



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Ana Luiza Penna Rocha Miranda

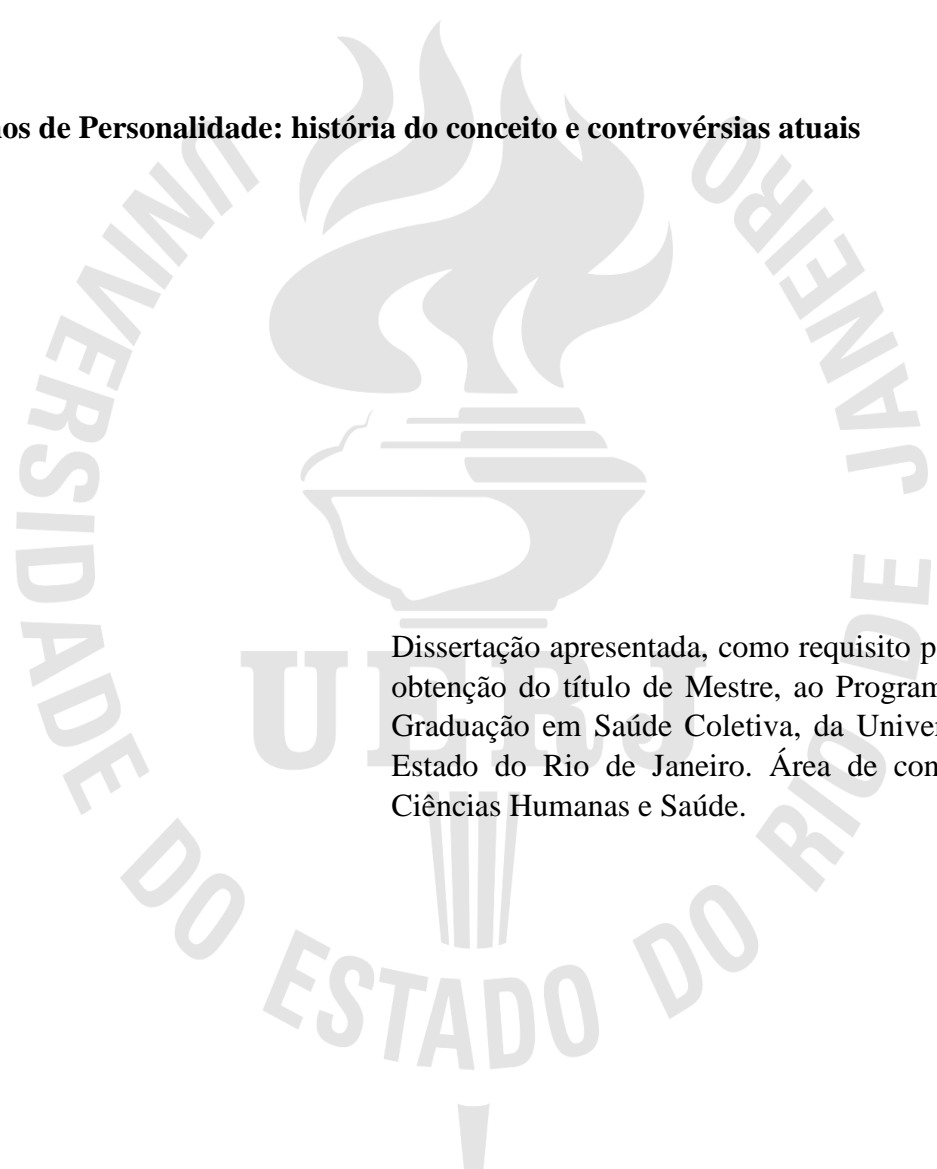
Transtornos de Personalidade: história do conceito e controvérsias atuais

Rio de Janeiro

2015

Ana Luiza Penna Rocha Miranda

Transtornos de Personalidade: história do conceito e controvérsias atuais



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Benilton Carlos Bezerra Jr.

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M672 Miranda, Ana Luiza Penna Rocha
Transtornos de personalidade : história do conceito e
controvérsias atuais / Ana Luiza Penna Rocha Miranda. – 2015.
91 f.

Orientador: Benilton Carlos Bezerra Júnior.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Psiquiatria - Teses. 2. Distúrbios de personalidade –
Teses. 3. Doenças mentais – Classificação - Teses. 4. Doenças
mentais – Diagnóstico - Teses. I. Bezerra Júnior, Benilton
Carlos. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto
de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.89

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Ana Luiza Penna Rocha Miranda

Transtornos de Personalidade: história do conceito e controvérsias atuais

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 27 de março de 2015.

Orientadores: Prof. Dr. Benilton Carlos Bezerra Jr.

Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Rossano Cabral Lima

Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Octavio Domont Serpa Jr.

Instituto de Psiquiatria – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Paulo Dalgalarondo

Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas

Rio de Janeiro

2015

RESUMO

MIRANDA, Ana Luiza Penna Rocha. *Transtornos de Personalidade: história do conceito e controvérsias atuais*. 2015. 91f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Este trabalho tem como objetivo analisar a estruturação do diagnóstico de Transtorno de Personalidade. Inicialmente, o trabalho percorre o território conceitual com o qual, desde sua origem na passagem do século XVIII para o XIX, a psiquiatria procurou nomear, explicar e compreender as personalidades consideradas anormais. Em seguida promove-se uma discussão acerca das concepções de personalidade, normalidade e patologia que circunscrevem a categoria, orientada a partir do estudo de seus diferentes modelos diagnósticos presentes no DSM-5. Por fim busca-se compreender a relevância atual do diagnóstico de transtorno de personalidade através da análise de alguns exemplos de seu uso em contextos médico, legal e literário. O objetivo é o de entrever o lugar ocupado por esse diagnóstico, especialmente o do tipo Antissocial, no imaginário cultural presente.

Palavras-chave: Transtornos de Personalidade. DSM. História da Psiquiatria.

ABSTRACT

MIRANDA, Ana Luiza Penna Rocha. *Personality Disorders: history of the concept and current controversies*. 2015. 91f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

This work analyzes the processes through which the diagnosis of personality disorder has been structured. First, it covers the conceptual territory through which, from its origin in the passage of the eighteenth century to the nineteenth, psychiatry sought to name, to explain and to understand the so called abnormal personalities. This first step is followed by comments on the concepts of personality, normality and pathology that take part in the construction of this psychiatric category as it exists today. In order to do this, the structure of different diagnostic models present in the DSM-5 is analyzed. Finally, we seek to understand the current relevance of the diagnosis of personality disorder by taking into consideration examples of its use in medical, legal and literary contexts, in order to shed some light over the place occupied by this diagnosis, especially the anti-social type, in today's cultural landscape.

Keywords: Personality Disorder. DSM. History of Psychiatry.

SUMÁRIO

| | | |
|-----|---|----|
| | INTRODUÇÃO | 6 |
| 1 | MAPEAMENTO DO TERRITÓRIO CONCEITUAL | 9 |
| 1.1 | Autores franceses | 11 |
| 1.2 | Autores alemães | 16 |
| 1.3 | Autores anglo-saxões: a origem da sociopatia | 24 |
| 1.4 | Visões psicodinâmicas | 29 |
| 1.5 | Os transtornos de personalidade nos DSM | 31 |
| 1.6 | Os transtornos de personalidade no DSM-5 | 39 |
| 2 | PERSONALIDADE, NORMALIDADE E PATOLOGIA | 48 |
| 3 | RELEVÂNCIA DO TEMA NO CONTEXTO ATUAL | 69 |
| | CONCLUSÃO | 79 |
| | REFERÊNCIAS | 82 |

INTRODUÇÃO

Este trabalho nasceu da curiosidade sobre o processo que cerca a ideia de classificação de personalidades. Essa curiosidade foi impulsionada pela lacuna, que frequentemente ocorre em uma formação acadêmica orientada largamente pelo pensamento psicodinâmico, a respeito da história e do sentido clínico que diagnósticos psiquiátricos carregam. Não acreditamos estar exagerando ao afirmar que essa lacuna na formação caracteriza muitas gerações de profissionais da área psi, sobretudo as formadas a partir da década de 1980. Foi também pelo fato desta lacuna existir que o presente trabalho foi composto por uma tentativa de exploração deste campo, o que justifica o modo como ele foi estruturado. Não se trata, portanto, de um estudo genealógico ou historiográfico, e sim de um exercício de investigação de conceitos chave tanto para a construção do campo psiquiátrico em si quanto para os esforços que esse campo dedicou, desde sua origem, à classificação de personalidades consideradas anormais. Por esse motivo, e pela complexidade do fenômeno a ser estudado, encontramos dificuldade em estabelecer um único critério que organizasse o mapeamento do território conceitual pesquisado. Por isso decidimos identificar as redes conceituais que surgiram na tematização desse tópico sem nos preocuparmos em construir uma narrativa única e abrangente de todo o campo psiquiátrico (tarefa que extrapolaria em muito a intenção desse trabalho). Disso resultou, inevitavelmente, uma apresentação dos conceitos e das escolas de pensamento em que as partes parecem existir independentemente de uma articulação mais orgânica com a totalidade da história do campo, e na qual os aspectos descritivos prevalecem em muito em relação aos analíticos. Devido ao caráter exploratório que esse trabalho tem para a autora, consideramos que esse seria um preço razoável a pagar. Também decorre do caráter exploratório da pesquisa a escolha por retomar com certo detalhe a organização do diagnóstico em cada edição do DSM, e o privilégio concedido ao DSM-5 na análise dos modelos diagnósticos aos quais a categoria de transtorno de personalidade está referida.

