

Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA  
Curso de Medicina

Amanda Farias da Silva  
Flávia Guimarães Bueno  
Larissa Gomes dos Santos  
Maria Angélica Cintra  
Nicolly Alves Diniz

**Efeitos da psicoterapia e da psicanálise no tratamento de adultos com transtorno da  
personalidade borderline: uma revisão sistemática**

Anápolis, Goiás  
2025

Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA  
Curso de Medicina

**Efeitos da psicoterapia e da psicanálise no tratamento de adultos com transtorno da  
personalidade borderline: uma revisão sistemática**

Trabalho de Curso apresentado à Iniciação Científica do curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Profa. Dra. Cristiane Teixeira Vilhena Bernardes.

Anápolis, Goiás  
2025

**UniEVANGÉLICA**  
UNIVERSIDADE EVANGÉLICA DE GOIÁS

**VERSÃO FINAL DE TRABALHO DE CURSO**  
**PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR**

A

Coordenação de Iniciação Científica Faculdade da Medicina – UniEvangélica

Eu, Prof(ª) Orientador: Cristiane Teixeira V. Bernardes, venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os(as) acadêmicos(as):

Amanda Farias da Silva, Flávia Guimarães Basso, Larissa Gomes

des Vitor, Maria Angélica Castro e Nivaldy Lima

\_\_\_\_\_ , estão com a versão final do trabalho intitulado:

Efeitos da vasodilatação e da vasocostricção no tratamento de adultos

com transtorno do humorabilidade secundária: uma revisão sistemática  
pronta para ser entregue a esta coordenação.

Declara-se ciência quanto a publicação do referido trabalho, no Repositório Institucional da UniEVANGÉLICA.

Observações:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anápolis, 29 de abril de 2025

Assinatura do Orientador:

Cristiane TV Bernardes

## RESUMO

Um transtorno da personalidade é um padrão de experiência interna e comportamento que se desvia das expectativas da cultura individual, como o Transtorno da Personalidade Borderline (TPB). Esse transtorno está associado a flutuações de humor e aos impactos negativos na qualidade de vida dos indivíduos. Diante disso, a terapia psicológica aliada ao tratamento medicamentoso atua no manejo dessas condições para atender as necessidades de cada paciente. A terapia psicológica pode se basear em duas vertentes principais: a psicoterapia e a psicanálise. O objetivo principal deste estudo foi avaliar os efeitos da psicoterapia e da psicanálise no tratamento para Transtorno de Personalidade Borderline em adultos. Essa revisão sistemática considerou apenas estudos originais que abordassem adultos com TPB entre 18-65 anos, independentemente do sexo e sem restrições quanto à raça. Foram selecionados Ensaio Clínicos Controlados Randomizados (ECRs) e Ensaio Clínicos não Randomizados (ECNRs), publicados entre 2019 e 2024, e que estivessem disponíveis nos idiomas inglês, espanhol ou português. Os estudos foram pesquisados em 5 bases de dados, utilizando 4 combinações de descritores. No processo de triagem foram identificados 1433 artigos, sendo que desses, 19 foram incluídos no estudo (14 ECRs e 5 ECNRs). Entre as abordagens terapêuticas analisadas, a Terapia Comportamental Dialética (DBT) destacou-se como a mais investigada, abordada em 7 estudos, seguida pela Terapia do Esquema (ST) presente em 4 e a Psicoterapia anti agressão (MAAP) em 3 artigos, além de outras vertentes terapêuticas que também foram contempladas nas literaturas. Por outro lado, os tratamentos de base psicanalítica como a Psicoterapia focada na transferência (TFP), a Psicoterapia Psicodinâmica (PDT) e a Psicoterapia Suporte Analítica (PSA), foram abordadas em 2 artigos. Os estudos incluídos utilizaram diferentes técnicas e instrumentos avaliativos, variando conforme o delineamento metodológico e os objetivos específicos de cada pesquisa, o que reforça a diversidade de abordagens na avaliação dos efeitos terapêuticos. A psicanálise e as diferentes psicoterapias apresentaram impactos positivos na qualidade de vida dos pacientes com TPB, principalmente no alívio de sintomas, regulação emocional, funcionamento social e consequentemente melhora na qualidade de vida. Essas terapias favorecem um cuidado centrado no paciente, o que promove a redução de sintomas aliada a uma maior adesão ao tratamento. Conclui-se que ambas as terapias possuem impactos positivos para pacientes, principalmente com a associação entre elas. Embora existam estudos que abordam separadamente a psicoterapia e a psicanálise no manejo do Transtorno de Personalidade Borderline, observa-se a ausência de revisões sistemáticas registradas que analisem ambas abordagens de forma integrada, o que limita a aplicação clínica baseada em evidências amplas. Assim, esta revisão propõe-se a preencher tal lacuna, elucidando as contribuições terapêuticas específicas de cada abordagem, sem estabelecer comparações diretas, e promovendo um direcionamento clínico mais individualizado. Destaca-se, ainda, a importância de investigações futuras que avaliem estratégias combinadas, visando garantir intervenções mais acessíveis, seguras e eficazes.

**Palavras-chave:** Transtorno da Personalidade Limítrofe. Transtorno de Borderline. Psicanálise. Psicoterapia.

## ABSTRACT

A personality disorder is characterized by a pattern of inner experience and behavior that deviates significantly from the expectations of the individual's culture, such as Borderline Personality Disorder (BPD). This condition is associated with mood instability and negative impacts on individuals' quality of life. In this context, psychological therapy, in combination with pharmacological treatment, plays a crucial role in managing these conditions to meet the specific needs of each patient. Psychological interventions can be based primarily on two approaches: psychotherapy and psychoanalysis. The main objective of this study was to evaluate the effects of psychotherapy and psychoanalysis on the treatment of Borderline Personality Disorder in adults. This systematic review included only original studies involving adults aged 18 to 65 years with a diagnosis of BPD, regardless of sex and without racial restrictions. Randomized Controlled Trials (RCTs) and Non-Randomized Clinical Trials (NRCTs) published between 2019 and 2024 in English, Spanish, or Portuguese were selected. Data were collected from five databases using four combinations of descriptors. A total of 1,433 articles were identified during the screening process, of which 19 were included in the final analysis (14 RCTs and 5 NRCTs). Among the therapeutic approaches evaluated, Dialectical Behavior Therapy (DBT) was the most studied, featuring in seven studies, followed by Schema Therapy (ST) in four studies, and Manual-Assisted Cognitive Therapy for Aggression (MAAP) in three studies. Psychoanalytic approaches, such as Transference-Focused Psychotherapy (TFP), Psychodynamic Psychotherapy (PDT), and Supportive-Expressive Psychotherapy (SEP), were addressed in two studies. The included studies employed a variety of techniques and assessment instruments, reflecting the methodological diversity and specific objectives of each investigation. Psychoanalysis and psychotherapy demonstrated positive outcomes in improving quality of life, symptom relief, emotional regulation, and social functioning in patients with BPD. These therapies promote patient-centered care by enhancing symptom management and treatment adherence. It is concluded that both approaches contribute positively to patient outcomes, particularly when integrated. Despite the existence of studies examining psychotherapy and psychoanalysis separately, there is a notable lack of systematic reviews evaluating these approaches conjointly, limiting broader evidence-based clinical applications. Thus, this review seeks to address this gap by elucidating the specific therapeutic contributions of each approach, without direct comparisons, and fostering more individualized clinical interventions. Future research evaluating combined strategies is strongly recommended to ensure more accessible, safe, and effective interventions.

**Keywords:** Borderline Personality Disorder. Disorder Borderline. Psychoanalysis. Psychotherapy.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>9</b>
2.1. Conceito e epidemiologia do TPB	9
2.2. Quadro clínico e diagnóstico TPB	10
2.3. Psicoterapia e psicanálise TPB	12
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>15</b>
3.1. Objetivo geral	15
3.2. Objetivos específicos	15
<b>4. METODOLOGIA</b>	<b>16</b>
4.1. Protocolo	16
4.2. Critérios de Elegibilidade e Questão Norteadora	16
4.3. Fontes de Informação e Estratégias de Busca	17
4.4. Seleção dos estudos e Extração de dados	18
4.5. Avaliação do risco de viés	19
<b>5. RESULTADOS</b>	<b>20</b>
5.1. Processo de Triagem e Seleção dos Estudos	20
5.2. Avaliação de qualidade - Análise do risco de viés	28
5.3. Análise dos Resultados	29
<b>6- DISCUSSÃO</b>	<b>33</b>
<b>7- CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>37</b>
<b>ANEXOS</b>	

## 1. INTRODUÇÃO

A psicoterapia desempenha um papel fundamental no tratamento de transtornos mentais complexos, como o transtorno da personalidade borderline (TPB). A principal característica desse distúrbio reside nas flutuações do humor e nos impactos significativos na qualidade de vida, visto que essas oscilações criam desafios na abordagem de situações comuns e na interação social. No decorrer de seu desenvolvimento, a terapia psicológica incorporou diversas abordagens em sua prática para o tratamento deste transtorno, sendo inicialmente influenciada pela psicoterapia e alinhada à psicanálise (ADAMI; PORTELLA; DIAS, 2020; AROUCA *et al.*, 2023).

O TPB, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5), é caracterizado por instabilidade emocional, relações interpessoais conflituosas e impulsividade que frequentemente responde bem às modalidades de psicoterapia, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Terapia Dialética Comportamental (DBT). Estas abordagens ajudam os pacientes a desenvolverem habilidades de regulação emocional, melhorar o autocontrole e estabelecer relacionamentos mais saudáveis.

A sinergia entre o tratamento farmacológico e as intervenções psicoterapêuticas não apenas reforça a adesão ao tratamento, mas também possui um impacto direto na qualidade de vida dos pacientes, tornando essa abordagem uma prática eficaz no tratamento de transtornos mentais. Essas terapias são frequentemente usadas para ajudar os indivíduos a compreenderem seus sintomas, gerenciar as flutuações de humor, minimizar os impactos negativos da doença e consequentemente melhorar a qualidade de vida (ADAMI; PORTELLA; DIAS, 2020; AMIRI *et al.*, 2023).

Diante da complexidade clínica do TPB e da multiplicidade de abordagens terapêuticas, torna-se essencial reunir evidências robustas que sustentem as decisões clínicas. Este estudo justifica-se por ser uma revisão sistemática, método no topo da hierarquia de evidência, conferindo maior rigor à síntese dos achados. A escolha por essa abordagem visa compilar e analisar criticamente os efeitos da psicoterapia e da psicanálise no tratamento de adultos com TPB, considerando a escassez de estudos que avaliem, de forma conjunta e aprofundada, essas duas modalidades terapêuticas. Embora ambas já sejam utilizadas na prática clínica, ainda há grandes desafios no diagnóstico e manejo do TPB, especialmente pela semelhança de sintomas com outros transtornos psiquiátricos, o que frequentemente leva a atrasos ou falhas na condução terapêutica, além de muitos profissionais apresentarem insegurança em relação à efetividade dessas terapias e à sua aplicabilidade na prática.

Nesta produção científica, exploraremos profundamente a eficácia da psicoterapia no tratamento do TPB, bem como os principais objetivos e estratégias envolvidas nesse processo terapêutico. A compreensão e o gerenciamento desse transtorno desafiador são cruciais para o bem-estar dos pacientes e permitir que eles alcancem um maior nível de estabilidade emocional e funcional. Além disso, abordamos as principais modalidades de psicoterapia, como TCC, DBT, Terapia Interpessoal, psicanálise e outras abordagens da aplicação de cada uma no contexto desse transtorno. Ademais, consideramos a eficácia de intervenções terapêuticas em diferentes fases e subtipos, visando identificar as estratégias mais promissoras para melhorar o bem-estar dos pacientes e a qualidade de vida.

