

**Universidade São Judas Tadeu  
Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde  
Curso de Psicologia**

Danieli Cristina dos Santos  
Isadora Sciotta de Souza Faccas

**Transtorno de personalidade borderline e as contribuições da clínica  
psicanalítica: uma revisão integrativa**

**São Paulo  
2021**

**Universidade São Judas Tadeu  
Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde  
Curso de Psicologia**

Danieli Cristina dos Santos  
Isadora Sciotta de Souza Faccas

**Transtorno de personalidade borderline e as contribuições da clínica  
psicanalítica: uma revisão integrativa**

**Borderline personality disorder and contribution of psychoanalytic clinic: an  
integrative review**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de Psicologia da  
Universidade São Judas como parte  
dos requisitos para obtenção do grau  
de Psicólogo.

Área de concentração: Núcleo da Clínica Psicodinâmica  
Orientador: Prof. Ms. Daiane Fuga da Silva

**São Paulo  
2021**

**Resumo:**

Esta revisão integrativa teve como objetivo analisar as contribuições da clínica psicanalítica no Transtorno de Personalidade Borderline. Os artigos selecionados foram retirados das bases de dados LILACS, BVS e SciELO, no idioma português, foi estabelecido como critério de inclusão a estrutura PICO, e publicados no intervalo de dez anos, entre 2011 e 2021, usando como critério de exclusão as pesquisas de revisão sistemática e/ou integrativa da literatura, dissertações, teses e publicações de manuais oficiais. Observou-se o êxito da terapia psicanalítica no que se refere ao tratamento deste transtorno através da elaboração colaborativa, entre paciente e terapeuta de empatia, construindo uma relação terapêutica entre os envolvidos e desenvolvendo no paciente a capacidade de criação de uma ligação de confiança, auxiliando assim, o analisando a desenvolver a capacidade de controlar os seus impulsos, controlando suas próprias emoções, evitando contextos que geram angústia e sofrimento ao mesmo.

**Palavras-chave:** transtorno de personalidade; borderline; revisão integrativa.

**Abstract:**

This integrative review had as purpose to analyze the contributions of the psychoanalytic clinic in borderline personality disorder. The selected articles were removed from the databases LILACS, BVS e SciELO, in Portuguese, was established as a criterion for inclusion the structure PICO, and published within ten years, between 2011 and 2021, using as an exclusion criterion the systematic review research and/or integrative literature, dissertations, theses, and publications of official manuals. The success of psychoanalytic therapy was observed with regard to the treatment of this disorder through collaborative development, between patient and empathy therapist, building a therapeutic relationship among those involved and also developing in the patient the ability to create of a trust connection, helping so, thus assisting, analyzing to develop the ability to control the impulses,

controlling your own emotions, avoiding contexts that generate anguish and suffering to himself.

**Key words:** personality disorder; borderline; integrative review.

## 1. Introdução:

Cada ano que passa há maiores avanços no que se refere aos estudos sobre o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), bem como avanços na influência que esta psicopatologia traz na vida cotidiana de seus afetados. De acordo com os autores Reis, Reisdorfer e Gherardi-Donato (2013) “Os transtornos de personalidade constituem um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento destoante das normas sociais e da cultura vigente. Iniciam-se na adolescência ou no começo da idade adulta e provocam sofrimento ou prejuízos” (p.71).

Este transtorno fronteiroço, recebe a codificação de F60.3 e a nomeação de “Transtorno de personalidade com instabilidade emocional” na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), assentada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (1993). Sua definição consta da seguinte forma:

*“Transtorno de personalidade caracterizado por tendência nítida a agir de modo imprevisível sem consideração pelas conseqüências; humor imprevisível e caprichoso; tendência a acessos de cólera e uma incapacidade de controlar os comportamentos impulsivos; tendência a adotar um comportamento briguento e a entrar em conflito com os outros, particularmente quando os atos impulsivos são contrariados ou censurados. Dois tipos podem ser distintos: o tipo impulsivo, caracterizado principalmente por uma instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos; e o tipo “borderline”, caracterizado além disto por perturbações da auto-imagem, do estabelecimento de projetos e das preferências pessoais, por uma sensação crônica de vacuidade, por relações interpessoais*

*intensas e instáveis e por uma tendência a adotar um comportamento autodestrutivo, compreendendo tentativas de suicídio e gestos suicidas”*  
(Organização Mundial da Saúde, p. 200-201).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª. Edição (DSM-V, 2014), para que seja realizado o diagnóstico de TPB, o indivíduo deve possuir alguns aspectos como manifestações do distúrbio. Se enquadram nas características diagnósticas do Borderline, a instabilidade nas relações (seus relacionamentos oscilam no que diz respeito à intensidade e também se caracteriza pela instabilidade), em sua autoimagem e no que diz respeito às próprias emoções; medo do abandono, gerando atos impulsivos; comportamentos suicidas ou de automutilação; oscilações súbitas de humor; raiva exacerbada e muitas vezes com dificuldade de autocontrole; episódios psicóticos acometidos pelo estresse; e o sentimento crônico de vazio. Vale ressaltar que para constar que o paciente possui tal protótipo, o mesmo deve possuir ao menos cinco destes sintomas descritos, por um período mínimo de um ano e gerados em diferentes contextos.

O termo “borderline” surgiu dentro da psicanálise através de Adolf Stern (1938), remetendo a ideia de uma psicopatologia que se caracteriza por um estado limite, servindo como base para os estudos procedentes e que ainda circundam pela atualidade. Visto isso, devemos destacar que por mais que seja uma patologia já classificada dentro da psiquiatria, ainda na contemporaneidade, não se possui um consenso, ou definição exata para este transtorno dentro da teoria psicanalítica, tendo assim, como único comum acordo, o fato da impossibilidade de um tratamento psicanalítico habitual como no caso dos neuróticos para estes casos, principalmente no que se refere às transferências em setting terapêutico.