Por outro lado, se o desconhecimento sistemático acerca da história das categorias psiquiátricas é uma forte característica dos profissionais que atuam no campo, é fato notório que o diagnóstico de Transtorno de Personalidade tem sido crescentemente utilizado, tanto em âmbito médico e legal quanto cultural em geral. Em específico, a ideia de sociopatia, encontrada

em best-sellers como “Mentes perigosas” (2008) de Ana Beatriz Barbosa Silva, quanto em populares séries televisivas como “Dexter” (2006-2013) desenvolvida por James Manor Jr, para citar apenas dois exemplos de seu uso em produtos de grande alcance midiático. Em relação a utilização do diagnóstico de transtorno de personalidade em âmbito médico, estudos epidemiológicos afirmam que sua prevalência é de 14,79% da população adulta americana, ou o equivalente a 30.8 milhões de pessoas (Grant et all. 2004). Foi também avaliado que 30% dos profissionais de atenção primária no Reino Unido possuem transtornos de personalidade (Moran et. all, 2000). Um outro estudo afirma haver uma forte correlação entre o diagnóstico de neurose e o de transtorno de personalidade, ocorrendo uma prevalência de 40% do segundo em pacientes ambulatoriais (Tyrrer et. all, 1983). Este número subiria para 92% entre pacientes da atenção terciária de serviços psiquiátricos, com grande comorbidade de diagnóstico de psicose (Ranger et. all, 2004) e 65% na população carcerária (Fazel e Danesh, 2002). Embora estes dados refiram-se a pesquisas realizadas em países com sistemas de saúde diferentes do brasileiro, especialmente naqueles nos quais o conceito de transtorno de personalidade possui maior influência no campo da psicopatologia, é interessante notar a crescente prevalência do diagnóstico em diferentes níveis de atenção à saúde - seus números expressivos que chegam a alarmante quota de 92% entre pessoas que fazem uso de dispositivos de atenção terciária a saúde mental. Outro ponto importante é sua relevância epidemiológica na atenção primária, foco da reestruturação de sistemas de saúde de acordo com as propostas de reforma sanitária da OMS. Nesse sentido, é necessário para uma análise elucidativa da relevância epidemiológica mencionada, assim como da crescente utilização deste diagnóstico em âmbito leigo, o distanciamento crítico em relação à proposta classificatória em vigor e o papel simbólico atualmente cumprido por esta categoria psiquiátrica. Este trabalho surge, desse modo, com a intenção de alcançar dois objetivos: o de trazer à luz o intrincado encadeamento de noções, conceitos e pressupostos que estiveram presentes na sucessão dos olhares psiquiátricos sobre as “personalidades anormais”, mesmo que postergando o esforço de extrair narrativas que possam oferecer uma verdadeira história desse olhar, e de iniciar uma discussão acerca do papel exercido por essa categoria no cenário cultural atual, papel esse que parece extrapolar em muito os limites da teorização psiquiátrica e da prática eminentemente clínica.

O primeiro capítulo contém a maior parte do mapeamento do território conceitual mencionado, sendo o resultado do impulso inicial de exploração do campo através da busca por informações a respeito de seu desenvolvimento. O segundo capítulo estabelece uma discussão acerca da proposta classificatória, baseada no estudo das estruturas dos modelos diagnósticos

atualmente conferidos ao diagnóstico no DSM-5. Esta discussão será orientada basicamente pelo pensamento de Kurt Schneider e tem por objetivo investigar a relação entre conceitos de normalidade, patologia e personalidade, sem porém estender-se no aprofundamento destes conceitos. O terceiro capítulo é dedicado ao início de uma interrogação sobre o papel simbólico ocupado pela categoria no imaginário cultural atual. Para tal, recorre a análise de alguns exemplos de seu uso em contexto literário, médico e legal.

1 Mapeamento do território conceitual

O objetivo deste capítulo é percorrer o território conceitual com o qual, desde sua origem na passagem do século XVIII para o XIX, a psiquiatria procurou nomear, explicar e compreender as personalidades consideradas anormais. A função desta breve recuperação de idéias não é fazer uma pesquisa arqueológica em busca de algum suposto período embrionário do diagnóstico contemporâneo a ser pesquisado. Tampouco almeja realizar uma análise genealógica ou mesmo uma historiografia do tema, tarefa que exigiria uma compreensão mais ampla dos aspectos sociais subjacentes ao pensamento dos autores mencionados e suas nosologias. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório sobre idéias que constituíram historicamente o saber psiquiátrico e o entendimento de personalidades anormais em geral (baseada fundamentalmente nas obras de German Berrios e Paul Bercherie) para, a partir desta exploração, tentar identificar e avaliar em que medida estas idéias permanecem, através de dois séculos, influenciando e compondo tanto a percepção social contemporânea acerca de personalidades consideradas anormais quanto os aspectos formais do diagnóstico em questão.

O estabelecimento de um único critério de apresentação do campo é uma tarefa difícil em decorrência de sua grande complexidade. O fio condutor encontrado é o processo de sucessivas descrições e análises do fenômeno ao longo da história do campo psiquiátrico, que chega ao DSM-5. A apresentação foi organizada do seguinte modo: primeiro os autores franceses, pelo fato de seus conceitos fazerem parte do processo de estruturação do campo psiquiátrico como um todo, especialmente a teoria da degenerescência. Depois, os alemães, pela abordagem do fenômeno que guarda com os franceses o significado de psicopatológico. É fundamental ressaltar a grande distância semântica entre a acepção utilizada por autores germânicos, que em geral preservaram seu original significado de “psicopatológico” enquanto afecção psíquica, e a acepção mais comumente adotada pelos autores anglo-saxões aqui abordados, que está intimamente ligada à idéia de degeneração e adquire sentido moralizante frequentemente referente a comportamentos delinquentes. Em seguida, aborda-se os autores anglo-saxões e sua acepção de psicopatia, que difere dos autores anteriormente apresentados. Além do caráter geográfico de organização dessa exposição, adota-se o critério cronológico para estabelecer a ordem interna de apresentação dos grupos mencionados. Após a exposição

do pensamento destes autores e suas nosologias, apresentam-se conceitos embasados na compreensão psicodinâmica de processos psíquicos e estruturação da personalidade, fundamentais à corrente psicodinâmica-reacional que influenciou profundamente as duas primeiras versões do DSM. Não será possível aprofundar a análise de outros conceitos chave desta corrente para um entendimento mais amplo de muitos fenômenos aqui abordados, por questões de concisão. O intuito da presente investigação é recuperar ideias que fazem parte da longa história dos olhares por meio dos quais a psiquiatria percebeu o fenômeno das personalidades anormais até a publicação do DSM-5. Para isso, foi necessário adotar um estreitamento do foco da pesquisa aos conceitos que subjazem diretamente a estrutura conceitual do manual, levando em conta suas transformações ao longo do tempo. Finalmente, após a abordagem de conceitos específicos, o capítulo se encerra com a exposição da estruturação básica do diagnóstico de Transtorno de Personalidade em cada versão do DSM, suas mudanças e características fundamentais, chegando ao DSM-5 e suas tensões internas.

É importante ressaltar que os conceitos que iremos descrever tiveram sua origem em um contexto social específico. Embora tenham lançado bases para a construção da psiquiatria, o significado desses conceitos está profundamente ligado ao horizonte epistemológico, moral e semântico de origem. Estabelecer aproximações entre noções esculpidas no início do século XIX e conceitos atualmente utilizados é uma operação que arrisca perder seu valor pelo anacronismo. Além do fato de que a delimitação das fronteiras de normalidade e patologia sofre inevitavelmente a influência do *ethos* de cada época, é preciso levar em consideração que é impossível retrair com precisão os episódios ou comportamentos observados na clínica destes autores, que supostamente os levaram a estabelecer mudanças nas nosografias antecedentes e criar suas próprias, baseados largamente em suas concepções antropológicas e suas orientações epistêmicas.