Dessa maneira, esta revisão sistemática tem como objetivo avaliar os efeitos das abordagens terapêuticas - psicoterapia e da psicanálise - em adultos com Transtorno da Personalidade Borderline, reunindo e analisando criticamente as evidências disponíveis, a fim de contribuir para a compreensão de seus impactos terapêuticos, não com a intenção de compará-las, mas de identificar suas contribuições específicas na melhora da qualidade de vida e estabilidade emocional dos pacientes. O estudo também busca incentivar novas pesquisas, aprimorar a capacidade de intervenção clínica e reforçar que tais abordagens não substituem o tratamento medicamentoso, mas atuam como ferramentas complementares, ampliando os efeitos positivos do cuidado integral e humanizado na saúde mental.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Um transtorno da personalidade é 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, incluindo o TPB (ADAMI; PORTELLA; DIAS, 2020; AROUCA *et al.*, 2023).

Esse transtorno será discutido a seguir, especificando os conceitos, epidemiologia, quadro clínico, diagnóstico e tratamentos psicoterápicos e psicanalíticos.

### 2.1. Conceito e epidemiologia do TPB

O TPB, também conhecido como perturbação da personalidade limítrofe, é considerado uma doença mental grave e crônica associada ao comprometimento funcional e comportamento desadaptativos de longo prazo, caracterizada por um padrão de instabilidade emocional, nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, com impulsividade acentuada. A causa desse transtorno não é clara, mas existem evidências que sugerem uma combinação de fatores contribuintes. Diante disso, estudos apontam a suscetibilidade genética como um desses fatores, juntamente com disfunção neurobiológica no lobo frontal, alteração da função dos neuropeptídeos e mudanças nos neurotransmissores (HALL; RIEDFORD, 2017; LINKS; SHAH; EYNAN, 2017; ABATE *et al.*, 2020; ROSU *et al.*, 2022).

Além disso, o estudo de Serralta *et al.* (2022), relacionou influências ambientais disfuncionais ao desenvolvimento do TPB, as quais podem ajudar a explicar algumas das influências mencionadas. Notavelmente, o trauma infantil está fortemente associado ao desenvolvimento do TPB, incluindo experiências de trauma sexual, abuso físico e verbal grave, testemunho de violência doméstica, negligência e abandono, sendo fatores ambientais desafiadores os quais podem desempenhar um papel significativo na origem e no curso desse transtorno.

Segundo o DSM-5 (2014), a evolução do paciente com o transtorno costuma ser variável ao longo do tempo. Geralmente, o padrão mais comum envolve uma instabilidade crônica no início da vida adulta, caracterizada por episódios graves de descontrole emocional e impulsividade, além de um uso frequente dos serviços de saúde mental. À vista disso, os danos causados pelo transtorno e o risco de suicídio tendem a ser mais significativos entre os adultos jovens. Com o passar dos anos, observa-se uma tendência de redução desses episódios graves e de uma melhora gradual no funcionamento emocional e social, embora algumas dificuldades persistam em muitos casos.

Os sintomas do transtorno, em geral, surgem na idade adulta jovem, com uma prevalência de 71,4% em indivíduos com idades entre 20 e 30 anos. Além disso, a maioria dos afetados são mulheres, com 92,9%, e acredita-se que esteja presente em aproximadamente 1 a 2% da população geral. Trata-se de uma condição grave, caracterizada por padrões persistentes de comportamento e experiências internas que causam sofrimento intenso e prejuízo funcional significativo na vida cotidiana (ABATE *et al.*, 2020; VALDIVIESO-JIMÉNEZ, 2020).

Em resumo, o TPB é um transtorno de personalidade comum e debilitante que afeta principalmente as mulheres adultas, e é caracterizado por uma série de sintomas interligados. Entre eles, destacam-se comportamentos desadaptativos, instabilidade emocional e dificuldades na compreensão dos próprios estados mentais e dos outros. Essa combinação de fatores compromete significativamente a vida cotidiana dos indivíduos, afetando relações interpessoais, desempenho profissional e bem-estar geral. O impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes é profundo e duradouro (ROSU *et al.*, 2022).

## **2.2. Quadro clínico e diagnóstico TPB**

O transtorno de personalidade limítrofe manifesta-se por meio de instabilidade emocional e impulsividade em diversas áreas da vida, resultando em perda de funcionalidade. Cerca de 60% a 80% dos casos estão associados a traumas infantis, que desempenham um papel central no desenvolvimento do transtorno. Os sintomas, em geral, são reativos a problemas interpessoais, como frustração, rejeição ou sensação de abandono. Essa reatividade intensa contribui para ciclos de instabilidade emocional e dificuldades nos relacionamentos interpessoais (GUNDERSON *et al.*, 2018; GUERRA; ROCHA; LARA, 2022).

O DSM-5 (2014) traz alguns critérios diagnósticos comuns aos indivíduos com TPB, sendo eles:

- (1) Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação).
- (2) Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
- (3) Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
- (4) Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação).
- (5) Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.
- (6) Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou

ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias). (7) Sentimentos crônicos de vazio. (8) Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes). (9) Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

Associados ao transtorno de personalidade limítrofe, a maioria dos indivíduos com TPB possuem outros transtornos de saúde mental adicionais, incluindo abuso/dependência de substâncias, transtornos alimentares, transtornos somatoformes, ansiedade, depressão, transtorno do humor, estresse pós-traumática, transtornos alimentares, abuso de fármacos e transtorno bipolar. Desse modo, é importante destacar que quando os pacientes já apresentam um transtorno de saúde mental estabelecido, o TPB comórbido deve ser considerado como parte da avaliação clínica (HALL; RIEDFORD, 2017; GUERRA.; ROCHA; LARA, 2022).

Ao avaliar a história do paciente, o diagnóstico pode tornar-se aparente a partir de 3 critérios primários: uma história de relacionamentos fracassados e um sentimento de "vazio"; desregulação afetiva, incluindo labilidade excessiva de humor e medo de abandono; e desregulação comportamental, associado a impulsividade, tendência suicida ou outros comportamentos auto lesivos. Ademais, mudanças extremas de humor, associada a sentimento de culpa, fracasso e automutilação, podem ocorrer várias vezes ao dia devido a gatilhos não explicados e a eutímia pode mudar instantaneamente para sofrimento grave, desencadeando agressividade contra os contatos mais próximos do paciente (HALL; RIEDFORD, 2017).

Assim, o diagnóstico precoce, a intervenção imediata e o tratamento adequado são essenciais para a diminuição dos riscos de desfechos drásticos, juntamente com a avaliação dos primeiros relacionamentos pessoais, a qual ajuda a identificar um padrão de relacionamentos disfuncionais. É importante ressaltar que o risco de suicídio aumenta durante períodos de agravamento da depressão, perdas recentes e aumento dos padrões de abuso de substâncias, considerando que aproximadamente 10% dos pacientes com TPB cometeram suicídio (PARKER, 2011).

Portanto, recomenda-se o encaminhamento para um especialista em saúde mental para a confirmação do diagnóstico de TPB. A terapia de acompanhamento é essencial para a melhora da sintomatologia, enquanto o uso de medicação é indicado apenas em períodos curtos para alívio de sintomas agudos. A intervenção eficaz geralmente requer a aplicação de alguma modalidade de psicoterapia, como a Terapia Baseada em Mentalização (MBT), a DBT ou a TFP (GUNDERSON *et al.*, 2018; HALL; RIEDFORD, 2017; ABATE *et al.*, 2020).

### 2.3. Psicoterapia e psicanálise TPB

A psicoterapia pode ser definida como um método de tratamento, baseado em conceitos teóricos e técnicos, que deve ser realizado por um profissional especializado. Utiliza-se de princípios psicológicos como a comunicação verbal e a relação terapêutica e seu objetivo principal é influenciar o paciente, auxiliando-o a modificar problemas de ordem emocional, cognitiva e comportamental. Já a psicanálise é um campo de investigação teórica e clínica da psique humana, ou em outras palavras, é o campo de estudo preocupado em explicar o funcionamento da subjetividade humana, auxiliando no tratamento de transtornos mentais (BOTELHO, 2017; OSÓRIO *et al.*, 2017).

Segundo o DSM-5 (2014), indivíduos com TPB que buscam intervenções terapêuticas frequentemente apresentam melhorias, geralmente iniciadas no primeiro ano de tratamento. Apesar da tendência a emoções intensas, impulsividade e relações interpessoais conflituosas ao longo da vida, a evolução clínica tende a ser positiva com o acompanhamento adequado. Entre 30 e 50 anos de idade, observa-se uma maior estabilidade nos relacionamentos e no desempenho profissional da maioria dos indivíduos com TPB, refletindo avanços significativos no funcionamento global.

Devido à escassez de medicamentos eficazes, o tratamento predominante do TPB é a psicoterapia e a psicanálise. Esses pacientes apresentam padrões duradouros de dificuldades emocionais e interpessoais, exigindo manejo especializado. A psicoterapia apresenta um enfoque especial na resolução dos problemas dos pacientes com TPB no contexto do momento presente, caracterizando seu método com o foco no "aqui e agora" e sua abordagem é fundamentada na compreensão do comportamento e na orientação cognitiva. Nesse contexto, a terapia cognitivo-comportamental é fundamental para modificar atitudes, regular emoções e transformar pensamentos automáticos. O principal objetivo visa a alteração da cognição e comportamentos que sustentam as crenças centrais, o qual é alcançado por meio da modificação do comportamento, da regulação afetiva e do pensamento. (DOTTA; FEIJÓ; SERRALTA, 2020; ADAMI; PORTELLA; DIAS, 2020; AROUCA *et al.*, 2023).

Por outro lado, o tratamento psicanalítico é caracterizado pela exploração dos mecanismos de defesa e dos conflitos inconscientes do paciente, com o objetivo de compreender as fantasias subjacentes associadas a eles. À vista disso, é envolvido uma análise do conflito que ocorre no nível inconsciente entre os impulsos subjacentes e as defesas que são direcionadas contra esses impulsos. Essa abordagem é relevante no contexto do TPB, uma vez que sua etiologia está ligada a um ambiente caótico no qual o indivíduo não consegue alcançar

uma integração satisfatória de si mesmo e de seu aparelho psíquico, deixando em aberto os limites entre o certo e o errado, devido à intensa influência traumática do ambiente (SILVA; GASPARETTO; CAMPEZATTO, 2015; KERNBERG, 2021).

Nesse cenário, a intervenção psicanalítica se concentra na construção de uma aliança terapêutica consistente, criando um ambiente de confiança entre o terapeuta e o paciente. Através das conversas e da análise da dinâmica transferencial, busca-se acessar e intervir nos processos inconscientes que perpetuam padrões disfuncionais. O objetivo principal é favorecer a formação de representações internas mais positivas sobre si mesmo, os outros e o ambiente ao redor. Esse processo de ressignificação é essencial para a melhora das relações interpessoais e da autoestima dos pacientes (ADAMI; PORTELLA; DIAS, 2020)

À vista disso, há diversas abordagens psicodinâmicas disponíveis para pacientes diagnosticados com TPB. O principal objetivo comum em todas essas abordagens terapêuticas é aprimorar a capacidade dos pacientes de se comunicarem de forma mais eficaz com o ambiente externo, assim uma postura terapêutica empática contribui para adaptação do paciente e estabelecimento do vínculo. Nos pacientes em estágio grave da doença tal relação interpessoal é muito importante para o manejo do tratamento, pois tais pacientes apresentam características peculiares que dificultam a adesão (AMIRI *et al.*, 2023).

