



CURSO DE MEDICINA

GABRIEL MENEZES DANTAS

**CARACTERÍSTICAS DAS ALUCINAÇÕES NO TRANSTORNO DE
PERSONALIDADE *BORDERLINE*: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Salvador

2022

GABRIEL MENEZES DANTAS

**CARACTERÍSTICAS DAS ALUCINAÇÕES NO TRANSTORNO DE
PERSONALIDADE *BORDERLINE*: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em
Medicina da Escola de Bahiana de Medicina e
Saúde Pública para aprovação em Metodologia da
Pesquisa II.

Orientador: Lucas Araújo de Freitas

Salvador

2022

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à minha mãe, Karina, por me dar a oportunidade de cursar Medicina na Faculdade Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Esse trabalho somente pôde ser realizado graças ao seu constante esforço para me proporcionar a melhor formação educacional possível. Também agradeço à minha namorada, Letícia, pela paciência em ler e reler os parágrafos que constituem esse projeto diversas vezes, em busca de erros e melhorias.

Agradeço, também, ao meu orientador, Dr. Lucas Freitas, pela disposição e pelo conhecimento compartilhado comigo a respeito do tema do trabalho e da Psiquiatria. Quando comecei o projeto, pouco sabia a respeito dessa área.

Por fim, também agradeço à minha professora de Metodologia da Pesquisa, Dra. Glicia Abreu, pelo apoio, pela disponibilidade e pela vontade de ver esse trabalho ser concluído com êxito.

EPÍGRAFE

“A saúde da alma é a ocupação mais digna do médico”
Simão Bacamarte, em “O Alienista”, de Machado de Assis.

RESUMO

Introdução: desde o final do século XX, estudos sobre sintomas psicóticos no transtorno de personalidade *borderline* (TPB) são realizados com o intuito de analisar a sua apresentação. Contudo, ainda hoje, pouco se sabe em relação às características das alucinações que acometem os indivíduos com esse transtorno. **Objetivo:** sintetizar as principais características das alucinações no TPB, como prevalência, duração, frequência, conteúdo, influência no comportamento e nível de sofrimento causado. **Métodos:** foram realizadas buscas nas bases de dados MEDLINE/PubMed, Scielo e LILACS, com os descritores MeSH e DeCS relacionados com o tema da pesquisa. No total, dez estudos foram incluídos no trabalho. **Resultados:** observa-se que as alucinações no TPB, independentemente do seu tipo, acometem entre 37 e 40% dessa população, sendo as alucinações auditivas o tipo mais comum, com prevalência entre 27 e 50%, e costumam fazer parte da vida dos indivíduos por mais de uma década, com frequência de aparecimento diária e duração de alguns minutos. O seu conteúdo é predominantemente negativo e influencia o comportamento da pessoa, que pode ser induzida a cometer atos de autolesão corporal. Os indivíduos acometidos por esse sintoma também costumam não ter controle sobre as alucinações e descrevem que elas são fonte de sofrimento. **Conclusão:** as alucinações são significativamente prevalentes, se fazem presentes por bastante tempo e causam sofrimento na vida das pessoas com TPB.

Palavras-chave: transtorno de personalidade *borderline*. Alucinações. Sintomas psicóticos.

ABSTRACT

Introduction: since the final of the 20th century, studies about borderline personality disorder (BPD) psychotic symptoms have been done with the objective of analyzing its appearance. However, there is still little knowledge about hallucinations descriptions currently. **Objective:** synthesize the main hallucinations characteristics in BPD, as prevalence, duration, frequency, content, behavior influence and disruption level caused. **Methods:** searches were made in MEDLINE/PubMed, Scielo and LILACS databases, with MeSH and DeCS terms related with the research theme. In total, ten studies were included in this paper. **Results:** hallucinations in BPD, no matter the type, affect between 37 and 40% of this population, being the auditory hallucinations the most common type, with prevalence between 27 and 50%, and usually they are part of the individual life for more than a decade, with diary appearing frequency and some minutes of duration. The content is predominantly negative and influences the individual behavior, making the person being capable to cause self-harm. Also, the individuals affected by this symptom usually don't have control over the hallucinations and describe they are source of disruption. **Conclusion:** hallucinations are significantly prevalent, last a long time and cause disruption in the individuals BPD lives.

Keywords: borderline personality disorder. Hallucinations. Psychotic symptoms.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estratégia de Busca no Banco de Dados MEDLINE/PubMed	20
Figura 2 – Estratégia de Busca no Banco de Dados LILACS	21
Figura 3 – Estratégia de Busca no Banco de Dados SciELO	22
Figura 4 – Fluxograma de Seleção dos Estudos	24
Quadro 1 – Características Específicas dos Estudos	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Traçados Metodológicos dos Estudos	25
Tabela 2 – Características dos Participantes dos Estudos	26
Tabela 3 – Prevalência das Alucinações	32
Tabela 4 – Duração e Frequência das Alucinações	35
Tabela 5 – Conteúdo das Alucinações	36
Tabela 6 – Sofrimento, Influência no Comportamento e Controle Dos Indivíduos Sobre as Alucinações	38
Tabela 7 – Avaliação da Qualidade Metodológica	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVH	<i>Auditory Verbal Hallucination</i>
BAVQ-R	<i>Beliefs About Voices Questionnaire</i>
CASH	<i>Comprehensive Assessment of Symptoms and History</i>
CbSASH	<i>Computerized Binary Scale of Auditory Speech Hallucination</i>
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico para Transtornos Mentais
DIB-R	<i>Revised Diagnostic Interview for Borderlines</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MSH	<i>Multidimensional Scale for Hallucinations</i>
OPCRIT	<i>McGuffin's Opcrit Questionnaire</i>
PANSS	<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PSE	<i>Present State Examination</i>
PSYRATS	<i>Psychotic Symptom Rating Scale</i>
QPE, 29	<i>Questionnaire for Psychotic Experiences</i>
SADS	<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia</i>
SCID	<i>Structured Clinical Interview for DSM</i>
SCL-90	<i>Symptom Checklist-90</i>
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
TP	Transtorno de Personalidade
TPB	Transtorno de Personalidade <i>Borderline</i>
ZAN-BPD	<i>Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder: Self Report Version</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1 EVOLUÇÃO DOS CONHECIMENTOS SOBRE SINTOMAS PSICÓTICOS NO TPB.....	15
3.2 CARACTERÍSTICAS DAS ALUCINAÇÕES NO TPB	16
4 MATERIAL E MÉTODOS	19
4.1 DESENHO DO ESTUDO	19
4.2 LOCAL, DURAÇÃO E PERÍODO DO ESTUDO	19
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	19
4.3.1 População Alvo	19
4.3.2 Critérios de Elegibilidade	19
4.3.3 Fonte de Dados	19
4.3.4 Estratégias de Busca	20
Figura 1 – Estratégia de Busca no Banco de Dados MEDLINE/PubMed	20
Figura 2 - Estratégia de Busca no Banco de Dados LILACS	21
Figura 3 – Estratégia de Busca no Banco de Dados SciELO	22
4.3.5 Identificação e Seleção de Estudos	22
4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO	22
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	23
4.6 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA E DO RISCO DE VIÉS	23
5 RESULTADOS	24
5.1 IDENTIFICAÇÃO E SELEÇÃO DE ESTUDOS	24
Figura 4 – Fluxograma de Seleção dos Estudos	24
5.2 CATACTERÍSTICAS GERAIS DOS ESTUDOS	25
Tabela 1 – Traçados Metodológicos dos Estudos	25
5.2.1 Características dos Participantes dos Estudos	25
Tabela 2 – Características dos Participantes dos Estudos	26

5.3 CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DOS ESTUDOS	26
Quadro 1 - Características Específicas dos Estudos	27
5.5 RESULTADOS APRESENTADOS NOS ESTUDOS	31
5.5.1 Prevalência das Alucinações	31
5.5.1.1 Alucinações (Geral)	31
5.5.1.2 Alucinações Auditivas	32
5.5.1.3 Alucinações Visuais, Táteis, Olfativas e Gustativas	32
Tabela 3 – Prevalência das Alucinações	32
5.5.2 Duração das Alucinações	33
5.5.3 Frequência das Alucinações	34
Tabela 4 – Duração e Frequência das Alucinações	35
5.5.5 Conteúdo das Alucinações: Positivo ou Negativo?	35
Tabela 5 – Conteúdo das Alucinações	36
5.5.7 Os Indivíduos Controlam as Alucinações?	36
5.5.8 As Alucinações Influenciam o Comportamento dos Indivíduos?	36
5.5.9 As Alucinações Infligem Sofrimento nos Indivíduos?	37
Tabela 6 – Sofrimento, Influência no Comportamento e Controle dos Indivíduos Sobre as Alucinações	38
5.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA	39
Tabela 7 – Avaliação da Qualidade Metodológica	39
6 DISCUSSÃO	40
7 CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

A 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico para Transtornos Mentais (DSM-5) define transtorno de personalidade (TP) como “um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo”¹. Estima-se que eles tenham uma prevalência de cerca de 15% na população².

Os TPs estão divididos em três grupos, com base em algumas semelhanças descritivas. No grupo A, estão os transtornos de personalidade paranoide, esquizoide e esquizotípica, em que os indivíduos são caracterizados como “esquisitos” ou “excêntricos”. No grupo B, estão os transtornos de personalidade antissocial, *borderline*, histriônica e narcisista, em que os indivíduos são caracterizados como “dramáticos”, “emotivos” ou “erráticos”. Por último, no grupo C, estão os transtornos de personalidade evitativa, dependente e obsessivo-compulsiva, em que os indivíduos são caracterizados como “ansiosos” ou “medrosos”¹.

O transtorno de personalidade *borderline* (TPB) tem como característica essencial um “padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e de afetos e de impulsividade acentuada que surge no começo da vida adulta e está presente em vários contextos”. Esse é um dos TPs que têm maior prevalência na população em geral. Estudos indicam que o TPB esteja presente em 1,6% da população, embora esse número possa chegar a 5,9%. Contudo, quando se trata de ambientes médicos, esse número aumenta. A nível de atenção primária, ambulatórios de saúde mental e internação psiquiátrica, a prevalência do TPB chega a 6%, 10% e 20% respectivamente. Estima-se, também, que 75% da população com TPB seja do sexo feminino¹.