Iniciamos, portanto, a exposição de conceitos com as ideias de Pinel, Esquirol e Morel, que influenciaram o nascente campo psiquiátrico do século XIX. Em seguida procederemos à exposição de autores cujas ideias aqui selecionadas são de caráter tanto nosográfico quanto epistêmico, e que foram escolhidos pelo fato de apontarem mais objetivamente para a classificação de condições que já na época eram consideradas de menor agravo, ou seja, que assim como o conceito de mania sem delírio de Pinel ou monomania de Esquirol, não envolviam comprometimentos cognitivos, de caráter delirante ou alucinatorio. Embora essa divisão formal não seja utilizada nesse trabalho enquanto critério de mapeamento do campo, pode-se distinguir três vertentes, através dos nomes que expressivamente a representaram: Kraepelin, e a vertente

somático-constitucionalista; Freud e a vertente psicodinâmica-reacional e Schneider e a vertente fenomenológico-existencial. Foram selecionados conceitos específicos destes três autores, entre outros de origem alemã. Alguns destes conceitos dizem respeito mais especificamente a idéia de constituições de caráter anormal não-delirantes, como em Kraepelin e Schneider, outros referem-se a concepções que propõe um entendimento mais global a respeito da própria noção de personalidade, como em Freud. A seleção geral dos conceitos baseou-se em sua utilidade ao informar idéias que circunscrevem o diagnóstico em questão, tais como constituição, personalidade e o entendimento destas enquanto estruturas passíveis de se apresentarem em formas consideradas anormais ou enfermas.

1.1 Autores franceses

Mania sem delírio – Pinel

A ênfase no conhecimento pragmaticamente eficaz, derivada da doutrina dos Ideólogos e adotada por Pinel através da análise e do culto à observação clínica, o levou a inaugurar a exploração de um campo: a clínica médica enquanto observação e a análise sistemática dos fenômenos perceptíveis da doença. A observação empírica pura deveria, portanto, adquirir estatuto científico ao ser convertida em estruturas enunciáveis, constituindo a base do saber linguisticamente estabelecido sobre os fenômenos observados. O estabelecimento desta hierarquia, na qual o saber teórico é fruto de organização lingüística da observação de casos individuais, é apontado como sendo um marco fundante da clínica, ao impor uma distância entre a observação e a explicação de fenômenos mórbidos. Segundo Bercherie (1980), o objetivo da nosologia pineliana era o de criar grandes classes fenomenais e comportamentais. Em seu *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*, publicado em 1801, Pinel dividiu a alienação mental em quatro categorias: mania (ou delírio geral), melancolia (ou delírio exclusivo), demência (ou abolição do pensamento) e idiotismo (ou obliteração das faculdades intelectuais e afetivas). À categoria “mania”, que à época referia-se a um estado de furor e psicose florida, foi acrescentada uma subvariedade, denominada “mania sem delírio”. O termo “delírio” também deve ser entendido historicamente. À época, ele designava uma perturbação do intelecto, das emoções ou da vontade. Nesse sentido, o termo “mania sem

delírio” dizia respeito a uma categoria de sujeitos de quem podia-se distinguir alienação do padrão de normalidade, porém sem apresentar alterações emocionais, intelectuais ou conativas. Pinel apresentou como exemplos casos observados em sua prática clínica, caracterizados por instabilidade emocional e impulsividade social, apontando causas endógenas, como uma constituição perversa, ou biográficas, como uma educação inadequada. Descreveu-a do seguinte modo:

Ela é contínua ou marcada por acessos periódicos. Nenhuma alteração sensível nas funções do entendimento, da percepção, do julgamento, da imaginação, da memória, etc.; mas perversão nas funções afetivas, impulsão cega para atos de violência, ou mesmo de uma fúria sanguinária, sem que se possa assinalar ideia alguma dominante, e nenhuma ilusão da imaginação que seja a causa determinante destas funestas tendências. (Pinel, 2007, p. 174)

Ao afirmar a possibilidade de existência da loucura sem o obrigatório comparecimento de lesão do intelecto, Pinel recorreu a então impensada noção de que em alguns transtornos as emoções estavam primariamente envolvidas. A partir do pressuposto da deterioração da faculdade intelectual como base para as definições de loucura no século XVIII, a compreensão de Pinel acerca de um adoecimento mental de natureza diversa da proposta por autores precedentes como John Locke, resulta em uma mudança paradigmática na concepção de alienação mental e seus fenômenos associados.

É importante enfatizar que o conceito de mania sem delírio não é apresentado neste trabalho com a intenção de estabelecer noções de base para o diagnóstico de transtorno de personalidade. Restringimo-nos a apontá-lo como uma alavanca para mapear construtos mais específicos, que serão apresentados adiante.

A relação entre as definições de alienação mental e responsabilidade jurídica sempre foi próxima, e da mesma forma, o conceito de mania sem delírio, ou mania racional, carregava uma controvérsia. Sobre ela recaiu a acusação de ter sido uma categoria propositalmente pensada para o uso forense, sem validade médica. A aceitação do conceito foi parcial também entre outros autores da época, entre eles discípulos de Pinel, como Esquirol (BERRIOS,1996).

Monomania – Esquirol

Segundo Bercherie (1980) a obra de Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) é a aplicação, ilustração e aprofundamento das idéias de Pinel. Segundo este autor, porém, Esquirol afastou-se do pensamento de seu predecessor ao eleger uma concepção “monarquista

constitucional” ao invés de “federalista” sobre o funcionamento mental: se a segunda preconizava o funcionamento autônomo das faculdades mentais, a primeira evidenciava a importância de uma função de controle, seleção e síntese da atenção sobre os automatismos psicológicos. Esta lógica possibilitaria a explicação de diversas perturbações mentais em decorrência do desequilíbrio entre as faculdades entendidas como inferiores e a função sintética do eu, a atenção. Esta concepção corrobora a noção de mania de Pinel, explicando-a como um delírio total, que proibia a ação organizadora da atenção sobre o afluxo aumentado de sensações, idéias e impulsos que assaltavam o enfermo. Esquirol, porém, transformou a forma não delirante da mania proposta por Pinel em uma nova categoria: a monomania. Diferente da mania, o distúrbio intelectual seria secundário ao distúrbio afetivo. Esta distinção, porém, não se sustenta ao longo das alterações que o autor faria na categoria, que seria então dividida finalmente entre monomanias intelectuais (nas quais ocorrem delírios e alucinações), monomanias afetivas ou racionais (nas quais o raciocínio permanecia intacto, mas ocorreriam distúrbios da afetividade e comportamento) e monomanias instintivas (onde é a vontade que se encontra subjugada tanto a razão quanto ao sentimento). A monomania em geral caracterizava-se pela presença de uma “ideia fixa, de caráter vívido e expansivo, ao redor da qual a mente tornava-se desorganizada e doente, mantendo-se, porém, sã em outras áreas (GOLDSTEIN, 2006). A monomania emocional descrevia um quadro de fixação em alguma emoção específica ou outras relacionadas a esta, enquanto a monomania intelectual demarcava casos onde ocorria fixação em alguma ideia delirante (BERRIOS, 2012).

Em suma, essa categoria mostrava-se particularmente propícia à patologização de comportamentos socialmente condenáveis, com ausência de delírios ou alucinações que justificasse seu caráter mórbido tradicionalmente entendido. Se a segunda subcategoria (monomania afetiva ou racional) assemelha-se à mania sem delírio de Pinel, a terceira (monomania instintiva) tratava de casos caracterizados pela obsessão e impulsividade, o que gerou uma grande controvérsia por suas repercussões médico-legais. Convencionou-se designar como monomania uma profusão de atos mórbidos ou criminosos, fossem estes caracterizados pela impulsividade ou não, e independente da presença de um quadro delirante. Deste modo, a categoria tornou-se nosologicamente ambígua: aspirava representar uma síndrome, mas diversas vezes limitava-se à descrição sintomática. Por exemplo: a piromania e a cleptomania eram manias nas quais os atos de incendiar e roubar definiam e demarcavam por si a condição patológica. Por este motivo, Esquirol foi acusado de promover uma proposição tautológica, na

qual o comportamento que o conceito tentaria explicar era a única evidência de sua existência. (BERRIOS, 1996)

A Teoria da Degeneração- Morel

Enquanto é questionável se as teorias de Pinel e Esquirol exerceram grande influência sobre o pensamento psiquiátrico alemão, é incontestável que a teoria da degeneração de Morel teve grande penetração para além da tradição francesa.

As concepções psiquiátricas de Benedict Morel (1809-1873) correspondem à sua concepção antropológica baseada em teses metafísicas. Estas, por sua vez, baseavam-se mais precisamente no mito bíblico da Gênese, e no tipo humano primitivo perfeito que descreve, sendo qualquer desvio deste tipo considerado então como degradação que, por sua vez, poderia ser causada por circunstâncias externas nocivas ou, em última instância, pelo pecado original, responsável pelas vicissitudes de suas relações com o mundo. “A idéia mais clara que podemos fazer da degenerescência da espécie humana consiste em representá-la para nós como um desvio maléfico de um tipo primitivo.” (Morel apud BERCHERIE, 1980 p.109).

De acordo com Morel, este tipo primitivo que corresponderia à essência humana é caracterizado pela livre aceitação da “lei moral” pelo sujeito, da “convicção do dever” ao qual ele se submetia “sem queixumes”, realizando sua “destinação social” enquanto “força livre e inteligente” (1980 apud BERCHERIE, p.109). O exemplo de Morel torna evidente como a influência de concepções antropológicas inscritas na teorização psiquiátrica acabam frequentemente por justificar o exercício normativizante conformista que permeia muitas categorias diagnósticas, mutantes ou estáveis – e esse fenômeno está longe de se circunscrever ao impacto de teorias hoje desacreditadas, como a teoria da degeneração. Um exemplo de como o diagnóstico atual de transtorno de personalidade, por seu caráter global, é capaz de abarcar comportamentos socialmente condenáveis segundo a “lei moral” inscrita em determinado meio cultural e época, é a inclusão de “desvios sexuais” e “adição a álcool e drogas” nesse diagnóstico, nas duas primeiras versões do DSM.