Dentre as psicoterapias direcionadas para esse transtorno, a DBT aplicada em casos de risco suicida é altamente estruturada e baseada em princípios cognitivo-comportamentais relacionando quatro modos de tratamento: terapia individual, na qual o terapeuta trabalha diretamente com o paciente, ajudando-o a entender e modificar padrões de pensamento e comportamento disfuncionais; treinamento de habilidades, que envolve o ensino de regulação emocional, tolerância ao desconforto, relações interpessoais eficazes e atenção plena; contato telefônico no qual inclui a possibilidade de suporte fora das sessões regulares e, por fim, a equipe de consultas nas quais os terapeutas discutem casos e fornecem apoio uns aos outros (BELLINO; BRUNETTI; BOZZATELLO, 2016).

A abordagem da TFP, outra forma de psicoterapia psicodinâmica que atualmente está sendo aplicada a outros tipos de patologia de personalidade, oferece uma maneira de compreender, avaliar e tratar essa patologia. A intenção dos clínicos orientados para esse tratamento é trabalhar em profundidade para promover uma mudança estrutural, ou seja, uma alteração nas estruturas psicológicas, como a identidade e o estilo defensivo. Essa mudança profunda e duradoura tem o potencial de remodelar significativamente a experiência dos pacientes em relação a si mesmos, tanto subjetivamente como nas interações interpessoais. Isso,

por sua vez, pode contribuir para uma redução mais sustentável dos traços mal adaptativos e dos sintomas associados ao TPB (STERN; YEOMANS, 2018).

Diante do exposto, a oferta terapêutica dos serviços psiquiátricos é cada vez mais caracterizada por sessões de tratamento manualizadas e de curta duração, sendo que a eficácia dessas terapias pode ser influenciada por uma série de fatores, incluindo aspectos psicopatológicos, comportamentais e comorbidades. Portanto, é importante levar em consideração esses aspectos ao planejar e fornecer tratamento com o fito de assegurar a individualidade do tratamento associada com o sucesso terapêutico (BELLINO; BRUNETTI; BOZZATELLO, 2016).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo geral**

Avaliar os efeitos da psicoterapia e da psicanálise no tratamento para o Transtorno de Personalidade Borderline em adultos.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Descrever as abordagens terapêuticas da psicoterapia e da psicanálise no tratamento do TPB;
- Investigar os efeitos a longo prazo da psicoterapia e da psicanálise no funcionamento psicossocial e na qualidade de vida de indivíduos diagnosticados com TPB;
- Identificar os instrumentos avaliativos utilizados para mensurar os desfechos das abordagens da psicoterapia e da psicanálise para o tratamento do TPB.

## 4. METODOLOGIA

A presente revisão sistemática foi elaborada e redigida em 5 etapas: 1) Protocolo; 2) Questão Norteadora e Critérios de Elegibilidade; 3) Fontes de Informação e Estratégia de Busca; 4) Seleção dos Estudos e Extração dos Dados; 5) Avaliação do risco de viés.

O referido estudo foi registrado na plataforma International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO), a qual é base pública de registro de protocolos de revisões sistemáticas. O número do protocolo atribuído a esta pesquisa é CRD420250652461 (Imagem 1, vide anexo 1).

### 4.1. Protocolo

Essa revisão sistemática foi redigida conforme às recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), e abrangeu definição dos critérios de elegibilidade, bases de dados a serem pesquisadas, definição da estratégia de busca, processo de triagem e seleção dos estudos, processo de extração de dados, avaliação da qualidade de evidência dos estudos incluídos e síntese de resultados.

### 4.2. Critérios de Elegibilidade e Questão Norteadora

A base da vigente revisão sistemática foi elaborada por meio da estratégia PICO (acrônimo P: população-pacientes, I: intervenção, C: comparação, O: desfecho-outcome) e redigida conforme às recomendações das diretrizes acadêmicas. Esse estudo adotou o seguinte critério para essa estratégia, onde, P = Adultos com TPB; I = Psicoterapia e Psicanálise; C = Tratamento usual, ausência de intervenção, ou variações dentro da própria terapia; O = Estimular a adesão de terapias não farmacológicas no tratamento desse transtorno.

A seleção dos artigos para a revisão seguiu parâmetros rigorosos para assegurar a relevância e a qualidade das evidências incluídas. Quanto à população, foram considerados apenas estudos originais que abordassem adultos com TPB, entre 18-65 anos (foi considerado 65 anos como ponto de corte para a definição de adultos, seguindo a padronização adotada nos estudos internacionais incluídos no estudo, majoritariamente oriundos da Europa e América, de acordo com os conceitos da *European Social Policy Network* em concordância com diretrizes da Organização Mundial da Saúde), independentemente do sexo e sem restrições quanto à raça. Foram selecionados ensaios clínicos controlados randomizados (ECRs) e ensaios clínicos não randomizados (ECNRs), publicados entre 2019 e 2024, e que estivessem disponíveis nos idiomas inglês, espanhol ou português. As intervenções investigadas deveriam contemplar psicoterapias estruturadas ou abordagens de base psicanalítica, desde que apresentassem

avaliação de desfechos clínicos, emocionais, funcionais ou psicossociais, como redução de sintomas, melhora da regulação emocional, funcionalidade interpessoal e adesão terapêutica.

À vista disso, foi definido a seguinte questão norteadora: “Quais as implicações da psicoterapia e psicanálise em adultos no tratamento para transtorno da personalidade borderline?”

### **4.3. Fontes de Informação e Estratégias de Busca**

As bases de dados eletrônicas utilizadas para a obtenção das informações serão: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Science Direct, Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e National Library of Medicine (PUBMED), a qual foi utilizada a plataforma Medical Subject Headings (MeSH) para a elaboração dos descritores "Borderline personality disorder", "Psychotherapy", "Psychoanalysis", e seus correspondentes em português, associados aos operadores booleanos "AND" e “OR”

O Quadro 1 representa a combinação de cada descritor e operador booleano que foi aplicado de forma igualitária e consistente em todas as bases de dados eletrônicas utilizadas para a coleta de dados, além de apresentar a quantidade de artigos identificados de acordo com cada combinação.

**Quadro 1** - Combinação dos descritores e booleanos pesquisados no dia 19 de julho de 2024.  
Anápolis, GO, Brasil.

<b>Combinações</b>	<b>Descritores e Booleanos</b>	<b>Bases de Dados e artigos encontrados</b>
Combinação 1	''Transtorno da Personalidade Borderline'' OU ''Transtorno da Personalidade Limítrofe'' E ''Psicoterapia''	MEDLINE - 216 LILACS - 7 SCIENCE DIRECT - 0 PUBMED - 0 SCIELO - 1
Combinação 2	''Borderline Personality Disorder'' AND ''Psychotherapy''	MEDLINE - 419 LILACS - 8 SCIENCE DIRECT - 356 PUBMED - 372 SCIELO - 10
Combinação 3	''Transtorno da Personalidade Borderline'' OU ''Transtorno da Personalidade Limítrofe'' E ''Psicanálise''	MEDLINE - 2 LILACS - 0 SCIENCE DIRECT - 0 PUBMED - 0 SCIELO - 0
Combinação 4	''Borderline Personality Disorder'' AND ''Psychoanalysis''	MEDLINE - 7 LILACS - 1 SCIENCE DIRECT - 12 PUBMED - 14 SCIELO - 8

**Fonte:** Autoria própria.

#### **4.4. Seleção dos estudos e Extração de dados**

A apuração dos estudos em cada etapa da triagem e inclusão foi feita pelos revisores em pares de forma duplo-cega e independente, com a seleção final estabelecida por um terceiro revisor, a fim de garantir uma seleção adequada dos artigos e evitar vieses de seleção. Desta forma o processo de triagem dos artigos foi realizado pelas seguintes fases:

Fase 1: Seleção dos estudos de acordo com os critérios de elegibilidade e exclusão de duplicados por meio da plataforma Mendeley.

Fase 2: Leitura do título e resumo dos estudos pesquisados em cada base de dados por quatro revisores alocados em pares, de forma duplo-cega e independente, com inclusão revisada por um terceiro investigador.

Fase 3: Leitura do texto completo dos artigos selecionados na Fase 2 por randomização distinta em pares dos mesmos quatro revisores, de forma duplo-cega e independente, com posterior seleção por outro terceiro revisor distinto.

Fase 4: Os artigos selecionados foram submetidos à checagem cruzada dos critérios de elegibilidade, com exclusão de protocolos de ensaios clínicos, população inadequada (adolescentes, idosos), intervenções incompatíveis à questão norteadora (tratamento medicamentoso) ou ausência de desfechos clínicos relevantes.

Fase 5: Análise do risco de viés de cada estudo selecionado na Fase 4 pelos mesmos revisores das fases anteriores, utilizando a Cochrane Risk of Bias Table (RoB 2.0) e a tabela ROBINS-I (*Risk Of Bias In Non-randomised Studies – of Interventions*).

#### **4.5. Avaliação do risco de viés**

Para a análise do risco de viés de cada estudo, utilizou-se a ferramenta Cochrane Risk of Bias Table (RoB 2.0) para assegurar a validade dos resultados dos ECCRs e a tabela ROBINS-I (*Risk Of Bias In Non-randomised Studies – of Interventions*) para a análise do risco de viés de estimativas de efetividade e segurança nos estudos de intervenção não randomizados.

O Quadro 3 (vide anexo 2) representa o Manual Cochrane para Desenvolvimento de Revisões Sistemáticas de Intervenção, versão 6.3 (Cochrane Handbook), e o Quadro 4 (vide anexo 3) a ferramenta ROBINS-I, ambos utilizados para essa avaliação após a triagem. Portanto, após a seleção dos estudos por leitura de texto completo, foram incluídos ECCRs e ECCNRs com alto, moderado e baixo nível de evidência após a análise do risco de viés e classificação.

## 5. RESULTADOS

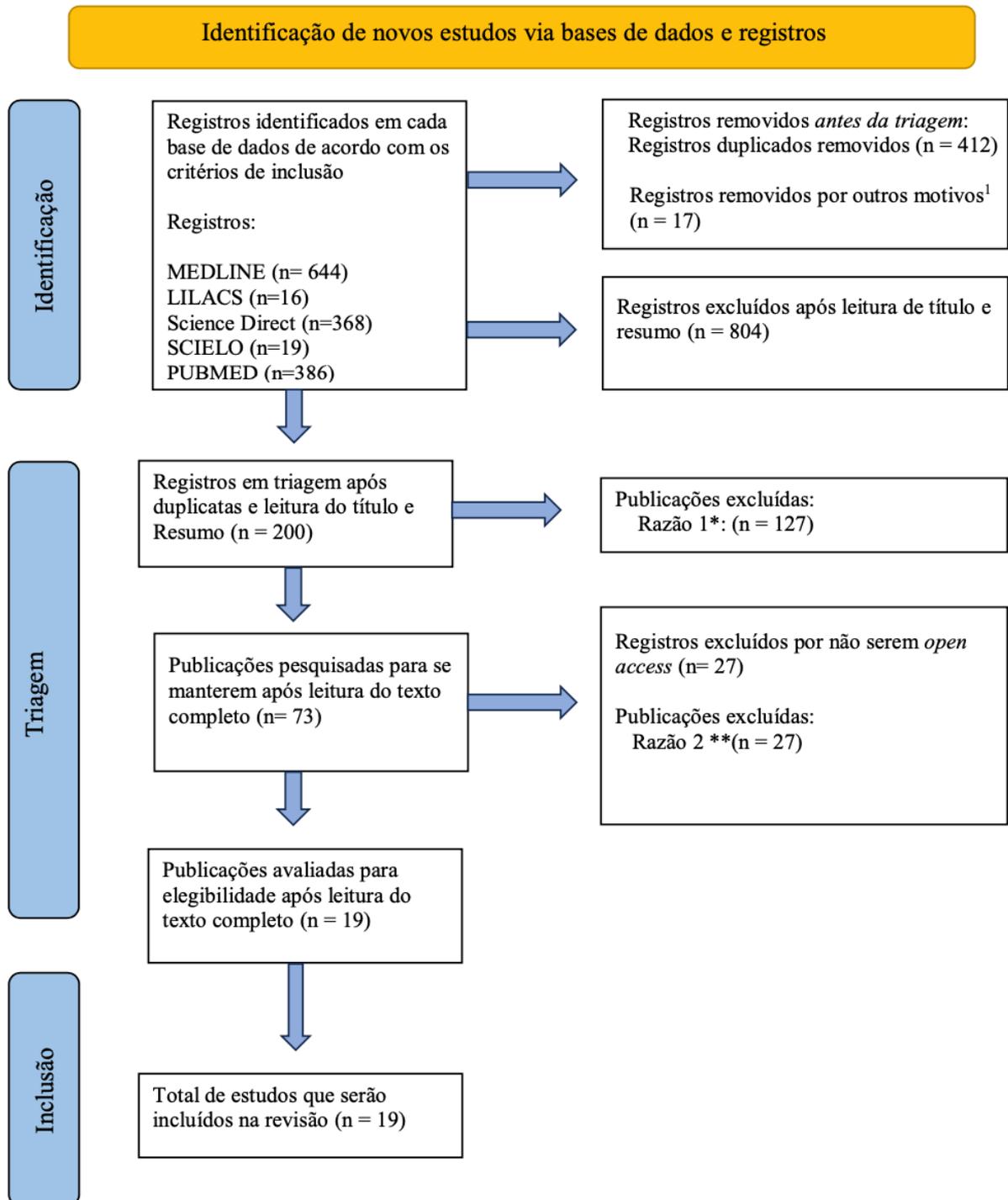
### 5.1. Processo de Triagem e Seleção dos Estudos