Publicada em 1980, a terceira edição do DSM forneceu a base das informações sobre o TPB que são utilizadas até os dias atuais. Nessa versão, foi relatada a possibilidade de apresentação de sintomas psicóticos transitórios em indivíduos com TPB. Tendo sido fator causal ou não, a partir desse período, diversos estudos foram realizados com foco na análise de sintomas psicóticos em pacientes diagnosticados com TPB.

Como resultado dessas pesquisas, houve, em parte significativa dos estudos, a utilização de termos, como “sintomas psicóticos artificiais”³, “pensamentos quase-psicóticos”⁴ e

“pseudoalucinações”⁵ e “psicose subcrônica”⁶ com a finalidade de diferenciar as alucinações vivenciadas no TPB das alucinações consideradas “verdadeiras”. Com o passar dos anos, contudo, novos estudos com foco na análise desses sintomas foram sendo publicados. Desde então, há o predomínio dos estudos em que essa diferenciação é ignorada ou há a contestação do uso de termos diferentes de “alucinação” para descrição desse sintoma.

De forma concomitante, muitos estudos passaram a ser publicados com o objetivo de explorar a fenomenologia das alucinações no TPB, assim como de compará-las com as alucinações em indivíduos diagnosticados com outros transtornos, sendo o principal a esquizofrenia⁷⁻¹¹. Uma das razões de esses estudos comparativos estarem sendo publicados decorre da natureza psicótica da esquizofrenia, que tem como critérios diagnósticos sintomas como alucinações e delírios.

Hoje, ainda pouco se sabe em relação à apresentação das alucinações no TPB. Qual a real prevalência desse sintoma na população com TPB? Por quanto tempo uma pessoa diagnosticada com esse transtorno, que cursa com alucinações, costuma conviver com esse sintoma? Com que frequência as alucinações surgem? Quanto tempo costuma durar cada episódio? Além disso, o indivíduo consegue exercer controle sobre a alucinação? O conteúdo das alucinações é positivo ou negativo? Quais são os conteúdos que costumam aparecer nas alucinações? As alucinações exercem alguma influência sobre o comportamento da pessoa? Há sofrimento causado pelas alucinações?

É de fundamental importância que essas características sejam elucidadas e sintetizadas no contexto do TPB, pois este conhecimento facilitará o reconhecimento de uma alucinação por parte dos clínicos e psiquiatras que encontrarem quadros com essa apresentação. Além do mais, a compreensão das manifestações das alucinações no TPB também poderá ajudar a diferenciação desse sintoma nos diferentes transtornos psiquiátricos. Até o atual momento, há estudos observacionais que têm como objetivo elucidar essas questões, porém, ainda existem poucas revisões sistemáticas que compilam esses dados.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Sintetizar as características das alucinações no TPB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a prevalência das alucinações no TPB;
- Identificar a duração das alucinações no TPB;
- Identificar a frequência das alucinações no TPB;
- Identificar a duração de cada episódio de alucinação no TPB;
- Sintetizar e descrever os conteúdos mais comuns presentes nas alucinações no TPB;
- Identificar a influência das alucinações no comportamento do paciente com TPB;

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 EVOLUÇÃO DOS CONHECIMENTOS SOBRE SINTOMAS PSICÓTICOS NO TPB

O termo “*borderline*” (limítrofe) foi utilizado pela primeira vez em 1938, pelo psicanalista Adolf Stern em seu artigo “*Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses*”, para descrever os pacientes que estavam no limite entre a neurose e a psicose¹². Contudo, a definição de *borderline* que utilizamos atualmente surge apenas na terceira edição do DSM, em 1980. Diferentemente de hoje, o DSM-III elencava oito critérios (em vez de nove) para o diagnóstico de TPB. Além disso, entre os sintomas associados, havia a descrição da possibilidade de ocorrência de sintomas psicóticos transitórios durante períodos de estresse extremo, porém com severidade ou duração insuficientes para justificar um diagnóstico adicional¹³.

Na quarta edição do DSM, publicada em 1994, foi utilizado o termo “perturbação estado-limite da personalidade” para descrever o TPB. Nela, o nono critério para o diagnóstico do TPB foi acrescentado: “ideação paranoide transitória reativa ao estresse ou sintomas dissociativos graves”. Como características e perturbações associadas, o DSM-IV relata a possibilidade de “algumas pessoas desenvolverem sintomas de tipo psicótico (alucinações, distorções de imagem corporal, ideias de referência e fenômenos hipnagógicos) durante períodos de estresse”¹⁴. Não há alterações em relação a esses pontos na edição atual, o DSM-5¹.

A partir de meados da década de 80 do último século, houve um grande número de publicações de artigos com foco no estudo dos sintomas psicóticos no TPB^{3,5,6,15-18}. Parte significativa dessas pesquisas concluiu que as alucinações no TPB eram fenomenologicamente diferentes das alucinações em outros transtornos psiquiátricos. Portanto, utilizaram termos, como “sintomas psicóticos artificiais”³, “pensamentos quase-psicóticos”⁴, “pseudoalucinações”⁵ e “psicose subcrônica”⁶ para descrever os sintomas observados.

Todavia, essa distinção seguiu controversa por algum tempo devido à dificuldade para diferenciar esses conceitos de uma “alucinação verdadeira”. Por exemplo, em 1996, Berrios e Dening realizaram um estudo sobre o tema, intitulado “*Pseudohallucinations: a conceptual history*”. Nele, os autores concluíram que o termo “pseudoalucinação” era confuso devido à dificuldade de alcance de uma definição, e que ele se tornava uma espécie de “coringa”,

permitindo que médicos pudessem descrever experiências alucinatórias dessa forma, caso o sintoma não se encaixasse nos critérios de um diagnóstico psiquiátrico preconcebido¹⁹.

Logo, o uso de “pseudoalucinação” e dos seus sinônimos não durou muito tempo para definir esse sintoma no TPB. Desde o início dos anos 2000, há o predomínio de estudos publicados sobre sintomas psicóticos no TPB, em que há a contestação do uso desses termos ou há um incentivo ao uso de “alucinação” e dos seus tipos, como “alucinação auditiva” ou “alucinação visual” para a sua descrição. Dessa forma, o foco das pesquisas passou a ser a análise das características das alucinações e das suas similaridades e diferenças com a apresentação das alucinações em outros transtornos, com foco na esquizofrenia.

A esquizofrenia é classificada como um transtorno psicótico pelo DSM-5. Consequentemente, apresenta como um dos seus critérios diagnósticos a presença de, pelo menos, dois sintomas psicóticos, como alucinações, delírios, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico, ou sintomas negativos, por uma quantidade significativa de tempo ao longo de um mês¹. Portanto, buscou-se comparar as alucinações na esquizofrenia, em que há um grau de conhecimento mais avançado acerca dessa apresentação, com as alucinações no TPB, que eram contestadas até pouco tempo.

3.2 CARACTERÍSTICAS DAS ALUCINAÇÕES NO TPB

De acordo com o DSM-5, alucinação é definida como uma “experiência semelhante a uma percepção que apresenta a clareza e o impacto de uma verdadeira percepção, mas que ocorre sem estimulação externa do órgão sensorial relevante”. A sua apresentação pode variar de acordo com o seu tipo. Alguns dos tipos das alucinações são auditiva, gustativa, olfativa, tátil e visual, que envolvem percepções de sons, paladar, de odor, de toque ou da presença de algo sob a pele, e visão, respectivamente¹.

Nos estudos publicados nos últimos 40 anos, a prevalência das alucinações no TPB parece variar de acordo com o seu tipo. Em 1985, em sua revisão de literatura focada na fenomenologia de sintomas psicóticos em pacientes com TPB, Lotterman (1985) encontrou mais alucinações visuais do que auditivas na sua amostra⁶. Porém, outros estudos, principalmente os mais recentes, encontraram resultados distintos, apontando as alucinações auditivas como mais comuns no TPB^{15,22-24}.

Também parece ser comum que as alucinações se façam presentes por um período de tempo, então sumam e voltam novamente. A literatura abrange uma variação substancial em relação a essas informações. Os estudos de Slotema et al. (2012), Niemantsverdriet et al. (2017) e Slotema et al. (2019) encontraram episódios de alucinações com duração de alguns minutos^{9,22,23}, enquanto que o estudo de Chopra & Beatson (1986) identificou duração de horas¹⁵. Já a frequência de surgimento parece variar de dias a meses^{9,22,23}. Outra característica importante é o tempo em que a pessoa está convivendo com esses ciclos de surgimento e desaparecimento das alucinações (ou mesmo do quadro ininterrupto), que parece variar de meses a anos^{6,9,20,22,25-27}.

Outro dado interessante para se observar é a possibilidade de controle perante as alucinações. Pope et al. (1985) descreveram alguns casos como quadros de “psicose artificial”, em que os pacientes aparentavam estar sob controle voluntário dos sintomas psicóticos³. Porém, alguns estudos recentes parecem indicar que os indivíduos com TPB, na realidade, não exercem controle ou conseguem exercer controle em apenas parte do tempo^{9,22}.

Um dos critérios para o diagnóstico de TPB descrito no DSM-5 é “recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante”. Com isso, a taxa de suicídio varia entre 8 e 10% dessa população, e são frequentes atos de automutilação e ameaças e tentativas de suicídio. Logo, é cabível avaliar se há alguma influência dos conteúdos das alucinações no comportamento do indivíduo. Na esquizofrenia, por exemplo, a taxa de suicídio é relativamente menor do que a taxa no TPB, e sabe-se que há influência das alucinações, que geram comandos para que a pessoa se prejudique¹.

Os estudos de Yee et al. (2005), Tschoeke et al. (2014), Slotema et al. (2019) e Hayward et al. (2021) relatam que as alucinações exercem controle sobre o indivíduo com TPB^{10,20,23,28}. Além disso, os estudos de Yee et al. (2005), Adams & Sanders (2011) e Slotema et al. (2019) descrevem que o conteúdo das alucinações é majoritariamente crítico e negativo em relação à pessoa^{20,23,25}, muitas vezes com conteúdos que incentivam a pessoa a se machucar^{6,11,17,21}. Logo, a vivência das alucinações com essa caracterização negativa em relação aos seus conteúdos, também parece gerar sofrimento na vida da pessoa^{9,20,22,23,27}.

