

Intervenções Psicológicas na Perturbação *Borderline* da Personalidade: Uma Revisão das Terapias de Base Cognitivo-Comportamental



Psychological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Review of Cognitive-Behavioral Oriented Therapies

Sofia MARQUES¹, Daniel BARROCAS¹, Daniel RIJO²
Acta Med Port 2017 Apr;30(4):307-319 • <https://doi.org/10.20344/amp.7469>

RESUMO

Introdução: A perturbação *borderline* da personalidade é a perturbação da personalidade mais comum, ocorrendo em 1,6 a 6% da população geral. É caracterizada por instabilidade nos afetos e impulsividade, havendo um elevado número de comportamentos autoleivosos e consumo de recursos de saúde. A psicoterapia é recomendada por várias diretrizes internacionais, como sendo a abordagem terapêutica primária desta patologia. Neste trabalho efetuou-se uma revisão dos efeitos e da eficácia das intervenções psicoterapêuticas de base cognitivo-comportamental no tratamento da perturbação *borderline* da personalidade.

Material e Métodos: Revisão bibliográfica, através da Medline e PubMed, utilizando como palavras-chave: 'borderline personality disorder', 'cognitive-behavioral therapy', 'efficacy'.

Resultados: Foram incluídos 16 ensaios clínicos aleatorizados que avaliaram a eficácia de diversas intervenções psicoterapêuticas de base cognitivo-comportamental, nomeadamente da terapia comportamental-dialética, terapia cognitivo-comportamental, terapia focada nos esquemas e terapia cognitiva por manual. Todas as intervenções psicoterapêuticas analisadas demonstraram benefícios clínicos, quer ao nível da redução da psicopatologia geral e específica da perturbação *borderline* da personalidade, quer ao nível comportamental, com redução da frequência e gravidade dos comportamentos autolesivos, e com melhoria do funcionamento social, interpessoal e global. Foi observada uma taxa de remissão diagnóstica elevada com terapia comportamental-dialética (57%) e terapia focada nos esquemas (94%).

Discussão: Apesar de existirem diferenças entre as intervenções psicoterapêuticas analisadas, todas apresentaram benefícios clínicos no tratamento da perturbação *borderline* da personalidade. A terapia comportamental-dialética e a terapia focada nos esquemas foram as intervenções que apresentaram uma maior robustez científica na documentação da sua eficácia, porém ambas são terapias integrativas de base cognitivo-comportamental que se afastam do modelo cognitivo-comportamental tradicional.

Conclusão: Os resultados dos vários ensaios clínicos comprovam a eficácia das terapias de base cognitivo-comportamental no tratamento da perturbação *borderline* da personalidade. Contudo, a evidência científica é ainda parca e carece de estudos de elevado rigor metodológico que corroborem estes resultados.

Palavras-chave: Ensaios Clínicos Controlados Aleatórios; Perturbação *Borderline* da Personalidade; Psicoterapia; Resultado do Tratamento; Terapia Cognitiva

ABSTRACT

Introduction: Borderline personality disorder is the most common personality disorder, with a global prevalence rate between 1.6% and 6%. It is characterized by affective disturbance and impulsivity, which lead to a high number of self-harm behaviors and great amount of health services use. International guidelines recommend psychotherapy as the primary treatment for borderline personality disorder. This paper reviews evidence about the effects and efficacy of cognitive-behavioral oriented psychological treatments for borderline personality disorder.

Material and Methods: A literature review was conducted in Medline and PubMed databases, using the following keywords: borderline personality disorder, cognitive-behavioral psychotherapy and efficacy.

Results: Sixteen randomized clinical trials were evaluate in this review, which analyzed the effects of several cognitive-behavioral oriented psychotherapeutic interventions, namely dialectical behavioral therapy, cognitive behavioral therapy, schema-focused therapy and manual-assisted cognitive therapy. All above stated treatments showed clinical beneficial effects, by reducing borderline personality disorder core pathology and associated general psychopathology, as well as by reducing the severity and frequency of self-harm behaviors, and by improving the overall social, interpersonal and global adjustment. Dialectical behavioral therapy and schema-focused therapy also caused a soaring remission rate of diagnostic borderline personality disorder criteria of 57% and 94%, respectively.

Discussion: Although there were differences between the psychotherapeutic interventions analysed in this review, all showed clinical benefits in the treatment of borderline personality disorder. Dialectical behavioral therapy and schema-focused therapy presented the strongest scientific data documenting their efficacy, but both interventions are integrative cognitive-behavioral therapies which deviate from the traditional cognitive-behavioral model.

Conclusion: In summary, the available studies support cognitive-behavioral psychological treatments as an efficacious intervention in borderline personality disorder. However, the existing scientific literature on this topic is still scarce and there is need for more studies, with higher methodological rigor, that should validate these results.

1. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Hospital do Espírito Santo. Évora. Portugal.

2. Centro de Investigação. Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal.

✉ Autor correspondente: Sofia Marques. sofiagramarques@gmail.com

Recebido: 01 de fevereiro de 2016 - Aceite: 01 de agosto de 2016 | Copyright © Ordem dos Médicos 2017



Keywords: Borderline Personality Disorder; Cognitive Therapy; Psychotherapy; Randomized Controlled Trials as Topic; Treatment Outcome

INTRODUÇÃO

A perturbação *borderline* da personalidade (PBP), também denominada perturbação estado-limite da personalidade, caracteriza-se por um padrão global de instabilidade no relacionamento interpessoal, autoimagem e afetos, a que acresce marcada impulsividade em áreas que são potencialmente autolesivas (comportamentos sexuais de risco, abuso de substâncias), ou mesmo automutilações e comportamentos suicidários. Este padrão de experiência interna e comportamento surge no início da idade adulta, e é inflexível, estável, de longa duração e causa mal-estar clinicamente significativo ou défice funcional.

A prevalência da PBP na população geral é de 1,6%, mas pode ascender até 6%. Na população psiquiátrica, esta perturbação é mais frequente, ocorrendo em 10% dos doentes em ambulatório e 20% em internamento.¹

É uma patologia altamente disruptiva, estimando-se que 69% - 80% dos doentes apresentem comportamentos suicidários.^{2,3} A taxa de suicídio consumado nestes é, aproximadamente, 10%.⁴ Existe uma elevada utilização dos serviços médicos e psiquiátricos por parte destes doentes,¹ traduzindo-se em elevados custos para a sociedade.

Pelos motivos supracitados, a PBP é a perturbação da personalidade mais exaustivamente estudada. Várias diretrizes internacionais recomendam as intervenções psicológicas como abordagem terapêutica primária desta patologia.⁵⁻⁷ Neste artigo pretende-se rever, com base na literatura existente e atualizada, os principais modelos cognitivo-comportamentais de intervenção, bem como a sua eficácia no tratamento da PBP.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi efetuada uma pesquisa bibliográfica através de ferramentas electrónicas de pesquisa avançada e não avançada das fontes de dados PubMed e Medline, utilizando as palavras-chave: 'borderline personality disorder', 'cognitive-behavioral therapy', e 'efficacy'. Foram também incluídos na pesquisa termos específicos das intervenções psicológicas analisadas: 'cognitive-behavioral therapy', 'dialectical behaviour therapy', 'schema-focused therapy', 'manual-assisted cognitive therapy'. Foram consultados manuais de texto que contemplavam o tema.

Relativamente aos critérios de elegibilidade, foram incluídos:

1. Artigos publicados em inglês entre 1980 (estabelecimento dos critérios de diagnóstico para a PBP com o DSM-III) e 2015;
2. Cujas populações estudadas fosse de adultos com o diagnóstico de PBP, de acordo com os critérios de DSM;
3. E cuja intervenção terapêutica fosse psicológica e de índole cognitivo-comportamental.