A Figura 1 representa o fluxograma que abrange todo o processo de triagem que foi realizada para a produção da presente revisão sistemática, contendo todo o protocolo de acordo com os critérios de elegibilidade, a questão norteadora, as estratégias de busca e o processo de seleção dos estudos por pares, a fim de assegurar a descrição de todo o processo de busca para a seleção dos estudos utilizados. Como ilustrado, a pesquisa inicial identificou 1433 artigos: 644 do MEDLINE, 16 do LILACS, 368 do Science Direct, 19 do SciELO e 386 do PUBMED. Após a remoção dos duplicados e dos artigos com data anterior ao ano de 2019, foi realizada a Fase 2 com leitura de título e resumo dos artigos remanescentes. Dessa forma, 200 artigos foram submetidos à leitura do texto completo (Fase 3).

Ao longo da triagem, todos os artigos enquadrados como revisões de literatura, relatos de caso, séries de caso e estudos observacionais foram excluídos manualmente. Um total de 73 publicações foram selecionadas para se manterem, e destas, 27 publicações foram retiradas por não serem *open access* e 27 foram excluídas por não responderem à questão norteadora (Fase 4). Portanto, 19 publicações foram avaliadas para a análise do risco de viés (Fase 5) - sendo 14 ECCRs e 5 ECCNRs.

Dentre os 19 artigos incluídos, a DBT foi a mais estudada, aparecendo em 7 artigos. Em seguida, a Terapia do Esquema (ST) foi investigada em 4 estudos, a Psicoterapia Interpessoal (IPT) e a TCC, ambas com 2 artigos cada. A Psicoterapia Antiagressão (MAAP) e a Psicoterapia de Apoio Não Específica (NSSP) foram exploradas em 3 estudos cada. Já a Terapia Baseada em Mentalização (MBT), a Terapia Interpessoal Metacognitiva (MIT) e o Manejo Clínico Estruturado (SCM) foram investigados individualmente em 1 artigo cada. Quanto às terapias de base psicanalítica, foram incluídos 2 estudos: a TFP, avaliada em 1 artigo, a Psicoterapia Psicodinâmica (PDT) e a Psicoterapia Suporte-Analítica (PSA), ambas em 1 artigo. Os desfechos dos estudos clínicos que abordaram os efeitos da psicoterapia e da psicanálise no tratamento do TPB estão expostos na tabela 1.

**Figura 1 – Fluxograma PRISMA**  
**Fluxograma do Processo de Seleção de Estudos na Revisão Sistemática**



<sup>1</sup> Estudos que não correspondem ao critério de data atribuído

\* Revisões de literatura, relatos de caso, séries de caso e estudos observacionais

\*\* Protocolos de Ensaios Clínicos, população inadequada, intervenções incompatíveis à questão norteadora ou ausência de desfechos clínicos relevantes.

**Tabela 1** – Dados apresentados por artigo com respectivos desfechos.

Autor e Ano	Objetivo	Tipo de Estudo	População	Intervenção	Comparação	Desfechos
<b>ALAVI; STEPHENSON; RIVERA, 2021.</b>	Avaliar a eficácia da DBT via e-mail, em comparação com sessões presenciais para o tratamento de indivíduos com TPB.	Ensaio clínico não randomizado e controlado.	- Pacientes diagnosticados com TPB;  - Idade entre 18 e 65 anos; - Acesso à internet.	- DBT eletrônica via e-mail (N= 52) -Utilizou- se para avaliação o SAQ e a DERS.	Grupo de participantes que receberam a DBT de forma presencial. (N= 55)	- Melhora significativa nos escores de SAQ e DERS, sem diferença significativa entre os grupos. - Reduções nas subescalas de não aceitação, impulso, estratégias e clareza emocional.
<b>ARNTZ <i>et al.</i>, 2022.</b>	Comparar a eficácia de duas abordagens de Terapia do Esquema (grupal e combinada).	Ensaio clínico randomizado.	- Faixa etária entre 18 e 65 anos; - Idade média de 33,6 anos; - Amostra predominantemente feminina (86,2%).	- Psicoterapia em grupo orientada por psicodinâmica (N= 125) psicoterapia em grupo baseada em insights (N =123) - Mensuração: BPDSI.	Tratamento Usual  (N=246)	- Redução significativa na severidade do TPB. -Melhora dos sintomas psiquiátricos gerais, qualidade de vida, funcionamento social e ocupacional.
<b>ASSMANN <i>et al.</i>, 2024.</b>	Analisar 2 modelos de intervenção para TPB: ST e DBT.	Estudo clínico randomizado.	- Idade entre 18 e 65 anos; -Diagnóstico primário de TPB.	-DBT (N= 83)  - Mensuração: Índice de gravidade do transtorno de personalidade borderline	-ST (N=81)	-Redução significativa nos sintomas de TPB ao longo do tempo. - Sintomas gerais, depressão, dissociação, qualidade de vida, funcionalidade psicossocial e participação foram monitorados como resultados secundários.
<b>BOZZATELLO; BELLINO, 2020</b>	Avaliar a eficácia da IPT-BPD-R como tratamento único para pacientes com TPB.	Ensaio clínico randomizado.	- Idade entre 18 e 60 anos.	- A IPT-BPD-R; (N= 21/22) - Intervenções adicionais para crises. - Menrsuração: Índice de gravidade do transtorno de personalidade borderline	- Manejo clínico (50 minutos de visita clínica mensais, sem psicoterapia ou medicamentos.) (N=21/22)	- Melhora no controle dos impulsos, nas relações interpessoais e na integração da identidade. -Não houve diferença significativa entre os grupos quanto aos comportamentos de automutilação e agressividade.

Autor e Ano	Objetivo	Tipo de Estudo	População	Intervenção	Comparação	Desfechos
<b>BOZZATELLO <i>et al.</i>, 2023.</b>	Analisar os efeitos da adição da IPT-G à IPT-BPD-R.	Ensaio clínico randomizado controlado.	Diagnóstico TPB; - Idade entre 18 e 60 anos.	- IPT-BPD-R associada a sessões IPT-G. (N= 24)  - Mensuração: BPDSI.	- Grupo de participantes que receberam somente a IPT-BPD-R individual. (N= 22)	- O grupo que recebeu os dois tipos de psicoterapias juntas apresentou melhorias mais significativas.  - Foram avaliados os seguintes itens: função social, agressividade, cognição social, qualidade de vida e problemas interpessoais.
<b>DIAMOND <i>et al.</i>, 2023.</b>	Investigar mudanças na representação de apego na organização da personalidade em pacientes com BPD durante um ano de TFP.	Ensaio clínico randomizado controlado.	- Diagnóstico de BPD.	-TFP (N=52);  - Mensuração: STIPO e da GAF	- Tratamento por ECP sem treinamento específico em TFP. (N=52)	- Grupo TFP: melhorias significativas na organização da personalidade, incluindo integração da identidade, relacionamentos interpessoais e agressão.  - Grupo ECP: as melhorias foram menos significativas e houve mudanças nas representações de apego, função reflexiva e coerência narrativa.
<b>FLECHSIG <i>et al.</i>, 2023.</b>	Investigar o impacto da DBT em pacientes com TPB associadas a representações de apego, utilizando fMRI.	Estudo clínico não randomizado.	- Adultos; diagnosticados com TPB.	- DBT - Mensuração: Inventário de Personalidade Borderline (BPI) e o Inventário de Temperamento e Caráter (TCI) (N= 26) -Pós intervenção- 1 ano (N= 18)	- Não recebeu tratamento, apenas foi avaliado para comparação. (N= 26)  -Pós intervenção (N= 23)	- Normalização da ativação em resposta a estímulos de apego após o tratamento sugerindo um impacto positivo da terapia em aspectos específicos do processamento emocional.

Tabela 1: Continuação

Autor e Ano	Objetivo	Tipo de Estudo	População	Intervenção	Comparação	Desfechos
<b>HERPERTZ <i>et al.</i>; 2021.</b>	Testar a hipótese de que a MAAP é superior à N SSP em termos de redução de comportamentos agressivos e raiva no TPB no final da terapia, bem como no acompanhamento de 6 meses.	Ensaio Clínico randomizado por cluster.	- Participantes do sexo feminino com TPB; - Idade entre 18 e 55 anos.	- MAAP baseada em mecanismos de 6 semanas para o ambiente de grupo (N=30). - Mensuração: Escala de Avaliação de Zanarini para Transtorno de Personalidade Borderline	- N SSP em grupo (N=29).	- Nenhuma diferença significativa entre os grupos de terapia foi encontrada no final do tratamento com base na frequência e gravidade da agressão - Os pacientes do grupo de terapia MAAP mostraram uma diminuição no comportamento agressivo.
<b>HILDEN <i>et al.</i>; 2021.</b>	Investigar a viabilidade e a eficácia de uma terapia de grupo de esquemas breve, com 20 sessões, para pacientes com TPB.	Estudo de intervenção prospectivo, randomizado, de braços paralelos.	- Participantes do sexo feminino com TPB; - Idade média de 31 anos.	- Esquema de terapia de grupo breve mais tratamento psiquiátrico usual (N =23) - Mensuração: Lista curta de sintomas limítrofes (BSL-23)	Tratamento usual (N=12)	- Os participantes melhoraram tanto na terapia de esquema quanto no tratamento usual, sem nenhuma diferença significativa surgindo entre os grupos. - Na análise post-hoc, a pontuação de comportamento BSL-23 sugeriu um efeito de tratamento potencialmente significativo.
<b>HONECKER <i>et al.</i>, 2021.</b>	Avaliar o impacto do MAAP na hipersensibilidade à ameaça como um dos mecanismos propostos de mudança no comportamento agressivo em pacientes com TPB usando uma tarefa de classificação de emoções e rastreamento ocular.	Ensaio Clínico Controlado e Randomizado	- 38 participantes com TPB - Idade entre 18 e 55 anos. - Diagnóstico de TPB ou TPB subliminar e irritabilidade de pelo menos 6 em um período de 2 semanas, de acordo com a Escala OAS-M.	- MAAP (N=17) ou - N SSP (N=13) - Mensuração: Escala de Avaliação de Zanarini e Escala de Agressão Aberta Modificada	-Controles saudáveis (N= 23): participantes que nunca preencheram os critérios para um diagnóstico psiquiátrico ou passaram por qualquer tratamento psicoterapêutico ou psiquiátrico. - O grupo foi pareado ao MAAP e ao grupo N SSP com relação à idade e ao gênero.	-A terapia MAAP não reduziu a tendência dos pacientes de classificar expressões faciais como raivosas, mas apresentou uma maior latência de resposta a expressões de raiva em comparação ao grupo N SSP. - Correlação com uma diminuição do comportamento agressivo, sugerindo um efeito positivo da terapia nas respostas emocionais e comportamentais.