Para analisar essas características, muitos dos estudos utilizaram escalas que avaliam sintomas psicóticos, como a *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS)²⁹ e a *Psychotic Symptom*

Rating Scale (PSYRATS)³⁰. A primeira tem como objetivo a mensuração da gravidade de sintomas positivos (como alucinações e delírios) e negativos. A segunda, por outro lado, tem como objetivo a avaliação da fenomenologia e das características das alucinações e dos delírios em psicoses. Como parte significativa das pesquisas tem como objetivo a comparação desses sintomas entre pacientes com diagnóstico de TPB e pacientes com esquizofrenia, a PSYRATS aparece mais nos estudos, principalmente naqueles que foram publicados ao longo da última década ^{7,9,22,27,28,31}. Para análise das alucinações auditivas, a escala é dividida em 11 seções (cada uma avaliando uma característica desse sintoma), classificadas de 0 a 4³⁰.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

O estudo é uma revisão sistemática.

4.2 LOCAL, DURAÇÃO E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo é baseado na revisão da literatura disponível nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE)/PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) sobre alucinações vivenciadas em pacientes diagnosticados com TPB. Os dados começaram a ser coletados em fevereiro do ano de 2022 e terminaram em junho do mesmo ano.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

4.3.1 População Alvo

Pacientes diagnosticados com TPB de acordo os critérios dos DSM-IV, DSM-IV-TR ou do DSM-5.

4.3.2 Critérios de Elegibilidade

- Critérios de inclusão: foram utilizados estudos originais observacionais que avaliaram a presença das alucinações em pacientes diagnosticados com TPB, de acordo com os critérios do DSM-IV, DSM-IV-TR ou do DSM-5; estudos em maiores de 18 anos; e estudos publicados em inglês ou em português.

- Critérios de exclusão: não foram utilizados estudos duplicados ou artigos de revisão.

4.3.3 Fonte de Dados

Foram utilizados dados secundários, coletados nos bancos de dados disponíveis no MEDLINE/PubMed, LILACS e SciELO.

Hallucination[MeSH Terms])) OR (Elementary Hallucinations[MeSH Terms])) OR (Hallucination, Elementary[MeSH Terms])) OR (Hallucinations, Formed, of People[MeSH Terms])) OR (Hallucinations, Gustatory[MeSH Terms])) OR (Gustatory Hallucination[MeSH Terms])) OR (Gustatory Hallucinations[MeSH Terms])) OR (Hallucination, Gustatory[MeSH Terms])) OR (Hallucinations, Internal Body Sensation[MeSH Terms])) OR (Hallucinations, Kinesthetic[MeSH Terms])) OR (Hallucination, Kinesthetic[MeSH Terms])) OR (Kinesthetic Hallucination[MeSH Terms])) OR (Kinesthetic Hallucinations[MeSH Terms])) OR (Hallucinations, Olfactory[MeSH Terms])) OR (Hallucination, Olfactory[MeSH Terms])) OR (Olfactory Hallucination[MeSH Terms])) OR (Olfactory Hallucinations[MeSH Terms])) OR (Hallucinations, Reflex[MeSH Terms])) OR (Hallucination, Reflex[MeSH Terms])) OR (Reflex Hallucination[MeSH Terms])) OR (Reflex Hallucinations[MeSH Terms])) OR (Hallucinations, Sensory[MeSH Terms])) OR (Hallucination, Sensory[MeSH Terms])) OR (Sensory Hallucination[MeSH Terms])) OR (Sensory Hallucinations[MeSH Terms])) OR (Hallucinations, Tactile[MeSH Terms])) OR (Hallucination, Tactile[MeSH Terms])) OR (Tactile Hallucination[MeSH Terms])) OR (Tactile Hallucinations[MeSH Terms])) OR (Hallucinations, Verbal Auditory[MeSH Terms])) OR (Auditory Hallucination, Verbal[MeSH Terms])) OR (Auditory Hallucinations, Verbal[MeSH Terms])) OR (Hallucination, Verbal Auditory[MeSH Terms])) OR (Verbal Auditory Hallucination[MeSH Terms])) OR (Verbal Auditory Hallucinations[MeSH Terms])) OR (Hallucinations, Visual, Formed[MeSH Terms])) OR (Hallucinations, Visual, Unformed[MeSH Terms]))

#3

(#1) AND (#2)

65

Fonte: autor, 2022.

As pesquisas em português foram realizadas nos bancos de dados LILACS e SciELO, através do uso dos seguintes descritores consultados no DeCS (Figuras 2 e 3). Também foram utilizados os operadores booleanos “AND” e “OR”. Dessa forma, fora feita a combinação das buscas seguindo a mesma lógica das pesquisas em inglês. No banco de dados LILACS, as buscas foram realizadas a partir da seleção do filtro “descriptor de assunto”, enquanto que não houve a aplicação de filtro na SciELO (Figuras 2 e 3). As últimas buscas foram feitas na data 06/03/2022.

Figura 2 – Estratégia de Busca no Banco de Dados LILACS

Estratégias de Busca no LILACS

#1	((transtorno de personalidade borderline) OR (caso-limite) OR (personalidade estado-limite) OR (perturbação estado-limite de personalidade) OR (transtorno de personalidade limítrofe)) AND ((alucinação) OR (alucinações)) [Descritor de assunto]	0
----	--	---

Fonte: autor, 2022.

Figura 3 – Estratégia de Busca no Banco de Dados SciELO

Estratégias de Busca no SciELO		
#1	((transtorno de personalidade borderline) OR (caso-limite) OR (personalidade estado-limite) OR (perturbação estado-limite de personalidade) OR (transtorno de personalidade limítrofe)) AND ((alucinação) OR (alucinações))	0

Fonte: autor, 2022.

4.3.5 Identificação e Seleção dos Estudos

Os dois autores da pesquisa participaram do processo de seleção dos artigos. A princípio, foi realizada a leitura do título de cada publicação, sendo eliminados os que não abrangiam o tema ou os objetivos da revisão. Após essa etapa, foram analisados os resumos das publicações, tendo sido utilizados os mesmos critérios da análise dos títulos para eliminação. Por fim, foram realizadas as leituras dos artigos integralmente, com avaliação dos critérios de elegibilidade, risco de viés e qualidade metodológica. Se houvesse alguma divergência de seleção entre os autores, ambos tentariam entrar em consenso ou o artigo seria incluído.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis analisadas são:

- Prevalência de alucinações em indivíduos com TPB;
- Duração (entre o primeiro episódio e o último) de alucinações em indivíduos com TPB;
- Frequência de aparecimento de alucinações em indivíduos com TPB;
- Duração de cada episódio de alucinação no TPB;
- Conteúdo das alucinações (negativo ou positivo) no TPB;

- Conteúdo das alucinações (descrição das experiências vivenciadas pelos indivíduos com TPB).
- Capacidade de controle do indivíduo com TPB em relação às alucinações;
- Influência das alucinações no comportamento do indivíduo com TPB;
- Sofrimento gerado pelas alucinações nos indivíduos com TPB;

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma revisão sistemática, não foi necessária a submissão do estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa.

4.6 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

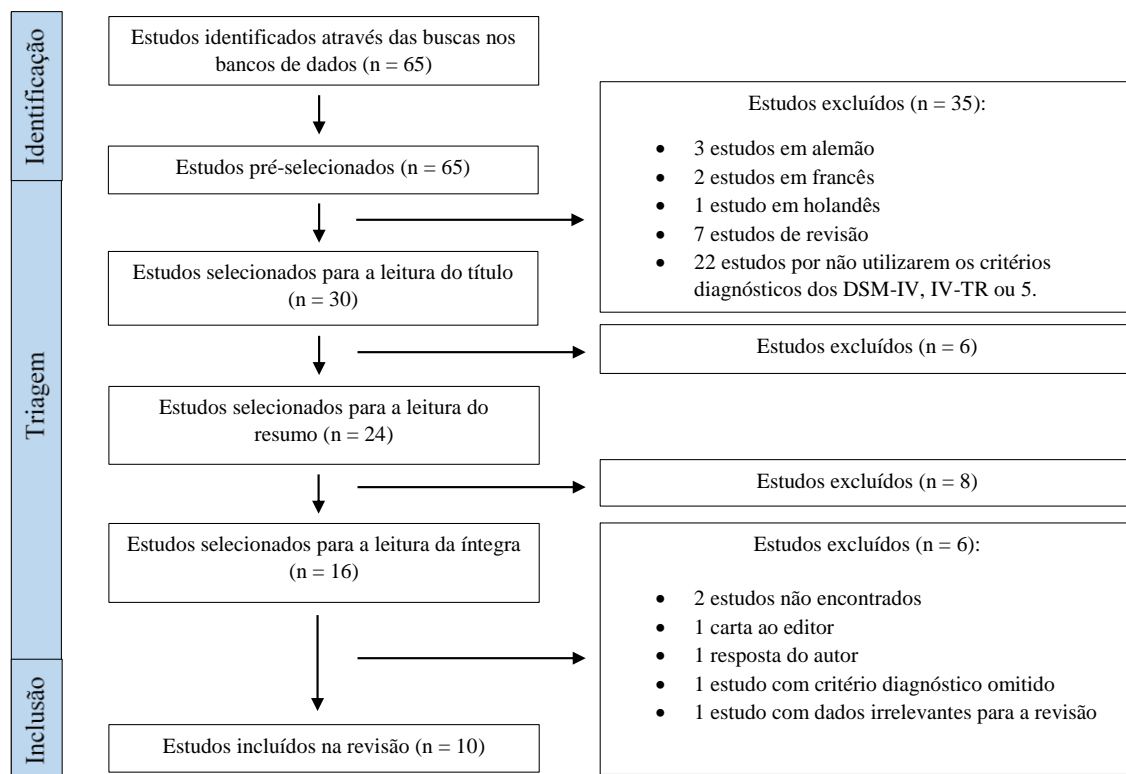
A avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão foi realizada através do uso do *checklist Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para estudos observacionais. Por fim, como se trata de uma revisão sistemática, foi utilizada o *checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) como guia de qualidade metodológica do trabalho.