Winnicott (1955/1992), enfatiza esta diferença, asseverando:

*“Enquanto que, na neurose de transferência, o passado vem para o consultório, nesse tipo de trabalho é mais verdadeiro se dizer que é o presente que volta ao passado. Então, o analista vê-se confrontado com os processos*

*primários do paciente no ambiente em que foram primeiramente validados. [...] Há, então, pela primeira vez, para o paciente, a oportunidade para o desenvolvimento de um ego, para a sua integração a partir dos núcleos desse ego, para o estabelecimento de um ego corporal, e também para o seu repúdio a um ambiente externo, simultâneo ao início de um relacionamento com objetos. Pela primeira vez, o ego pode experienciar impulsos do id, e sentir-se real ao fazer isso, como também ao descansar do ato de experienciar” (p. 298).*

Retornando ao termo e aos estudos que partiram do mesmo, originalmente, foi afirmado por Stern (1938), que tal transtorno estaria localizado entre a neurose e a psicose, e por tal motivo carregaria esta nomenclatura. Porém, a partir de 1940, as convicções iniciais sofreram modificações através do aparecimento de novos autores e suas teorias. Como exemplo desta distinção de ideias, seria a definição de que este distúrbio não se enquadraria na psicose ou na neurose (Deutsch, 1942/2007; Schmideberg, 1947/1986), também que o mesmo se encontraria em ambas classificações (Knight, 1953), e até mesmo a definição do distúrbio como “uma forma específica e notável de estrutura egoica patológica” (Kernberg, 1966, p.250).

Dentre estas discussões, não se pode negar o modo distinto que o indivíduo Borderline não só enxerga o mundo, mas como age sobre ele. Marinho e Ratto (2016), relatam que ao contrário dos indivíduos caracterizados como neuróticos por Freud, que eram guiados por carga de recalque e das sublimações, o indivíduo acometido por este distúrbio guia suas ações pela busca constante de gozo e de satisfação de forma abrupta, dando vazão a uma excitação contínua e exacerbada, um modo de funcionamento instável, emoções desordenadas (assim caracterizando também seu controle) e suas altas carências narcísicas.

Segundo Baldissera, Rosa e Zatti (2014), os indivíduos que são acometidos pelo TPB possuem comorbidades fortemente ligadas aos distúrbios do campo afetivo, como depressão maior, transtornos de ansiedade, distúrbios alimentares, abuso de substâncias (com

predominância do álcool). Um dos sintomas de cunho psiquiátrico e que também se faz presente é a ideação paranoide, sendo esta de grande dificuldade de manejo.

O comportamento dos indivíduos borderline pode se manifestar de forma auto-destrutiva (auto-mutilação, ameaças e tentativa de suicídio), pacientes com formas mais gerais de impulsividade (abuso de álcool, desordem alimentar, participação em orgias, explosões verbais) e pacientes que apresentam relacionamentos intensos e instáveis (Carneiro, 2004).

É importante destacar que Melman (2006), afirma que Síndrome Borderline não afeta somente aquele que sofre do transtorno, mas também aqueles que o circundam, em virtude de significativas desorganizações comportamentais - oscilação de humor, dificuldade de prever seus próprios comportamentos, insegurança, estresse e a instabilidade - que acontecem nas relações interpessoais, gerando implicações na dinâmica familiar desse paciente.

Hegenberg (2013) destaca a importância da orientação à família dos pacientes borderline para que não adoeçam e para que tenham conhecimento no manejo das agressões, nas cobranças por atenção, dentre outros sintomas dessa comorbidade. A seguinte declaração corrobora com o entendimento da dificuldade que um membro da família tem no convívio com um paciente border:

*“É difícil... dar limites. Mas é muito difícil mesmo: um remédio amargo que tem de ser administrado ao border e se é ruim para ele, pior para nós... foram anos de despesas desnecessárias, pagamentos de dívidas que ela fez, falta de compromisso, mentiras, calúnias. Até contar para o médico que eu a espancava diariamente ela disse...”* (depoimento de uma mãe), conforme Revista Ciência (In) Cena (2019)

Skodol (2002) aponta que estudos experimentais randomizados concluem que a psicoterapia dentro da abordagem psicodinâmica se mostra eficaz no tratamento dos

transtornos de personalidade borderline, apresentando resultados significativos na redução de comportamentos suicidas e auto-agressivos. Da mesma forma, resultados importantes foram obtidos com relação a melhoria nas relações sociais e interpessoais, conforme Baldissera, Rosa e Zatti (2014).

De acordo com Adami, Dias e Portella (2020), juntamente com este processo psicoterápico, também frequentemente, se faz a prescrição de fármacos, como por exemplo, os antipsicóticos, benzodiazepínicos, ansiolíticos e antidepressivos de um modo geral, para o controle de alguns sintomas que o transtorno traz consigo. Como técnicas psicoterápicas, esses mesmos autores afirmam que é possível fazer uso da abordagem comportamental e da psicodinâmica para o tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline, sendo a abordagem psicanalítica a mais atuante para uma dinâmica psíquica mais integrada, por haver maior conteúdo inconsciente presente na intervenção terapêutica.

Sendo assim, observando a importância da psicanálise no que se refere ao Transtorno de Personalidade Borderline, além de sua crescente manifestação no mundo contemporâneo e a necessidade de uma amplificação de perspectiva sobre estes pacientes, essa revisão integrativa objetiva identificar e analisar os efeitos da técnica psicanalítica para trabalhar com pacientes portadores de TPB.