A “teoria da degeneração” pensada por Morel é portanto uma obra de ambição antropológica, e não puramente psiquiátrica. Define, no entanto, sua tentativa de resposta global aos desvios comportamentais, remetendo-os a um fenômeno único de decadência comum à

espécie humana. Embora não seja uma conceituação específica voltada para comportamentos desviantes sem perturbações intelectuais, como ocorria nas de Pinel e Esquirol, essa teoria foi de grande influência para a psiquiatria do século XIX, sendo portanto relevante para a história dos transtornos de personalidade por conta da proposição etiológica dos transtornos mentais em geral que apresenta. Morel era católico, e sua teoria, assim como a nosologia que criou a partir de sua compreensão, era permeada pelo mito católico da Queda. Segundo esta, todos os tipos de transtornos mentais e neurológicos podem ser rastreados para uma origem hereditária comum (BERRIOS, 1996). Assemelhando-se à ideia católica da culpa fundamental atribuída a espécie humana devido à sua desobediência ou mal comportamento diante de Deus, a degeneração mental e física humana seria iniciada através de comportamentos moralmente condenáveis, como vícios em jogos e sexo. Estes “pecados originais” se transformariam em uma condição patológica condenada a agravar-se, sendo repassada aos descendentes. Sua proposição principal, portanto, é a de que doenças mentais são principalmente hereditárias, isto é, são originalmente causadas por fatores externos, inscrevendo-se biologicamente e sendo assim passadas adiante através das gerações, cronificando-se. A deterioração do indivíduo, contudo, poderia se dar dentro de seu período de vida; o processo degenerativo poderia também diversificar-se qualitativamente, com a aparição de novos transtornos (BERRIOS, 2012).

Por ser uma teoria que aspirava a um caráter universal, a etiologia dos transtornos à qual se aplicava era resultado de sua premissa generalista, sendo portanto especulativa. Apoiava-se sobre noções de evolução pré-darwinianas, tendo sido extremamente influente ao longo da segunda metade do século XIX (BERRIOS, 1996). Um exemplo de sua influência surge nas teorias de Cesare Lombroso e sua proposição do criminoso nato, baseado em crenças frenológicas a respeito do comportamento criminoso (BERRIOS, 2012). Outro psiquiatra favorável à teoria da degeneração a influenciar Lombroso foi Valentin Magnan (1835-1916). Assim como Morel e Lombroso, Magnan também era adepto do pensamento pré-darwiniano evolucionista, marcadamente lamarckista e portanto teleológico e progressista. Propôs, porém, desvincular a teoria da degeneração de sua base religiosa, formulando o conceito de “predisposição”. Podendo ser latente ou manifestar-se no nascimento, a predisposição seria o resultado do processo degenerativo, que afetaria os centros cerebrospinhais, gerando vulnerabilidade a qualquer estresse (BERRIOS, 2012). A teoria social-darwinista de Lombroso apoiava-se, portanto, na crença de uma vulnerabilidade hereditariamente adquirida, de caráter tão único e inequívoco que era capaz de moldar física e mentalmente um indivíduo desde seu nascimento.

Ambas as visões de Morel e Magnan baseavam-se na ideia de uma trajetória progressiva de degeneração, classificando assim grupos mais ou menos perturbados por este processo. No que diz respeito especificamente à similitude com o conceito atual de “transtorno de personalidade”, Morel classificou como “folie morale”, ou loucura moral, casos onde ocorreria excentricidade, emoções instáveis, pouca confiabilidade e prejuízo nas funções cognitivas; exceto a última, essas características ainda fazem parte dos critérios que compõem este quadro diagnóstico. De forma distinta, Magnan designou como “degenerados superiores” casos onde se apresentava apenas vulnerabilidade emocional (BERRIOS,2012).

1.2 Autores alemães

Inferioridades psicopáticas- Koch

A obra de Julius Ludwig August Koch (1841 – 1908) foi de grande influência para o desenvolvimento do conceito de transtorno de personalidade na Alemanha. Posteriormente, após a emigração de muitos psiquiatras e psicanalistas de língua alemã para os Estados Unidos e França, as ideias alemãs sobre psicopatia também difundiram-se nestes países (BERRIOS, 2012). A concepção alemã de “psicopatia” originalmente seguia seu sentido etimológico de “psicopatologia”, um termo abrangente que referia-se a defeitos psicológicos, psicose ou formas de personalidade anormal, conforme o define Von Feuchtersleben (apud BERRIOS, 2012). Foi a partir de Koch e seu livro *Psychopathische Minderwertigkeiten* (1891 – 1893) que a concepção alemã do termo “psicopatia” voltou-se para anomalias da personalidade. Estas ocupavam posições de menor agravo na escala de “defeitos mentais” estabelecida por Koch, e constituíam as “inferioridades psicopáticas”, termo cunhado pelo autor para referir-se a anormalidades da personalidade e distingui-las tipologicamente) (Koch apud BERRIOS, 2012, p.995).

Quanto à etiologia do transtorno, as inferioridades psicopáticas poderiam ser congênicas ou adquiridas. Outra distinção ocorria em relação à sintomatologia supostamente encontrada na classe; dividiu-a em “predisposição psicopática” (termo que não dizia respeito à etiologia proposta por Magnan, e sim por uma perceptível ausência de estabilidade emocional), “defeito psicopático” (termo que designa a sintomatologia clínica manifesta, como episódios periódicos

de furor, excitabilidade, falta de harmonia ou impulsividade) e “degeneração psicopática” (esta aproxima-se da acepção de Morel, referindo-se a uma fraqueza intelectual ou moral) (Koch apud BERRIOS, 2012, p.995). A concepção alemã de psicopatia era consideravelmente mais abrangente que a anglo-americana, como veremos adiante no texto, estendendo-se além do comportamento antissocial. Porém, embora a acepção original do termo “inferioridade” utilizado por Koch não carregasse intenção moralizante ou pejorativa, ele foi posteriormente apreendido como tal. (BERRIOS, 2012).

Constituições psicopáticas- Ziehen

Theodor Ziehen (1862 – 1950), em seu livro *GeisteskrankheitendesKindesalters* (“Doenças mentais na infância”) publicado entre 1905 e 1912, deu continuidade às idéias de Koch de inferioridades psicopáticas, sistematizando-as em doze formas de “constituições psicopáticas”, de natureza genética. Sua categorização incluía tipos já existentes no campo da psicopatologia e que posteriormente seriam incorporados à sistematização de transtornos de personalidade, como a constituição histérica, a neurastênica, a hipertímica, a paranoide e a obsessiva (BERRIOS,2012).

Personalidades psicopáticas- Kraepelin

Comportamentos considerados amorais e socialmente desviantes não formaram a base apenas para a concepção anglo-americana de psicopatia; perpassaram autores de diversas culturas, e tiveram em Emil Kraepelin (1855 – 1926) seu principal representante germânico. Ao longo das suas oito edições, mediante acréscimos sucessivos e com o intuito de sistematizar o campo das doenças mentais, seu *Compêndio de Psiquiatria* expandiu-se enormemente. Uma edição de trezentos e oitenta páginas e transformou-se em um tratado de duas mil e quinhentas páginas, dividido em quatro volumes. Em sua quinta edição, Kraepelin elaborou o conceito de “estados psicopáticos” ou “loucura degenerativa”, baseada na “escola da degeneração”. Nesta edição, faziam parte desse grupo as seguintes categorias: a) desequilíbrio constitucional; b) loucura obsedante; c) loucura impulsiva e d) inversão sexual. Sua nosologia manteve-se organizada pelo mesmo eixo semântico ao longo das sucessivas edições. Este eixo trata do fator etiológico de cada categoria. A etiologia ordenava as categorias desde as causadas por elementos mais exógenos até as provocadas por elementos os mais endógenos, porém o

elemento da predisposição estava presente em todas (Bercherie, 1980). Seu posicionamento quanto à sua fonte epistemológica de sistematização geral do campo psiquiátrico pode ser entendida a partir da seguinte declaração:

(...)uma vez que, até agora, nem na anatomia patológica, nem na etiologia, nem na clínica as pesquisas avançaram o bastante para nos fornecer um fundamento seguro (...), devemos, para levar a cabo nossa obra, utilizar os recursos que forem colocados à nossa disposição por esses três lados.” (Kraepelin apud BERCHERIE, 1980, p.168).

Bercherie afirma, porém, que, para suprir a ausência de pontos de vista sintéticos derivados tão somente da clínica, as concepções kraepelianas expõem seus pontos fracos ao recorrer frequentemente à dimensão etiológica (o que explicaria a fragilidade da constituição do grupo mais endógeno) e evolutiva (ênfase nos estados terminais para constituição dos grupos).

