient Clinic (APESM) of the Catholic University of Pelotas (UCPel) and received a diagnosis of MDD between July 2012 to June 2015. The instruments used in the evaluation were: a questionnaire containing sociodemographic variables of the participants; the classification of the Brazilian Association of Research Companies (ABEP) to evaluate economic class; the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) to assess the history of early trauma; the Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (MINI Plus) for the diagnosis of MDD; and Millon Clinical Multiaxial Inventory - III (MCMI-III) to evaluate the PD. **Results:** 429 individuals completed all assessment instruments. The prevalence of MDD comorbidity with BPD was 23.5% (n = 101) and we can verify that it is not working (p = 0.044), have suicide risk (p <0.001) and have some anxiety disorder (p = 0.051) were associated with a higher prevalence of BPD. The presence of any other personality disorder was associated with a higher prevalence of BPD (p <0.001). In relation to the subtypes of early trauma, with the exception of Physical Abuse (p = 0.061), all others were associated with an increase in BPD: Physical Neglect (p = 0.004), Emotional Neglect (p <0.001), Sexual Abuse = 0.016) and Emotional Abuse (p

<0.001). After adjusted analysis, the subtypes of early trauma did not remain associated with comorbidity between MDD and BPD. Some PD and the risk of suicide remained significantly associated with BPD in MDD comorbidity. **Conclusion:** We found no association between early trauma and comorbidity between MDD and BPD, but we found that comorbidity could be associated with a worse clinical course of MDD, characterized by higher rates of suicide risk and other personality disorders.

**Keywords:** Childhood Trauma, Major Depressive Disorder, Borderline Personality Disorder.

## **1.Introduction**

Major depressive disorder (MDD) has a global prevalence estimated of 4.7%<sup>1</sup>. Currently a World Health Organization (WHO) points to MDD as an important cause of functional disability, and the leading contributor to suicide deaths around the world<sup>2</sup>. Comorbidities with MDD are extremely common.<sup>3</sup> A metaanalyse presented that 14% of patients with MDD have Borderline Personality Disorder (BPD)<sup>4</sup>. Compared to depressed patients without BPD, depressed patients with BPD had worst clinical prognosis, such an age of onset of the youngest disorder, more depressive episodes, a greater likelihood of experiencing atypical symptoms and had a higher prevalence of comorbid anxiety disorders, substance use disorders, and number of previous suicide attempts<sup>5</sup>. It corroborates with other studies that demonstrate that the presence of comorbid Personality Disorders (PDs) can complicate the course and treatment of MDD and increase the number of depressive episodes<sup>6</sup>. A longitudinal study found that patients with MDD and non- BPD had a higher remission rates as compared to patients with MDD with BPD comorbidity.<sup>7</sup> The authors concluded that MDD did not appears to improve until BPD improves, suggesting that BPD negatively affects the outcome of treatment for MDD<sup>8</sup>.

BPD is one of the most severe personality disorders in psychiatric settings. It is associated with substantial mental and physical disability, significant use of treatment and high risk of suicide mortality<sup>9</sup>. Current trends point to multifactorial etiological models highlighting the interactions between psychosocial, genetic and neurobiological factors in the pathogenesis of BPD<sup>9</sup>. Among the psychosocial factors, traumatic experiences in childhood receive great empirical support. Patients with BPD tend to report considerably earlier trauma than patients with other psychiatric disorders<sup>10</sup>. The mechanisms that mediate the possible influence of early trauma on BPD are poorly understood.<sup>11</sup> Exposure to early stress also showed an increased risk for major depressive disorder<sup>12</sup>.

Studies in general, demonstrates the existence of evidence that subtypes of trauma are interrelated to the invention occur independently<sup>13,14</sup>. However, it is important to consider that the occurrence of each subtype of early trauma, despite being seen, is also present in the available literature<sup>14</sup>. The presence of each subtype increases the probability of occurrence of others<sup>14</sup>, and this often has additive associations with the appearance of many types of mental disorders and impoverished mental health<sup>15</sup>. There is a vast literature very focused role of early trauma and risk of psychological disorders in adult life<sup>14,15,16,17</sup>. As consequences of traumatic developmental experiences, in addition to collaborating for the incidence of MDD, they can become such more complex clinical pictures and signal a greater propensity to the PD<sup>16</sup>. Despite this, to date, there is no clear consensus on the weight of different types of early trauma as a potent environmental risk factor in the appearance and complexity of personality pathologies<sup>17</sup>. A significant variety of research related to child maltreatment to adverse outcomes in adulthood, including a personality pathology<sup>18</sup>. However, it is still unclear whether specific childhood maltreatment is involved in the comorbidity of major depressive disorder<sup>19</sup> and BPD<sup>20,21</sup>. Thus, our aim is to assess the association between subtypes of early trauma with BPD in a population of subjects with MDD. Our hypothesis is that subjects with BPD comorbidity will presents higher rates of early trauma.