Tabela 1: Continuação

Autor e Ano	Objetivo	Tipo de Estudo	População	Intervenção	Comparação	Desfechos
<b>JUUL <i>et al.</i>, 2023.</b>	Comparar a eficácia e segurança da MBT de curto prazo (5 meses) com a de longo prazo (14 meses) em pacientes com TPB.	Ensaio clínico randomizado.	- 166 adultos com TPB subclínico ou diagnosticado, atendidos em ambiente ambulatorial.	- MBT de curto prazo (5 meses), envolvendo sessões semanais de grupo e sessões individuais quinzenais.  - Mensuração: ZAN-BPD	- MTB de longo prazo (14 meses) com introdução de seis semanas de sessões semanais de grupo e individuais quinzenais.	- Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos em relação aos sintomas do TPB.  - Pacientes no grupo de longo prazo mostraram mais eventos adversos graves.
<b>MARTIN; DEL-MONTE 2022.</b>	Mensurar a evolução dos traços de TPB e resultados de medidas clínicas antes, durante e depois o protocolo ECCCLORE.	Estudo clínico não randomizado.	- Pacientes do sexo feminino; Diagnosticadas com TPB.	- O Grupo recebeu o tratamento de DBT por 6 meses (N= 34)  - Mensuração: Protocolo ECCCLORE	- TAU (N =22)	- O ECCCLORE apresentou melhora dos sintomas comparados ao TAU.  - Redução significativa na sintomatologia geral, agressividade, desesperança, impulsividade e risco suicida.
<b>MCMAIN <i>et al.</i>, 2022.</b>	Determinar se 6 meses de DBT são não inferiores a 12 meses de DBT em termos de eficácia clínica em pacientes com TPB.	Ensaio clínico randomizado.	- 240 participantes; - Idade média de 28 anos; - 7 9% do sexo feminino; - Diagnóstico de TPB; - Histórico recente de autolesão ou tentativas de suicídio.	- DBT por 6 meses com sessões individuais e em grupo (N=121)  - Mensuração: BSL-23, além de autoagressão e tentativas de suicídio.	- Pacientes submetidos a DBT por 12 meses, também com sessões semanais individuais e de grupo (N=119)	- Ambos os grupos apresentaram reduções significativas nos sintomas de borderline e autoagressão, sendo que o tratamento de 6 meses foi considerado não inferior ao de 12 meses. - Foram avaliados psicopatologia geral, depressão, funcionamento interpessoal, e expressão de raiva, todos mostrando melhoras ao longo do tempo.

Autor e Ano	Objetivo	Tipo de Estudo	População	Intervenção	Comparação	Desfechos
NEUKEL <i>et al.</i> , 2021.	Investigar o impacto da MAAP na ativação e conectividade da amígdala.	Estudo clínico randomizado em clusters com dois braços em grupo paralelo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes de ambos os sexos;</li> <li>- Idade entre 18 e 55 anos;</li> <li>- Diagnóstico de TPB e/ou TPB subliminar e uma pontuação de agressividade e irritabilidade evidentes de pelo menos 6 em um período de duas semanas, de acordo com o OAS-M.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MAAP (N=20)</li> <li>- Mensuração: Escala de Avaliação de Zanarini e Escala de Agressão Aberta Modificada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NSSP (N=13)</li> <li>- Além disso, 25 participantes sem qualquer transtorno psiquiátrico atual ou ao longo da vida foram incluídos para comparar a ativação da amígdala e a conectividade dos pacientes com TPB.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redução significativa na ativação da amígdala em resposta a estímulos faciais de pontos de tempo pré-para-pós-tratamento em pacientes que participaram do MAAP em comparação com aqueles que participaram do NSSP.</li> </ul>
ROSSI <i>et al.</i> , 2023.	Avaliar efeitos da MIT sobre a regulação emocional e outras características clínicas do TPB e investigar alterações na ativação da amígdala por meio de neuroimagem, comparando com o SCM.	Ensaio clínico randomizado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico de TPB;</li> <li>- Idades entre 18 e 45 anos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MIT (N= 39)</li> <li>- Escala de Zanarini</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SCM (N= 39)</li> <li>- 28 indivíduos saudáveis também foram incluídos como grupo controle para comparação de neuroimagem.</li> <li>- Mensuração: Escala de Zanarini</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambos mostraram uma redução significativa dos sintomas borderline, com uma redução maior no grupo SCM (gestão clínica estruturada) para os sintomas centrais do TPB.</li> </ul>
SETH <i>et al.</i> , 2023.	Investigar como a DBT impacta a “representação espacial emocional” da amígdala em pacientes com TPB, especificamente examinando alterações no padrão de atividade neural relacionado ao processamento de emoções antes e após a terapia.	Ensaio Clínico não randomizado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 15 pacientes com TPB (8 mulheres, 6 homens, 1 homem transgênero), submetidos a uma sessão de neuroimagem antes e após um programa de 10 semanas de DBT.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DBT de 10 semanas, focada na regulação emocional e treinamento para diferenciar emoções (N=.15)</li> <li>- Mensuração: Análise de similaridade representacional (RSA), além de escalas clínicas como o Índice de Gravidade do Transtorno de Personalidade Borderline (BPDSI-IV)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neuroimagem (N = 25) indivíduos saudáveis</li> <li>- Mensuração: Análise de similaridade representacional (RSA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antes da DBT, os padrões de atividade para expressões de raiva, medo e neutras eram mais similares entre si (indicando um viés negativo).</li> <li>- Após a DBT, essa similaridade foi reduzida, indicando uma “normalização” da resposta emocional na amígdala.</li> <li>-Esses resultados sugerem que a DBT pode contribuir para a regulação emocional em TPB.</li> </ul>

Autor e Ano	Objetivo	Tipo de Estudo	População	Intervenção	Comparação	Desfechos
<b>SOSIC-VASIC <i>et al.</i>, 2024.</b>	Avaliar a eficácia da TCC no tratamento da desregulação emocional em pacientes que sofrem de TPB.	Estudo clínico randomizado.	- Sexo feminino; - Diagnóstico primário de TPB	- Técnica de ressignificação de imagens (N=24) - Mensuração: Lista de sintomas Borderline (95)	- Tratamento de costume, sem qualquer intervenção psicoterapêutica (N=24)	- Eficaz em melhorar a regulação emocional e a reduzir a sintomatologia do transtorno. - Redução nos comportamentos impulsivos e nos sintomas depressivos
<b>STEINMAIR <i>et al.</i>, 2021</b>	Investigar padrões de interação repetitivos em pacientes com TPB submetidos à PSA ou PDT.	Ensaio clínico randomizado.	- 20 pacientes com TPB (10 em cada grupo de terapia); - Idade média de 31 anos.	- PSA ou PDT (N=10) - Mensuração: Procedimento de avaliação Shedler-Westen (SWAP-200)	Comparação entre os resultados dos tratamentos com PSA e PDT, avaliando variáveis como regulação afetiva e qualidade das relações objetivas (N=10)	- PSA e PDT mostraram eficácia no tratamento de TPB, com diferenças nos aspectos interacionais entre os dois métodos, sendo as interpretações de transferência mais frequentes na PSA, enquanto a PDT enfatizou mais a realidade externa e a aliança terapêutica.
<b>VIJAYAPRIYA; TAMARANA, 2023.</b>	Investigar as mudanças no funcionamento executivo percebido entre estudantes universitários com traços de TPB submetidos à TCC.	Estudo clínico não randomizado.	- 36 participantes - Estudantes universitários com TPB.	- 13 sessões de DBT-ST (N=18) - Inventário Multiaxial Clínico Millon-III (N= 18)	- 13 sessões de ativação comportamental (terapia baseada em vídeo).	- Ambos os grupos mostraram melhorias na regulação emocional e na memória de trabalho. - Funções executivas como controle emocional, monitoramento de tarefas e capacidade de mudança entre atividade foram positivas em ambos os grupos.

Nota: DBT= Terapia Comportamental Dialética; TPB= Transtorno de Personalidade Borderline; SAQ= Questionário de Autoavaliação; DERS= Escala de Dificuldades na Regulação Emocional; BPDSI= *Borderline Personality Disorder Severity Index*; ST= Terapia de Esquema; IPT-BPD-R = Transtorno de Personalidade Borderline Revisada; IPT-G = Psicoterapia Interpessoal em Grupo; TFP = Psicoterapia Focada na Transferência; STIPO= *Structured Interview of Personality Organization*; GAF= Escala de Avaliação Global de Funcionamento; ECP= Tratamento por Psicoterapeutas Comunitários Experientes; fMRI= Ressonância Magnética Funcional Personalizada; MAAP = Psicoterapia Antiagressão; NSSP= Psicoterapia de Apoio Não Específica; BSL-23= Lista de Sintomas Borderline; OAS-M= Escala de Agressão Aberta Modificada, MBT= Terapia Baseada em Mentalização; ZAN-BPD= Escala de Avaliação de Borderline de Zanarini; TAU= Tratamento Usual; MIT= Terapia Interpessoal Metacognitiva; SCM= Manejo Clínico Estruturado; TCC= Terapia Cognitivo-Comportamental; PSA=Psicoterapia Suporte-Analítica; PDT= Psicoterapia Psicodinâmica; DBT-ST= Treinamento de Habilidades de Terapia Comportamental Dialética.

### 5.2. Avaliação de qualidade - Análise do risco de viés

Neste estudo, utilizou-se a ferramenta Cochrane Risk of Bias Table (RoB 2.0) para avaliar o risco de viés em 14 ensaios clínicos randomizados incluídos na análise, como demonstrado na Figura 2. Dentre esses estudos, dois foram classificados como de alto risco, oito apresentaram risco moderado e quatro foram considerados de baixo risco de viés. Essa categorização foi fundamental para assegurar a qualidade metodológica da revisão, permitindo uma análise mais robusta dos resultados e contribuindo para uma melhor interpretação dos achados em relação à confiabilidade e aplicabilidade das evidências. Além disso, para os 5 ensaios clínicos controlados não randomizados, o risco de viés foi analisado por meio da tabela ROBINS-I (*Risk Of Bias In Non-randomised Studies – of Interventions*). Três estudos foram analisados como risco moderado, um estudo como sério e um estudo como crítico, todos apresentados na Figura 3.