## **2. Metodologia**

Este estudo se configura como uma Revisão Integrativa da literatura. Com vistas ao adequado refinamento dos artigos, estabeleceu-se como critérios de inclusão a estrutura PICO (Akobeng, 2005; Flemming, 1999; Bernardo, Nobre & Jatene, 2004). PICO representa um acrônimo para P= Paciente, I= Intervenção, C= Comparação e O= “Outcomes” (desfecho). Esses quatro componentes são os elementos fundamentais da questão de pesquisa e da construção da pergunta para a busca de evidências. No presente estudo adotou-se o seguinte

critério para o PICO, onde, P = Adulto que possui diagnóstico de transtorno de personalidade borderline; I = Psicoterapia Psicanalítica; C = Não possui; O = Atenuar os sintomas do transtorno. Estabeleceu-se a busca dos artigos publicados no intervalo de dez anos, entre 2011 e 2021.

Levou-se em consideração as pesquisas científicas classificadas como originais e indexadas nas bases de dados LILACS, BVS e SciELO, bem como, artigos que estivessem disponíveis no idioma português. A partir disso, foram excluídos as pesquisas de revisão sistemática e/ou integrativa da literatura, dissertações, teses e publicações de manuais oficiais.

As buscas pelos artigos foram realizadas por dois pesquisadores, em momentos distintos e independentes. Em caso de incerteza na elegibilidade do artigo, um terceiro pesquisador realizou a avaliação. Na **Tabela 1** (ANEXO 1) encontra-se os descritores adotados em cada base de dados.

Foram identificados 353 artigos na LILACS, 7 na BVS e 8 na SciELO. Totalizando 368 artigos. Na etapa de triagem, foram encontrados 31 trabalhos duplicados. Na etapa de elegibilidade, foi realizada a leitura do título e resumo, e foi excluído 323 trabalhos. Sucessivamente, os pesquisadores efetuaram a leitura integral desses materiais, sendo possível selecionar 3 artigos. Onze trabalhos foram excluídos por conta de suas informações não corresponderem à necessidade exposta pelo PICO. Assim, a amostra final desta revisão integrativa da literatura é composta por 3 artigos.

A **Figura 1** (ANEXO 2) apresenta o fluxograma concernente ao processo de seleção dos artigos que compõem este estudo.

### **3. Resultados e Discussão**

Os artigos selecionados e analisados foram extraídos das bases de dados BVS, LILACS e SciELO. Para alcançar o propósito deste trabalho, as temáticas acerca do

Transtorno de Personalidade Borderline e as contribuições da clínica psicanalítica, promoveram o levantamento das informações que foram incluídas e divididas em duas tabelas, da seguinte forma: identificação, periódico de publicação, título, autores/ano (**Tabela 2** - ANEXO 3) e no que se refere à identificação, metodologia, participantes, intervenção e resultados sobre o tema (**Tabela 3** - ANEXO 4) Para possibilitar o reconhecimento de cada artigo, os mesmos foram discriminados dentro do intervalo alfabético de A à C.

Através dos dados apresentados na **Tabela 2** (ANEXO 3) referente aos artigos selecionados, é possível observar a questão da precariedade na quantidade de estudos envolvendo este tema, principalmente dentro da área de psicologia, onde, do total de três artigos, dois deles foram publicados no periódico Revista Brasileira de Psiquiatria. Essas variáveis tornam possível identificar um maior avanço na disseminação dos trabalhos referente a esta temática na área psiquiátrica. Esse cenário pode advir da falta de interesse ou resistência que, historicamente, a comunidade psicanalítica tem sobre o valor da pesquisa acerca dos transtornos de personalidade (incluindo os transtornos de personalidade limítrofe). Essa resistência pode ter como gênese inúmeros motivos, como o método de pesquisa, apego as crenças sobre teoria e técnica individual e conhecimento clínico, rigor metodológico e, por fim, o volume pequeno de ensaios clínicos randomizados (RCTs) de psicoterapia psicodinâmica em relação a outras formas de psicoterapia (Yakley, 2014).

Vale ressaltar a importância dos trabalhos multidisciplinares na área da saúde, principalmente no que se refere à junção dos profissionais relacionados à área de psicologia e psiquiatria, visto que estas áreas se assemelham e diferem em inúmeros pontos, integrando todas as possibilidades terapêuticas, acarretando assim em um trabalho mais amplo, com um olhar mais abrangente e rico no que se refere às trocas de experiências.

De acordo com Vasconcellos (2010), a saúde no Brasil passou a dar prioridade para o trabalho multidisciplinar, assim, acarretando o benefício de enriquecer as práticas terapêuticas

e interrompendo à crescente cisão do conhecimento. Assim sendo, a questão da multidisciplinaridade assume a responsabilidade de uma comutação do saber, e uma incorporação abrangente entre as disciplinas para um determinado fim.

Torna-se observável também na **Tabela 2** (ANEXO 3) os anos de publicação de cada estudo, havendo uma variância entre 2008 e 2013, salientando, assim, a pouca exploração acerca deste tema nos últimos anos. Shedler (2010), destacou a escassez de pesquisa de orientação psicanalítica acerca dos transtornos de personalidade e sugere que existe uma falta de interesse dos próprios acadêmicos que dificulta a produção de material científico:

*“Há uma crença em alguns quadrantes de que os conceitos e tratamentos psicodinâmicos carecem de suporte empírico ou que a evidência científica mostra que outras formas de tratamento são mais eficazes. A crença parece ter adquirido vida própria. Os acadêmicos repetem-na uns aos outros, tal como os administradores de cuidados de saúde, tal como os decisores políticos de cuidado de saúde. A cada repetição, sua aparente credibilidade cresce. Em algum momento, parece haver pouca necessidade de questioná-la ou revisá-la, porque “todos” sabem que assim é.” (p. 98 – 109).*

Todos os artigos presentes no estudo foram realizados em co-autoria, possibilitando o maior enriquecimento destes trabalhos e uma maior discussão sobre o assunto, visto a necessidade de expandir a contemplação com relação ao Transtorno de personalidade borderline e de que forma a clínica psicanalítica possa contribuir com o mesmo.