Foram preferencialmente incluídos ensaios clínicos aleatorizados, mas na sua ausência foram também considerados estudos com menor robustez metodológica, tais

como estudos de séries de casos e casos clínicos.

A presença de outro diagnóstico psiquiátrico, além da PBP, não foi considerada um fator de exclusão. Foram excluídos os estudos realizados em doentes com PBP cujo *endpoint* primário das intervenções psicológicas fosse a remissão da patologia psiquiátrica comórbida. Foram também excluídos estudos nos quais o diagnóstico de PBP não estivesse estabelecido.

RESULTADOS

Entre as várias intervenções psicológicas que demonstraram ser eficazes no tratamento da PBP e que estão enraizadas ou representam desenvolvimentos da abordagem cognitivo-comportamental, destacam-se as seguintes:

- Terapia comportamental-dialética (TCD);
- Terapia cognitivo-comportamental (TCC);
- Terapia focada nos esquemas (TFE);
- Terapia cognitiva por manual (TCM).

As Tabelas 1 e 2 resumem as principais características dos 16 ensaios clínicos aleatorizados incluídos nesta revisão.

Terapia comportamental-dialética (TCD)

Esta terapia foi desenvolvida por Marsha Linehan especificamente para o tratamento ambulatório de pessoas com PBP e comportamentos parassuicidários crónicos.⁸⁻¹⁰ A TCD combina estratégias de validação e aceitação das capacidades e do funcionamento presente da pessoa, com estratégias cognitivas e comportamentais que colocam a tónica da intervenção na mudança comportamental.⁹⁻¹¹ A terapia é estruturada, multimodal, prolongada, sendo a sua administração baseada num manual.^{9,10} Engloba quatro componentes: sessões individuais, treino de competências em grupo, possibilidade de contacto telefónico com o terapeuta entre as sessões, e reuniões semanais da equipa terapêutica.⁸⁻¹¹

A sua eficácia foi demonstrada em vários ensaios clínicos realizados pela fundadora da terapia^{8,11} e por investigadores independentes.¹²⁻¹⁶ A TCD foi comparada com o tratamento habitual em seis ensaios clínicos aleatorizados. Nestes, ficou comprovada uma maior eficácia da TCD na redução da frequência e gravidade dos comportamentos autolesivos, frequência de idas à urgência e duração do tempo de internamento (Tabela 2).^{8,11-15} A TCD foi também eficaz na redução da depressão, raiva e impulsividade, com melhoria significativa no funcionamento social e global.^{8,11-15} A taxa de abandono da terapia foi menor na TCD (16,7% vs 50%; 37% vs 77%),^{8,13} não consensual em todos os estudos (23% vs 17%).¹² Verheul *et al*¹³ observaram um agravamento das automutilações no grupo tratamento habitual (mediana 52 semanas: 1,5 vs 13).

Outros quatro ensaios clínicos aleatorizados compararam a TCD com outras abordagens psicoterapêuticas.¹⁶⁻¹⁹ No estudo de Turner,¹⁶ a TCD foi comparada com a terapia

centrada no cliente. Foi demonstrada a superioridade da TCD na redução dos comportamentos suicidários, duração dos internamentos, ideação suicida, depressão, impulsividade e raiva, com melhoria no funcionamento global. Porém, neste estudo, o formato da TCD foi consideravelmente alterado (incorporação de técnicas psicodinâmicas e do treino de competências em formato individual).

Linehan *et al*¹⁷ compararam a TCD com uma psicoterapia estruturada, não-comportamental, realizada por peritos na comunidade. Foi observada uma maior eficácia na redução da taxa de tentativas de suicídio, para metade, no grupo da TCD (23,1% vs 46,0% aos 24 meses; $p = 0,01$). A gravidade médica dos atos autolesivos foi menor no grupo da TCD (5,0 vs 7,4 aos 12 meses; $p = 0,04$). A TCD foi mais eficaz na redução das idas à urgência de causa psiquiátrica (23,4% vs 28,9% aos 24 meses; $p = 0,04$) e da taxa de admissão hospitalar por queixas psiquiátricas (23,4% vs 23,7% aos 24 meses; $p = 0,007$). Ambas foram eficazes na redução da ideação suicida e da depressão, sem diferenças significativas entre as duas intervenções (Tabela 2). A taxa de abandono foi superior no grupo da terapia realizada por peritos (42,9% vs 19,2%; $p = 0,005$), havendo um risco de abandono três vezes superior (HR 2,7; $p = 0,01$). Estes resultados sugerem que a eficácia da TCD não pode ser meramente atribuída a fatores gerais da psicoterapia, e está antes relacionada com aspetos específicos da TCD.

No trabalho de Clarkin *et al*,¹⁸ a TCD foi comparada à terapia focada na transferência (TFT) e à psicoterapia de suporte. Foi observada uma maior eficácia da TCD e TFT na redução do risco suicidário (coeficiente da taxa de variação individual: TFT – 0,05; $p = 0,01$; TCD – 0,09; $p = 0,01$), maior eficácia da TFT e da psicoterapia de suporte na redução da raiva (coeficiente da taxa de variação individual: TFT – 0,06; $p = 0,001$; psicoterapia de suporte: – 0,03; $p = 0,05$), e só a TFT melhorou a irritabilidade (coeficiente da taxa de variação individual: – 0,03; $p = 0,01$) e a agressividade (coeficiente da taxa de variação individual para a agressividade verbal: – 0,04; $p = 0,001$). Todas as abordagens terapêuticas melhoraram a depressão, ansiedade, funcionamento social e global (Tabela 2). Em suma, as três formas de psicoterapia estruturada demonstraram melhoria em vários domínios da PBP, sendo de uma forma geral equivalentes, mas a terapia focada na transferência foi a que obteve benefícios em maior número de domínios.

O trabalho de McMain *et al*¹⁹ comparou a TCD com o tratamento psiquiátrico geral (TPG) que incluiu terapia psicodinâmica e farmacológica. Nos dois tipos de intervenção, houve ao longo do tempo uma diminuição da frequência (média: TCD de 20,94 para 4,29 vs TPG 32,19 para 12,87; $p < 0,001$) e gravidade (média: TCD de 4,26 para 1,69 vs TPG 3,67 para 1,32; coeficiente - 0,2; $p < 0,0001$) dos comportamentos autolesivos, idas à urgência (média: TCD de 1,99 para 0,93 vs TPG 2,08 para 1,00; $p < 0,001$) e duração dos internamentos (média em dias: TCD de 10,52 para 3,73 vs TPG 8,70 para 2,23; $p < 0,001$), depressão, raiva e gravidade dos sintomas de PBP, com melhoria no funcionamento interpessoal e qualidade de vida (Tabela 2) dos

doentes. As duas intervenções foram igualmente eficazes no tratamento da PBP, com adesão terapêutica semelhante (61% TCD vs 62% TPG). Dois anos após a terapia,²⁰ ambos os grupos mantiveram os benefícios previamente adquiridos, sendo a taxa de remissão diagnóstica (\leq dois critérios de PBP durante um ano, pela *International Personality Disorder Examination*) de 57% no grupo da TCD e 68% no grupo do TPG. Contudo, é de salientar que um número considerável de doentes manteve um nível de funcionamento deficitário (53% sem atividade profissional).²⁰