**Figura 2** – Análise do Risco de Viés dos 14 Ensaios Clínicos Randomizados

		Domínios do Risco de Viés					
		D1	D2	D3	D4	D5	FINAL
Estudos	ARNTZ <i>et al.</i> , 2022.	+	-	-	+	+	-
	ASSMANN <i>et al.</i> , 2024.	+	-	-	+	-	-
	BOZZATELLO; BELLINO, 2020.	+	+	-	-	+	-
	BOZZATELLO <i>et al.</i> , 2023.	+	-	-	-	+	-
	DIAMOND <i>et al.</i> , 2023.	+	-	+	+	+	+
	HERPERTZ <i>et al.</i> , 2021.	+	+	-	-	+	-
	HILDEN <i>et al.</i> , 2021.	-	X	+	-	+	X
	HONECKER <i>et al.</i> , 2021.	+	+	-	+	+	+
	JUUL <i>et al.</i> , 2023.	+	+	-	+	+	+
	MCMAN <i>et al.</i> , 2022.	+	-	-	+	+	-
	NEUKEL <i>et al.</i> , 2021.	-	+	+	-	+	+
	ROSSI <i>et al.</i> , 2023.	+	-	-	X	+	X
	SOSIC-VASIC <i>et al.</i> , 2024.	-	+	+	+	-	-
	STEINMAIR <i>et al.</i> , 2021.	+	-	-	+	-	-

Domains:  
D1: Bias arising from the randomization process

Domínios:  
D1:Viés decorrente do processo de randomização

D2:Viés devido a desvios das intervenções planejadas

D3:Viés devido a dados de desfecho

Julgamento

- Alto
- Moderado
- Baixo

Fonte: Autoria própria.

**Figura 3 – Análise do Risco de Viés dos 5 Ensaio Clínicos Não Randomizados**

Estudos	Domínios do Risco de Viés							
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	FINAL
ALAVI; STEPHENSON, RIVERA, 2021.	-	×	+	-	-	-	+	×
FLECHSIG <i>et al.</i> , 2023.	-	+	-	-	+	-	+	-
MARTIN; DEL-MONTE, 2022.	-	+	+	-	-	+	?	-
SETH <i>et al.</i> , 2023.	×	+	+	-	-	-	?	×
VIJAYAPRIYA <i>et al.</i> , 2023.	-	-	-	+	-	-	+	-

<p>Domínios:                  D1:Viés devido à confusão                  D2:Viés na seleção dos participantes do estudo                  D3:Viés na classificação das intervenções                  D4:Viés devido a desvios das intervenções pretendidas                  D5:Viés devido a dados faltantes de desfecho                  D6:Viés na mensuração dos desfechos                  D7:Viés na seleção do resultado reportado</p>	<p>Julgamento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: red;">×</span> Crítico</li> <li><span style="color: red;">●</span> Sério</li> <li><span style="color: yellow;">-</span> Moderado</li> <li><span style="color: green;">+</span> Baixo</li> <li><span style="color: blue;">?</span> Não informado</li> </ul>
---	---

Fonte: Autoria Própria

### 5.3. Análise dos Resultados

Ao avaliar os efeitos da psicoterapia e da psicanálise em adultos com TPB, a maioria dos estudos revisados revelou um consenso sobre a eficácia dessas abordagens, embora com nuances em suas avaliações e metodologias. A DBT teve um impacto positivo significativo na normalização da ativação emocional em resposta a estímulos de apego, sugerindo uma melhora no processamento emocional, o que demonstra um avanço dos pacientes em lidar com situações emocionais intensas. De maneira análoga, a DBT comparada ao Tratamento como Usual (TAU) - uma estrutura menos intensiva e sem foco específico no TPB - indicou que a DBT, ao se concentrar nas peculiaridades do TPB, possui uma eficácia maior que o TAU, reforçando a importância de intervenções especializadas e personalizadas no tratamento desse transtorno (MARTIN; DEL-MONTE, 2022; FLECHSIG *et al.*, 2023).

O estudo de Hilden *et al* (2021) comparou a ST em grupo associada ao tratamento psiquiátrico usual com o TAU sozinho, sendo que a terapia utilizou técnicas de experiências individuais para revisar memórias traumáticas e criar respostas emocionais. Os resultados indicaram que essa abordagem pode ser eficaz complementando o tratamento psiquiátrico tradicional. Por outro lado, Assmann *et al.* (2024) comparou a ST com a DBT e, apesar de identificar uma sintomas nos sintomas de TPB ao longo do tempo, não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre os dois modelos de intervenção. Esses achados indicaram que ambas as terapias foram eficazes na redução dos sintomas do TPB, reforçando a ideia de que não houve superioridade de uma terapia em relação a outra.

Outros estudos reforçam que a eficácia das intervenções psicoterapêuticas é evidenciada tanto no plano clínico, com modulação da resposta emocional e no avanço da estabilidade psíquica em indivíduos com TPB, quanto no plano neurofisiológico. Rossi *et al.* (2023) analisou a MIT e observou que essa abordagem promoveu uma diminuição substancial nos sintomas centrais do TPB, com especial ênfase na regulação emocional. Além disso, os resultados de neuroimagem indicaram alterações na ativação da amígdala, sugerindo um impacto positivo no processamento emocional dos pacientes. O estudo de Bozzatello e Bellino (2020) avaliou a Terapia Interpessoal Adaptada para TPB e identificaram avanços no controle de impulsos, nas relações interpessoais e na integração da identidade. Além disso, Seth *et al.* (2023) também observou uma normalização emocional da amígdala com diferenciação aprimorada das reações a emoções negativas com o uso da DBT.

Ademais, estudos investigaram os efeitos da MAAP, a qual apresentou uma redução acentuada da agressividade e manteve em declínio ao longo do tempo, demonstrou uma maior taxa de resposta ao tratamento, aumentou o tempo de resposta a estímulos emocionais, reduziu a reatividade da amígdala e percebeu sua conexão com regiões cerebrais associadas ao controle emocional, principalmente da raiva e medo, sugerindo um impacto positivo na regulação emocional e redução da agressividade. Por outro lado, ao comparar esse grupo com a NSSP, 80% dos pacientes apresentaram melhorias com a MAAP, contra apenas 29,2% dessa terapia comparada (HERPERTZ *et al.*, 2021; HONERCKER *et al.*, 2021; NEUKEL *et al.*, 2021).

Por outro lado, outro estudo trouxe uma nova perspectiva ao focar na eficácia da DBT para a desregulação emocional em pacientes do sexo feminino com esse transtorno. Este estudo constatou melhorias na regulação emocional, diminuição da impulsividade e redução dos sintomas depressivos, corroborando a hipótese de que intervenções psicoterapêuticas levavam a uma maior estabilidade emocional. No entanto, a comparação entre grupos não mostrou diferenças demográficas significativas, o que levantou questões sobre a generalização dos resultados (SOSIC-VASIC *et al.*, 2024).

O estudo de Vijayapriya; Tamarana (2023) explorou as mudanças no funcionamento executivo entre universitários com traços de TPB, que foram submetidos a Terapia TCC. Este estudo destacou que, apesar de ambos os grupos (experimental e controle) terem demonstrado melhorias na regulação emocional, o grupo que recebeu DBT-ST apresentou progresso superior em habilidades de planejamento e organização. Esse resultado sugeriu que a forma de terapia aplicada poderia influenciar não apenas a regulação emocional, mas também as funções executivas, como o controle emocional e a capacidade de iniciar e monitorar tarefas.

Outras abordagens relevantes são a TFP, estudada por Diamond *et al.* (2023) e a IPT analisada por Bozzatello *et al.* (2023), que respectivamente, revelaram o impacto positivo da modalidade na organização da personalidade e nas representações de apego e no outro estudo investigaram a adição da psicoterapia interpessoal em grupo (IPT-G) ao tratamento individual adaptado para TPB (IPT-BPD-R). Em seu estudo, Diamond *et al.* (2023) utilizou pacientes que passaram um ano em TFP, observou-se que aqueles que mudaram de um apego desorganizado para um apego mais organizado apresentaram melhorias significativas na integração da identidade e na regulação da agressividade.

Já a pesquisa de Bozzatello *et al.* (2023), observou que a inclusão da IPT-G resultou em uma melhor qualidade de vida, com maior satisfação nas relações interpessoais e atividades diárias. Esses achados sugerem que a IPT-G pode ser uma valiosa adição ao tratamento individual, ajudando a abordar aspectos relacionais frequentemente prejudicados no TPB. Ambos os estudos indicam que a TFP pode facilitar mudanças estruturais profundas, promovendo uma identidade mais coerente e melhorando as relações interpessoais, aspectos fundamentais para a estabilização dos sintomas do TPB.

Considerando as dificuldades de acesso aos tratamentos presenciais, Alavi *et al.* (2021) avaliaram a eficácia da DBT em formato eletrônico, via e-mail, em comparação com o formato presencial. Surpreendentemente, os resultados mostraram que ambas as modalidades foram igualmente eficazes na redução da desregulação emocional, com melhoras nos níveis de clareza emocional, controle de impulsos e estratégias de enfrentamento. Esse formato de DBT eletrônico surge como uma alternativa viável e acessível para pessoas que enfrentam barreiras geográficas ou logísticas para o atendimento presencial, especialmente em regiões remotas.

Tanto a DBT quanto outras abordagens terapêuticas, como a TFP e a IPT-G, contribuem de maneira significativa para a redução dos sintomas e para a melhora na qualidade de vida de pacientes com TPB. A combinação de intervenções individuais e em grupo, além da possibilidade de modalidades eletrônicas, abre caminhos promissores para um tratamento mais abrangente e acessível. O contínuo aprimoramento dessas intervenções é essencial para atender às necessidades variadas dos indivíduos com TPB e ampliar as possibilidades de tratamento (ALAVI *et al.* 2021; BOZZATELLO *et al.*, 2023).

Abordagens de curta e longa duração para o tratamento de TPB, com foco na MBT, foram investigadas por Juul *et al.* (2023), que compara a MBT de 5 meses com a de 14 meses, e seus resultados mostram que a versão curta não é inferior à versão longa em termos de sintomas de BPD, funcionamento global e eventos adversos. O grupo de tratamento longo

apresentou maior taxa de hospitalizações psiquiátricas, sugerindo que tratamentos mais longos podem intensificar crises em alguns pacientes.

De forma semelhante, McMMain *et al.* (2022), compararam 6 e 12 meses de DBT, concluindo que a intervenção mais curta é clinicamente não inferior na redução de comportamentos autolesivos e de outros sintomas. Os resultados também indicaram uma resposta mais rápida nos primeiros meses com a DBT mais breve, o que aponta para a eficácia de intervenções curtas e mais acessíveis em cenários clínicos. Em síntese, ambos os estudos destacam a viabilidade e os benefícios potenciais de intervenções psicoterapêuticas mais curtas para BPD, sugerindo uma alternativa acessível e eficaz para o manejo dessa condição.

Além disso, em relação à psicanálise, houve uma redução gradual dos sintomas disfuncionais, promovendo um processo de autoconhecimento, o que contribuiu para o fortalecimento da estrutura de personalidade e para a diminuição de comportamentos impulsivos e de padrões relacionais problemáticos. A PSA levou a uma maior capacidade de reconhecer emoções positivas, mas com mais rupturas na aliança terapêutica, enquanto a PDT promoveu melhor vínculo terapêutico-paciente e um aumento da ação terapêutica ao longo do tempo. Além disso, a TFP ajudou a consolidar a identidade e a modular emoções intensas ao integrar representações de si e dos outros dentro da relação terapêutica. Entretanto, existem limitações da psicanálise no tratamento do TPB, como o longo tempo necessário para que essa abordagem produza mudanças- o que pode dificultar a adesão- a análise contínua e a exploração de conteúdos inconscientes, as quais podem gerar resistência e retraumatização em pacientes com histórico de experiências traumáticas ou relações de apego instáveis. Embora seja crucial para o aprofundamento do autoconhecimento e da estrutura de personalidade, essa terapia pode necessitar de adaptações ou de combinações com outras abordagens terapêuticas para atender melhor às demandas e particularidades do TPB (STEINMAIR *et al.*; 2021; DIAMOND *et al.*; 2023).

## 6- DISCUSSÃO

Ao avaliar as principais abordagens psicoterapêuticas e psicanalíticas utilizadas para tratar adultos com TPB, fica claro que apesar das diferenças nas perspectivas metodológicas e teóricas, há consenso sobre a eficácia dessas intervenções visto que os dados coletados enfatizaram que as terapias foram eficazes em promover não apenas a redução dos sintomas, mas também a estabilidade emocional, qualidade de vida e a funcionalidade psicossocial. Esses achados ressaltam a importância de continuar a investigar e aprimorar essas intervenções para otimizar o tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline.