## **2. Method**

This is a cross-sectional study nested within clinical trials whose purpose were to evaluate the effectiveness of psychosocial interventions on different mental health disorders (Bipolar Disorder, Major Depressive Disorder, Post-Traumatic Stress Disorder, and Obsessive-Compulsive Disorder) in the psychology service of the Clinic of Research and Extension in Mental Health (CREMH) of the Universidade Católica de Pelotas (UCPEL).

Individuals aged 18–60 years were invited to participate in the study. The service (CREMH) contacted public health facilities in the urban area of Pelotas, from July 2012 to June 2015, including Primary/ Care Units, Psychosocial Care Centers and other health care services, in order to promote the research. The patients were invited to take part in a research composed of an evaluation that was comprised of several health and behavior aspects as well as a psychological evaluation. This psychological evaluation aimed to verify if the patient met criteria for the diagnoses that the service offered treatment through clinical trials. This was a convenience sample with patients that sought the study's outpatient service themselves and/or had been referred from basic health units and mental health facilities in the city. Inability to understand the instruments were all considered as exclusion criteria. A total of 966 were evaluated in our service and 506 individuals with a current depressive episode were eligible to include in this study. However, 77 of those did not complete the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) instrument. Then, our final sample is of 429 subjects.

The evaluation instrument was composed of a questionnaire that was responded directly into tablets through the Open Data Kit Collect 1.1.7, containing the following variables: gender, age, marital status, education, work. The economic status of the participants was verified through a scale developed by the Brazilian Association of

Research Companies (*ABEP*) (*ABEP-Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2003*)<sup>22</sup>. This scale is based on the accumulation of material goods and the education level of the family chief, categorizing people among the socioeconomic classes A (upper), B, C, D and E (lower).<sup>22</sup>

The evaluation of MDD, risk of suicide and anxiety disorder was conducted through the Mini International Neuropsychiatric Interview Plus version (MINI Plus)<sup>23</sup>. This is a clinical interview based on DSM-IV criteria. The diagnostic interviews were conducted by psychologists trained for the use of the MINI Plus. Weekly supervisions with the participation of the raters and two professors with a large experience in diagnosing mental disorders were realized. In addition to that, in cases in which it was difficult for the first rater to establish the diagnosis with certainty, a second rater (these being psychiatrists who were post-graduate students) would realize a clinical diagnostic interview with the patients and then the raters would discuss the case between themselves and the supervisors to reach a consensus. In addition, the subjects were questioned about clinical characteristics, such as: hospitalization, number of episodes, psychotic symptoms, age of onset of mood disorder.

Substance Abuse was assessed through the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)<sup>24</sup> is an instrument with eight questions on the use of nine classes of psychoactive substances (tobacco, alcohol, marijuana, cocaine, stimulants, sedatives, inhalants, hallucinogens and opioids) where each response corresponds to a score ranging from 0 to 4, the sum total being 0 to 20. The score range from 0 to 3 is considered as indicative of occasional use, from 4 to 15 as indicative of abuse and above 16 as suggestive of dependence<sup>24</sup>.

The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)<sup>25</sup> was also administered. It is a 28-item self-report inventory that provides valid measures for histories of trauma. Trauma is considered as abuse (emotional, physical, and sexual) and neglect (emotional and

physical)<sup>25</sup>. The five subscales used in this study comprise 25 items whereas the three remaining items belong to minimization/ denial subscale for detecting no reliable reports. For all these measures, the higher the score, the greater the intensity of traumatic events. The Brazilian version of CTQ is adapted and validated with good psychometric proprieties<sup>26</sup>. The trauma was analyzed in a dichotomous way using the CTQ manual to classify the scores of subscales in quintiles of severity. The highest quintile where the trauma is classified as "severe to extreme" was used as the cutoff point (EA  $\geq$  16, PA  $\geq$  13, SA  $\geq$  13, EN  $\geq$  18, and PN  $\geq$  13)<sup>27</sup>.