De acordo com Hilário, Grácio e Guimarães (2018), a co-autoria representa a ciência em sua pluridisciplinaridade, tornando possível assim, um aporte geral maior, levando em conta a subjetividade intelectual de cada membro. Através desta modalidade de autoria, deve-se conquistar um arremate com resultados específicos e válidos. Deste modo, acaba por

auxiliar uma elaboração mais aprimorada referente ao tema de Transtorno de personalidade borderline e as contribuições da clínica psicanalítica, visto que se faz necessário uma maior observação por parte dos profissionais da área de psicologia e psiquiatria, para atender o rigor metodológico da pesquisa científica.

Na **Tabela 3** (ANEXO 4), são apresentadas informações adicionais que serviram de base para a análise realizada, sendo: identificação, metodologia, participantes, intervenção e resultados sobre o tema. É possível verificar que todos os artigos selecionados, **A**, **B** e **C**, se referem a estudos de caso dentro do ambiente hospitalar, onde apresentam os seguintes pontos: no artigo **A** as intervenções psicoterapêuticas tinham como objetivo final alcançar uma ampliação da adequação da paciente não só como participante de sua história, mas também como responsável por ela. Além disso, que conseguisse enfrentar situações desestabilizadoras de uma maneira mais apropriada, ajudá-la em seu desenvolvimento pessoal, assim, para que a paciente conseguisse manejar de forma mais saudável suas dificuldades diárias, reduzindo, portanto, atitudes autodestrutivas e situações que lhe geram angústia e sofrimento.

No artigo **B**, a paciente foi participante do processo de psicoterapia psicanalítica, com o objetivo final de modificar questões de suicídio, ansiedade, ajustamento social, impulsividade, agressividade e depressão. Por fim, o artigo **C** se refere à uma psicoterapia baseada na psicodinâmica, com intervenções focadas em mentalização, no qual o objetivo final era conseguir com que os pacientes descobrissem como se sentem e pensam sobre si mesmos/sobre os outros, como estas questões ordenam a resposta do outro, e através disso, o entendimento de como a dificuldade em se autocompreender e também aos outros, ocasionam atitudes com tentativa de capturar estabilidade e tornar sentimentos incompreensíveis, como algo com algum sentido.

Segundo Alves et al. (2003), não só este transtorno, como também todos os demais distúrbios de personalidade não possuem um tratamento psiquiátrico específico ou evidente. Visto isso, a grande quantidade de comorbidades que o transtorno de personalidade borderline traz consigo, modificando notoriamente a vida de seus pacientes e familiares, é de extrema importância a questão de um atendimento interdisciplinar integrado. Onde, os resultados apresentaram o cenário da importância de visualizar os portadores em todas as ocasiões, oferecendo intervenções que sustentem essa extensão. Assim, fortalecendo o crédito do tratamento destes casos em ambiente hospitalar, visto o vasto oferecimento de áreas do saber dentro deste recinto e a potencialização de oferecimento de auxílio nos diversos campos.

Através da leitura na íntegra destes artigos, foi observado que a maioria deles se refere a um estudo de caso baseado em pacientes mulheres, assim como são representados os artigos **A** e **B**, (visto que o artigo **C** não especifica sexo e idade de seus participantes), onde, em ambos os artigos também fica evidenciado a pouca idade das participantes, saindo do período de adolescência e ingressando na vida adulta. No artigo **A**, a participante em questão tinha 22 anos, e no artigo **B** a paciente tinha 19 anos. De acordo com Méa e Riva (2015), o transtorno de personalidade borderline é um distúrbio predominante em pessoas do sexo feminino, além disso, o início das manifestações dos sintomas ocorrem entre 18 e 25 anos, totalizando assim que 90% do total de casos, ocorrem antes dos 30 anos.

Uma das propostas de intervenção do artigo **A** se refere a oferecer auxílio para que a paciente desenvolva atitudes menos autodestrutivas, havendo assim, uma semelhança parcial com o artigo **B**, que procura tratar entre tantas temáticas o suicídio e a agressividade, e o artigo **C**, com a questão da tentativa de reter estabilidade, tentando fazer sentido os sentimentos incompreensíveis. De acordo com Black, Blum, Pfohl e Hale (2004), a questão do suicídio é um aspecto muito enraizado nos casos deste transtorno, onde, 75% já realizaram esta tentativa, e destes, 10% tiveram êxito.

Mesmo quando não há intenção de promover a própria morte, ocorre na maioria dos casos a questão da automutilação, lesionando seus corpos de diversas formas. Esta atitude é gerada por conta destes indivíduos não possuírem um método mais adequado para lidar com seus sentimentos, angústias e sofrimento, visto que os mesmos os caracterizam como insuportáveis e dolorosos. Estes pacientes relatam que provocando este sofrimento de ordem física em si mesmos, conseguem aliviar a dor psíquica (Sousa & Vandenbergue, 2005; Covelli, 2010).