A psicoterapia é considerada o tratamento de primeira linha para o TPB, dentre elas encontra-se a dialética comportamental, a baseada na mentalização a qual combina sessões de tratamento individual e em grupo, a terapia focada na transferência que representa uma extensão específica da terapia psicanalítica e a terapia de esquema baseada em abordagens psicodinâmicas e focadas na emoção. Dentre os artigos, foi evidenciado que essas abordagens mais direcionadas aos pacientes ajudam na construção de habilidades para manejo emocional, favorecendo a estabilização de sintomas, melhor adaptação no convívio social e no desempenho de atividades pessoais (FALK *et al.*; 2024).

O estudo de Setkowski *et al.* (2023) complementa a visão da importância de abordagens psicoterapêuticas personalizadas e flexíveis no tratamento do TPB. O autor reforça que diferentes psicoterapias, como a DBT e a MBT, se destacam em termos de aceitação e eficácia, especialmente no manejo da desregulação emocional, um dos principais sintomas do TPB. Assim, o sucesso terapêutico depende da adaptação ao perfil individual dos pacientes, integrando intervenções estruturadas com abordagens flexíveis para maximizar a eficácia do tratamento. Esses achados corroboram a necessidade de terapias especializadas e adaptativas, alinhando-se com os resultados apresentados neste trabalho, que enfatizam a importância de intervenções que atendam à diversidade de perfis clínicos no TPB.

É importante salientar que fatores genéticos e experiências traumáticas, como abuso, influenciam o prognóstico e a resposta terapêutica, reforçando a importância de uma avaliação inicial detalhada para selecionar a abordagem mais eficaz. Assim, abordagens psicoterapêuticas individualizadas, como por exemplo a psicoterapia focada na transferência, que integrem aspectos psicodinâmicos e comportamentais apresentam potencial para otimizar o tratamento do TPB, promovendo uma prática clínica centrada no paciente. Ademais, a flexibilidade terapêutica é crucial, permitindo ajustes conforme as oscilações sintomáticas e a resposta individual, especialmente em presença de comorbidades (STONE, 2022).

A psicanálise, conforme proposta por Freud, fundamenta-se na ideia de que experiências da infância e desejos reprimidos influenciam profundamente o comportamento humano. Ela busca acessar os conteúdos inconscientes (frequentemente dolorosos ou socialmente inaceitáveis) por meio de técnicas como a associação livre, com o objetivo de trazer à consciência conflitos ocultos que geram sofrimento psíquico. Esses conflitos, originados na infância, moldam padrões de comportamento ao longo da vida, podendo se manifestar em compulsões ou condutas aditivas. Assim, a psicanálise oferece uma lente profunda para compreender as raízes emocionais dos transtornos, ao revelar como impulsos inconscientes moldam a personalidade e os modos de relacionamento com o mundo (TARZIAN; NDRIO; FAKOYA, 2023).

No contexto clínico, a abordagem psicanalítica busca acessar e elaborar conteúdos inconscientes, favorecendo a reorganização da estrutura psíquica e contribuindo para mudanças duradouras no funcionamento da personalidade quando alinhada com a abordagem psicoterapêutica, visto que o tratamento não se limita a modificar comportamentos imediatos, mas também a explorar e resolver questões inconscientes que sustentam esses comportamentos. Na prática clínica, a integração da psicanálise com outras formas de psicoterapia permite que o paciente não apenas reduza sintomas como já demonstrado nos estudos, mas desenvolva um autoconhecimento mais profundo e uma integração emocional que contribuem para uma mudança duradoura (BUCHHEIM *et al.*, 2023).

Por fim, este estudo apresenta limitações relevantes que impactam nas conclusões obtidas. Uma das principais dificuldades reside na escassez de estudos de alta qualidade e longitudinalmente robustos que abordem especificamente a eficácia da psicanálise no tratamento do TPB, visto que a literatura científica sobre sua aplicabilidade permanece limitada, decorrente, em parte, das características próprias da dessa terapia, que demanda um longo período de tratamento e análise, tornando os estudos mais complexos e onerosos de serem conduzidos. Além disso, a resistência inicial de alguns pacientes ao tratamento psicanalítico pode resultar em baixa adesão inicial e abandono da terapia.

Os resultados deste estudo corroboram a perspectiva de que, embora a psicanálise ainda careça de evidências quantitativas robustas em comparação com outras abordagens mais estruturadas, como a DBT e a MBT, ela oferece contribuições clínicas significativas ao proporcionar uma compreensão aprofundada das dinâmicas intrapsíquicas do paciente com TPB. Os dados analisados reforçam que a exploração de conteúdos inconscientes e experiências precoces desse modelo pode ampliar a eficácia terapêutica quando integrada de forma complementar às intervenções baseadas em evidências.

Os pontos relevantes deste trabalho incluem a análise de estudos com delineamentos metodológicos variados, como ensaios clínicos randomizados e não randomizados com detalhamento metodológico que permite a replicação. A inclusão de amostras amplas e diversificadas conferiu maior robustez e aplicabilidade aos achados. Os ensaios clínicos demonstraram reduções significativas nos principais sintomas do TPB, enquanto os delineamentos detalhados enriqueceram a compreensão qualitativa do processo terapêutico. Essa combinação entre evidência empírica e profundidade clínica reforça a relevância das abordagens analisadas e sua eficácia no manejo do transtorno, destacando o potencial transformador das intervenções quando adaptadas às necessidades individuais dos pacientes.

## 7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão sistemática investigou, de maneira abrangente e criteriosa, as abordagens e os efeitos da psicoterapia e da psicanálise no tratamento de adultos com Transtorno da Personalidade Borderline, buscando identificar os tratamentos mais eficazes para estabilizar os sintomas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Por meio da análise dos estudos selecionados, verificou-se que ambas as abordagens terapêuticas apresentam resultados positivos e significativos na melhoria da qualidade de vida, na estabilização emocional e na redução dos sintomas centrais do transtorno.

As modalidades de psicoterapia mostraram-se eficazes no desenvolvimento de habilidades de regulação emocional e na promoção de comportamentos mais adaptativos. A psicanálise, por sua vez, embora muitas vezes demandando um tempo prolongado de tratamento, revelou-se essencial para o autoconhecimento e a estruturação da personalidade, contribuindo para a compreensão profunda dos conflitos inconscientes que permeiam a vida dos pacientes com TPB. É importante destacar, no entanto, que a eficácia das intervenções psicanalíticas pode ser limitada pela resistência inicial dos pacientes e pela retraumatização potencial em contextos de vulnerabilidade.

Apesar das evidências que sustentam os resultados positivos da psicoterapia e da psicanálise de forma individual no manejo do Transtorno de Personalidade Borderline, observa-se a ausência de revisões sistemáticas registradas que analisem ambas as abordagens de forma integrada, o que limita a aplicação clínica baseada em evidências amplas. Assim, esta revisão propõe-se a preencher tal lacuna, elucidando as contribuições terapêuticas específicas de cada abordagem, sem estabelecer comparações diretas, promovendo um direcionamento clínico mais individualizado, além de sintetizar de maneira rigorosa as evidências disponíveis, proporcionando uma base sólida para a prática clínica e para a tomada de decisões terapêuticas mais consistentes.

É válido ressaltar que a contínua investigação sobre intervenções eficazes para o TPB é essencial para garantir que as abordagens terapêuticas sejam acessíveis, seguras e eficazes, promovendo o bem-estar dos pacientes de forma duradoura. Destaca-se, nesse contexto, a necessidade de estudos que integrem a avaliação da psicoterapia e da psicanálise em uma mesma população clínica para preencher a lacuna existente na literatura em relação às investigações que abordem ambas as modalidades terapêuticas de maneira conjunta. Além disso, evidencia-se a necessidade de mais estudos longitudinais na literatura, com seguimento de longo prazo dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

- ABATE D.L., *et al.* Borderline personality disorder, metacognition and psychotherapy. **Journal of Affective Disorders**, v. 276, n. 1, 2020.
- ADAMI, A.; PORTELLA, M.R.; DIAS, L.F.F. Psychotherapy for borderline patients, engagement and prognosis: the perspective of psychiatrists and psychologists. **Revista Perspectivas em Psicologia**, v. 24, n. 1, 2020.
- ALAVI, N.; STEPHENSON, C.; RIVERA, M. Effectiveness of delivering dialectical behavioral therapy techniques by email in patients with borderline personality disorder: Nonrandomized controlled trial. **Journal of Medical Internet Research Mental Health**, v. 8, n. 4, 2021.
- American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. 5.ed. Porto Alegre, Artmed, 2014.
- AMIRI S., *et al.* Alternation in functional connectivity within default mode network after psychodynamic psychotherapy in borderline personality disorder. **Annals of General Psychiatry**, v. 22, n. 18, 2023.
- ARNTZ A., *et al.* Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Psychiatry**, v. 79, n. 4, p. 287 - 299, 2022.
- AROUCA M.E.D., *et al.* Differences and similarities between borderline personality disorder and bipolar affective disorder. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 6, 2023.
- ASSMANN N., *et al.* The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Compared to Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 93, n. 4, p. 249–263, 2024.
- BELLINO, S.; BRUNETTI, C.; BOZZATELLO, P. La psicoterapia del disturbo borderline di personalità: aspetti critici e proposte terapeutiche. **Rivista di Psichiatria**, v. 51, n.1, p. 11-19, 2016.
- BOTELHO, R. **Freud explica: entenda sete conceitos básicos da psicanálise**. Disponível em: <https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/noticia/2017/11/freud-explica-entenda-sete-conceitos-basicos-da-psicanalise.html>, 2017. Acesso em: 10 nov. 2023.
- BOZZATELLO, P.; BELLINO, S. Interpersonal Psychotherapy as a Single Treatment for Borderline Personality Disorder: A Pilot Randomized-Controlled Study. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, p. 1-8, 2020.
- BOZZATELLO P. *et al.* Group interpersonal psychotherapy (IPT-G) for borderline personality disorder: A randomized controlled study. **Journal of Psychiatric Research**, v. 168, p. 157–164, 2023.
- BUCHHEIM A. *et al.* Differential neural response to psychoanalytic intervention techniques during structural interviewing: a single-case analysis using EEG. **Frontiers in Human Neuroscience**, v. 16, 2023.

DIAMOND D., *et al.* Changes in attachment representation and personality organization in transference-focused psychotherapy. **American Journal of Psychotherapy**, v. 76, n. 1, p. 31–38, 2023.

DOTTA, P.; FEIJÓ, L.P.; SERRALTA, F.B. Rupturas da Aliança Terapêutica: um estudo de caso mal sucedido em psicoterapia psicanalítica com paciente borderline. **Ciencias Psicológicas**, v. 14, n. 2, 2020.

EUROPEAN SOCIAL POLICY NETWORK (ESPN). **Ageing Policies in Europe: 2022**. Bruxelas: European Commission, 2022. Disponível em: <[inserir link se houver]>. Acesso em: 24 mar. 2025.

FALK L., *et al.* Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. **World Psychiatry**, 2024.

FLECHSIG A., *et al.* One Year of Outpatient Dialectical Behavioral Therapy and Its Impact on Neuronal Correlates of Attachment Representation in Patients with Borderline Personality Disorder Using a Personalized fMRI Task. **Brain Sciences**, v. 13, n. 1001, p. 1-17, 2023.

GUERRA, A.J.G.; ROCHA, G.H.A.; LARA, F.J.R. Diferencias clínicas del trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad: a propósito de un caso. **Revista Colombiana de Psiquiatría**, v. 51, n. 4, p. 330-334, 2022.