A implementação do programa completo da TCD nem sempre é exequível na prática clínica (constrangimentos financeiros, ausência de recursos humanos). Por isso, houve um particular interesse em avaliar a componente de treino de competências em grupo (TCD-TCG), uma vez que esta oferece a possibilidade de tratar mais doentes em simultâneo. Harley *et al*²¹ observaram que, após um ciclo de TCD-TCG, houve uma redução da gravidade da sintomatologia ligada à PBP, depressão e ideação suicida em 49 doentes com PBP, independentemente do tipo de psicoterapia individual (TCD ou não-TCD) que simultaneamente recebiam. Soler *et al*²² comparou a eficácia de três meses de tratamento ambulatorial de TCD-TCG com psicoterapia de grupo padrão em 60 doentes com PBP, e constatou que a TCD-TCG foi superior na redução da depressão (11,11 vs 16,00 aos três meses; $p = 0,001$), ansiedade (13,00 vs 16,56 aos três meses; $p = 0,034$), irritabilidade (8,38 vs 9,86 aos três meses; $p = 0,028$), raiva (3,11 vs 3,88 aos três meses; $p = 0,008$), instabilidade dos afetos (3,61 vs 4,66 aos três meses; $p = 0,004$) e psicopatologia geral (8,74 vs 11,89 aos três meses; $p = 0,0018$). Estes resultados contrastam com estudos anteriores que não conseguiram demonstrar a utilidade da TCD-TCG.²³

Também a aplicabilidade da TCD em regime de internamento foi estudada.²⁴⁻²⁷ Após três meses de TCD foi observada uma redução da frequência dos comportamentos parassuicidários, ansiedade, depressão, dissociação e psicopatologia global.²⁵ Estes resultados foram comprovados no estudo de Bohus *et al*,²⁶ onde também se verificou uma melhoria no funcionamento interpessoal e no ajustamento social. Outros investigadores obtiveram resultados semelhantes, tendo ainda verificado uma melhoria no funcionamento global, com manutenção dos benefícios aos 15 meses de seguimento.^{27,28}

Terapia cognitivo-comportamental (TCC)

A TCC é uma intervenção estruturada, que tem como objetivos: 1) identificar pensamentos automáticos negativos e distorções cognitivas, 2) modificar crenças disfuncionais e desenvolver crenças mais adaptativas sobre o próprio e os outros, e 3) implementar estratégias comportamentais que promovam melhores níveis de funcionamento.

A primeira evidência científica da eficácia da TCC na PBP foi proveniente de casos clínicos isolados.²⁹ Dez anos mais tarde, surge o estudo BOScot,^{30,31} o primeiro ensaio clínico a avaliar a eficácia da TCC na PBP. Neste estudo, 106 indivíduos com PBP foram distribuídos por dois grupos

Tabela 1 - Resumo das características dos principais estudos incluídos na revisão

Estudo	Tipo de estudo	n	Sexo M (%)	Crítérios de inclusão
Linehan et al ⁶ 1991	ECA	44	0	Adultos (18 - 45 anos) com o diagnóstico de PBP (DSM-III) e atos parassuicidários (≥ 2 nos últimos 5 anos)
Linehan et al ¹ 1994	ECA	26	0	Adultos (18 - 45 anos) com o diagnóstico de PBP (DSM-III) e atos parassuicidários (≥ 2 nos últimos 5 anos, 1 nas 8 semanas antes do estudo)
Verheul et al ¹³ 2003	ECA	64	0	Mulheres (18 - 70 anos) com o diagnóstico de PBP (DSM-IV) residentes em Amsterdão. Sem restrições quanto à fonte de referência (clínicas de adição, serviços psiquiátricos).
Koons et al ¹² 2001	ECA	20	0	Mulheres (21 - 46 anos) ex-combatentes com o diagnóstico de PBP (DSM-III-R)
van den Bosh et al ¹⁴ 2005	ECA	58	0	Mulheres (18 - 65 anos) com o diagnóstico de PBP (DSM-IV, ≥ 6 critérios presentes)
Turner ¹⁶ 2000	ECA	24	21	Adultos (18 - 27 anos) com o diagnóstico de PBP (DSM-III)
Linehan et al ¹⁷ 2006	ECA	101	0	Mulheres (18 - 45 anos) com o diagnóstico de PBP (DSM-IV) e atos parassuicidários (≥ 2 nos últimos 5 anos, 1 nas 8 semanas antes do estudo)
Clarkin et al ¹⁸ 2007	ECA	90	8	Adultos (18 - 50 anos) com o diagnóstico de PBP (DSM-IV)
McMain et al ¹⁹ 2009	ECA	180	14	Adultos (18 - 60 anos) com o diagnóstico de PBP (DSM-IV) e atos autolesivos (≥2 nos últimos 5 anos, e 1 nos 3 meses antes do estudo)
Bohus et al ²⁶ 2004	ECA	50	0	Mulheres (18 - 44 anos) com o diagnóstico de PBP (DSM-IV), e 1 tentativa de Suicídio ou ≥ 2 atos autolesivos não suicidários nos últimos 2 anos
Soler et al ²² 2009	ECA	60	18	Adultos (18 - 45 anos) com o diagnóstico de PBP (DSM-IV), sem psicoterapia atual, com <i>Clinical Global Impression of Severity</i> ≥ 4
Davidson et al ²¹ 2006	ECA	106	16	Adultos (18 - 65 anos) com o diagnóstico de PBP (DSM-IV) e 1 ato autolesivo nos 12 meses precedentes ou vinda SU ou internamento psiquiátrico
Cottraux et al ²³ 2009	ECA	65	23	Adultos (18 - 60 anos) com o diagnóstico de PBP (DSM-IV), sem psicoterapia atual
Farrell et al ²⁵ 2009	ECA	32	0	Mulheres (18 - 65 anos) com o diagnóstico de PBP (DSM-III-R), sob psicoterapia individual (≥ 6 meses)
Giesen-Bloo et al ²⁷ 2006	ECA	88	7	Adultos (18 - 60 anos) com o diagnóstico de PBP (DSM-IV), BPDSI-IV > 20, fluência em holandês
Weinberg et al ⁴⁰ 2006	ECA	30	0	Mulheres (18 - 40 anos) com o diagnóstico de PBP (DSM-IV) e atos autolesivos (≥ 1 no mês precedente ao estudo)

ECA: Ensaio clínico aleatorizado; TC: Terapia cognitiva; TCC: Terapia cognitivo-comportamental; TCD: Terapia comportamental-dialética; TCD-TCG: Terapia comportamental-dialética, treino de competências em grupo; TCM: Terapia cognitiva por manual; TFE: Terapia focada nos esquemas; TFT: Terapia focada na transferência; TH: Tratamento habitual na comunidade; TS: Psicoterapia de suporte