For the assessment of personality disorders we used Millon Multiaxial Clinical Inventory (MCMI-III)<sup>28</sup> is one of the instruments constructed by Millon and his collaborators to operationalize their theoretical model. MCMI-III, since its first edition in 1977, is one of the most widely used personality assessment tools in the international context and is in line with DSM-IV. It consists of an inventory of 175 false or true response items for the evaluation of 14 personality patterns and 10 clinical syndromes. It is indicated to be used with more than 18 years of age. Correction of MCMI was performed considering the subjects who scored above 85% for PD in the instrument were classified as the 15% of the sample that has some PD. This cutoff point was considered in the initial sample of 966 subjects. The PD used for the present study were: schizoid, avoidant, dependent, histrionic, narcissistic, antisocial, compulsive, schizotypal, borderline and paranoid.

All participants received information about the research objectives and they also signed an informed consent form. Moreover, individuals who presented any mental disorders were referred for specialized treatment at our mental health service or at the mental health system from the city. The present project was approved by the Committee of Ethics in Research from UCPEL under the protocol number 502.604.

Statistical analyses were performed using SPSS 22. To assess the independent

variables with the outcome, we performed the chi-square test. To adjust the analysis for possible confounding factors, we have used the logistic regression. This was performed following a multilevel hierarchic model. Were consider possible confounding factors, the variables associated with dependent and independent variables with  $p < 0.20$ .

### 3. Results

A total of 429 individuals were included. Of these, 360 (83.9%) were female, mainly (n=252; 58.7%) from socioeconomic class C, D or E, 283 (66.0%) had 30 or more years, 304 (70.9%) were 9 or more years of study, and 270 (62.9%) reported to have a current occupation (study and/or job). Regarding the clinical characteristics, 19 (4.4%) had a history of psychiatric hospitalization, 315 (73.4%) reported having already taken psychiatric medications and 113 (26.3%) were taking psychiatric medication at the time of the evaluation. In addition, suicide risk was observed in 50.8% (n=218) of the sample. In relation to evaluated comorbidities, 71.6% (n=307) presented comorbidity with anxiety disorder, and 72.3% (n=310) showed comorbidity with another personality disorder. Regarding the psychoactive substance abuse, 25.8% (n=110) have abuse or dependence of smoke, 25.1% (n=107) have alcohol abuse or dependence, and 6.3% (n=27) have illicit substance abuse or dependence. The prevalence of MDD comorbidity with BPD was 23.5% (n = 101) and the sociodemographic and clinical factors in this comorbidity are presented in Table 1. We can verify that not being working (p = 0.044), having risk of suicide (p <0.001), presence of some anxiety disorder (p = 0.051), and presence of any other personality disorder (p<0.001) were associated with a higher prevalence of borderline PD.

Regarding to the subtypes of early trauma, with the exception of Physical Abuse (p = 0.061), all others were associated with an increase in Borderline PD: Physical Neglect (p = 0.004), Emotional Negligence (p<0.001), Sexual Abuse (p = 0.016) and Emotional Abuse (p <0.001).

Finally, after adjusted analysis, for the clinical characteristics, the subtypes of early trauma were not associated with comorbidity between MDD and BPD. Some clinical characteristics kept significantly associated with the MDD comorbid with BPD

in the adjusted analysis: the suicide risk ( $p < 0.001$ ) and comorbidity with current any other personality disorder ( $p < 0.001$ ), (Table 3).

#### 4. Discussion

The main findings of our study refer to the absence of a significant association between subtypes of early trauma in subjects with MDD and PBD comorbidity.

Our main findings diverge from previous studies<sup>10,13,29,30,31,32,33,34</sup>. However, trauma subtypes and their confounding effects may not have been adequately recognized in previous research, so not all studies were able to control the influence of the other types of PDs<sup>33,34</sup>. Similarly, a study showed no independent relationships between physical neglect<sup>35</sup> and sexual abuse with BPD<sup>36</sup> providing strong support for the validity of our results.