GUNDERSON J.G., *et al.* Borderline personality disorder. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 4, n. 1, p. 1-21, 2018.

HALL, A.M.; RIEDFORD, K.M. Borderline Personality Disorder: Diagnosis and Common Comorbidities. **The Journal for Nurse Practitioners**, v. 13, n. 9, 2017.

HERPERTZ S.C., *et al.* A mechanism-based group-psychotherapy approach to aggressive behavior in borderline personality disorder: findings from a cluster-randomized controlled trial. **British Journal of Psychiatry Open**, v. 7, p. 1-10, 2021.

HIGGINS J.P.T., *et al.* Chapter 8: Assessing risk of bias in a randomized trial. In: HIGGINS J.P.T., *et al.* **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3** (updated February 2022). Cochrane, 2022. Disponível em: [www.training.cochrane.org/handbook](http://www.training.cochrane.org/handbook). Acesso em 18 de março de 2022.

HILDEN H.A., *et al.* Effectiveness of brief schema group therapy for borderline personality disorder symptoms: a randomized pilot study. **Nordic Journal of Psychiatry**, v. 75, n. 3, p. 176-185, 2020.

HONECKER H., *et al.* Impact of a Mechanism-Based Anti-Agression Psychotherapy on Behavioral Mechanisms of Aggression in Patients With Borderline Personality Disorder. **Frontiers in Psychiatry**, v. 12, p. 1-12, 2021.

INTERNATIONAL PROSPECTIVE REGISTER OF SYSTEMATIC REVIEWS (PROSPERO). The effects of psychotherapy and psychoanalysis in adults with Borderline Personality Disorder: A systematic review protocol. CRD420250652461. Disponível em: <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/login>. Acesso em: 12 de abril de 2025.

JUUL S., *et al.* Short-Term versus Long-Term Mentalization-Based Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. **Psychother Psychosom**, v. 92, n. 5, p. 329–339, 2023.

KERNBERG, O.F. Extensions of Psychoanalytic Technique: The Mutual Influences of Standard Psychoanalysis and Transference-Focused Psychotherapy. **Psychodyn Psychiatry**, v. 49, n. 4, p. 506-531, 2021.

LINKS, P.S.; SHAH, R.; EYNAN, R. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Progress and Remaining Challenges. **Current Psychiatry Reports**, v. 19, n.16, 2017.

MARTIN, S.; DEL-MONTE, J. Just try it: Preliminary results of a six-month therapy for borderline personality disorder. **Personal Ment Health**, v. 16, n. 4, p. 338-349, 2022.

MCMAIN S.F., *et al.* The Effectiveness of 6 versus 12 Months of Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: A Noninferiority Randomized Clinical Trial. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 91, n. 6, p. 382–397, 2022.

NEUKEL C., *et al.* A Mechanism-Based Approach to Anti-Aggression Psychotherapy in Borderline Personality Disorder: Group Treatment Affects Amygdala Activation and Connectivity. **Brain Sciences**, v. 11, n. 1627, p. 1-15, 2021.

OSÓRIO C., *et al.* Adapting to Stress: Understanding the Neurobiology of Resilience. **Behavioral Medicine**, v. 43, n. 4, p. 307–322, 2017.

PAGE M.J., *et al.* A declaração PRISMA 2020: uma diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n.2, p. 1-20, 2021.

PARKER, G. Clinical differentiation of bipolar II disorder from personality-based “emotional dysregulation” conditions. **Journal of Affect Disorders**, v. 133, p. 16–21, 2011.

ROSSI, R., *et al.* Metacognitive Interpersonal Therapy in Borderline Personality Disorder: Clinical and Neuroimaging Outcomes From the CLIMAMITHE Study—A Randomized Clinical Trial. **American Psychological Association**, v. 14, n. 4, p. 452-466, 2023.

ROSU A., *et al.* Visually guided equivalence learning in borderline personality disorder. **Heliyon**, v. 8, n.1, 2022.

SERRALTA F.B., *et al.* Reações contratransferenciais de psicoterapeutas frente a uma paciente borderline em psicoterapia: um estudo qualitativo. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 24, n.1, p. 125-138, 2022.

SETKOWSKI K. *et al.* Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. **The Lancet Psychiatry**, v. 10, n. 7, p. 544-555, 2023.

SETH M.L., *et al.* Altered amygdalar emotion space in borderline personality disorder normalizes following dialectical behavior therapy. **Journal of Psychiatry and Neuroscience**, v. 48, n. 6, 2023.

SILVA, M.R.; GASPARETTO, L.; CAMPEZATTO, P.V.M. Psicanálise e psicoterapia psicanalítica: tangências e superposições. **Revista Psicologia e Saúde**, v.7, n.1, p. 39-46, 2015.

SOSIC-VASIC Z., *et al.* Treating emotion dysregulation in patients with borderline personality disorder using imagery rescripting: A two-session randomized controlled trial. **Behaviour Research and Therapy**, v. 173, 2024.

STEINMAIR D., *et al.* Affect regulation in psychoanalytic treatments of patients with a borderline personality disorder—psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy—a comparison. **World Journal of Psychiatry**, v. 11, n. 12, p. 1328-1345, 2021.

STERN, B.L.; YEOMANS, F. Psychodynamic Treatment of Borderline Personality Disorder An Introduction to Transference-Focused Psychotherapy. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 41, n. 2, p. 207-223, 2018.

STERNE J.A.C., *et al.* ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. **British Journal of Psychiatry Open**, v. 355, p. 1-7, 2016.

STERNE, J. A. C.; SAVOVIC, J.; PAGE, M. J.; *et al.* **RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomized trials**. 2019. Disponível em: <https://www.riskofbias.info/welcome/rob-2-0-tool/current-version-of-rob-2>. Acesso em: 8 mar. 2025.

STONE, M.H. Borderline personality disorder: clinical guidelines for treatment. **Psychodynamic Psychiatry**, v. 50, n. 1, p. 45-63, 2022.

TARZIAN, M; Mariana, N; FAKOYA, A.O. **An introduction and brief overview of psychoanalysis**, Cureus, v. 15, n. 9, 2023.

VIJAYAPRIYA, C.; TAMARANA, R. Effectiveness of internet-delivered dialectical behavior therapy skills training on executive functions among college students with borderline personality traits: a non-randomized controlled trial. **Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome**, v. 26, n. 3, 2023.

VALDIVIESO-JIMÉNEZ G., *et al.* Severidad Clínica En Trastorno Bipolar, Trastorno Límite De La Personalidad Y Su Comorbilidad. **Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría**, v. 58, n.1, p. 2-14, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Report on Ageing and Health**. Genebra: WHO, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>. Acesso em: 24 mar. 2025.

## ANEXO 1

**Imagem 1:** Protocolo do estudo registrado na plataforma PROSPERO.



**Fonte:** Página *website* do PROSPERO<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>Disponível em: <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD420250652461>.  
Acesso em: 27 Abr. 2025.

## ANEXO 2

Quadro 3 - Domínios da ferramenta *Cochrane Risk of Bias Table* (RoB 2.0).

Viés decorrente do processo de randomização	<p>Avalia se a alocação dos participantes foi aleatória, ocultada e se as diferenças basais entre os grupos interferiram na randomização</p> <p>Perguntas sinalizadoras:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sequência de randomização?</li> <li>2. Sigilo de alocação?</li> <li>3. Desequilíbrio entre as características dos grupos?</li> </ol>
Viés devido a desvios das intervenções planejadas	<p>Avalia se os participantes e equipe estavam cientes da intervenção atribuída</p> <p>Perguntas sinalizadoras:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Participantes têm conhecimento da alocação?</li> <li>2. Equipe têm conhecimento da alocação?</li> <li>3. Houve desvio?</li> <li>4. Houve impacto nos desfechos?</li> <li>5. Desvios equilibrados entre os grupos?</li> </ol>
Viés devido a ausência de dados dos desfechos	<p>Avalia se os dados para um resultado estavam disponíveis para quase/todos os participantes (perda de seguimento).</p> <p>Perguntas sinalizadoras:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Os dados para o desfecho avaliado estão completos?</li> <li>2. Há evidências de que o resultado não foi enviado por dados ausentes?</li> <li>3/4. Perdas poderiam estar/provavelmente relacionadas à intervenção?</li> </ol>
Viés na mensuração do desfecho	<p>Avalia o método de mensuração dos desfechos, se a mensuração diferiu entre os grupos, se os avaliadores dos desfechos sabiam da intervenção atribuída.</p> <p>Perguntas sinalizadoras:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Métodos de mensuração apropriados?</li> <li>2. Métodos de mensuração comparáveis entre os grupos?</li> <li>3. Os avaliadores dos desfechos sabiam sobre a alocação?</li> <li>4/5. É provável que o conhecimento da alocação tenha influenciado os resultados?</li> </ol>
Viés na seleção do resultado relatado	<p>Avalia se o resultado numérico relatado para os desfechos foi selecionado com base em sua direção, magnitude ou significância estatística.</p> <p>Perguntas sinalizadoras:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A análise dos dados foi previamente especificada?</li> <li>2/3. Provável seleção do resultado numérico relatado?</li> </ol>

## ANEXO 3

Quadro 4 - Domínios da ferramenta *Risk Of Bias In Non-randomised Studies – of Interventions* (ROBINS-I)

Domínio	Descrição
<i>Antes da intervenção</i>	
<b>Viés por confundimento</b>	Viés oriundo da presença de desequilíbrio em características prognósticas do desfecho também são preditoras da intervenção recebida no início do seguimento. Também avalia o viés por confundimento tempo-dependente (quando sujeitos trocam entre intervenções comparadas ou quando fatores que ocorrem após o início do seguimento afetam a intervenção recebida)
<b>Viés na seleção dos participantes</b>	Viés que pode surgir quando a seleção dos participantes ocorre em função de uma característica que é associada a um efeito da intervenção ou de uma causa da intervenção e ao desfecho ou uma causa do desfecho. Nesses casos, há a criação de uma associação entre intervenção e desfecho mesmo quando o efeito das intervenções é idêntico.
<i>Na intervenção</i>	
<b>Viés na classificação das intervenções</b>	Viés introduzido pelo erro na classificação das intervenções diferencial ou não-diferencial. O erro não-diferencial não está relacionado ao desfecho e irá geralmente enviar o efeito para nulo. O erro diferencial ocorre quando a classificação está relacionada com o desfecho ou ao risco de desfecho e provavelmente irá enviar o resultado.
<i>Após a intervenção</i>	
<b>Viés por desvio das intervenções pretendidas</b>	Viés que surge por diferenças sistemáticas no cuidado provido (incluindo co-intervenções) entre os grupos de intervenção e comparador, que representam um desvio da intervenção pretendida. A avaliação desse domínio tem relação com o tipo de efeito sendo avaliado (alocação ou iniciar e aderir ao tratamento).
<b>Viés por dados faltantes</b>	Viés oriundo da diferença na extensão e motivos de dados faltantes entre os grupos, incluindo perda de dados de seguimento, falta de informação sobre o status de intervenção ou outras variáveis, como confundidores.
<b>Viés na medida dos desfechos</b>	Viés que ocorre por erro diferencial ou não-diferencial na classificação dos desfechos ou erros na mensuração. O erro na classificação é não-diferencial quando não está associado à intervenção recebida. O erro diferencial pode ocorrer quando avaliadores tem conhecimento da intervenção recebida, se diferentes métodos (ou intensidade de observação) são usados entre os grupos ou se os erros de medida estão associados com a intervenção ou com um efeito desta.
<b>Viés na seleção dos resultados reportados</b>	Relato seletivo de resultados, de uma forma que depende dos resultados observados e impede que a estimativa seja utilizada em meta-análises ou outras sínteses.