Outra contribuição importante para o método de produção do conhecimento psiquiátrico em geral foi a de Jaspers que, em sua *Psicopatologia Geral*, publicada em 1913, apontou para a separação entre a “compreensão estática” (ou o que se convencionou chamar de “fenomenologia”, através da qual se faz uma idéia da vivência particular dos doentes tal qual ela se apresenta em sua consciência), a “compreensão genética” (ou captação intuitiva da geração dos fatos psíquicos uns pelos outros) e do ato de recorrer a mecanismos extra-conscientes, à época extraídos dos conhecimentos biológicos, quando a explicação causal esbarrava em algum obstáculo. Acrescentou que ainda assim não era possível compreender o estado anímico permanente que subjaz a toda condição patológica, por isso a necessidade de referir-se a causalidades genéticas, biológicas, hereditárias e a mecanismos extra-conscientes cerebrais (BERCHERIE, 1980). É interessante notar a acepção do termo “genético” aqui utilizado, como método investigativo, e como este difere na ocasião do termo hereditário, enquanto atualmente ambos os termos estão intimamente ligados e referem-se a um substrato fisiológico potencialmente determinista da condição patológica. Este esclarecimento é relevante ao presente estudo sobre os transtornos de personalidade por estes basearem-se principalmente na idéia de constituição.

Voltando à nosologia de Kraepelin, em sua oitava edição ocorreram grandes mudanças em sua estrutura. As idéias de causalidade endógena, constituição e psicopatia podem ser aqui encontradas especialmente na categoria já mencionada (“estados psicopáticos”). Esta categoria se transformaria na de número 14 na oitava edição, e 16 na nona edição de sua nosologia - as “personalidades psicopáticas”. Segundo Bercherie, essa classe foi inspirada nos trabalhos da

escola criminológica italiana. Os “criminosos natos” de Lombroso estariam incluídos nela, assim como outros tipos de personalidade: os instáveis, os mentirosos e os “escroques patológicos”, os pseudo-querelantes (reivindicadores crônicos sem delírio) e, na edição sucessiva, os irritáveis, impulsivos e excêntricos. Bercherie (1980, p. 255) assinala que se trata de um grupo médico-legal, caracterizado por uma inadaptabilidade fundamental, uma propensão natural para atos violentos e anti-sociais, reunindo “distúrbios permanentes da personalidade” com pouca ou nenhuma consciência de seu estado patológico.

Pode-se entrever, especificamente neste caso, dado o peso da obra de Kraepelin na estruturação do saber psiquiátrico contemporâneo, a influência da categoria das personalidades psicopáticas no arranjo e na compreensão atual do diagnóstico de transtorno de personalidade. Dada a organização gradual em torno do fator exógeno-endógeno em sua nosologia, a categoria precedente a essa, os “estados patológicos originários” também apresentam condições patológicas constituintes, de curso estável e permanente, sendo divididos em depressão e excitação constitucional. Estas características, segundo Kraepelin (1980 apud BERCHERIE, p.252), eram estados degenerativos que “traziam em si o germe da psicose maníaco-depressiva verdadeira, mas que na maioria dos casos ficavam livres do acesso propriamente dito”. Esta categoria, pelas características descritas, também ajuda a formar o rol de idéias que se assemelham e constituem o atual diagnóstico de transtorno de personalidade, no que diz respeito ao seu caráter constitutivo e permanente - que pode se referir a condições pré-existentes geradoras de condições consideradas mais graves, como é o caso do transtorno bipolar (no caso do transtorno de personalidade histriônico) e da esquizofrenia (correlação com o transtorno de personalidade esquizóide).

Tipologia sistemática- Kretschmer

Kretschmer foi um importante autor da corrente psicodinâmica alemã, que se constituiu como uma reação às concepções clássicas de Kraepelin. Esta corrente enfatizava a importância dos acontecimentos e situações relevantes e as reações por elas desencadeadas, combinando estas com o fator da predisposição, esmiuçando-o em tipos caracterológicos degenerativos que constituíam a base das condições patológicas manifestas. Além de Kretschmer, Adolf Meyer e Bleuler apresentaram-se como outros grandes expoentes desta corrente; influenciado pelas idéias de Freud, o grupo de Zurique, do qual fazia parte, empenhou-se em aplicar as idéias freudianas à compreensão das psicoses. A noção de constituição e a de psicogenia com a qual

a corrente psicodinâmica estruturou-se são simétricas, uma vez que, segundo esta lógica, a condição patológica enraizava-se em uma particularidade do funcionamento psíquico do sujeito, sendo tal particularidade considerada como degenerativa, pertencente à sua constituição. As noções de reação e desenvolvimento, entre outras desta corrente, devem-se em grande parte a Adolf Meyer.

Kretschmer, considerando o psiquismo “como um desenrolar no tempo” da reação à experiência (apud BERCHERIE, 1980, p.238) destacou quatro supostos componentes do psiquismo humano, que segundo ele formavam a base do caráter. São eles: impressionabilidade ante a experiência, retenção ou a capacidade de conservá-la, a atividade intrapsíquica de elaboração da experiência e de ligação desta com restos de elementos psíquicos e das experiências vividas e, por último, a expansão ou exteriorização e descarga da força psíquica acumulada. O autor acrescentava a essas quatro qualidades fundamentais psíquicas outro fator: o grau de aptidão para reagir, a capacidade de resistência ou sua falta, isto é, a natureza estênica ou astênica do psiquismo. Diante desta diferenciação entre dois supostos extremos relativos à constituição humana, a natureza astênica ou estênica, é interessante relembrar a definição de sanidade de Canguilhem: “O homem é são na medida em que é normativo em relação às flutuações do seu meio” (O normal e o patológico, 6ªed., 2009 p. 92). Um primeiro olhar tenderia a aproximar a definição de natureza estênica dada por Kretschmer, como tendo um maior grau de aptidão para reagir ao meio, como próximo à capacidade de normatização estabelecida por Canguilhem como marca da sanidade. Porém é importante relembrar que a obra de Kretschmer dirige-se à construção de uma nova lógica nosográfica; mesmo tendo como base afastar-se da idéia de entidade mórbida, permanece em Kretschmer a intenção nosográfica, e a partir dela, a necessidade de estabelecer parâmetros classificatórios, enquanto Canguilhem aponta a normatização como uma capacidade em sentido amplo, não uma característica estática de uma natureza psíquica. Nesse sentido, a estenia ou astenia na obra de Kretschmer fazem parte de uma compreensão dinâmica do psiquismo, porém figuram como classes mentais ou características com graus diversos de integração em quadros mais complexos.

Estes quadros viriam a cristalizar-se em “reações”, ou modos de funcionamento típicos; sua ambição porém era a de correlacionar estes “temperamentos” com tipos particulares de estrutura corporal. Além destas classificações, Kretschmer, em 1918, propôs uma tipologia caracterológica mais objetiva e estruturante, baseada largamente nas idéias de introversão e extroversão de Jung. Essa tipologia se estruturava na oposição entre ciclotímicos, esquizoides e viscosos. As reações (ou temperamentos) são organizados através do critério de mais estênico

para mais astênico: primitivas, expansivas, sensitivas e astênicas puras. Os tipos corporais são: o pícnico, o leptossômico-astênico e o displásico. O primeiro caracteriza-se pela grande massa corporal, e o autor o correlaciona com o caráter ciclotímico. O segundo, pela fraqueza, correlacionado com o caráter esquizoide e com a propensão à esquizofrenia. O terceiro seria o tipo atlético, correlacionado à epilepsia.

Dessa forma, Krestchmer apresentou sua classificação de personalidades, resultante do novo método de “diagnóstico estratificado” por meio da análise de mecanismos. A relevância de sua obra para a psiquiatria moderna é grande. No que concerne diretamente aos transtornos de personalidade, figura como um marco relevante na classificação de tipos globais de temperamento, ou modos de funcionamento, porém foram Adolf Meyer e Harry Stack Sullivan a exercer maior influência na promoção do pensamento psicodinâmico na psiquiatria americana. Este pensamento ainda está presente na versão atual do diagnóstico no DSM-5, mais especificamente no critério A do modelo híbrido, como veremos adiante. A tipologia de Krestchmer baseou-se no estabelecimento de supostas características primordiais do psiquismo humano, formado por diferentes combinações de suas doses. É possível notar a influência das tipologias sistemáticas na contemporaneidade através do Modelo dos Cinco Fatores, que surgiu a partir de Ernest Tupes e Raymond Christal em 1961 e foi progressivamente pesquisado e desenvolvido a partir de 1980, sendo atualmente a principal referência para a sistematização do modelo dimensional utilizado como um dos métodos diagnósticos dos transtornos de personalidade na última versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), publicado em 2013.