5 RESULTADOS

5.1 IDENTIFICAÇÃO E SELEÇÃO DE ESTUDOS

No total, foram encontrados 65 estudos através das estratégias de busca, todos resultados do MEDLINE/PubMed. Logo, 35 artigos foram excluídos por serem incompatíveis com 3 dos critérios de inclusão dos estudos: 6 por estarem em outros idiomas diferentes do português ou do inglês, 7 por serem artigos de revisão, e 22 por não terem utilizado os critérios diagnósticos dos DSM IV, IV-TR e 5. Após essa etapa, dos 30 estudos que restaram na triagem, 6 foram excluídos após a leitura do título, e 8 após a leitura do resumo. Esses artigos foram eliminados por tratarem de temas distintos ou por terem objetivos diversos deste estudo. Por fim, 16 estudos foram selecionados para a leitura integral, e 6 foram excluídos por motivos diversos. Dessa forma, 10 artigos foram incluídos na revisão (Figura 4).

Figura 4 – Fluxograma de Seleção dos Estudos



Fonte: autor, 2022.

5.2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS ESTUDOS

Os estudos incluídos nessa revisão foram publicados entre 2005 e 2022, e, quase em sua totalidade, realizados na Inglaterra ou nos Países Baixos. Entre as publicações, há predominância dos estudos transversais (Tabela 1).

Tabela 1 – Traçados Metodológicos dos Estudos

AUTOR	ANO DE PUBLICAÇÃO	LOCAL	TIPO DE ESTUDO
Yee et al.	2005	Austrália	Série de casos
Kingdon et al.	2010	Inglaterra	Transversal
Slotema et al.	2012	Países Baixos	Transversal
Pearse et al.	2014	Inglaterra	Transversal
Tschoeke et al.	2014	Alemanha	Transversal
Niemantsverdriet et al.	2017	Países Baixos	Coorte
Slotema et al.	2019	Países Baixos	Transversal
Barrera et al.	2021	Inglaterra	Transversal
Hayward et al.	2021	Inglaterra	Transversal
Niemantsverdriet et al.	2022	Países Baixos	Coorte

Fonte: autor, 2022.

5.2.1 Características dos Participantes dos Estudos

No total, 1.070 participantes foram incluídos na revisão, diagnosticados tanto com TPB quanto com outros transtornos, dependendo do estudo. A idade média dos participantes é de 37 (37.2) anos, e 90% (87.7%) dos participantes são do sexo feminino (Tabela 2).

Dos 1.070 participantes, 863 foram diagnosticados com TPB, segundo os critérios do DSM-IV, DSM-IV-TR e DSM-5. O instrumento de avaliação das alucinações variou entre os estudos, porém o PSYRATS foi o mais utilizado. A média de idade desses participantes é de 38 (37.8) anos, e 93% (92.8%) dos participantes são do sexo feminino (Tabela 2).

Tabela 2 – Características dos Participantes dos Estudos

AUTOR (ANO)	NÚMERO DE PARTICIPANTES (NÚMERO DE PARTICIPANTES COM TPB)	MÉDIA DE IDADE (MÉDIA DE IDADE COM TPB)	PROPORÇÃO ENTRE SEXOS	
			F/M ¹ (F/M COM TPB)	M/N ² (M/N COM TPB)
Yee et al. (2005)	10 (10)	33 (33)	9/1 (9/1)	90 (90%)
Kingdon et al. (2010)	111 (52)	36.3 (37.75)	63/48 (44/8)	57 (84.6)
Slotema et al. (2012)	155 (38)	34 (34)	155/0 (38/0)	100 (100)
Pearse et al. (2014)	30 (30)	39 (39)	27/3 (27/3)	90 (90)
Tschoeke et al. (2014)	44 (23)	30.3 (24.1)	44/0 (23/0)	100 (100)
Niemantsverdriet et al. (2017)	324 (324)	37.4 (37.4)	300/24 (300/24)	92.6 (92.6)
Slotema et al. (2019)	60 (60)	36.7 (36.7)	60/0 (60/0)	100 (100)
Barrera et al. (2021)	21 (11)	40.5 (43.7)	12/9 (10/1)	57 (90.9)
Hayward et al. (2021)	48 (48)	34 (34)	39/9 (39/9)	81.3 (81.3)
Niemantsverdriet et al. (2022)	267 (267)	40.72 (40.72)	251/16 (251/16)	94 (94)
Total	1.070 (863)	37.2 (37.8)	960/110 (801/62)	89.7 (92.8)

Legenda: F = feminino; M = masculino; TPB = transtorno de personalidade *borderline*.

¹ Participantes do sexo feminino/participantes do sexo masculino.

² Percentual de participantes mulheres em relação ao número total de participantes dos estudos.

Fonte: autor, 2022.

5.3 CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DOS ESTUDOS

Todos os estudos foram publicados entre 2005 e 2022, com pessoas diagnosticadas com TPB com idade a partir de 18 anos de idade. Os participantes com TPB não, necessariamente, têm apenas o diagnóstico de TPB, ou seja, podem existir outros transtornos psiquiátricos de forma concomitante, como esquizofrenia. O estudo de Kingdon et al. (2010), por exemplo, avalia indivíduos com TPB e esquizofrenia e apenas indivíduos com TPB⁷. Por outro lado, há estudos que têm como critério de exclusão o diagnóstico de outros transtornos psiquiátricos, como ocorre no artigo de Barrera et al. (2021)³¹.

Em relação à condução do estudo, há estudos transversais, coorte e uma série de casos. As entrevistas para análise dos participantes ocorreram presencialmente ou através de ligações telefônicas, que fizeram parte de uma das etapas da seleção e obtenção de dados dos indivíduos. A limitação mais recorrente nos estudos é o pequeno do tamanho amostral (Quadro 1).

Quadro 1 – Características Específicas dos Estudos

AUTOR (ANO)	OBJETIVO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	METODOLOGIA APLICADA	LIMITAÇÕES
Yee et al. (2005)	Avaliação de série de 10 casos de pacientes diagnosticados com TPB apresentando alucinações auditivas.	Indivíduos com alucinações auditivas diagnosticados com TPB, de acordo com o DSM-IV e pelo DIB-R.		3 pacientes tratados por um dos autores e 7 pacientes randomizados de um grupo de pesquisa sobre TPB foram avaliados pelos critérios do DSM-IV e DIB-R. A avaliação das alucinações foi feita através de entrevistas com uso dos questionários SCL-90, SCID-D e OPCRIT.	- Pequeno tamanho amostral; - Não randomização; - Viés de seleção.
Kingdon et al. (2010)	Investigar semelhanças e diferenças entre alucinações auditivas, paranoia e trauma na infância entre esquizofrenia e TPB.	Indivíduos diagnosticados com esquizofrenia e/ou TPB, de acordo com os critérios do DSM-IV.		Pacientes internados e ambulatoriais diagnosticados com TPB sob os cuidados de serviços de saúde mental de Dorset e Hampshire foram avaliados através do SCID (DSM-IV) para confirmação do diagnóstico de esquizofrenia e/ou TPB. As alucinações auditivas foram avaliadas através de entrevistas com os questionários BAVQ-R e PSYRATS.	- Ausência de avaliação do funcionamento global dos participantes; - Diferença entre gêneros de participantes internados e ambulatoriais.

Slotema et al. (2012)	Comparar fenomenologia das alucinações audio-verbais entre indivíduos com TPB, esquizofrenia e saudáveis.	Indivíduos com idade ≥ 18 anos; mais de 1 episódio de AVH por mês e com duração superior a 1 ano; diagnóstico de TPB confirmado pelo SCID (DSM-IV); incompatibilidade com critérios diagnósticos de esquizofrenia, transtornos esquizoafetivo, de personalidade esquizotípica e bipolar, depressão maior ou sintomas psicóticos, de acordo com o CASH ou SCID.	Abuso de álcool (consumo ≥ 3 unidades por dia); uso de drogas pesadas durante último mês antes da inclusão no estudo; uso diário de cannabis.	Recrutamento entre 2007 e 2011 de pacientes internados no serviço psiquiátrico do Centro Universitário de Utrecht diagnosticados com TPB, esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo. A avaliação das AVHs foi realizada através de entrevista com questionário PSYRATS.	- Pequeno tamanho amostral; - Viés de seleção (inclusão de pacientes com AVH há mais de um mês);
Pearse et al. (2014)	Investigação de sintomas psicóticos no TPB.	Diagnóstico de TPB, de acordo com critérios do DSM-IV.	Diagnóstico preexistente de transtorno psicótico não-afetivo; diagnóstico de doença que afeta funcionamento cerebral ou histórico de traumas encefálicos.	90 pacientes ambulatoriais, do serviço de transtornos de personalidade em Cambridge, com sintomas psicóticos, foram convidados a participar do estudo. Foram feitas entrevistas com o PSE.	- Pequeno tamanho amostral;
Tschoeke et al. (2014)	Identificação de similaridades e diferenças psicopatológicas entre pacientes com TPB e esquizofrenia com AVH.	Mulheres; diagnóstico de TPB ou esquizofrenia, de acordo com os critérios do DSM-IV-TR; idade ≥ 18 anos; presença de AVHs no último ano.	Deficiência mental (impossibilita do entrevistas); barreira linguística.	Pacientes internados do Centro de Psiquiatria de Suedwuerttemberg foram convidados para participar. Foram avaliados através de entrevistas com o uso de SCID (DSM-IV) e com seção de transtornos de	- Pequeno tamanho amostral; - Viés de seleção (seleção apenas de mulheres); - Grupos diferentes em relação à idade.