^a Diagnóstico de acordo com DSM; ^b Distribuição não especificada no estudo

Critérios de exclusão ^a	Intervenção	Controlo	Duração e regime de tratamento	Follow-up após a intervenção
Esquizofrenia; pert. bipolar; dependência de substâncias ou debilidade mental	TCD (n = 22)	TH (n = 22)	12 meses ambulatório	Não
Esquizofrenia; pert. bipolar; dependência de substâncias ou debilidade mental	TCD (n = 13)	TH (n = 13)	12 meses ambulatório	Não
Pert. psicótica (crónica); pert. bipolar; défices cognitivos graves, ou não ser fluente em holandês	TCD (n = 31)	TH (n = 33)	12 meses ambulatório	Não
Esquizofrenia; pert. bipolar; dependência de substâncias ou pert. personalidade anti-social	TCD (n = 10)	TH (n = 10)	6 meses ambulatório	Não
Pert. psicótica (crónica); pert. bipolar; défices cognitivos graves e não ser fluente em holandês	TCD (n = 27)	TH (n = 31)	12 meses ambulatório	Sim 6 meses
Esquizofrenia; pert. esquizoafetiva; pert. bipolar; doença mental orgânica, ou debilidade mental	TCD (n = 12)	Terapia centrada no cliente (n = 12)	12 meses ambulatório	Não
Esquizofrenia; pert. psicótica SOE; pert. esquizoafetiva; pert. bipolar; debilidade mental; epilepsia ou outra condição médica grave	TCD (n = 52)	Terapia realizada por peritos na comunidade (n = 49)	12 meses ambulatório	Sim 12 meses
Pert. psicóticas; pert. bipolar I; <i>delirium</i> ; demência e outras pert. cognitivas; dependência de substâncias ativa	TCD ^b	Terapia focada na transferência ^b ; e psicoterapia de suporte ^b	12 meses ambulatório	Não
Pert. psicótica; pert. bipolar I; <i>delirium</i> ; demência; debilidade mental; dependência de substâncias (diagnosticado nos últimos 30 dias); doença médica grave; viver fora de Toronto	TCD (n = 90)	Tratamento psiquiátrico geral (n = 90)	12 meses ambulatório	Não
Esquizofrenia; pert. bipolar, dependência de substâncias atual, ou debilidade mental	TCD (n = 31)	TH (n = 19)	3 meses internamento	Sim 1 mês
Esquizofrenia, psicose tóxica; pert. bipolar; ep. depressivo <i>major</i> em curso; dependência de substâncias; debilidade mental ou pert. orgânica cerebral	TCD-TCG (n = 29)	Terapia de grupo padrão (n = 30)	3 meses ambulatório	Não
Esquizofrenia; pert. bipolar; dependência de substâncias; debilidade mental, doença orgânica; ou já sob psicoterapia	TCC + TH (n = 54)	TH (n = 52)	12 meses ambulatório	Sim 12 meses
Pert. psicóticas (sintomáticos); adição de substâncias e comportamentos antisociais	TC (n = 33)	Terapia de suporte Rogeriana (n = 32)	12 meses ambulatório	Sim 12 meses
Pert. psicóticas ou QI < 89	TFE + TH (n = 16)	TH (n = 16)	8 meses ambulatório	Sim 6 meses
Pert. psicóticas, pert. bipolar; pert. personalidade "anti-social"; pert. dissociativa; PHDA; patologia aditiva grave; doenças psiquiátricas de causa médica, ou incapacidade intelectual	TFE (n = 45)	Terapia focada na transferência (n = 43)	36 meses ambulatório	Não
Pert. psicótica; pert. bipolar I; dependência de substâncias, ou elevado risco suicidário (Beck <i>Hopelessness Scale</i> ≥ 9)	TCM + TH (n = 15)	TH (n = 15)	6 semanas ambulatório	Sim 6 meses

Tabela 2 - Resumo dos resultados dos principais estudos incluídos na revisão (1 de 3 partes)

Estudo	Outcome	Instrumento
Linehan et al⁸ 1991 Outcomes avaliados aos 0, 4, 8 e 12 meses	Nº de atos parassuicidários	<i>Parasuicide History Interview</i>
	Gravidade médica dos atos parassuicidários	
	Tempo de internamento	<i>Treatment History Interview</i>
	Ideação suicida	<i>Scale for Suicide Ideators</i>
Linehan et al¹¹ 1994 Outcomes avaliados aos 0, 4, 8 e 12 meses	Depressão	<i>Beck Depression Inventory</i>
	Características do terapeuta	<i>Therapist Interview</i> <i>Treatment History Interview</i>
	Raiva	<i>State-Trait Anger Scale</i>
	Funcionamento social	<i>Social Adjustment Scale-Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (SAS-LIFE)</i> <i>Social Adjustment Scale-Self Report Social Adjustment (SAS-SRSA)</i>
Verheul et al¹³ 2003 Outcomes avaliados às 0, 11, 22, 33, 44, 52 semanas	Funcionamento global	<i>Global Assessment Scale</i>
	Atos impulsivos autolesivos	<i>Borderline Personality Disorder Severity Index</i>
Koons et al¹² 2001 Outcomes avaliados aos 0, 3 e 6 meses	Automutilações	<i>Lifetime Parasuicide Count</i>
	Nº e gravidade médica dos atos parassuicidários	<i>Parasuicide History Interview</i>
	Ideação suicida	<i>Beck Scale for Suicide Ideation</i>
	Desesperança	<i>Beck Hopelessness Scale</i>
	Depressão	<i>Beck Depression Inventory (BDI)</i> <i>Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)</i>
	Ansiedade	<i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i>
van den Bosh et al¹⁴ 2005 Outcomes avaliados às 0, 11, 22, 33, 44, 52 e 78 semanas	Raiva	<i>Spielberger Anger Expression Scale</i>
	Admissão hospitalar	<i>Treatment History Interview</i> e consulta do registo informático hospitalar
	Impulsividade	<i>Borderline Personality Disorder Severity Index</i>
	Comportamento parassuicidário	
	Automutilação	<i>Lifetime Parasuicide Count⁴</i>
Turner¹⁶ 2000 Outcomes avaliados aos 0, 6 e 12 meses	Atos autolesivos	<i>Target Behavior Ratings</i>
	Dias internamento psiquiátrico	-
	Depressão	<i>Beck Depression Inventory</i> <i>Hamilton Depression Rating Scale</i>
	Ideação suicida	<i>Beck Scale for Suicide Ideation</i>
	Raiva	<i>Target Behavior Ratings</i>
	Impulsividade	
Linehan et al¹⁷ 2006 Outcomes avaliados aos 0, 4, 8, 12, 16, 20 e 24 meses	Funcionamento psicológico global	<i>Brief Psychiatric Rating Scale</i>
	Frequência e gravidade dos atos autolesivos	<i>Suicide Attempt Self-Injury Interview</i>
	Vindas à urgência de causa psiquiátrica	<i>Treatment History Interview</i>
	Tempo de internamento psiquiátrico	
	Depressão	<i>Hamilton Rating Scale for Depression</i>
	Ideação suicida	<i>Suicidal Behaviors Questionnaire</i>

[continua]

Resultados (intervenção versus controlo)^a

Mediana aos 12 meses: 1,5 vs 9,0, $p < 0,01$

Mediana aos 12 meses: 9,21 vs 17,86, $p < 0,05$

2 meses (dias): 8,46 vs 38,86, $p < 0,05$

TCD = TH, intervenção não eficaz*

TCD = TH, intervenção não eficaz*

TCD = TH, ie, sem diferenças no que se refere aos anos de experiência e à preocupação pelos doentes*

Mediana aos 12 meses: 32,15 vs 40,08; $p < 0,01$

Mediana aos 12 meses (SAS-LIFE): 3,3 vs 3,93; $p < 0,05$;

Mediana aos 12 meses (SAS - SRSA): 2,24 vs 2,49; $p < 0,1$

Mediana aos 12 meses: 51,42 vs 40,43, $p < 0,01$

Interação tempo x tratamento: TCD < TH, $t_{1,164} = 2,60$; $p < 0,01$

% doentes às 52 semanas com ≥ 1 automutilação nos 6 meses precedentes: 35% vs 57%; $p = 0,045$

interação tratamento x gravidade: TCD < TH, $p < 0,003$ no grupo de elevada gravidade (≥ 14 atos ao longo da vida); não verificada no grupo de baixa gravidade (< 14 atos ao longo da vida).