Outras intervenções presentes no artigo **B** se referem a trazer modificações para a paciente referente a impulsividade, ansiedade, depressão e seu ajustamento social. De acordo com Stepp, Smith, Morse, Hallquist e Pilkonis (2012), através de um estudo realizado foi verificado que pacientes que caracterizavam problemáticas em suas relações interpessoais, se envolvem repetidamente em contextos de violência em sua vida diária.

De acordo com a APA (2014), as comorbidades que mais se manifestam nestes pacientes são: depressão, transtornos bipolares, uso e abuso de substâncias e os transtornos advindos desta situação, distúrbios referente à alimentação, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

Através da análise de todos os artigos selecionados, foi observado a grande quantidade de comorbidades que o distúrbio acomete na vida de seus afetados, e como é comum que o borderline esteja interligado com outras doenças mentais. Sendo assim, também é notável o quanto a terapia psicodinâmica se instaura nestes casos com o principal enfoque de melhorá-los. Sheller (2010) destacou os resultados significativos de alguns estudos clínicos randomizados de alta qualidade na abordagem de terapia psicodinâmica. Em estudos robustos realizados tendo como métrica o tamanho do efeito – que é a diferença entre o grupo de tratamento e o grupo controle – mostrado em unidade de desvio padrão, apontou um tamanho de efeito de  $p=0,97$  para pacientes com transtornos mentais comuns que receberam a

psicoterapia baseada em meta-análises em comparação com grupos controles não tratados. O efeito aumentou para  $p=1,51$  quando os pacientes foram avaliados no acompanhamento a longo prazo.

Yakley (2014), em seu trabalho relacionando bases de evidências, destacou duas meta-análises publicadas no *JAMA* (Leichsenring 2008 e 2009) e a *Harvard Review of Psychiatry* (Maat, 2009), em que a psicoterapia psicodinâmica mostrou, não só que os efeitos dessa abordagem são significativamente maiores do que as terapias de curto prazo, mas que continuaram a aumentar no acompanhamento de longo prazo, para os casos de transtornos mentais complexos descritos no DSM (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).

Ainda de acordo com Yakley (2014), foi publicado no *American Journal Psychiatry* (Leichsenring, 2003) um estudo sobre a eficácia da psicologia psicodinâmica e da TCC (terapia cognitiva comportamental) para os casos de transtorno de personalidade e o resultado mostrou tamanhos de efeitos pré e pós tratamento de  $p=1,46$  para psicologia psicodinâmica e de  $p=1,0$  para a TCC, revelando, assim, o seu papel de importância dentro do cenário interventivo em pacientes TPB, uma vez que esse tipo de transtorno de personalidade é, antes de tudo, uma maneira de ser, um tipo de funcionamento, é como o sujeito se apresenta nas relações, os efeitos expressivos e duradouros na melhora dos sintomas, advindos da psicoterapia psicodinâmica relevados a longo prazo, mostram que ela não é inferior em eficácia a outros tratamentos psicológicos.

#### **4. Considerações finais**

Essa revisão integrativa teve como objetivo identificar e analisar os efeitos da técnica psicanalítica para atuar com pacientes portadores de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). Através dos materiais coletados e analisados para este estudo, foi possível verificar

que a terapia psicanalítica contribui fortemente para o tratamento do TPB através de uma construção empática com o paciente, elaboração de aliança terapêutica e a criação de um vínculo de confiança, possibilitando para o analisando a capacidade de desenvolver continência para seus impulsos, assim colaborando no controle de suas emoções.

A terapia baseada na abordagem psicanalítica possui maior relevância em resultados no tratamento quando comparada à de curto prazo, a psicanálise apresenta resultados positivos também no processo de tratamento para pacientes com este transtorno, pois podem alcançar uma dinâmica psíquica mais integrada, por haver maior manifestação de conteúdos inconscientes e conscientes na intervenção terapêutica.

Dentre as limitações do estudo, é importante ressaltar escassez de artigos com intervenção nesse tema, além do fato da rede de apoio não ser citada nos artigos achados como potencial colaborativo no tratamento, bem como a dificuldade de se estabelecer um consenso em definir o TPB da psicologia de maneira geral.

Assim, é de extrema importância a atuação das políticas públicas visando o entendimento e cuidados necessários no espectro dos transtornos de personalidade. Além disso, destaca-se a relevâncias dos profissionais na formação e atualização constante, além do valoroso movimento dos psicanalistas pesquisarem e publicarem os seus achados na área, visando deste modo a disseminação do conhecimento científico e comprovando assim que é possível caminhar com a psicanálise baseada em evidência.

### **Referências:**

Adami, A., Portella, M., & Dias, L. (2002). Psicoterapia para pacientes borderline, engajamento e prognóstico: a perspectiva de psiquiatras e psicólogos. *Revista Perspectiva em Psicologia*, 24(2), 1-24.

- Akobeng, A. K. (2005). Principles of evidence based medicine. *Arch Dis Child*, 90(8), 837-40.
- Almeida, J. C. (2019). As Relações Familiares de Pacientes com Transtorno de Personalidade. *Revista Ciência (In) Cena*, 1(8), 17–32.
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5. Porto Alegre: Atmed.
- Bernardo, W. M., & Nobre, M. R., & Jatene, F. B. (2004). A prática clínica baseada em evidências. Parte II - Buscando as evidências em fontes de informação. *Rev Assoc Med Bras*, 50(1), 104–108. doi:10.1590/S0104-42302004000100045
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of personality disorders*, 18(3), 226-239.
- Covelli, J. L. (2010). La peligrosidad: suevaluación y desarrollo hipotético em los grupossociales excluídos. Ciudadela: Dosityuna Ediciones Argentinas.
- Flemming, K. (1999). Critical appraisal. 2. Searchable questions. *NT Learn Curve*, 7;3(2), 6-7.
- Hilário, C. M., Grácio, M. C. C., & Guimarães, J. A. C. (2018). Aspectos éticos da coautoria em publicações científicas. *Em Questão*, 24(2), 12–36. doi:org/10.19132/1808-5245242.12-36
- Marinho, K. F., & Ratto, C. G. (2016). Modo borderline e mundo do trabalho: Um ensaio sobre implicações e perspectivas atuais. *Saude e Sociedade*, 25(1), 171–185. doi: 10.1590/S0104-12902016141754
- Méa, C. P. D. & Riva, F. (2015). Expressões da sexualidade feminina no transtorno de personalidade borderline. *Aletheia*, (46), 103-119.