Personalidades anormais psicopáticas -Schneider

Kurt Schneider (1887 – 1967) publicou em 1923 a primeira edição de seu trabalho *Die Psychopatischen Persönlichkeiten* (As personalidades psicopáticas) e em 1948 o livro “Psicopatologia Clínica”, entre outras obras. Seu trabalho foi influenciado sobretudo pela obra de Kraepelin e de Karl Jaspers. Segundo este autor: “Aqui assim como em todo lugar entidades clínicas permanecem fundamentais. (...) Se aceita-se a necessidade de diagnósticos pode-se simplesmente dizer que a época kraepeliniana está longe de terminar.” Porém, Schneider vai além ao afirmar: “A psicopatologia excessivamente objetificante de Kraepelin foi superada pela ‘Fenomenologia’ conforme apresentada por Jaspers, metodologicamente e como uma abordagem sistêmica; seu objetiva é a elucidação das experiências internas dos pacientes em

seus diversos modos”. (Schneider apud HOENIG, 1982, p.393). O trabalho de Schneider, porém, distingue-se de ambos, introduzindo suas próprias modificações em definições e classificações de sintomas.

É fundamental esclarecer a compreensão de Schneider sobre o conceito de patológico. Em seu livro “As personalidades psicopáticas” afirma: “Só há enfermidades no corporal; em nosso juízo, os fenômenos psíquicos são patológicos unicamente quando sua existência está condicionada por alterações patológicas do corpo, entre as quais incluímos as más formações” (p.41). Partindo deste princípio, não considera o fenômeno que nomeou como “personalidade anormal” como uma enfermidade, classificando-o na categoria “Variedades anormais do ser psíquico”. Esclarece que

As personalidades anormais são variações de uma faixa média que se tem em mente. Decisivo é o critério do termo médio, não uma norma de valor. Entre as personalidades anormais e os estados a serem classificados como normais há sempre transições sem limite algum. Das personalidades anormais distinguimos como personalidades psicopáticas aquelas que sofrem com sua anormalidade ou assim fazem sofrer a sociedade. (1976,p.45)

Prossegue seu raciocínio citando autores como Koch e Ziehen, para quem o conceito de disposição é central na caracterização da personalidade anormal (psicopática). Porém ao final destes argumentos, retoma o pensamento de Jaspers, para quem deve-se partir da compreensão de que toda personalidade se desenvolve, e este desenvolvimento “é produto em parte do crescimento e progresso das bases predominantemente disposicionais, e em parte dos destinos e das vivências, em sentido amplo” (p.45).

Schneider utilizou a abordagem tipológica de forma não-sistemática, identificando dez tipos caracterológicos, tentando mantê-los livres de julgamentos de valor e próximos à noção de desvios estatísticos de uma norma mediana estimada. Os tipos de personalidades psicopáticas estabelecidas por Schneider são: os hipertímicos; os depressivos; os inseguros de si mesmos; os fanáticos; os carentes de afirmação; os instáveis de ânimo; os explosivos; os insensíveis; os abúlicos e os astênicos (SCHNEIDER,1923). Concebia estas categorias de personalidades psicopáticas como “formas de ser” e não propriamente entidades diagnósticas (SCHNEIDER, 1976, p. 64), e embora se opusesse à noção de continuidade expressa por Krestschmer, sugeriu que a personalidade, normal ou anormal, pudesse modular a forma das psicoses (SCHNEIDER, 1976, p. 44,). Também a concepção de permanência de um quadro ou condição enquanto característica intrínseca à psicopatia foi pensada por este autor de forma crítica, que aponta como fundamental a percepção da relatividade subjacente a uma suposta

estrutura ou predisposição. A tipologia de Schneider foi de extrema influência para as tipologias subsequentes, embora sua abordagem, que preserva a noção de anormalidades destacada de enfermidades, tenha sido de certa forma esquecida pela psiquiatria contemporânea expressa formalmente em manuais.

É importante ressaltar que o pensamento de Schneider, embora se apresente marcado pelo formalismo kraepeliniano, é profundamente influenciado por Jaspers. Veremos adiante que Schneider propõe um conceito que se apresenta como uma aparente extensão à previamente exposta definição de patologia, enquanto fenômenos que são causados por processos físicos, em contraste com fenômenos que caracterizou como “variedades anormais do ser”. Esta extensão, que na realidade é um segundo critério, é a ideia de quebra de uma continuidade do ser, ou infraestrutura psíquica. Esta ideia está profundamente ligada ao pensamento fenomenológico de Jaspers. Baseando-se não em uma mera constatação de um processo fisiológico considerado patológico, ou na descrição externa de um comportamento, está ligada a existência de uma capacidade de observação de percepções subjetivas da realidade, seja de um observador externo ou do próprio sujeito que experiencia esta suposta “quebra de continuidade”. Embora esta ideia não contradiga, a princípio, a conceituação formal de patologia em Schneider, ela demonstra que este autor está mais inclinado ao pensamento fenomenológico do que a princípio possa transparecer, sugerindo que sua formulação oficial de patologia enquanto processos físicos patológicos tenha sido uma solução de compromisso. Esta seria marcada pela necessidade de delimitação através do que denominou “alterações patológicas do corpo” de uma zona onde perdurasse o conceito de patologia psíquica tradicional (justificado pelo conceito de causalidade), para preservar o espaço onde o pensamento fenomenológico pudesse ser aplicado com mais propriedade, denominando este espaço de “variedades anormais do ser”. Neste momento é importante lembrar que as investigações científicas a respeito do funcionamento neuronal avançaram muito desde a época em que Schneider escreveu sua obra, e que atualmente pode-se reconhecer cada vez mais a correspondência entre sensação/percepção e processo neuronal de tal forma a desafiar a tradição psiquiátrica de distinção entre doença e normalidade através de um estreitamento do olhar de macro a micro processos neurais/físicos. Esta mudança paradigmática no campo nos permite problematizar o dualismo proposto por Schneider entre fenômenos passíveis de compreensão por meros argumentos fisicalistas e outros, de caráter subjetivo.

1.3 Concepções Anglo-americanas: a origem da sociopatia

Insanidade moral-Prichard

A perspectiva da Psicologia das faculdades mentais sobre a definição de insanidade enquanto transtorno delirante não influenciou apenas Pinel e Esquirol. James Cowles Prichard (1786 – 1848), seguindo esta perspectiva, cunhou o termo “insanidade moral”, referindo-se a transtornos que perturbassem somente as faculdades afetiva e volitiva. Embora haja contiguidade entre o pensamento dos autores mencionados no que diz respeito à sua compreensão da importância dos transtornos do afeto, e não apenas aqueles de natureza puramente intelectualística, os conceitos apresentados diferem bastante entre si. Da mesma forma, Maughs (1941) e Craft (1965) afirmam não haver semelhança entre os termos cunhados por Pinel e Prichard e o que seria atualmente definido como personalidade psicopática. O conceito de “insanidade moral” retraza a trajetória da aceitação e oficialização no campo do saber psiquiátrico de outros pilares de definição de saúde mental, para além da cognição e do ideal de homem racional.

Conforme mencionado, o conceito de insanidade moral pouco se relacionava com o de mania sem delírio. A análise dos casos relatados por ambos autores demonstra sua distância semântica. Enquanto Pinel descrevia casos onde a agressividade era o foco de sua observação (Pinel, 1809), Prichard focava-se na descrição de casos que seriam atualmente entendidos como transtornos bipolares com ausência de sintomas psicóticos (Prichard, 1835).

É relevante assinalar a acepção do termo “moral” durante o século 19 a fim de se evitar equívocos na compreensão da natureza do significado atribuído por Prichard a determinados comportamentos ou transtornos. Conforme assinala Craft (1965), o termo “moral” seria empregado de três formas distintas. A primeira seria equivalente a “psicológico”, como por exemplo no “tratamento moral” indicado por Prichard, referindo-se a um conjunto de técnicas psicossociais (BERRIOS, 2012) ou em “causas morais de insanidade”. A segunda forma seria equivalente a afetivo ou emocional, em oposição a cognitivo ou intelectual; a terceira se assemelha à acepção atual de senso ético que distingue certo e errado. Embora os conceitos propostos por Pinel, Esquirol e Prichard guardem pouca semelhança quanto aos comportamentos a que originalmente se referiam, é interessante notar a pervasividade da ideia de loucura sem delírio, historicamente, em países distintos.

Estados psicopáticos - Henderson

Embora o conceito de insanidade moral contivesse, em certa medida, uma ligação com a acepção “moralizante” do termo, conforme a entendemos atualmente, este ainda abrangia outros significados. A partir de Henderson, porém, a ideia proposta pelo conceito de insanidade moral acentuou-se em direção a essa acepção. David Henderson (1884 – 1965), psiquiatra escocês, utilizou o termo “estados psicopáticos” (1939) para designar tipos específicos de anormalidades constitucionais. Ele entendia “constituição” como sendo “a inteireza do ser, física e mentalmente, que é em parte hereditária, e em parte ambiental, e está em estado de fluxo variante de dia a dia, e mesmo de hora a hora” (HENDERSON, 1939, p.32). A rigidez de comportamento psicopático pode ser verificada na contrapartida patológica da definição de constituição de Henderson. Os estados psicopáticos eram definidos como sendo

o nome que aplicamos àqueles indivíduos que estão conformados a um certo padrão intelectual, por vezes alto, por vezes aproximando-se do nível do defeito mas ainda assim não chegando a ele, que no decorrer de suas vidas, ou desde uma idade comparativamente nova, exibiram transtornos de conduta de uma natureza antissocial, geralmente de natureza recorrente ou episódica, e que em muitas formas provaram ser difíceis de serem influenciados por métodos sociais, penais ou tratamento e cuidado médico, e para quem não temos provisões de natureza preventiva ou curativa. (Henderson, 1939, p.16-17).