0 e 6 meses: 5,1 e 0,4 (TCD); $p < 0,1$

0 e 6 meses: 0,7 e 1 (TH); $p = NS$

0 e 6 meses: 36,2 e 26,2 (TCD); $p < 0,05$

0 e 6 meses: 44,6 e 41,5 (TH); $p = NS$

0 e 6 meses: 11,9 e 5,1 (TCD); $p < 0,01$

0 e 6 meses: 13,6 e 14,2 (TH); $p = NS$

0 e 6 meses (BDI): 22,8 e 13,4 (TCD); $p < 0,05$

0 e 6 meses (BDI): 34,7 e 29,3 (TH); $p < 0,05$

0 e 6 meses (HAM-D): 29,7 e 17,1 (TCD); $p < 0,01$

0 e 6 meses (HAM-D): 32,6 e 24,3 (TH); $p < 0,05$

0 e 6 meses: 18,4 e 19,1 (TCD); $p = NS$

0 e 6 meses: 27,7 e 32,2 (TH); $p = NS$

0 e 6 meses (*anger-in*): 22,9 e 17,3 (TCD); $p < 0,01$

0 e 6 meses (*anger-in*): 20,5 e 19,2 (TH); $p = NS$

% doentes com alguma admissão hospitalar aos 0 e 6 meses: 30 e 10 (TCD), $p = 0,24$ vs 20 e 10 (TH), $p = 1$

0 e 52 semanas: 1,36 e 0,70 (TCD) vs 0,98 e 0,95 (TH); $p < 0,001$

0 e 52 semanas: 0,30 e 0,16 (TCD) vs 0,33 e 0,33 (TH); $p = 0,16$

0 e 52 semanas: 0,51 e 0,33 (TCD) vs 1,11 e 5,0 (TH); $p < 0,001$

12 meses: 0,75 vs 13,0

12 meses: 1,5 vs 4,25

12 meses: 14,92 vs 24,08

12 meses: 7,5 vs 12,58

12 meses: 3,83 vs 11,58

12 meses: 4,67 vs 5,67

12 meses: 4,58 vs 6,08

12 meses: 18,17 vs 25,33

Taxa tentativas suicídio aos 24 meses: 23,1% vs 46,0%; $p = 0,01$

Gravidade médica dos atos autolesivos aos 12 meses: 5,0 vs 7,4; $p = 0,04$

% doentes aos 24 meses: 23,4 vs 28,9; $p = 0,04$

% doentes internados aos 24 meses: 23,4 vs 23,7; $p = 0,007$

0 e 24 meses: 20,2 e 12,6 vs 21,7 e 14,4; $p = 0,43$

0 e 24 meses: 51,7 e 24,1 vs 59,9 e 31,92; $p = 0,31$

[continua]

Tabela 2 - Resumo dos resultados dos principais estudos incluídos na revisão (2 de 3 partes)

Estudo	Outcome	Instrumento
	Risco de suicídio	<i>Overt Aggression Scale-Modified</i>
Clarkin et al⁸ 2007 Outcomes avaliados aos 0, 4, 8 e 12 meses	Raiva, irritabilidade e agressividade	<i>Anger, Irritability, and Assault Questionnaire</i>
	Ansiedade	<i>Brief Symptom Inventory</i>
	Depressão	<i>Beck Depression Inventory</i>
	Funcionamento social	<i>Global Assessment of Functioning Scale (GAF); Social Adjustment Scale</i>
	Frequência e gravidade médica dos atos autolesivos	<i>Suicide Attempt Self-Injury Interview</i>
	Nº vindas à urgência	Treatment History Interview
	Tempo de internamento	
McMain et al⁹ 2009 Outcomes avaliados aos 0, 4, 8 e 12 meses	Gravidade sintomática da PBP	<i>Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder</i>
	Sintomas psiquiátricos	<i>Symptom Checklist-90-Revised</i>
	Depressão	<i>Beck Depression Inventory</i>
	Raiva	<i>State-Trait Anger Expression Inventory</i>
	Funcionamento Interpessoal	<i>Inventory of Interpersonal Problems</i>
	Qualidade de vida	<i>EQ-5D thermometer</i>
Bohus et al⁶ 2004 Outcomes avaliados aos 0 e 4 meses	Sintomas psiquiátricos	<i>Symptom Checklist-90-Revised</i>
	Depressão	<i>Beck Depression Inventory</i>
	Ansiedade	<i>Hamilton Anxiety Scale</i>
	Funcionamento global	<i>Global Assessment of Functioning Scale</i>
	Problemas interpessoais	<i>Inventory of Interpersonal Problems</i>
Soler et al²² 2009 Outcomes avaliados de 2-2 semanas	Depressão	<i>Hamilton Rating Scale-Depression</i>
	Ansiedade	<i>Hamilton Rating Scale-Anxiety</i>
	Raiva	<i>Clinical Global Impression-Borderline Personality Disorder</i>
	Instabilidade dos afetos	
	irritabilidade	<i>Buss-Durkee Inventory</i>
	Sintomatologia psiquiátrica	<i>Brief Psychiatric Rating Scale</i>
Davidson et al³¹ 2006 Outcomes avaliados aos 0, 6, 12, 18 e 24 meses	Atos suicidários	<i>Acts of Deliberate Self-Harm Inventory</i>
	Internamento psiquiátrico	
	Vindas à urgência	
	Depressão	<i>Beck Depression Inventory</i>
	Sintomas psiquiátricos	<i>Brief Symptom Inventory</i>
	Problemas interpessoais	<i>Inventory of Interpersonal Problems</i>
	Funcionamento social	<i>Social Functioning Questionnaire</i>
	Qualidade de vida	<i>EuroQoL-WHSV</i>
Cottraux et al³³ 2009 Outcomes avaliados às 0, 24, 52 e 104 semanas	Desesperança	<i>Hopelessness Scale</i>
	Impulsividade	<i>Eysenck Impulsivity Scale</i>
	Depressão	<i>Hamilton Depression Scale</i> <i>Beck Depression Inventory</i>
	Ansiedade	<i>Beck Anxiety Inventory</i>
	Comportamentos autolesivos	<i>self-harming behaviours checklist</i>
	Qualidade de vida	<i>Social Adjustment Scale of Marks</i>

[continua]

Resultados (intervenção versus controlo)^a

Coefficiente da taxa de variação individual: -0,05 (TFT), $p = 0,01$; -0,09 (TCD), $p = 0,01$; -0,03 (TS), $p = NS$

Coefficiente da taxa de variação individual para a raiva: -0,06 (TFT), $p = 0,001$; -0,03 (TCD), $p = NS$; -0,03 (TS), $p = 0,05$

Coefficiente da taxa de variação individual para a irritabilidade: -0,03 (TFT), $p = 0,01$; -0,01 (TCD), $p = NS$; -0,02 (TS), $p = NS$

Coefficiente da taxa de variação individual para a agressividade verbal: -0,04 (TFT), $p = 0,001$; -0,02 (TCD), $p = NS$; -0,02 (TS), $p = NS$

Coefficiente da taxa de variação individual para a agressividade direta: -0,02 (TFT), $p = 0,05$; -0,002 (TCD), $p = NS$; 0,001 (TS), $p = NS$

Coefficiente da taxa de variação individual: -0,34 (TFT), $p = 0,004$; -0,57 (TCD), $p = 0,001$; -0,40 (TS), $p = 0,001$

Coefficiente da taxa de variação individual: -0,55 (TFT), $p = 0,001$; -0,59 (TCD), $p = 0,003$; -0,69 (TS), $p = 0,001$

Coefficiente da taxa de variação individual GAF: 0,59 (TFT), $p = 0,001$; 0,67 (TCD), $p = 0,004$; 0,62 (TS), $p = 0,001$