Tschoeke et al. (2014)				personalidade do DSM-IV. A avaliação das AVHS foi realizada através de entrevistas com uso dos questionários PANSS, SCID-D e 32 questões (algumas retiradas do OPCRIT).	
Niemantsverdri et al. (2017)	Avaliação da prevalência e das características das alucinações no TPB, e de associações com outros transtornos.	Indivíduos com idade ≥ 18 anos; diagnóstico de TPB, de acordo com os critérios do DSM-IV-TR; domínio suficiente de inglês ou holandês.	Ausência de diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, de acordo com o DSM-IV.	Pacientes ambulatoriais do Instituto Psiquiátrico de Parnasia foram recrutados entre 2012 e 2015. Foram realizadas entrevistas por ligações telefônicas e, preenchidos os critérios de inclusão, os pacientes foram convidados para participar de entrevista presencial. Nessa fase, foram utilizados PSYRATS e PANSS para avaliação das alucinações.	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas por ligação telefônica podem ter diminuído eficácia; - Uso de PSYRATS e PANSS, utilizados para esquizofrenia; - Viés de seleção (93% mulheres); - Falta de foco em sintomas e transtornos dissociativos.
Slotema et al. (2019)	Análise de características e severidade das alucinações no TPB, e da sua relação com outros transtornos.	Mulheres; idade ≥ 18 anos; diagnóstico primário de TPB, de acordo com DSM-5; domínio suficiente de inglês ou holandês; capacidade mental suficiente.	Preenchimento de critérios para diagnóstico de transtorno de personalidade esquizotípica ou esquizofrenia, de acordo com DSM-5.	Recrutamento de mulheres entre 2014 e 2017 de clínica especializada em tratamento de transtornos psiquiátricos. Foram feitas entrevistas com o QPE, 29 para explorar as alucinações.	<ul style="list-style-type: none"> - Pequeno tamanho amostral; - Estudo transversal inviabiliza associações de causalidade; - Viés de seleção (apenas mulheres).
Barrera et al. (2021)	Exploração fenomenológica das AVHs no TPB e na esquizofrenia.	Diagnóstico de TPB, de acordo com o DSM-5, idade entre 18 e 65 anos; inglês como primeiro	Diagnóstico concomitante de transtornos: psicótico, bipolar,	Pacientes internados foram recrutados da comunidade NHS	<ul style="list-style-type: none"> - Pequeno tamanho amostral; - Conflito entre uso de

Berrera et al. (2021)		língua; presença de AVH nas 4 semanas antes do início do estudo.	psicótico devido ao uso de álcool. Diagnóstico concomitante de transtornos: psicótico, bipolar, psicótico devido ao uso de álcool, substâncias ou outra causa, depressão com sintomas psicóticos, delirium, demência, pacientes com diagnóstico de TPB e esquizofrenia; pacientes incapazes de fornecimento de consentimento; avaliação que indicou que o paciente oferecia alto risco para si ou para terceiros.	Foundation Trust'. Foram realizadas entrevistas através do uso de questionários PSYRATS, MSH e BAVQ-R.	instrumentos padronizados e natureza da investigação fenomenológica .
Hayward et al. (2021)	Avaliação da fenomenologia das AVHs no TPB.	Diagnóstico de TPB, de acordo com o DSM-5; idade entre 18 e 65 anos; indivíduos destros; presença de AVH na última semana; estar apresentando AVH persistente nos últimos 6 meses; fluência em fala e leitura do inglês; visão normal ou corrigida; audição normal (sem surdez clínica ou diminuição da audição).	Critérios relacionados a neuroimagem; gravidez; diagnóstico de doença neurológica ou neurodegenerativa; preenchimento de critérios para esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, de acordo com o DSM-5.	Pacientes diagnosticados com TPB foram recrutados de serviços de saúde mental. Entrevista presencial foi realizada com confirmação de diagnóstico de TPB e de esquizofrenia pela SCID. As características das alucinações foram avaliadas por: BAVQ-R, PANSS, PSYRATS, cbSASH e ZAN-BPD.	<ul style="list-style-type: none"> - Pequeno tamanho amostral; - Muitas variáveis; - Inviabilidade de associação de causalidade; - Ausência de grupo de comparação com diagnóstico de psicose.

Niemantsverdri et al. (2022)	Descrever características e estabilidade de alucinações e delírios em pacientes com TPB.	Diagnóstico de TPB, de acordo com DSM-5; idade \geq 18 anos; compreensão suficiente de inglês ou holandês	Ausência de diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, de acordo com o DSM-IV-TR	Pacientes que participaram de um estudo-base foram convidados entre 2014 e 2017 para participar do estudo, via fase inicial por ligação telefônica e fase posterior por entrevista presencial.	<ul style="list-style-type: none"> - Pequeno tamanho amostral; - Análises em intervalos de tempo longos; - Falta de controle sobre tratamentos psicológicos ou farmacológicos.
------------------------------	--	---	--	--	---

Legenda: AVH = auditory verbal hallucination; TPB = transtorno de personalidade *borderline*; SCID = *Structured Clinical Interview for DSM*; OPCRIT = *McGuffin's Opcrit Questionnaire*; BAVQ-R = *Beliefs About Voices Questionnaire*; ZAN-BPD = *Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder: Self Report Version*; PANSS = *Positive and Negative Syndrome Scale*; PSYRATS = *Psychotic Symptom Rating Scale*; cbSASH = *Computerized Binary Scale of Auditory Speech Hallucinations*; MSH = *Multidimensional Scale for Hallucinations*; QPE, 29 = *Questionnaire for Psychotic Experiences*; SCL-90 = *Symptom Checklist-90*; PSE = *Present State Examination 9^a edition*; DIB-R = *Revised Diagnostic Interview for Borderlines*; CASH = *Comprehensive Assessment of Symptoms and History*.

Fonte: autor, 2022.

5.5 RESULTADOS APRESENTADOS NOS ESTUDOS

5.5.1 Prevalência das Alucinações

Alguns estudos descreveram a prevalência das alucinações e dos seus tipos na população com TPB estudada, enquanto que outros não o fizeram, elucidando apenas o achado percentual geral.

5.5.1.1 Alucinações (Geral)

Niemantsverdriet et al. (2017) estudaram a prevalência e as características das alucinações em 364 pacientes diagnosticados com TPB, em que encontraram uma prevalência de 43% ($n = 138$)²². O estudo conduzido por Niemantsverdriet et al. (2022), por outro lado, avaliou a presença das alucinações num estudo coorte prospectivo, realizado através da divisão da pesquisa em dois momentos, um à distância, via entrevista por ligação telefônica, com 233 participantes, e um presencial, via uso da PANSS, com 57 participantes. O artigo também classificou as alucinações em 3 grupos: “ausentes/espóradas”, “intermitentes” e “persistente”, considerando como alucinações apenas as duas últimas, que representam os participantes que relataram alucinação no primeiro contato com o estudo ou no período de observação, e os

pacientes que relataram alucinações nos dois momentos, respectivamente. Com isso, na primeira fase, por ligação telefônica, o estudo obteve o resultado de prevalência de 37% (n = 86) de alucinações, com a observação durando, em média, 3.16 anos. Na segunda fase, o estudo obteve 40% (n = 23) de prevalência de alucinações, com observação durando 2.45 anos, em média²⁷ (Tabela 3).

5.5.1.2 Alucinações Auditivas

As alucinações auditivas são as mais comuns dentre os tipos possíveis de alucinação. Nos artigos que foram avaliados no presente trabalho, a prevalência desse tipo de alucinação variou entre 27 e 50%^{7,21,22}. O estudo conduzido por Niemantsverdriet et al. (2017), encontrou resultado similar, uma prevalência de 27% (n = 87), entre os 323 participantes. Dentre essa porcentagem de alucinações auditivas, a alucinação audioverbal foi responsável por 79% (n = 69) desse número, tendo uma prevalência de 21% entre a população avaliada²². Já os estudos realizados por Kingdon et al. (2010) e Pearse et al. (2014) com populações de 30 e 33 (30 com respostas conclusivas) pacientes diagnosticados com TPB, encontraram a prevalência de 50% (n = 15)^{7,21} (Tabela 3).

5.5.1.3 Alucinações Visuais, Táteis, Olfativas e Gustativas

Os estudos de Pearse et al. (2014) e Niemantsverdriet et al. (2017) detalham a prevalência dos tipos das alucinações. As alucinações visuais parecem estar presentes entre 11% (n = 37) e 30% (n = 9) pacientes com TPB. Já as alucinações táteis e olfativas parecem estar presentes entre 13% (n = 4) e 15% (n = 48), 10% (n = 3) e 17% (n = 54), respectivamente. As alucinações gustativas só foram avaliadas no estudo de Niemantsverdriet et al. (2017), tendo 8% (n = 26) de prevalência entre 322 participantes^{21,22} (Tabela 3).

Tabela 3 – Prevalência das Alucinações

AUTOR (ANO)	PREVALÊNCIA ¹	AUDITIVAS	VISUAIS	TÁTEIS	OLFATIVAS	GUSTATIVAS
Yee et al. (2005)						
Kingdon et al. (2010)		50%				
Slotema et al. (2012)						

Tabela 3 – Prevalência das Alucinações (continuação)

AUTOR (ANO)	PREVALÊNCIA ¹	AUDITIVAS	VISUAIS	TÁTEIS	OLFATIVAS	GUSTATIVAS
Pearse et al. (2014)		50%	30%	13%	10%	
Tschoeke et al. (2014)						
Niemantsverdriet et al. (2017)	43%	27% (21%) ²	11%	15%	17%	8%
Slotema et al. (2019)						
Barrera et al. (2021)						
Hayward et al. (2021)						
Niemantsverdriet et al. (2022)	37-40% ³					

¹ Prevalência as alucinações independentemente do seu tipo.

² O estudo de Niemantsverdriet et al. (2017) avaliou a prevalência das alucinações auditivas (em geral) e das alucinações audioverbais, apresentada entre parênteses.

³ O estudo de Niemantsverdriet et al. (2022) avaliou a prevalência das alucinações em dois momentos distintos. Primeiramente, obteve os resultados através de ligações telefônicas (37%). Após esse momento, alcançou-os por meio de entrevistas pessoalmente (40%).

Fonte: autor, 2022.