Verifica-se através desta passagem uma série de pontos importantes do pensamento de Henderson que viriam a influenciar largamente a concepção britânica e norte-americana de transtornos de personalidade. Entre esses pontos os principais são a natureza pouco ou nada influenciável da psicopatia, assim como seu caráter constituinte, apresentando-se através de conduta antissocial, ao longo de toda a vida do indivíduo. Embora Henderson definisse três tipos de estados psicopáticos, o primeiro descrito como sendo agressivo, o segundo passivo e inadequado, e o terceiro criativo (BERRIOS, 1996) foram os dois primeiros e seu caráter antissocial a caracterizar sua definição de estado psicopático, conforme demonstra a passagem acima citada. Autores anteriores já haviam partido de sua observação clínica de comportamentos socialmente desviantes para cunhar conceitos de condições que não envolviam desorganização intelectual ou cognitiva (Pinel-1809, Morel-1857), porém a partir de Henderson o significado do termo “psicopatia” afunilou-se de mudanças psicopatológicas a comportamento agressivo e antissocial (BERRIOS, 2012).

Psicopatia como sociopatia- Partridge

George Partridge (1870-1953) foi um psicólogo americano que ajudou a disseminar o termo “sociopata” como sinônimo de psicopatia enquanto comportamento antissocial. Em 1928 publicou no *American Journal of Psychiatry* uma série de estudos desenvolvidos no hospital psiquiátrico Sheppard Pratt em Baltimore, Maryland, sobre a “personalidade psicopática”, segundo sua concepção de psicopatia (“Um estudo de cinquenta casos de personalidade psicopática”; “Personalidades psicopáticas entre meninos de uma escola de treinamento para delinquentes”; “Reação psicótica na psicopatia”). Assim como Henderson, Partridge enfatizava o comportamento antissocial como definidor da psicopatia, e este pelo fracasso dos métodos de educação e punição em sua correção. Porém explicitou claramente o motivo para a validação do conceito de personalidade psicopática enquanto antissocial como merecedor do status de categoria psicopatológica, através da seguinte passagem:

Podemos dizer que pragmaticamente o psicopata é sobretudo reduzido a tipos que são importantes do ponto de vista da sociedade, e o efeito de personalidades negativamente sobre a vida social parece ser reconhecível como uma justificativa para uma categoria dentro do campo da psicopatologia em seus aspectos mais individuais e subjetivos (Partridge apud BERRIOS, 2012)

A especulação etiológica originalmente estimada por autores como Morel e Pinel deu lugar à ênfase descritiva dos comportamentos desde a época de Partridge (BERRIOS,2012). A mera descrição dos comportamentos que causavam perturbação da ordem social passou então a ser critério de validação psicopatológica suficiente para sujeitos que não apresentavam delírios ou transtornos cognitivos. Este mecanismo havia sido previamente utilizado por Esquirol em seu conceito amplo de monomania, e à época havia sido criticado por ser de caráter tautológico.

A origem do transtorno antissocial- Craft

É importante notar que a ideia de loucura sem delírio sofreu a partir de Henderson um processo de estreitamento semântico em direção ao comportamento agressivo e transgressor, intensificado através da obra de autores anglo-saxões e norte-americanos. Nota-se, como visto anteriormente, um caminho distinto tomado por autores germânicos em relação à preservação da acepção mais ampla do termo “psicopático”.

Seguindo este processo de estreitamento semântico, o psiquiatra norte-americano Craft estabeleceu em 1966, em seu livro *Psychopathic Disorders and their Assessment*, critérios de

inclusão e exclusão do conceito de psicopatia. Assim fazendo, possibilitou a operacionalização diagnóstica do conceito em uma categoria mais específica, transformando-o em transtorno antissocial e atribuindo a ele características que ainda são consideradas como premissas para o estabelecimento do diagnóstico de transtornos de personalidade de um modo geral, como a não comorbidade com psicose ou sérias “perturbações mentais” (1966, p.5) O diagnóstico deveria ser feito também em cima do reconhecimento de traços “primários” e “secundários”. Estes são, respectivamente, falta de sentimento em relação a outros seres e impulsividade (primários), agressividade, ausência de vergonha e remorso, inabilidade de aprender com a experiência, assim como diminuição da motivação (secundários). (CRAFT,1966).

Demência semântica- Cleckley

Com Craft já havia sido estabelecida a ideia geral de uma figura que se tornaria muito popular através da obra do psiquiatra norteamericano Hervey Cleckley: a do psicopata perigoso. Esta figura carrega um grande potencial dramático originado da descrição de uma estrutura psíquica de traços extremamente contrastantes, que combinaria perfeita adequação social aparente e impulsos destrutivos intensos e ocultos. Esta descrição foi largamente explorada no livro de Cleckley intitulado *A máscara da sanidade*, publicado pela primeira vez em 1941, tendo alcançado cinco edições e sido um sucesso editorial. Nele, Cleckley descrevia, através da metáfora de uma máscara, uma dinâmica psíquica destrutiva que funcionava de forma oculta sob uma aparência de normalidade, não sendo resultante de psicose, neurose ou déficit mental (BERRIOS, 2012). A antiga proposição de não envolvimento de distúrbios cognitivos prevalece em seu critério diagnóstico, porém a aceção original de “distúrbio psicopático” como “distúrbio psicopatológico” foi colocada em segundo plano em seu trabalho. Imerso na tradição anglo-saxã e norte-americana de compreensão da psicopatia, Cleckley difundiu o termo através da descrição de uma estrutura psíquica “que possuía uma predileção arrebatada” por “aquilo que é geralmente visto como perverso, desalmado ou desagradavelmente incompreensível”, incluindo em sua lista de psicopatas autores como Sartre, Joyce e Gide, a partir de sua avaliação das respectivas obras literárias (1964). Cleckley listou os seguintes critérios para a atribuição diagnóstica da “psicopatia”: charme superficial e inteligência não perturbada; não confiabilidade e insinceridade; inabilidade em aceitar acusações e sentir vergonha; falha em aprender com as experiências; egocentrismo patológico e incapacidade de amar; emoções em falta, em geral; relações sexuais impessoais e pouco integradas; inabilidade em seguir os próprios objetivos na vida (BERRIOS, 2012).

Cleckley cunhou o termo “demência semântica” referindo-se ao critério diagnóstico da incapacidade em aprender com as experiências, demonstrando nele a influência exercida por Henderson em sua definição de estado psicopático que “em muitas formas provaram ser difíceis de serem influenciados por métodos sociais, penais ou tratamento e cuidado médico, e para quem não temos provisões de natureza preventiva ou curativa” (HENDERSON,1939, p.16-17). A demência semântica hipotetizada por Cleckley ocupava posição central em sua descrição nosológica, sendo esta a incapacidade do psicopata de “avaliar ou experimentar a vida como um organismo totalmente integrado. Embora o psicopata possa reagir verbalmente como se entendesse o amor, o orgulho, a dor, a vergonha ou outras emoções, ele não tem uma experiência desses valores ou conotações humanas” (CLECKLEY,1942). Ao utilizar o termo demência semântica como incapacidade de atribuir significado, não em sentido puramente linguístico, mas em sentido psicossocial mais amplo, Cleckley refere-se à teoria da semântica geral de Alfred Korzybsk (CLECKLEY,1963).

Uma vez estabelecidos por Craft os critérios diagnósticos para o transtorno de personalidade antissocial, demarcando sua origem, torna-se possível abordá-lo epidemiologicamente, uma vez já validado. E por sua vez, estudos clínicos sobre o transtorno corroboram a validação de sua definição dentro do campo da psicopatologia.

O conceito de Transtorno de Personalidade Antissocial- Robins

Outro trabalho que contribuiu para o estabelecimento da noção atual de transtorno antissocial foi a monografia da psiquiatra americana Lee Robins (1922 – 2009) chamada *Crianças desviantes já crescidas*, publicada em 1966. O trabalho descreve um estudo longitudinal (follow-up) de uma população de mais de quinhentos homens por mais de 30 anos. Foram utilizados registros de crianças atendidas no hospital municipal de St. Louis (St.Louis Municipal Child Guidance Clinic), cujo propósito era o de servir à instância jurídica que trata dos delitos juvenis (St. Louis Juvenile Court) no período de 1924 a 1929, e informações de sua situação atual recolhidas através de entrevistas pessoais, com familiares, além de registros policiais, forenses, hospitalares, da previdência social, entre outros (ROBINS, 1966).