12 meses (n.º episódios): 4,29 vs 12,87; $p = 0,76$

12 meses (gravidade): 1,69 vs 1,32; $p = 0,64$

12 meses: 0,93 vs 1,00; $p = 0,57$

12 meses: 3,73 vs 2,23; $p = 0,87$

12 meses: 7,93 vs 8,16; $p = 0,33$

12 meses: 1,35 vs 1,36; $p = 0,56$

12 meses: 22,18 vs 24,83; $p = 0,16$

12 meses: 15,81 vs 15,96; $p = 0,46$

12 meses: 100,24 vs 101,58; $p = 0,56$

12 meses: 63,84 vs 59,41; $p = 0,69$

0 e 4 meses: 1,74 e 1,18; $p < 0,001$ vs 1,92 e 1,99, $p = 0,484$

0 e 4 meses: 31,3 e 20,9; $p < 0,001$ (TH sem dados)

0 e 4 meses: 24,0 e 18,7, $p = 0,007$ vs 25,2 e 24,6, $p = 0,722$

0 e 4 meses: 48,5 e 59,9, $p < 0,001$ vs 48,1 e 49,4, $p = 0,652$

0 e 4 meses: 7,61 e 6,61, $p = 0,005$ vs 7,89 e 7,89, $p = 1,0$

0 e 3 meses: 17,05 e 11,11 vs 20,67 e 16,00, $p = 0,001$

0 e 3 meses: 19,63 e 13,00 vs 22,67 e 16,56, $p = 0,034$

0 e 3 meses: 3,89 e 3,11 vs 4,22 e 3,88, $p = 0,008$

0 e 3 meses: 5,39 e 3,61 vs 5,22 e 4,66, $p = 0,004$

0 e 3 meses: 9,63 e 8,38 vs 9,71 e 9,86, $p = 0,028$

0 e 3 meses: 13,74 e 8,74 vs 15,89 e 11,89, $p = 0,018$

24 meses: 0,87 vs 1,73; $p = 0,020$

24 meses: 1,00 vs 1,67; $p = 0,32$

24 meses: 4,89 vs 5,04; $p = 0,61$

24 meses: 26,5 vs 28,8; $p = 0,34$

24 meses: 1,81 vs 1,93; $p = 0,10$

24 meses: 54,0 vs 53,7; $p = 0,10$

24 meses: 13,0 vs 12,3; $p = 0,94$

24 meses: 0,58 vs 0,66; $p = 0,79$

52 semanas: 7,25 vs 6,56; $p = 0,71$

52 semanas: 7,60 vs 8,61; $p = 0,49$

52 semanas: 10,65 vs 9,89; $p = 0,91$

52 semanas: 13,60 vs 12,56; $p = 0,88$

52 semanas: 12,50 vs 18,44; $p = 0,21$

52 semanas: 1,80 vs 1,06; $p = 0,08$

52 semanas: 12,85 vs 14,33; $p = 0,63$

[continua]

Tabela 2 - Resumo dos resultados dos principais estudos incluídos na revisão (3 de 3 partes)

Estudo	Outcome	Instrumento
Farrell et al⁶⁵ 2009 Outcomes avaliados aos 0, 8 e 14 meses	Sintomas específicos da PBP	<i>Borderline Syndrome Index</i>
	Sintomas psiquiátricos globais	<i>Symptom Check List-90</i>
	Psicopatologia da PBP	<i>Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorders-Revised</i>
	Funcionamento global	<i>Global Assessment of Function Scale</i>
Giesen-Bloo et al⁶⁷ 2006 Outcomes avaliados aos 0 e de 3-3 meses	Sintomas específicos da PBP	<i>Personality Disorder Severity Index</i>
	Qualidade de vida	<i>EuroQol thermometer</i> <i>World Health Organization quality of life assessment</i>
Weinberg et al⁶⁰ 2006 Outcomes avaliados aos 0, 2 e 8 meses	Frequência dos atos autolesivos	<i>Parasuicide History Interview</i>
	Gravidade dos atos autolesivos	
	Ideação suicida	<i>Suicide Behaviors Questionnaire</i>

* Os dados são apresentados em médias, exceto quando são especificadas outras medidas.

* Dados estatísticos não especificados

NS: Não significativos

[continua]

de intervenção: um grupo submetido a tratamento habitual e outro, onde além do tratamento habitual, também se efetuaram 30 sessões de 60 minutos de TCC.

Os resultados do estudo BOSCOT demonstraram uma redução significativa do número médio de atos suicidários aos dois anos no grupo da TCC ($0,87 \pm 1,47$ vs $1,73 \pm 3,11$; $p = 0,020$). Em ambos os grupos houve uma redução dos dias de internamento psiquiátrico e idas à urgência, mas sem diferenças significativas (Tabela 2). Também nos *outcomes* secundários (depressão, sintomas psiquiátricos gerais, problemas interpessoais, funcionamento social e qualidade de vida) houve uma melhoria mas sem diferenças significativas entre os grupos (Tabela 2). Salienta-se a dificuldade em manter a adesão à terapia nestes doentes, que compareceram em média a 16 sessões de TCC.³¹

Seis anos após o estudo BOSCOT, foi efetuada uma reavaliação dos doentes tendo-se observado que 56% já não preenchia critérios para PBP na TCC (vs 52% no grupo do tratamento habitual).³²

No trabalho de Cottraux et al⁶³ a terapia cognitiva (TC) foi comparada à terapia de suporte Rogeriana. A terapia cognitiva manteve os doentes por mais tempo na terapia (tempo médio até ao abandono: 51 vs 29 dias; $p = 0,04$), havendo uma melhoria clínica (*Clinical Global Impression Scale*) significativa no grupo da TC às 104 semanas, relatada quer pelo doente (média: 1,60 vs 2,45; $p = 0,03$), quer pelo avaliador (média: 1,60 vs 2,55; $p = 0,004$). Não se verificaram diferenças estatísticas entre os dois grupos no pós-tratamento relativamente à depressão, ansiedade, comportamentos autolesivos ou qualidade de vida (Tabela 2). A presença de elevados níveis de impulsividade e depressão pré-tratamento foram apontados como preditores de abandono da terapia, pelo que um programa de terapia cognitiva mais intensivo e longo foi sugerido para casos com estas características.³³

Terapia focada nos esquemas (TFE)

Jeffrey Young propôs, a partir de 1990, a terapia focada

nos esquemas (TFE). Esta consiste numa terapia integradora, que inclui o recurso a técnicas cognitivas, comportamentais, experienciais e relacionais.³⁴ O foco é a identificação e alteração dos esquemas precoces mal-adaptativos e das suas estratégias de *coping* ineficazes. Os esquemas são constructos psicológicos que incluem crenças incondicionais acerca do próprio, dos outros e do mundo. Podem ser extremamente rígidos, disfuncionais e limitantes, e frequentemente não são acedidos pelo doente de forma consciente.^{34,35}

A primeira evidência da eficácia da TFE no tratamento da PBP surgiu de uma série de seis casos clínicos.³⁶ O mesmo terapeuta realizou sessões semanais, de 60 minutos, a cada doente por um período entre 18 a 36 meses. Observou-se uma marcada melhoria clínica em cinco dos seis doentes, havendo uma redução da psicopatologia geral, depressão, ansiedade e esquemas mal-adaptativos. Aos 12 meses de seguimento, três doentes deixaram de cumprir critérios de PBP.³⁶

Estes resultados foram comprovados no trabalho de Giesen-Bloo et al,³⁷ no qual a eficácia da TFE foi comparada à da terapia focada na transferência (TFT). A terapia decorreu ao longo de três anos, com sessões bissemanais de 50 minutos. Aos três anos, ambas as terapias obtiveram melhorias significativas na redução dos sintomas específicos da PBP (BPDSI: TFE - 9,81, $p < 0,001$; TFT - 5,99, $p < 0,001$) e melhoria da qualidade de vida (*EuroQol thermometer*: TFE 6,09, $p = 0,001$; TFT 2,06, $p = 0,044$). Os benefícios foram evidentes após o primeiro ano de tratamento, sendo mais expressivos no grupo da TFE, onde se observou uma maior taxa de recuperação clínica nos doentes (*score* BPDSI-IV < 15): TFE 45,5% vs TFT 23,8% ($p = 0,04$).