5.5.2 Duração das Alucinações

Os estudos de Yee et al. (2005), Slotema et al. (2012), Niemantsverdriet et al. (2017) e Niemantsverdriet et al. (2022) analisaram a duração das alucinações na vida dos participantes com TPB, mostrando um longo período de convivência dos pacientes com esses sintomas^{9,20,22,27}. Yee et al. (2005) avaliaram uma série de 10 casos de pacientes com TPB, em que 50% (n = 5) dos pacientes relataram que convivem com as alucinações “desde a infância”, 30% (n = 3) “desde o ensino médio” e 10% (n = 1) relatou que não se recorda de um momento da sua vida em que não havia as alucinações²⁰. Niemantsverdriet et al. (2017) encontraram uma duração média de 15.3 anos de convivência com esse sintoma, na avaliação de 28 participantes (apenas os pacientes que apresentam, pelo menos, 1 episódio de alucinação audioverbal por semana)²². Para esse tópico, o estudo de Niemantsverdriet et al. (2022), considerou os 23 pacientes que apresentaram as alucinações (“intermitentes” ou “persistentes”) e que participaram presencialmente, alcançando duração média dos sintomas de 15.45 anos e 18.14

anos, respectivamente, de acordo com a classificação das alucinações²⁷. Já Slotema et al. (2012), com a análise dos 38 participantes com TPB, encontraram duração média de 18 anos⁹ (Tabela 4).

Os estudos que avaliaram a duração de cada episódio de alucinação utilizaram a seção “*duration*” (duração) da escala PSYRATS. A maioria dos estudos utilizaram uma população amostral de pacientes com TPB que sofriam de alucinações audioverbais, com a duração variando entre classificações 2 e 4 da PSYRATS para a análise desse tipo de alucinação. Niemantsverdriet et al. (2017) e Slotema et al. (2019) obtiveram classificações de 2 e de 2.4, respectivamente, que representa alucinações que duram alguns minutos^{22,23}. Slotema et al. (2012), todavia, encontraram uma classificação de 3 em seus participantes, ou seja, alucinações que duram, pelo menos, uma hora. Já a pesquisa de Niemantsverdriet et al. (2022) obteve como resultado classificações de 2, para os pacientes que têm alucinações intermitentes, e 3.5, para os pacientes que têm alucinações persistentes²⁷.

Apenas um estudo avaliou a duração de um tipo de alucinação diferente das alucinações audioverbais. Slotema et al. (2019) analisaram as alucinações visuais nos pacientes da sua pesquisa, em que obtiveram a conclusão de que elas duram alguns minutos, assim como ocorreu com as alucinações audioverbais⁹ (Tabela 4).

5.5.3 Frequência das Alucinações

Slotema et al. (2012), Niemantsverdriet et al. (2017), Slotema et al. (2019) e Niemantsverdriet et al. (2022) avaliaram a frequência de aparecimento das alucinações através do uso da seção “*frequency*” (frequência) de alucinações audioverbais da escala PSYRATS^{9,22,23,27}. Com isso, a frequência média encontrada nos estudos variou de 1.5 a 4. Slotema et al. (2012), Slotema et al. (2019) e Niemantsverdriet et al. (2017) encontraram, em média, classificações 2.6, 2.8 e 3 da PSYRATS, respectivamente^{9,22,23}. Obtendo, portanto, a classificação 3 (“vozes surgem pelo menos uma vez por hora”) da PSYRATS. Já Niemantsverdriet et al. (2022), encontrou classificações de 1.5 para os pacientes que foram classificados como tendo “alucinações intermitentes”, e 4 para os pacientes classificados como tendo “alucinações persistentes”²⁷. Ou seja, frequências, pelo menos, diárias e contínuas.

Slotema et al. (2019) também utilizou a escala PSYRATS para a avaliação das alucinações visuais, táteis e olfativas dos pacientes, encontrando classificações de 2.6, 2.4 e 2.1, respectivamente²³. Logo, alucinações presentes, pelo menos, uma vez por hora, no caso das visuais, e uma vez por dia, no caso das táteis e olfativas (Tabela 4).

Tabela 4 – Duração e Frequência das Alucinações

AUTOR (ANO)	DURAÇÃO (ANOS)	FREQUÊNCIA	DURAÇÃO (EPISÓDIO)
Yee et al. (2005)	Superior a 10		
Kingdon et al. (2010)			
Slotema et al. (2012)	18	Pelo menos, uma vez por hora	
Pearse et al. (2014)			
Tschoeke et al. (2014)			
Niemantsverdriet et al. (2017)	15.3	Pelo menos, uma vez por hora	Alguns minutos
Slotema et al. (2019)		Pelo menos, uma vez por hora	Alguns minutos
Barrera et al. (2021)			
Hayward et al. (2021)			
Niemantsverdriet et al. (2022)	15.45 / 18.14 ¹	Pelo menos, diária / contínua ¹	Alguns minutos / por horas ¹

¹ O estudo de Niemantsverdriet et al. (2022) dividiu os pacientes diagnosticados com TPB em 2 grupos (pacientes com alucinações intermitentes e pacientes com alucinações persistentes). Com isso, os grupos apresentaram resultados distintos.

Fonte: autor, 2022.

5.5.5 Conteúdo das Alucinações: Positivo ou Negativo?

O conteúdo das alucinações relatado pelos participantes dos estudos foi majoritariamente negativo e/ou crítico. Todos os pacientes analisados por pela pesquisa de Yee et al. (2005) descreveram conteúdo negativo e crítico como predominante. Noventa por cento (90%) desses descreveram incitação a comportamentos autodestrutivos por parte das vozes. Ainda, 40% (n = 4) deles relataram conteúdos de proteção em alguns momentos. Dentre esses, apenas 1 relatou comentários com conteúdos positivos²⁰. A pesquisa de Pearse et al. (2014) obteve resultados similares, com conteúdo esmagadoramente crítico e negativo, através de comentários depreciativos em relação aos pacientes. Apenas 1 paciente, entre os 15 com alucinações auditivas, relatou vozes com conteúdo neutro ou positivo²¹. Slotema et al. (2019) encontraram conteúdo negativo em 50% das alucinações auditivas ou visuais vivenciadas pelos pacientes⁹.

Os estudos Slotema et al. (2012) e Niemantsverdriet et al. (2017) avaliaram essa característica através das seções “*amount of negative content of voices*” (quantidade de conteúdo negativo das vozes) e “*degree of negative content*” (grau de conteúdo negativo) da escala PSYRATS. As pesquisas obtiveram resultados semelhantes, em que a primeira encontrou classificação 2.8 e 2.7, respectivamente, e a segunda encontrou 3 em ambos. Logo, os conteúdos são, em sua maioria, desagradáveis ou negativos, e são vozes que realizam abusos verbais relacionados a autoconceito^{9,22} (Tabela 5).

Tabela 5 – Conteúdo das Alucinações

AUTOR (ANO)	CONTEÚDO
Yee et al. (2005)	Predominantemente negativo ou crítico
Kingdon et al. (2010)	
Slotema et al. (2012)	Predominantemente negativo ou desagradável
Pearse et al. (2014)	Predominantemente negativo ou crítico
Tschoeke et al. (2014)	
Niemantsverdriet et al. (2017)	Predominantemente negativo ou desagradável
Slotema et al. (2019)	Negativo em 50% das alucinações auditivas ou visuais
Barrera et al. (2021)	
Hayward et al. (2021)	
Niemantsverdriet et al. (2022)	

Fonte: autor, 2022.

5.5.7 Os Indivíduos Controlam as Alucinações?

Os estudos de Slotema et al. (2012), Niemantsverdriet et al. (2022) e Niemantsverdriet et al. (2022) utilizaram a seção “*controllability of voices*” (controle sobre as vozes) da escala PSYRATS para avaliar essa característica. Nesses estudos, a classificação desse item variou entre 2 e 4. O artigo de Slotema et al. (2012) obteve classificação 2.9, enquanto que o de Niemantsverdriet et al. (2022) relatou classificações 2 (entre os pacientes intermitentes) e 4 (entre os pacientes persistentes), e o de Niemantsverdriet et al. (2017) relatou classificação 4^{9,22,27}. Ou seja, as vozes variam entre um controle parcial das vozes e a completa ausência de controle (Tabela 6).

5.5.8 As Alucinações Influenciam o Comportamento dos Indivíduos?

A influência das alucinações perante o comportamento foi descrita em 8 dos 11 artigos, que encontraram prevalência significativa de controle. Noventa por cento (90%) dos pacientes

estudados por Yee et al. (2005) relataram ocorrência de alucinações auditivas em que houve controle sobre as suas ações, geralmente, com incitação de comportamentos automutilantes ou autodestrutivos (como autolaceração, ingestão de substâncias ilícitas e atos de agressividade)²⁰. O mesmo foi relatado por Haywards et al. (2021). Nesse estudo, 78% dos participantes (n = 37) relataram vozes que comandam o que eles devem fazer, sendo que 97% deles (n = 36) descreveram comandos de automutilação, com 38% (n = 14) deles tendo afirmado que obedecem às vozes²⁸. Seguindo a mesma linha, em média, os 37 participantes que sofrem com alucinações do estudo de Slotema et al. (2019) afirmam que costumam obedecer aos comandos, sejam perigosos ou não, das alucinações auditivas. Na análise do estudo em relação às alucinações visuais, os pacientes relataram a ausência de comandos nessas experiências²³. Entre os 23 pacientes diagnosticados com TPB analisados no estudo de Tschoeke et al. (2014), 52% (n = 12) também relataram vozes que exercem controle sob o comportamento do participante¹⁰ (Tabela 6).

5.5.9 As Alucinações Infligem Sofrimento nos Indivíduos?

Em todos os estudos foi mostrado que as alucinações vivenciadas pelos pacientes com TPB geram sofrimento em suas vidas. No estudo de Yee et al. (2005), dos 10 pacientes avaliados, 90% (n = 9) consideram as vozes angustiantes²⁰. Slotema et al. (2019) encontraram nas alucinações auditivas e visuais, grande e moderada fonte de sofrimento, respectivamente²³.