- Naffah, A.N. (2007). A problemática do falso self em pacientes de tipo borderline: revisitando Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(4), 77–88.
- Organização Mundial de Saúde. (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pereira, M. E. C. (1999). A introdução do conceito de “estados-limítrofes” em psicanálise: o artigo de A . Stern sobre “ the borderline group of neuroses .” *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, II(2), 153–158. doi:10.1590/1415-47141999002011
- Pizol, A. D., Lima, L. D. De, Ferreira, L. M., Martins, M. C., Corrêa, P. de O., Alves, M., Giuliani, S., & Buttes, V. (2003). Programa de abordagem interdisciplinar no tratamento do transtorno de personalidade borderline – relato da experiência no ambulatório Melanie Klein do Hospital Psiquiátrico São Pedro. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 25(suplemento 1), 42–51. doi:10.1590/S0101-81082003000400006
- Reis, L. N. dos, Reisdorfer, E., & Gherardi-Donato, E. C. da S. (2013). Perfil dos usuários com diagnóstico de transtornos de personalidade de um serviço de saúde mental. SMAD. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas* (Edição Em Português), 9(2), 70. doi:10.11606/issn.1806-6976.v9i2p70-75
- Rosa, E., Zatti, C. A., & Baldissera, R. (2015). Personalidade borderline e as dificuldades de tratamento. *Revista Uningá Review*, 21(1), 5–10.
- Santos, G. G. dos, & Neto, G. A. R. M. (2018). Pacientes, problemas e fronteiras: psicanálise e quadros borderline. *Psicologia USP*, 29(2), 285–293. doi:10.1590/0103-656420170101
- Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98–109. doi:10.1037/a0018378

- Sousa, A. C. A., & Vandenberghe, L. (2005). A emergência do transtorno de personalidade borderline: uma visão comportamental. *Interação em Psicologia*, 9(2), 381-390.
- Stepp, S. D., Smith, T. D., Morse, J. Q., Hallquist, M. N., & Pilkonis, P. A. (2012). Prospective Associations Among Borderline Personality Disorder Symptoms, Interpersonal Problems, and Aggressive Behaviors. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(1), 1-17. doi:10.1177/0886260511416468
- Tanesi, P. H. V., Yazigi, L., Fiore, M. L. de M., & Pitta, J. C. do N. (2007). Adesão ao tratamento clínico no transtorno de personalidade borderline. *Estudos de Psicologia* (Natal), 12(1), 71–78. doi:10.1590/s1413-294x2007000100009
- Vasconcellos, V. C. (2010). Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, 6(1), 1-16.
- Yakeley, J. (2014). Psychodynamic psychotherapy: Developing the evidence base. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(4), 269–279. doi: 10.1192/apt.bp.113.012054

## ANEXO 1:

Tabela 1

*Apresentação dos descritores utilizados nas bases de dados Lilacs, BVS e Scielo.*

Base de Dados	Descritores
LILACS	“Adulto” AND “Caso-Limite” OR “Personalidade Estado-Limite” OR “Perturbação Estado” OR “Limite da Personalidade” OR “Transtorno da Personalidade Limitrofe” OR “Transtorno de Personalidade” OR “Personalidade Borderline” OR “Psicanálise” OR “Terapia Psicanalítica”
BVS	“Adulto” AND “Transtorno da Personalidade Borderline” OR “Psicanálise” OR “Teoria Psicanalítica” OR “Terapia Psicanalítica” OR “Psicoterapia” OR “Interpretação Psicanalítica” OR “Transtorno da Personalidade Borderline/psicologia”
SciELO	“Adulto” AND “Borderline” OR “Transtorno de personalidade borderline” OR “Estado limite” OR “Terapia Psicanalítica” OR “Psicanálise”