O estudo de Farrell et al⁶⁵ avaliou se haveria vantagem em adicionar oito meses de TFE ao tratamento habitual. Uma amostra de 32 mulheres com PBP foi distribuída de forma equitativa por dois grupos: tratamento habitual (psicoterapia individual semanal, fundamentalmente de

Resultados (intervenção vs controlo)^a14 meses: 15,75 vs 33,08; $p < 0,001$ 14 meses: 0,96 vs 1,93; $p < 0,001$ 14 meses: 3,25 vs 8,75; $p < 0,001$ 14 meses: 66,19 vs 50,08; $p < 0,001$ 36 meses: 16,24 vs 21,87; $p = 0,005$ 36 meses: 64,5 vs 67,5; $p = 0,70$ 36 meses: 11,59 vs 11,09; $p = 0,16$ 8 meses: 1,98 vs 6,69; efeito interação – 12,50, $p < 0,001$ 8 meses: 0,51 vs 1,01; efeito interação – 3,58, $p < 0,05$ 8 meses: 37,96 vs 45,69; efeito interação 0,76, $p < 0,05$

suporte) e tratamento habitual com 30 sessões de TFE em grupo. No grupo TFE, verificou-se uma maior adesão à terapia (100% vs 75%; $p = 0,1$). No fim da intervenção, observou-se uma diferença significativa a favor da TFE na redução da gravidade dos sintomas psiquiátricos globais (média: 1,26 vs 2,01; $p = 0,001$), da sintomatologia específica da PBP (média: 18,81 vs 32,75; $p < 0,001$), e do funcionamento global (média: 60,50 vs 50,08; $p = 0,002$). No fim da intervenção, 94% dos doentes submetidos a TFE (*versus* 16% no grupo do tratamento habitual) já não preenchiam critérios diagnósticos de PBP, de acordo com a *Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorders-Revised*. Aos seis meses de seguimento, os benefícios adquiridos no grupo TFE mantiveram-se, tendo-se observado que nenhum doente deste grupo preenchia critérios de diagnóstico de PBP, enquanto que no grupo controlo 83% dos doentes mantinha critérios de diagnóstico de PBP ($p < 0,001$; OR = 75). Estes resultados indicam que a TFE é uma terapia eficaz no tratamento da PBP, e que pode ser implementada com sucesso em formato de grupo.

O trabalho de Dickhaut *et al*⁸ procurou validar a TFE em grupo. Esta terapia foi aplicada, ao longo de dois anos, em formato individual e de grupo a 28 mulheres com PBP. Observou-se uma redução da sintomatologia associada à PBP, psicopatologia geral e esquemas mal-adaptativos, e uma melhoria da qualidade de vida e do índice de felicidade. Aos 30 meses, 77% das doentes encontrava-se em recuperação clínica (*score* BPDSI-IV < 15). Estes resultados sugerem que as mudanças terapêuticas com a TFE podem ser catalisadas no formato de grupo.

Terapia cognitiva por manual (TCM)

A TCM é uma terapia cognitiva breve (seis sessões), baseada num manual, cuja intervenção é direcionada para os comportamentos autolesivos.³⁹ O manual inclui técnicas cognitivas tradicionais, como a identificação e modificação de pensamentos automáticos negativos, estratégias para a resolução de problemas e para o controlo do consumo de

substâncias psicoativas, bem como elementos da TCD.^{39,40} Weinberg *et al*⁴⁰ avaliaram a eficácia da TCM em 30 doentes com PBP. A amostra foi distribuída equitativamente por dois grupos de intervenção: tratamento habitual e tratamento habitual com TCM. No grupo em que foi adicionada a TCM, houve uma redução em 93% da frequência dos comportamentos autolesivos, havendo também uma redução da sua gravidade aos seis meses de seguimento (Tabela 2). Contudo, não se verificaram melhorias na ideação suicida ao longo do tempo em ambos os grupos. É de salientar a excelente taxa de adesão à TCM obtida neste estudo (100%), que contrasta com outros estudos^{39,41} que apresentaram taxas de abandono precoce de 50%.⁴¹

DISCUSSÃO

Os resultados dos vários ensaios clínicos^{16-19,31,37,40} e de estudos de série de casos clínicos,^{29,36} demonstraram que as intervenções psicológicas de índole cognitivo-comportamental são eficazes no tratamento da PBP. Os vários formatos de terapia cognitivo-comportamental apresentaram benefícios clínicos, quer ao nível da redução da psicopatologia geral e específica da PBP,^{35,37} quer ao nível comportamental, com redução da frequência e gravidade dos comportamentos autolesivos,^{11-19,31,33,40} quer ainda a nível funcional, com melhoria do funcionamento interpessoal,^{19,26} social e global.^{8,11-15,26,31,36}

Apesar de existirem diferenças entre as intervenções psicoterapêuticas analisadas nesta revisão, quer ao nível do formato (individual *versus* grupo), quer na duração (breve *versus* prolongada), estrutura da terapia, estratégias e técnicas aplicadas, todas demonstraram serem capazes de produzir benefícios clínicos. Não foram documentados efeitos adversos ou deletérios com as intervenções psicológicas analisadas.

A TCD, especificamente desenvolvida para o tratamento da PBP, é a intervenção psicológica que apresenta maior número de ensaios clínicos aleatorizados a documentar a sua eficácia na redução da impulsividade, depressão,

raiva,^{8,11-16} ansiedade¹⁸ e psicopatologia geral,^{22,25} a par duma redução da frequência e gravidade das tentativas de suicídio e atos parassuicidários, menor número de idas à urgência e redução da duração do tempo de internamento,^{8,11-17,19} e ainda uma melhoria do funcionamento interpessoal¹⁹ e social¹¹⁻¹⁵ nos doentes com PBP.

Apesar de não ter sido especificamente desenhada para os indivíduos com PBP, a TFE surge da necessidade em adequar as intervenções excessivamente estruturadas da TCC tradicional aos doentes com patologia da personalidade.³⁴ Atualmente a TFE reúne evidência que comprova a sua eficácia, quer no formato individual,³⁷ quer de grupo,^{35,38} na redução da psicopatologia dos indivíduos com PBP, havendo uma melhoria do funcionamento global destes doentes. Não foi tão amplamente estudada como a TCD, mas tem-se observado um crescente interesse científico nesta terapia pela sua potencialidade terapêutica.

Por outro lado, a TCC tradicional apresenta um reduzido número de estudos testando o seu impacto no tratamento da PBP, o que não permite retirar conclusões definitivas sobre a sua eficácia no tratamento desta perturbação. De qualquer modo, os estudos realizados^{31,33} constataram haver benefícios clínicos com esta modalidade de intervenção, tendo sido observada uma redução da ansiedade, da angústia associada aos sintomas, dos esquemas mal-adaptativos e do número de tentativas de suicídio nos indivíduos com PBP.