We found associations between BPD and other personality disorders in subjects with MDD. In some cases, this may result in chronicity of MDD, referring to the findings of a previous study that borderline, schizoid, and schizotypal personality disorders were the strongest predictors of MDD chronicity<sup>37</sup>. Even after controlling for other potentially negative prognostic indicators, approximately 57% of MDD cases would not have persisted in the 3-year follow-up in the absence of PDs, meaning a large negative impact on the course of MDD by prolonging the recovery time of an index episode thereby increasing the persistence of the disorder<sup>37</sup>.

In our findings, BPD had present association specifically with Paranoid, Anti-social and Dependent PD. The great variation in the expression of BPD pathology is apparent in clinical practice and has a number of possible meanings. An alternative explanation for co-occurrence is that several disorders may reflect a single set of underlying problems or processes in what has been called the "inbred" relationship ("of the same lineage or origin")<sup>38</sup>. Likewise, it has been argued that there may be some common domain, or perhaps some intersection dimensions of personality pathology that do not have true separation at the phenotypic level<sup>39</sup>. However, despite the problems with

the heterogeneity of internal and external characteristics, the evidence suggests that BPD can be viewed in a meaningful way as a coherent diagnostic construct<sup>40,41</sup>.

In a study involving a large sample of inpatients, Cluster A and C subgroups were significantly more common when compared to other Axis II controls<sup>42</sup>. BPD showed significant comorbidity only with another Cluster B disorder, whereas BPD in adolescents showed a broader pattern of comorbidity, encompassing Clusters A and C<sup>43</sup>. In a study using a large sample of outpatients, BPD was associated primarily with avoidant, paranoid, and dependent diagnoses, similar to our findings<sup>44</sup>. The results of the Axis II assessment of patients with substance use disorders showed a higher occurrence of BPD with antisocial and avoidant PDs for men but not for women<sup>45</sup>. Sex, age or severity level of symptoms may distinguish externalization patterns of BPD in MDD.

Our results suggest that in patients with current MDD and comorbid BPD, early the presence of suicide risk is higher as compared to patients with MDD, independent of history of trauma. This is understandable considering that the relationships between early trauma and BPD are still under discussion<sup>10</sup>. On the one hand, individuals with BPD tend to report a high number of traumatic events in childhood<sup>46</sup>, but on the other hand, the size of the effect of trauma on the clinical manifestation of BPD is quite uncertain<sup>19</sup>. Thus, not all children exposed to early trauma develop later personality disorders and not all BPD patients report traumatic events in childhood<sup>9</sup>. However, some authors explain the association between BPD and suicide risk due to impulsivity and affective instability characteristic of patients<sup>47</sup>. Individuals diagnosed with BPD are very sensitive to environmental circumstances<sup>48</sup>. They experience intense fear and anger when confronted with a realistic separation or change in plans leading to frantic efforts to avoid abandonment, which often include self-injurious or suicidal behaviors<sup>49</sup>. In addition, individuals with this disorder tend to idealize or change rapidly to devalue the other

person, and this remarkable level of interpersonal reactivity seems to be related to suicidal and parasuicidal behaviors and serious deficiencies in psychosocial functioning<sup>48</sup>. This combination of impulsive symptoms, risk behaviors, distorted cognitions belonging to one's own perception of self and others, and deficits in regulating emotions may help explain why patients with BPD are at risk of suicide 10-15 times greater than the normal population<sup>52</sup> and may be up to 50 times more likely than the general population to complete suicide<sup>49</sup>, making BPD one of the most debilitating of PD diagnoses.<sup>10</sup>

Some limitations of this study need to be considered. First, memory bias is a limitation, because we have performed a retrospective assessment of the trauma experienced in childhood. In addition, our sample was composed exclusively by subjects with depression, who may have a more negative evaluation of traumatic situation. However, an earlier study showed that memory bias accounted less than 1% of the variance in reports of childhood abuse measures<sup>50</sup>. On the other hand, our research also presented methodological strength. The diagnostic evaluation was performed exclusively by professionals trained in the area, properly trained and supervised during the data collection. Another strong point was the use of appropriate and validated instruments for the diagnosis of PDs, MDD and childhood trauma. The MCMI-III, the MINI and the CTQ were used, both of which demonstrate reliable internal consistency to evaluate personality disorders, depression and childhood trauma respectively. In addition, although this study counts with a convenience sample, the sample size is a strength point of it.