## ANEXO 2:

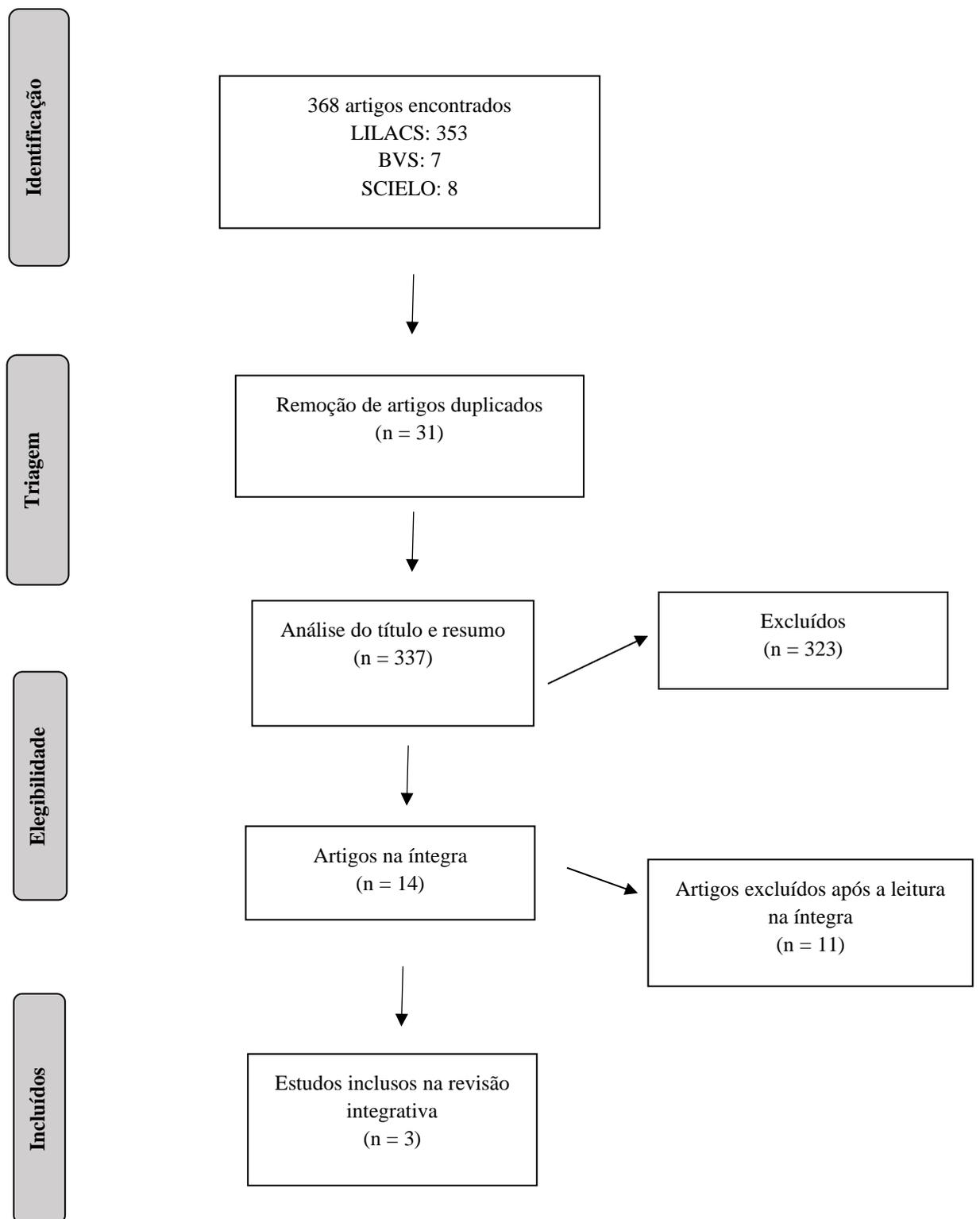


Figura 1. Diagrama do fluxograma de artigos selecionados.

### ANEXO 3:

Tabela 2

*Dados de caracterização dos artigos selecionados no que se refere a identificação do artigo, período de publicação, título, autores/ano.*

Identificação	Periódico de publicação	Título	Autores/Ano
A	Revista Psicologia: Teoria e Prática	Abordagem psicodinâmica em um estudo de caso sobre transtorno de personalidade borderline	Costa, Milheiro e Mota (2013)
B	Revista Brasileira de Psiquiatria	Psicanálise e Universidade: a interface possível por meio da pesquisa psicanalítica clínica. Alice Quebra Vidros	Flore, Silva e Yazigi (2008)
C	Revista Brasileira de Psiquiatria	Tratamento baseado em mentalização para pacientes com transtorno de personalidade limítrofe: uma visão geral	Eizirik e Fonagyl (2009)

## ANEXO 4:

Tabela 3

*Dados de caracterização dos artigos selecionados no que se refere a identificação do artigo, metodologia, participantes, intervenção e resultados.*

Identificação	Metodologia	Participantes	Intervenção	Resultados
A	Estudo de caso no Hospital de Magalhães Lemos de uma paciente com transtorno de personalidade borderline em um processo psicoterapêutico.	Ana, 22 anos, paciente com diagnóstico de transtorno de personalidade borderline.	Psicoterapia breve individual, com duração total de 19 sessões, duração de 55 minutos cada. Se iniciaram de maneira semanal e após um período, quinzenal.	O sucesso da aliança terapêutica somado à ordem no setting, promoveram que a paciente controlasse seus impulsos, melhorou seus sintomas e melhorou sua performance psíquica.
B	Estudo de caso qualitativo e sistematizado da psicoterapia, dentro do ambiente hospitalar público, aplicada à paciente com transtorno de personalidade borderline.	Alice, 19 anos, paciente diagnosticada com transtorno de personalidade borderline.	Terapia psicanalítica com uma frequência de duas a quatro sessões semanais pelo período de quatro anos.	Construção de empatia, confiança e aliança terapêutica, movimentos referente às mudanças psíquicas, começou a desenvolver continência para seus impulsos e emoções, aumento da capacidade de mentalização. No último ano ocorre o suicídio da paciente.
C	Estudo randomizado em hospital com tratamento ambulatorial intensivo, através da psicoterapia, utilizando-se da psicodinâmica para o tratamento do transtorno de personalidade borderline.	44 pacientes diagnosticados com transtorno de personalidade borderline, sem nomes e idades específicos.	Duas variantes do tratamento de mentalização na psicoterapia. Risco e instabilidade das circunstâncias sociais são as principais considerações na determinação de qual programa será oferecido para um paciente específico.	Os resultados iniciais mostraram uma redução nas tentativas de suicídio e de automutilação. Os estudos mostram que o tratamento baseado em mentalização é eficaz a curto e longo prazo.