A TCM oferece múltiplas vantagens (breve, fácil implementação), porém a evidência na literatura é limitada e não permite aferir a sua eficácia no tratamento da PBP. Além da informação disponível ser escassa, ela é também contraditória relativamente à taxa de adesão terapêutica, variando entre 100%⁴⁰ e < 50%⁴¹ consoante os estudos. Contudo, parece haver benefício clínico com a sua implementação, uma vez que nos estudos houve uma redução da frequência e gravidade dos atos parassuicidários,⁴⁰ bem como da ideação suicida⁴¹ em doentes com PBP.

Entre as intervenções psicoterapêuticas analisadas nesta revisão, a TCD e a TFT foram as que apresentaram uma maior robustez científica na documentação da sua eficácia, apresentando elevadas taxas de remissão dos critérios de diagnóstico de PBP após a sua implementação (57% e 94%, respetivamente). Porém, salienta-se que estas abordagens terapêuticas afastam-se do modelo cognitivo-comportamental tradicional, sendo terapias integrativas de base cognitivo-comportamental.

Apesar das terapias consideradas neste trabalho apresentarem resultados positivos no tratamento da PBP, não existem estudos comparativos entre as mesmas que permitam determinar que uma abordagem seja claramente

superior às outras. Além disso, não se encontram definidos quais os critérios de seleção duma abordagem psicoterapêutica em detrimento de outra, nem se determinado tipo ou formato de intervenção é mais adequada para grupos de doentes específicos, dentro da diversidade de doentes diagnosticados com PBP.

No futuro, são necessários estudos que incluam: um maior número de doentes do sexo masculino; doentes com comorbilidades psiquiátricas definidas; comparação direta entre as várias intervenções psicoterapêuticas existentes (inclusive da mesma corrente teórica); comparação dos componentes integrantes dos diferentes modelos que se revelaram mais eficazes.

Limitações

Este trabalho é uma revisão não sistemática, que inclui estudos com diferentes níveis de robustez metodológica e validade estatística, desde pequenas séries de casos a ensaios clínicos aleatorizados. As amostras são heterogêneas e de pequeno tamanho, dificultando a comparação entre os estudos. A acrescer a isto, os estudos aplicaram diferentes instrumentos para avaliar o mesmo *outcome*, o que introduz um viés na interpretação dos resultados. A maioria apenas considerou a eficácia da terapia a curto-médio prazo (máximo seis anos de *follow-up* num único estudo), não sendo possível aferir se a eficácia das intervenções é sustentada a longo-prazo.

CONCLUSÃO

Todas as intervenções psicoterapêuticas analisadas apresentaram efeitos clínicos benéficos, comprovando a eficácia das terapias de base cognitivo-comportamental no tratamento da PBP. A TDC e TFE foram as intervenções mais estudadas.

Apesar dos estudos indicarem que as intervenções foram eficazes em múltiplos domínios da PBP (redução dos comportamentos autolesivos, do consumo de recursos de saúde, da depressão, ansiedade, impulsividade e raiva, com melhoria do funcionamento global), é necessário relativizar estes resultados, uma vez que a evidência científica é ainda parca e carece de estudos de elevado rigor metodológico que corroborem estes resultados.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não terem qualquer conflito de interesse relativamente ao presente artigo.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não houve qualquer subsídio ou bolsa para a realização do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
2. Gunderson JG. Borderline personality disorder. Washington: American Psychiatric Press; 1984.
3. Clarkin J, Widiger TA, Frances A, Hurt SW, Gilmore M. Prototypic typology and the borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol.* 1983;92:263–75.
4. Paris J. Introduction to the special feature on suicide and borderline personality disorder. *J Pers Disord.* 2004;18:213–4.

5. Oldham JM. Guideline Watch: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Arlington: American Psychiatric Association; 2005.
6. National Collaborating Centre for Mental Health. Borderline Personality Disorder: The NICE Guideline on Treatment and Management. London: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists; 2009.
7. National Health and Medical Research Council. Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder. Melbourne: NHMRC; 2012.
8. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:1060-4.
9. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford; 1993.
10. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford; 1993.
11. Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry*. 1994;151:1771-6.
12. Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Ther*. 2001;32:371-90.
13. Verheul R, van den Bosch LM, Koeter MW, de Ridder MA, Stijnen T, van den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in the Netherlands. *Br J Psychiatry*. 2003;182:135-40.
14. van den Bosch LM, Verheul R, Schippers GM, van den Brink W. Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long term effects. *Addict Behav*. 2002;27:911-23.
15. van den Bosch LM, Koeter MW, Stijnen T, Verheul R, van den Brink W. Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behav Res Ther*. 2005;43:1231-41.
16. Turner RM. Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cogn Behav Pract*. 2000;7:413-9.
17. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:757-66.
18. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*. 2007;164:922-8.
19. McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009;166:1365-74.
20. McMain SF, Guimond T, Streiner DL, Cardish RJ, Links PS. Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry*. 2012;169:650-61.
21. Harley RM, Baity MR, Blais MA, Jacobo MC. Use of dialectical behavior therapy skills training for borderline personality disorder in a naturalistic setting. *Psychother Res*. 2007;17:351-8.
22. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebrià A, Barrachina J, Campins MJ, et al. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behav Res Ther*. 2009;47:353-8.
23. Springer T, Lohr NE, Buchtel HA, Silk KR. A preliminary report of short-term cognitive-behavioral group therapy for inpatients with personality disorders. *J Psychother Pract Res*. 1996;5:57-71.
24. Barley WD, Buie SE, Peterson EW, Hollingsworth AS, Griva M, Hickerson SC, et al. Development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 1993;7:232-40.
25. Bohus M, Haaf B, Stiglmayr C, Pohl U, Böhme R, Linehan M. Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder – a prospective study. *Behav Res Ther*. 2000;38:875-87.
26. Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, et al. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther*. 2004;42:487-99.
27. Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Arnold R, Kahl KG, Schunert T, et al. Effectiveness of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behav Res Ther*. 2006;44:1211-7.
28. Kröger C, Harbeck S, Armbrust M, Kliem S. Effectiveness, response and dropout of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behav Res Ther*. 2013;51:411-6.
29. Davidson K, Tyrer P. Cognitive therapy for antisocial and borderline personality disorders: Single case series. *Br J Clin Psychol*. 1996;35:413-29.
30. Davidson K, Gumley A, Millar H, Drummond L, Macaulay F. A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: rationale for trial, method, and description of sample. *J Pers Disord*. 2006;20:431-49.
31. Davidson K, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H, et al. The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *J Pers Disord*. 2006;20:450-65.
32. Davidson KM, Tyrer P, Norrie J, Palmer S, Tyrer H. Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: prospective 6-year follow-up. *Br J Psychiatry*. 2010;197:456-62.
33. Cottraux J, Note ID, Boutitie F, Miliery M, Genouihlac V, Yao SN, et al. Cognitive therapy versus Rogerian supportive therapy in borderline personality disorder: two-year follow-up of a controlled pilot study. *Psychother Psychosom*. 2009;78:307-16.
34. Young JE, Klosko J, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2003.
35. Farrell JM, Shaw IA, Webber MA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2009;40:317-28.
36. Nordahl HM, Nysaeter TE. Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2005;36:254-64.
37. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:649-58.
38. Dickhaut V, Arntz A. Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2014;45:242-51.
39. Evans K, Tyrer P, Catalan J, Schmidt U, Davidson K, Dent J, et al. Manual-assisted cognitive behavior therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychol Med*. 1999;29:19-25.
40. Weinberg I, Gunderson JG, Hennen J, Cutter CJ Jr. Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2006;20:482-92.
41. Morey LC, Lowmaster SE, Hopwood CJ. A pilot study of manual-assisted cognitive therapy with a therapeutic assessment augmentation for borderline personality disorder. *Psychiatry Res*. 2010;178:531-5.