Our findings have potential clinical implications. It is known that subjects with BPD have a complicated course, especially because of the suicidal behavior<sup>47</sup>. Besides we have not found association between early trauma and comorbidity between major depressive disorder and borderline personality disorder, we found that the comorbidity could be associated to a worse clinical course of major depressive disorder, characterized by higher rates of suicide risk and others personality disorders<sup>51</sup>. These data corroborate

with literature that highlight a worse clinical course in subjects with MDD and BPD comorbidity.<sup>51</sup>

## 5. References

1. Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). The epidemiological modelling of major depressive disorder: application for the Global Burden of Disease Study 2010. *PloS one*, 8(7), e69637.
2. Organização Mundial de Saúde. *Tener em cuenta a las personas com disparidades mentales*. Espanha: OMS, 2010.
3. Murphy JA, Byrne GJ. Prevalência e correlatos do diagnóstico proposto de DSM-5 de Transtorno Depressivo Crônico. *Jornal de transtornos afetivos*. 2012; 139 (2): 172-180.
4. Friborg, O., Martinsen, E. W., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2014). Comorbidity of personality disorders in mood disorders: a meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal of affective disorders*, 152, 1-11.
5. Galione, J., & Zimmerman, M. (2010). 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*, 24(6), 763-772.
6. Reich, J. (2003). The effect of Axis II disorders on the outcome of treatment of anxiety and unipolar depressive disorders: a review. *Journal of personality disorders*, 17(5), 387-405.
7. Gunderson, J. G., Stout, R. L., Shea, M. T., Grilo, C. M., Markowitz, J. C., Morey, L. C., ... & McGlashan, T. H. (2014). Interactions of borderline personality disorder and mood disorders over ten years. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(8).
8. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2108-2114.

9. Biskin, R. S. (2015). The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 60(7), 303–308
10. Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
11. Carvalho Fernando, S., Beblo, T., Schlosser, N., Terfehr, K., Otte, C., Löwe, B., ... & Wingenfeld, K. (2014). The impact of self-reported childhood trauma on emotion regulation in borderline personality disorder and major depression. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(4), 384-401.
12. Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., & Juruena, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(12), 1007-1020.
13. Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., ... & Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect*, 28(7), 771-784.
14. Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological medicine*, 27(05), 1101-1119.
15. Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... & Benjet, C. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385.
16. Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., Asmundson, G. J., Stein, M. B., & Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American journal of public*

health, 98(5), 946-952.

17. Grover KE, Carpenter LL, Price LH, Gagne GG, Mello AF, Mello MF, Tyrka AR (2007) The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *J Personal Disord.* 21:442Y447.

18. Laporte, L., Paris, J., Guttman, H., & Russell, J. (2011). Psychopathology, childhood trauma, and personality traits in patients with borderline personality disorder and their sisters. *Journal of personality disorders*, 25(4), 448-462.

19. Mauritz, M. W., Goossens, P. J., Draijer, N., & van Achterberg, T. (2013). Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *European journal of psychotraumatology*, 4.

20. Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Rütther, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research*, 134(2), 169-179.

21. Bradley, R., Jenei, J., & Westen, D. (2005). Etiology of borderline personality disorder: Disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(1), 24-31.

22. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Dados com base no Levantamento Socioeconômico. (2003). Disponível em: <http://www.abep.org.br>. Acesso em: 22/03/2017.

23. Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-115.

24. Henrique IFS, Michelli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Ver Assoc Med Bras* 50(2):199-206.

25. Grassi-Oliveira, R., Cogo-Moreira, H., Salum, G. A., Brietzke, E., Viola, T. W., Manfro, G. G., & Arteché, A. X. (2014). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: findings from confirmatory factor analysis. *PloS one*, 9(1), e87118.
26. Grassi-oliveira, Rodrigo; Stein, Lilian Milnitsky; Pezzi, Júlio Carlos. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Rev Saúde Pública*, v. 40, n. 2, p. 249-55, 2006.
27. Bernstein DP, Fink L. *Childhood Trauma Questionnaire: A Retrospective Self Report. Manual*. San Antonio, Tx.: The Psychological Corporation.: Harcourt Brace and Company; 1998.
28. Sousa, H. K. C. D., Rocha, H. R. R. P. D., & Alchieri, J. C. (2012). Evidências de validade convergente do Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. *Psicologia: teoria e prática*, 14(3), 88-100.
29. Waxman, R., Fenton, M. C., Skodol, A. E., Grant, B. F., & Hasin, D. (2014). Childhood maltreatment and personality disorders in the USA: Specificity of effects and the impact of gender. *Personality and Mental Health*, 8(1), 30–41.  
<http://doi.org/10.1002/pmh.1239>
30. Kounou, K. B., Bui, E., Dassa, K. S., Hinton, D., Fischer, L., Djassoa, G., ... & Schmitt, L. (2013). Childhood trauma, personality disorders symptoms and current major depressive disorder in Togo. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(7), 1095-1103.
31. Kounou, Kossi B., et al. "Childhood maltreatment and personality disorders in patients with a major depressive disorder: A comparative study between France and Togo." *Transcultural psychiatry* 52.5 (2015): 681-699.
32. Schulz, P., Beblo, T., Ribbert, H., Kater, L., Spannhorst, S., Driessen, M., & Hennig-