Slotema et al. (2012), Niemantsverdriet et al. (2017), Barrera et al. (2021) e Niemantsverdriet et al. (2022) utilizaram as seções “*amount of distress*” (quantidade de sofrimento gerado pelas vozes) e/ou “*intensity of distress*” (intensidade de sofrimento gerado pelas vozes) da PSYRATS para a análise desse quesito nos pacientes. Slotema et al. (2012), Niemantsverdriet et al. (2017) e Niemantsverdriet et al. (2022) encontraram resultados similares. Slotema et al. (2012) obtiveram, respectivamente, as classificações 3 e 2.7, enquanto que o estudo de Niemantsverdriet et al. (2017) obteve 3 e 2.5, e o de Niemantsverdriet et al. (2022), 3 e 1 (entre os pacientes com alucinações intermitentes) e 3.5 e 3 (entre os pacientes com alucinações persistentes)^{9,22,27}. Já Barrera et al. (2021), avaliaram apenas a intensidade do sofrimento causado, em que alcançou classificação 3.45³¹ (Tabela 6).

Tabela 6 – Sofrimento, Influência no Comportamento e Controle dos Indivíduos Sobre as Alucinações

AUTOR (ANO)	SOFRIMENTO (P/A)	QUANTIDADE ¹	INTENSIDADE ²	INFLUÊNCIA ³	CONTROLE ⁴
Yee et al. (2005)	Presente			Sim	
Kingdon et al. (2010)					
Slotema et al. (2012)	Presente	Maioria	Alta		Ocasional
Pearse et al. (2014)					
Tschoeke et al. (2014)				Sim	
Niemantsverdriet et al. (2017)	Presente	Maioria	Alta		Ausente
Slotema et al. (2019)	Presente		Alto/Moderado ⁵	Sim	
Barrera et al. (2021)	Presente		Alta		
Hayward et al. (2021)				Sim	
Niemantsverdriet et al. (2022)	Presente	Minoria / maioria ⁶	Baixa / alta ⁶		Em metade do tempo / ausência de controle ⁶

Legenda: P/A = Presente/Ausente.

¹ Quantidade de vozes que causam sofrimento nas alucinações audioverbais.

² Intensidade de sofrimento gerado pelas vozes nas alucinações audioverbais.

³ Influência das vozes, nas alucinações audioverbais, no comportamento.

⁴ Capacidade do indivíduo de controlar as alucinações.

⁵ O estudo de Slotema et al. (2019) avaliou alucinações auditivas e visuais separadamente. Assim, encontrou como resultado graus alto e moderado em relação a essas alucinações, respectivamente.

⁶ O estudo de Niemantsverdriet et al. (2022) dividiu os pacientes diagnosticados com TPB em 2 grupos (pacientes com alucinações intermitentes e pacientes com alucinações persistentes). Com isso, os grupos apresentaram resultados distintos.

Fonte: autor, 2022.

Os estudos Kingdon et al. (2010) e Hayward et al. (2021) também avaliaram as características das alucinações. Contudo, os resultados apresentados pelos artigos não puderam ser extraídos para a inclusão na atual revisão. O trabalho de Kingdon et al. (2010) utilizou a escala PSYRATS para a análise das alucinações, porém os dados evidenciados na pesquisa não são claros. O

estudo de Hayward et al. (2021), dentre outros métodos, também utilizou a escala PSYRATS, porém os autores compilaram os 11 itens avaliados na escala em 3, sem explicações em relação à forma que foi realizada ^{7,28}.

5.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METOLÓGICA

Todos os estudos pontuaram em, pelo menos, 70% dos 22 itens da lista (Tabela 7).

Tabela 7 – Avaliação da Qualidade Metodológica

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA										
AUTOR (ANO)	Yee et al. (2005)	Kingdon et al. (2010)	Slotema et al. (2012)	Pearse et al. (2014)	Tschoeke et al. (2014)	Niemant sverdriet et al. (2017)	Slotema et al. (2019)	Barrera et al. (2021)	Hayward et al. (2021)	Niemant sverdriet et al. (2022)
ITEM										
1	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓
6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗
10	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓
11	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓
13	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✗
14	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓
15	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
16	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓
17	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓
18	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
19	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
20	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
21	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓
22	✗	✗	✓	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓
TOTAL	20	21	18	16	19	19	17	17	20	20

Legenda: estudo pontuou: ✓; estudo não pontuou: ✗

Fonte: autor, 2022.

6 DISCUSSÃO

Os estudos incluídos nesta revisão evidenciaram que, independentemente do seu tipo, as alucinações estão presentes entre 37 e 43% dos pacientes diagnosticados com TPB^{22,27}. Esse resultado encontra-se intermediando os valores achados por outros pesquisadores. Links et al. (1989), por exemplo, descreveram uma prevalência de alucinações de 26% na amostra estudada, enquanto que Chopra & Beatson (1986) descreveram 54%^{15,16}. Provavelmente, essa diferença surge como consequência da ausência de uma metodologia base para a avaliação das alucinações em indivíduos com TPB, assim como das incertezas perante a natureza desse sintoma no transtorno e dos distintos tamanhos amostrais. Links et al. (1989) escolheram utilizar a *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS) e a seção sobre psicose da DIB para avaliação das alucinações em 88 pacientes. Chopra & Beatson (1986) utilizaram apenas a DIB para a avaliação de apenas 13 pacientes^{15,16}. Os trabalhos incluídos na atual revisão, por outro lado, utilizaram outros métodos para essa análise, como as escalas PSYRATS, PANSS e BAVQ-R. Portanto, não é anormal que as pesquisas encontrem resultados diversos.

Quando se trata do tipo mais comum de alucinação, a auditiva é a mais prevalente, presente em 27 a 50% dos casos^{7,20-22}, e esse achado converge com a maioria dos estudos sobre o tema. O estudo de Lotterman (1985), uma revisão de literatura, por outro lado, descreve as alucinações visuais como as mais comuns⁶. Na atual revisão, esse tipo de alucinação foi a segunda mais prevalente, variando entre 11 e 30% dos casos^{21,22}. Lotterman (1985) não descreve os métodos utilizados no seu trabalho e opina em relação à natureza dos sintomas psicóticos no TPB, sugerindo o uso do termo “psicose subcrônica” para se referir à psicose com duração menor a duas semanas⁶. Portanto, o uso de diferentes conceitos e termos para descrição do sintoma deve influenciar na sua avaliação, sendo parcialmente responsável pela diferente descrição das alucinações nesses pacientes. Além disso, como Lotterman (1985) não evidencia os métodos utilizados em sua pesquisa, há a possibilidade de que existissem pacientes acometidos por um transtorno psiquiátrico e por uma doença neurológica, como demência com corpos de Lewy, pois esta costuma causar mais alucinações visuais do que alucinações auditivas, que são mais comuns em transtornos psiquiátricos³³.

Em geral, os pacientes com TPB que vivenciam as alucinações relatam um longo período de convivência com elas. De acordo com as características dos participantes dos estudos, a média

de idade dos que foram diagnosticados com TPB é de 37.8 anos, sendo que os relatos extraídos descrevem mais de uma década de convivência com tais sintomas^{9,20,22,27}. Logo, são sintomas que tendem a surgir no início da vida adulta dos indivíduos e acompanhá-los por um tempo considerável. A maioria dos trabalhos que analisaram a frequência do surgimento das alucinações encontrou o resultado de haver, pelo menos, uma manifestação dos sintomas por hora, com duração de alguns minutos^{9,22,23,27}. O estudo de Chopra & Beatson (1986) descreveu duração das alucinações de algumas horas¹⁵. Já o estudo dos mesmos autores, Chopra & Beatson (1988), relacionou a manifestação das alucinações ao estresse, com duração de poucas horas³³.

Em relação ao conteúdo, os participantes dos estudos descreveram que as alucinações são predominantemente negativas, desagradáveis ou críticas^{9,20-23}. Muitas vezes, há a incitação de comportamentos autolesivos e autodestrutivos, apresentando influência sobre o comportamento do paciente^{10,20,23,28}. Este, conseqüentemente, pode ser influenciado pelas alucinações, e conseguir controlá-las ocasionalmente ou não conseguir exercer controle algum sobre elas^{9,22,27}. Tal variação pode ser decorrente da gravidade do quadro dos pacientes; o estudo de Niemantsverdriet et al. (2022) avalia a apresentação das alucinações em indivíduos com os sintomas intermitentes e com os sintomas persistentes de forma separada. Com isso, os pacientes com sintomas persistentes apresentaram ausência de controle das alucinações, enquanto que os pacientes com sintomas intermitentes conseguiam um controle ocasional²⁷. Conseqüentemente, quando questionados a respeito da sensação produzida por esses sintomas, os participantes relataram a sensação de sofrimento substancial em relação ao convívio com a maior parte das alucinações^{9,20,22,23,27,31}.

A interpretação desses últimos resultados, especificamente os que descrevem a influência das alucinações, o controle do indivíduo e o sofrimento gerado por elas, contrasta com a interpretação de autores que consideraram que há “psicose artificial” ou pseudoalucinação no TPB, em vez de um sintoma psicótico real, como é a alucinação. Pope et al. (1985) definiram os quadros estudados como “psicose artificial”, pois os pacientes pareciam estar sob controle voluntário dos sintomas. Os resultados alcançados no estudo atual, por outro lado, demonstram a incapacidade parcial ou total dos indivíduos em controlar as alucinações, além de também evidenciarem o poder de controle do sintoma sobre eles.

Esta revisão apresenta certas limitações. Em primeiro lugar, vale a pena citar a população amostral de alguns trabalhos que foram incluídos na revisão. Há artigos que contam com uma pequena quantidade de participantes, como os de Yee et al. (2005) e de Barrera et al. (2021)^{20,31}. E, apesar de ser constatado na literatura a proporção desigual de homens e mulheres em relação ao acometimento do TPB, há um grande predomínio da população feminina nos estudos, sendo 92.8% dos participantes do sexo feminino^{7,9,10,20-23,27,28,31}. Outra limitação dos estudos utilizados é a avaliação das características das alucinações em pessoas diagnosticadas com TPB, mas que também podem ter diagnóstico de outros transtornos psiquiátricos comórbidos que podem causar esses sintomas, como transtorno afetivo bipolar^{7,20,10,22,23,27,28}. Também, é válido destacar a ausência de padronização sobre a forma de avaliação das alucinações. Os pesquisadores responsáveis por cada trabalho utilizaram ferramentas e metodologias que, muitas vezes, não se repetem em outros estudos. Slotema et al. (2012), por exemplo, utilizaram a escala PSYRATS para avaliar as alucinações em sua amostra, enquanto que Pearse et al. (2014) utilizaram o PSE em sua avaliação. Por fim, cabe destacar que a maioria das pesquisas incluídas nessa revisão foi de natureza transversal. Portanto, não é possível estabelecer algum tipo de relação de causalidade entre os dados analisados.