## Normas para submissão da Revista Contextos Clínicos:

- A contribuição é original e **inédita**, e **não está sendo avaliada** para publicação **por outra revista**.
  - Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word ou RTF.
  - Os autores respeitaram a autoria dos trabalhos citados, não tendo incorrido em plágio acadêmico.
  - A redação do texto segue à risca os parâmetros descritos em Apresentação e encaminhamento dos manuscritos.
  - Os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados. A cópia do documento de aprovação por um comitê de ética de pesquisa foi anexada como documento suplementar, quando for o caso.
  - A identificação de autoria do trabalho foi removida do arquivo, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista na avaliação por pares.
- 
- Os manuscritos deverão ser encaminhados por meio de submissão eletrônica no site da Revista Contextos Clínicos ([www.revistas.unisinos.br/contextosclinicos](http://www.revistas.unisinos.br/contextosclinicos)). O conteúdo dos originais, sem a identificação dos autores em nenhuma parte do texto, deve conter:
    - - Título no idioma do artigo e em inglês. Caso o artigo for redigido em inglês deve apresentar também o título em português. Os títulos devem conter, no máximo, 240 caracteres com espaço;
    - - Resumo no idioma do artigo, em um único parágrafo, com até 200 palavras, acompanhado de três palavras-chave, que preferencialmente devem fazer parte do vocabulário de terminologia em psicologia da Biblioteca Virtual em Saúde/Psicologia (BVS-Psi), disponível em [www.bvs-psi.org.br](http://www.bvs-psi.org.br);
    - - *Abstract* em inglês, acompanhado de pelo menos três *keywords*. Caso o artigo for redigido em inglês, deve apresentar também o resumo em português, acompanhado de três palavras-chave, que preferencialmente devem fazer parte do vocabulário de terminologia em psicologia da Biblioteca Virtual em Saúde/Psicologia (BVS-Psi), disponível em [www.bvs-psi.org.br](http://www.bvs-psi.org.br);
    - - Texto completo do artigo formatado em Times New Roman, 12 pt, espaçamento duplo, justificado e margens de 2,5 em todos os lados. O texto deve conter subseções (Introdução, Método, Resultados, Discussão e Considerações Finais) apresentadas de forma contínua, sem a necessidade de nova página;

- - Lista de referências em ordem alfabética, espaçamento duplo, alinhada à esquerda e não justificada.
- Os manuscritos devem estar redigidos em linguagem científica, respeitando as normas da língua portuguesa. Pequenas correções podem ser realizadas pela comissão editorial para garantir adequações linguísticas. Os seguintes parâmetros de formatação devem ser seguidos para a submissão do manuscrito:
- **Extensão:** O texto deverá ter extensão máxima de 25 páginas, incluídas as referências, sem a necessidade de numerá-las.
- **Fonte:** A fonte utilizada em todo o trabalho deve ser a Times New Roman, tamanho 12 para o corpo do texto e 10 para as notas de rodapé, tabelas, gráficos, títulos e legendas de ilustrações e tabelas.
- **Margens, Espaçamento e Recuo:** As margens para todas as folhas do trabalho deverão ser de 2,5 cm na parte superior, inferior, direita e esquerda. Todas as seções do trabalho, com exceção da lista de referências, devem seguir as seguintes formatações:
  - a) O alinhamento dos parágrafos deve ser justificado, com exceção da lista de referências;
  - b) O espaçamento entre linhas é duplo – com exceção das notas de rodapé e das tabelas, as quais devem ter espaçamento simples (1,0);
  - b) O espaçamento entre parágrafos (antes e depois) é zero;
  - c) Deverá haver um recuo especial na primeira linha de 1,25 cm.
- **Tabelas, figuras e quadros:** Tabelas e quadros também devem ser enviados em formato original (Word ou Excel) e em arquivos separados, postados como documentos suplementares (não inseridos no interior do próprio texto). Se o artigo contiver imagens fotográficas, figuras ou gráficos, esses deverão ser encaminhados em formato original (.jpeg, .png, .tiff) e em arquivos separados, postados como documentos suplementares (não inseridos no interior do próprio texto), com resolução mínima de 300 dpi. No arquivo referente ao texto, deverá ser indicado o local aproximado onde devem ser inseridas as figuras, gráficos, tabelas e/ou quadros.

- **Estilo de citação:** Contextos Clínicos adota o estilo APA (American Psychological Association) para a elaboração de manuscritos submetidos a periódicos científicos. Observe essas normas para citações, lista de referências, tabelas e figuras. Não utilize as expressões *op. cit;* *ibid;* *ibidem;* *id;* *idem*. Também não utilize a expressão *apud*. Se estritamente necessário referenciar uma fonte secundária, dê preferência pelo emprego da expressão “citado por”.
- **Lista de Referências:** O espaçamento na lista de referências também é duplo, mas o alinhamento dos parágrafos deve ser à esquerda (e não justificado), com deslocamento de 1,25 da segunda linha em diante.
- **Notas de rodapé:** As notas de rodapé devem ser usadas de forma parcimoniosa. Somente são permitidas notas de rodapé explicativas e não são permitidas notas que contenham apenas referências. Estas deverão estar listadas, ao final do texto, no item 'Referências'.
- **Declaração de Direito Autoral**

Concedo à revista Contextos Clínicos o direito de primeira publicação da versão revisada do meu artigo, licenciado sob a Licença *Creative Commons Attribution* (que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista). Afirmo que meu artigo não está sendo submetido a outra publicação, ainda não foi publicado na íntegra e assumo total responsabilidade por sua originalidade, podendo incidir sobre mim eventuais encargos decorrentes de reivindicação, por parte de terceiros, em relação à autoria do mesmo. Também aceito submeter o trabalho às normas de publicação da Contextos Clínicos acima explicitadas.