- Fast, K. (2017). How is childhood emotional abuse related to major depression in adulthood? The role of personality and emotion acceptance. *Child Abuse & Neglect*, 72, 98-109.
33. Biskin, R.S., Paris, J., Renaud, J., Raz, A., and Zelkowitz, P. Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence. *Journal of The Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2011; 20: 168–174
34. Ogata, S.N., Silk, K.R., Goodrich, S., and Lohr, N.E. Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 1990; 147: 1008–1013
35. Lobbestael, J., Arntz, A., and Berstein, D.P. Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*. 2010; 24: 285–295.
36. Cohen, L. J., Tanis, T., Bhattacharjee, R., Nesci, C., Halmi, W., & Galyner, I. (2014). Are there differential relationships between different types of childhood maltreatment and different types of adult personality pathology?. *Psychiatry Research*, 215(1), 192-201.
37. Skodol, A. E., Grilo, C. M., Keyes, K., Geier, T., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Relationship of Personality Disorders to the Course of Major Depressive Disorder in a Nationally Representative Sample. *The American Journal of Psychiatry*, 168(3), 257–264. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050695>.
38. Tyrer, P. (1996). Comorbidity or consanguinity. *British Journal of Psychiatry*, 168, 669–671.
39. Depue, R. A., & Lenzenweger, M. F. (2001). A neurobehavioral dimensional model. In L. W. John (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (pp.136–176). New York: Guilford Press.
40. Clifton, A., & Pilkonis, P. A. (2007). Evidence for a single latent class of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders borderline personality pathology.

Comprehensive Psychiatry, 48(1), 70–78.

41. Johansen, M., Karterud, S., Pedersen, G., Gude, T., & Falkum, E. (2004). An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 289–298.

42. Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., et al. (1998). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 296–302.

43. Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (2000). Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 157, 2011–2016.

44. Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 162, 867–875.

45. Grilo, C. M., Anez, L. M., & McGlashan, T. H. (2002). DSM-IV Axis II comorbidity with borderline personality disorder in monolingual Hispanic psychiatric outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 324–330.

46. Lobbestael, J., Arntz, A., Bernstein, D.P., 2010. Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *J. Pers. Disord.* 24, 285-295.

47. Wedig, M. M., Silverman, M. H., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., & Zanarini, M. C. (2012). Predictors of Suicide Attempts in Patients with Borderline Personality Disorder Over 16 Years of Prospective Follow-up. *Psychological Medicine*, 42(11), 2395–2404. <http://doi.org/10.1017/S0033291712000517>.

48. Sinnaeve, R, van den Bosch, LMC, and van Steenberg-Weijnenburg, KM (2015), Change in interpersonal functioning during psychological interventions for borderline personality disorder—a systematic review of measures and efficacy. *Personality and Mental Health*, 9, 173–194. doi: 10.1002/pmh.1296.

49. Soloff, P. H., Lynch, K. G., Kelly, T. M., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 601-608.
50. Fergusson, David M.; Horwood, L. John; Boden, Joseph M. Structural equation modeling of repeated retrospective reports of childhood maltreatment. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, v. 20, n. 2, p. 93-104, 2011.
51. Dixon-Gordon, K. L., Weiss, N. H., Tull, M. T., DiLillo, D., Messman-Moore, T., & Gratz, K. L. (2015). Characterizing Emotional Dysfunction in Borderline Personality, Major Depression, and their Co-occurrence. *Comprehensive Psychiatry*, 62, 187–203. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.07.014>
52. Mehlum, L., & Jensen, A. I. (2006). Suicidal behaviour in borderline personality disorder. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raeke*, 126(22), 2946-2949.