Os próximos estudos deverão tentar separar a população diagnosticada apenas com TPB de populações diagnosticadas com TPB e outro transtorno psiquiátrico, pois é um fator que deve influenciar nos resultados encontrados. As pesquisas incluídas na atual revisão costumam separar a esquizofrenia do TPB, porém, raramente separam outros transtornos. Também é importante que haja avanços nos conhecimentos a respeito dos métodos para avaliação das alucinações, a fim de que não ocorram mudanças nos resultados decorrentes da acurácia e particularidades de cada escala ou questionário.

7 CONCLUSÃO

A atual revisão evidencia que as alucinações são comuns em indivíduos com TPB e que apresentam certas características, como o seu conteúdo predominantemente negativo, longa duração dos sintomas, alta frequência de aparecimento, níveis altos de influência no comportamento e baixos de controle por parte da pessoa. Isso, conseqüentemente, parece ocasionar um alto índice de sofrimento por parte do paciente acometido por esse transtorno. Esses resultados estão de acordo, principalmente, com os estudos que consideram as alucinações no TPB como verdadeiras, enquanto que se distanciam dos trabalhos que questionam a sua veracidade.

Logo, diante de um cenário de incertezas perante a apresentação das alucinações no TPB, os resultados descritos nesse estudo servirão como mais uma referência para aprimorar os conhecimentos acerca desse transtorno. Com isso, poderá haver uma facilitação do reconhecimento de uma alucinação por parte dos clínicos e psiquiatras quando estiverem diante de um quadro de alucinação com essas características. Isso os ajudará a serem mais precisos nesses casos, gerando uma melhor acurácia dos diagnósticos e, portanto, dos tratamentos.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. [Internet]. 5a ed. 2016 [acesso em 26 de novembro de 2021]. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582711835/epubcfi/6/2%5B%3Bvnd.vst.idref%3Dcover.xhtml%5D!/4/2/2%5Bvst-image-button-970084%5D%400:0.00>>.
2. Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 65(7), 948–958.
<https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0711>
3. Pope HG, Jonas JM, Hudson JI, Cohen BM, Tohen M. An Empirical Study of Psychosis in Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. [Internet]. 1985 [acesso em 26 de novembro de 2021]; 142(11):1285-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/ajp.142.11.1285>.
4. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR. Cognitive Features of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. [Internet]. 1990 [acesso em 26 de novembro de 2021]; 147(1):57-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/ajp.147.1.57>.
5. Heins T, Gray A, Tennant M. Persisting Hallucinations Following Childhood Sexual Abuse. *Aust N Z J Psychiatry*. [Internet]. 1990 [acesso em 26 de novembro de 2021]; 24(4):561-5. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/00048679009062913>.
6. Lotterman A. Prolonged psychotic states in borderline personality disorder. *Psychiatric Quarterly*. [Internet]. 1985 [acesso em 26 de novembro de 2021]; 57(1):33-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF01064975>.
7. Kingdon DG, Ashcroft K, Bhandari B, GYeeson S, Warikoo N, Symons M, et al. Schizophrenia and borderline personality disorder: similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and childhood trauma. *J Nerv Ment Dis*. [Internet]. 2010 [acesso em 26 de novembro de 2021]; 198(6):399-403. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e08c27>.
8. Hepworth CR, Ashcroft K, Kingdon D. Auditory hallucinations: a comparison of beliefs about voices in individuals with schizophrenia and borderline personality disorder. *Clin Psychol Psychother*. [Internet]. 2013 [acesso em 26 de novembro de 2021]; 20(3):239-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cpp.791>.
9. Slotema CW, Daalman K, Blom JD, Diederens KM, Hoek HW, Sommer IEC. Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorder are similar to those in schizophrenia. *Psychol Med*. [Internet]. 2012 [acesso em 26 de novembro de 2021]; 42(9):1873-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0033291712000165>.
10. Tschoeke S, Steinert T, Flammer E, Uhlmann C. Similarities and differences in borderline personality disorder and schizophrenia with voice hearing. *J Nerv Ment Dis*.

[Internet]. 2014 [acesso em 26 de novembro de 2021]; 202(7):544-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NMD.000000000000159>.

11. Cavelti M, Thompson KN, Hulbert C, Betts J, Jackson H, Francey S, et al. Exploratory comparison of auditory verbal hallucinations and other psychotic symptoms among youth with borderline personality disorder or schizophrenia spectrum disorder. *Early Intervention in Psychiatry*. [Internet]. 2019 [acesso em 26 de novembro de 2021]; 1;13(5):1252–62. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/eip.12763>.
12. Stern A. Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*. [Internet]. 1938 [acesso em 01 de junho de 2022]; 7(4):467–89. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/21674086.1938.11925367>.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3a ed. 1980.
14. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4a ed. 1994.
15. Chopra HD, Beatson JA. Psychotic Symptoms in Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. [Internet]. 1986 [acesso em 26 de novembro de 2021]; 143(12):1605-07. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/ajp.143.12.1605>.
16. Links P, Steiner M, Milton J. Characteristics of Psychosis in Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*. [Internet]. 1989 [acesso em 26 de novembro de 2021]; 22(4):188-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000284595>.
17. Suzuki H, Nakano Y, Aoki S, Kuroda S. Delusions and hallucinations in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. [Internet]. 1998 [acesso em 26 de novembro de 2021]; 52(6):605-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.1998.00463.x>.
18. George A, Soloff PH. Schizotypal Symptoms in Patients With Borderline Personality Disorders. *Am J Psychiatry*. [Internet]. 1986 [acesso em 26 de novembro de 2021]; 143(2):212-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/ajp.143.2.212>.
19. Berrios GE, Dening TR. Pseudohallucinations: a conceptual history. Vol. 26, *Psychological Medicine*. [Internet]. 1996 [acesso em 01 de junho de 2022]; 26(4):753–63. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0033291700037776>.
20. Yee L, Korner AJ, McSwiggan S, Meares RA, Stevenson J. Persistent hallucinosis in borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. [Internet]. 2005 [acesso em 26 de novembro de 2021]; 46(2):147–54. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.07.032>.
21. Pearse LJ, Dibben C, Ziauddeen H, Denman C, McKenna PJ. A study of psychotic symptoms in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis*. [Internet]. 2014 [acesso em 26 de novembro de 2021]; 202(5):368-71. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NMD.000000000000132>.

22. Niemantsverdrietverdriet MBA, Slotema CW, Blom JD, Franken IH, Hoek HW, Sommer IEC, et al. Hallucinations in borderline personality disorder: prevalence, characteristics and associations with comorbid symptoms and disorders. *Sci Rep*. [Internet]. 2017 [acesso em 26 de novembro de 2021]; 7(1):13920. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-017-13108-6>.
23. Slotema CW, Bayrak H, Linszen MMJ, Deen M, Sommer IEC. Hallucinations in patients with borderline personality disorder: characteristics, severity, and relationship with schizotypy and loneliness. *Acta Psychiatr Scand*. [Internet]. 2019 [acesso em 26 de novembro de 2021]; 139(5):434-442. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/acps.13012>.
24. Thompson KN, Cavelti M, Chanen AM. Psychotic symptoms in adolescents with borderline personality disorder features. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. [Internet]. 2019 [acesso em 26 de novembro de 2021]; 28(7):985-992. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1257-2>.
25. Adams B, Sanders T. Experiences of psychosis in borderline personality disorder: a qualitative analysis. *J Ment Health*. [Internet]. 2011 [acesso em 26 de novembro de 2021]; 20(4):381-91. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.577846>.
26. Carrasco JL, Mellor-Marsá B, Mallardo L, López-Villatoro JM, Montes A, de la Vega I, et al. Persistent psychotic symptoms and neurocognitive deficits in borderline personality disorder. *Schizophr Res*. [Internet]. 2021 [acesso em 26 de novembro de 2021]; 232:109-111. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.05.003>.
27. Niemantsverdrietverdriet MBA, van Veen RJB, Slotema CW, Franken IHA, Verbraak MJPM, Deen M, et al. Characteristics and stability of hallucinations and delusions in patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. [Internet]. 2022 [acesso em 01 de junho de 2022]; 1;113. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152290>.
28. Hayward M, Jones AM, Strawson WH, Quadt L, Larsson DEO, Silva M, et al. A cross-sectional study of auditory verbal hallucinations experienced by people with a diagnosis of borderline personality disorder. *Clin Psychol Psychother*. [Internet]. 2021 [acesso em 26 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cpp.2655>.
29. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. [Internet]. 1987 [acesso em 08 de junho de 2022]; 13(2):261-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>.
30. Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions : the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychol Med*. [Internet]. 1999 [acesso em 07 de junho de 2022]; 29(4):879-89. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0033291799008661>.
31. Barrera A, Bajorek T, Dekker R, Hothi G, Lewis A, Pearce S. A phenomenological exploration of the voices reported by borderline personality and schizophrenia patients. *Psychopathology*. [Internet]. 2021 [acesso em 01 de junho de 2022]; 54(3):159–68. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000516208>.

32. Ballard CG, O'Brien JT, Swann AG, Thompson P, Neill D, McKeith IG. The natural history of psychosis and depression in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease: persistence and new cases over 1 year of follow-up. *J Clin Psychiatry*. [Internet]. 2001 [acesso em 28 de setembro de 2022]; 62(1):46-9. Disponível em: <https://doi.org/10.4088/jcp.v62n0110>
33. Chopra HD, Beatson JA. Some aspects of the phenomenology of borderline personality disorder. *Indian J Psychiatry*. [Internet]. 1988 [acesso em 07 de junho de 2022]; 30(3):221-6. Disponível em: https://www.indianjpsychiatry.org/temp/IndianJPsychiatry303221-9772731_024252.pdf