## 6. Annexes

**Table 1:** Sociodemographic and clinical characteristics in subjects with major depressive disorder and borderline personality disorder comorbidity.

<i>Variables</i>	<b>Borderline</b>		<b>p-valor</b>
	<b>No n=328</b>	<b>Yes n=101</b>	
<b>Gender</b>			0.315
Male	56 (81.2%)	13 (18.8%)	
Female	272 (75.6%)	88 (24.4%)	
<b>Age</b>			0.696
18 – 29 years old	110 (75.3%)	36 (24.7%)	
30 years or older	218 (77.0%)	65 (23.0%)	
<b>Socioeconomic status</b>			0.123
A+B	186 (73.8%)	66 (26.2%)	
C+D+E	142 (80.2%)	35 (19.8%)	
<b>Occupation</b>			0.044
No	193 (71.1%)	46 (28.9%)	
Yes	215 (79.6%)	55 (20.4%)	
<b>Years of education</b>			0.100
Up to 8 years	89 (71.2%)	36 (28.8%)	
9 years or more	239 (78.6%)	65 (21.4%)	
<b>Hospitalization</b>			0.162
No	316 (77.1%)	94 (22.9%)	
Yes	12 (63.2%)	7 (36.8%)	
<b>Current medication</b>			0.618
No	242 (77.1%)	72 (22.9%)	
Yes	84 (74.3%)	29 (25.7%)	
<b>Suicide Risk</b>			<0.001
No	188 (89.1%)	23 (10.9%)	
Yes	140 (64.2%)	78 (35.8%)	
<b>Current Anxiety</b>			0.051
No	101 (82.8%)	21 (17.2%)	
Yes	227 (73.9%)	80 (26.1%)	
<b>Alcohol abuse</b>			0.340
No	247 (77.4%)	72 (22.6%)	
Yes	78 (72.9%)	29 (27.1%)	
<b>Illicit substance</b>			0.780
No	305 (76.4%)	94 (23.6%)	
Yes	20 (74.1%)	7 (25.9%)	
<b>Any other personality disorder</b>			<0.001
No	111 (93.3%)	8 (6.7%)	
Yes	217 (70.0%)	93 (30.0%)	

**Table 2:** Childhood trauma in subjects with major depressive disorder and borderline personality comorbidity.

	<b>Borderline</b>		<b>p-value</b>
	<b>No n (%)</b>	<b>Yes n (%)</b>	
<b>Physical Negligence</b>	52 (16.0)	29 (28.7)	0.004
<b>Emotional Negligence</b>	53 (16.3)	34 (33.7)	<0.001
<b>Sexual Abuse</b>	60 (18.5)	30 (29.7)	0.016
<b>Physical Abuse</b>	59 (18.2)	27 (26.7)	0.061
<b>Emotional Abuse</b>	45 (13.8)	35 (34.7)	<0.001

**Table 3:** Adjusted analysis of factors associated with borderline personality disorder comorbidity in subjects with major depressive disorder.

<b>Variables</b>	<b>OR (95% CI)</b>	<b>p-value</b>
<i>First hierarchical level</i>		
<b>Socioeconomic status</b>		0.592
A+B	1	
C+D+E	1.15 (0.69 – 1.93)	
<b>Current occupation</b>		0.371
No	1.26 (0.76 – 2.09)	
Yes	1	
<i>Second hierarchical level</i>		
<b>Physical Negligence</b>		0.817
No	1	
Yes	1.08 (0.57 – 2.03)	
<b>Emotional Negligence</b>		0.108
No	1	
Yes	1.75 (0.88 – 3.45)	
<b>Sexual Abuse</b>		0.188
No	1	
Yes	1.51 (0.82 – 2.78)	
<b>Physical Abuse</b>		0.328
No	1	
Yes	0.71 (0.36 – 1.40)	
<b>Emotional Abuse</b>		0.180
No	1	
Yes	1.61 (0.80 – 3.24)	
<i>Third hierarchical level</i>		
<b>Suicide risk</b>		<0.001
No	1	
Yes	3.75 (2.16 – 6.49)	
<b>Current any anxiety disorder</b>		0.157
No	1	
Yes	1.53 (0.85 – 2.74)	
<b>Current any other personality disorder</b>		<0.001
No	1	
Yes	5.08 (2.30 – 11.21)	