A conclusão a que a autora chegou foi a de que crianças que apresentavam comportamento agressivo e antissocial na infância desenvolveram uma cronificação de sua condição, sendo este comportamento, portanto, o principal preditor do transtorno sociopático (ROBINS, 1966). Pode-se notar neste raciocínio uma forte tendência medicalizante de

comportamentos antissociais encontrados em jovens em conflito com a lei, não tendo sido contempladas as condições socioeconômicas com as quais conviveram estes jovens que se tornaram os supostos adultos sociopatas relatados na pesquisa. Esta conclusão, porém, não seria possível sem a suposição já plenamente difundida de que traços de personalidade patológicos são duradouros e estáveis (BERRIOS, 2012). Nesta suposição pode-se perceber a influência da teoria da degeneração de Morel representada pela imutabilidade e cronificação da condição patológica. O trabalho de Robins forneceu o banco de informações mais importante, e largamente citado, para a construção e validação da concepção norte americana de transtorno de personalidade antissocial (BERRIOS, 2012).

1.4 Visões psicodinâmicas

Visões contemporâneas dos transtornos de personalidade continuam sendo descritivas e suas explicações de cunho biológico (Cloninger apud BERRIOS, 1996). Porém no início do século XX, modelos psicodinâmicos contribuíram para sua análise, exercendo grande influência sobre a etiologia e nosologia psiquiátrica, demonstradas no arranjo classificatório organizado nas duas primeiras edições do DSM. Por exemplo, Pierre Janet (1859-1947) propôs o “automatismo psicológico”, um modelo da mente baseado nos níveis hierárquicos estruturados pelo neurologista britânico Hughlings Jackson. Este autor propunha três níveis de funcionamento do sistema nervoso, estabelecidos através de uma organização evolutiva. O nível mais baixo seria representado por movimentos de complexidade mínima, referentes à medula e à espinha dorsal. O nível médio referia-se à assim chamada área motora do córtex e o nível superior referia-se ao córtex pré-frontal. (Balan apud BERRIOS, 1996).

Em seu livro “*O automatismo psicológico. Ensaio de psicologia experimental sobre as formas inferiores da atividade humana*” (1889) Janet define seu modelo psicodinâmico da seguinte forma:

Entretanto, o que está certo é que existem graus de organização e de síntese cada vez mais complexos. As pequenas sínteses elementares insistentemente repetidas tornam-se elementos de outras sínteses superiores. Por serem mais complexas, essas novas sínteses são bem mais variadas que as anteriores, e, embora continuem sendo unidades, são unidades cujas qualidades diferem entre si (...) Por sua vez, essas sensações organizam-se em estados mais complexos, que podemos chamar de emoções gerais; estas se unificam e formam, a cada

momento, uma unidade particular que denominamos de ideia da personalidade, ao passo que outras combinações vão formar as diferentes percepções do mundo exterior. (Janet, 1889)

A partir deste modelo, seu conceito de automatismo psicológico é definido como sendo a situação na qual parte do aparato mental escapa ao controle da vontade e da consciência, funcionando de maneira independente. Neste sentido, existem formas normais ou patológicas de automatismo, sendo a segunda a fonte para o funcionamento histérico ou estados dissociativos em geral, nos quais havia desconexão entre aspectos conscientes e inconscientes da personalidade (GARRABÉ, 1989).

Pelos aspectos mencionados de sua teoria, Janet pode ser apontado como um dos autores precursores a Freud que já haviam desenvolvido a noção de inconsciente em seus trabalhos. No texto “A divisão do ego no processo de defesa”, publicado entre 1937-1939 no volume XXIII de sua obra, Freud descreve um mecanismo de cisão da consciência diante de “um conflito entre a exigência por parte de um instinto e a proibição por parte da realidade (...) Por um lado, com o auxílio de certos mecanismos, rejeita a realidade e recusa-se a aceitar qualquer proibição; pelo outro, no mesmo alento, reconhece o perigo da realidade, assume o medo desse perigo como um sintoma patológico e subsequentemente tenta desfazer-se do medo(...) Ambas as partes na disputa obtêm sua cota: permite-se que o instinto conserve sua satisfação e mostra-se um respeito apropriado pela realidade. ”(p.309). Esta passagem oferece um esclarecimento psicodinâmico para fenômenos patológicos descritos pela nosografia psiquiátrica como dissociativos. Desde Pinel, com a “mania sem delírio”, passando por Cleckley com a “demência semântica” e a “múltipla personalidade”, assim como muitos outros autores, o fenômeno da dissociação esteve presente ao longo da história dos transtornos de personalidade. A ideia de uma personalidade não unificada, socialmente integrada e que simultaneamente satisfazia seus instintos de formas violentas foi especialmente explorado pela vertente psiquiátrica anglo-americana através da figura do psicopata, conforme o descreve Craft (1966) e Cleckley (1976).

Outros conceitos derivados de visões psicodinâmicas também influenciaram diretamente a história dos transtornos de personalidade, em especial os conceitos de “neurose de caráter” e “borderline”. O primeiro descreve uma situação clínica na qual o conflito, em vez de mostrar-se como um conjunto de sintomas, apresenta-se como modificações do caráter como um todo (BERRIOS,1996). Este conceito pouco claro, segundo Laplanche e Pontalis, “apresenta não somente problemas nosográficos (quais são os atributos específicos da neurose de caráter?), mas também questões psicológicas concernentes à origem, bases e função do caráter, e a

questão técnica sobre qual lugar deveria ser dado para a análise das assim chamadas defesas de caráter” (p. 67, LAPLANCHE E PONTALIS, 1973). O conceito de “borderline”, no entanto, teve uma trajetória mais estável, tendo sido mais bem acolhido (AKISKAL et al, 1985), exercendo ainda grande influência na nosografia e prática clínica. Define-se tanto como uma forma atenuada de psicose ou um transtorno de personalidade (BERRIOS,1996), tendo sido incorporado ao DSM em sua terceira edição, em 1980, sob o agrupamento B da seção Transtornos de Personalidade, descrito como: aparência dramática, emocional ou errática; dos quais fazem parte os transtornos de personalidade Histriônica, Narcisista, Antissocial e Borderline.

1.5 Os Transtornos de Personalidade nos DSMs:

O DSM foi criado em 1952 pela Associação Americana de Psiquiatria como uma alternativa à Classificação Internacional das Doenças (CID), à época em sua sexta versão, produzida pela Organização Mundial da Saúde. Objetiva organizar a classificação psiquiátrica, tendo recebido constantes críticas ao longo de suas sete versões publicadas.

DSM-I: 1952

Na década de 30, por influência da perseguição étnica em decorrência da ascensão do nazismo, o eixo de produção e difusão da doutrina psicanalítica deslocou-se da Europa central para os países de língua inglesa. Esta caracterizava-se pelo predomínio da vertente medicalizante, que à época já era hegemônica nos Estados Unidos. Ocorre nesse momento uma dominância do modo psicanalítico de compreensão da doença mental no interior da psiquiatria. Este movimento se reflete na nosografia e é evidenciado pelo uso de termos como “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico”, incorporados ao vocabulário utilizado no manual produzido pela Associação Americana de Psiquiatria.

No que diz respeito aos Transtornos de Personalidade, a compreensão psicanalítica está mais evidentemente presente através da classificação por reações na subcategoria dos distúrbios de personalidade de situação transicional.

Os Transtornos de Personalidade (p.7), estão presentes na “Seção I: Doenças da unidade psicobiológica”. A seção apresenta os seguintes itens:

- 1) Distúrbios de padrões de personalidade: Inadequada; Esquizoide; Ciclotímica e Paranoide.
- 2) Distúrbios de traços de personalidade: Emocionalmente instável; Passiva-agressiva; Compulsiva e Outras.
- 3) Transtorno de personalidade sociopática: Reação antissocial; Reação Dissocial; Desvios sexuais; Adição (subdivida em alcoolismo e adição a drogas).
- 4) Reações de sintomas especiais: Distúrbio de aprendizado; Distúrbio de fala; Enurese; Sonambulismo e Outras.
- 5) Distúrbios de personalidade de situação transicional: Reação “Gross” ao Stress; Reação adulta situacional; Reação de ajustamento na infância (subdividida em distúrbios do hábito, distúrbios da conduta e traços neuróticos); Reação de ajustamento à adolescência e Reação de ajustamento à velhice.

É interessante notar a relevância do comportamento antissocial para a categoria em geral, e a íntima relação deste com o termo “sociopático”, ocupando nesta primeira edição uma seção apenas para si, onde estão presentes distúrbios de “adição a álcool e drogas” como parte deste comportamento, definindo a associação destes a comportamentos erráticos e agressivos. Outro fato interessante é a divisão da categoria em padrões e traços de personalidade, discriminação organizacional que se assemelha à divergência entre os modelos categorial e dimensional presentes na última versão do DSM, de 2013. Um outro traço relevante desta primeira organização é o fato de englobar nesta categoria, formalmente e assim expressos, situações de ajustamento a diferentes faixas etárias da vida humana, possuindo um diagnóstico para cada fase de vida. Uma possível interpretação deste fenômeno seria a potencialização da medicalização de comportamentos justificada pela imprecisão, e portanto abertura de possibilidades, de uma visão psicodinamicamente orientada.

DSM-II: 1968

Nessa versão verifica-se uma intensificação da compreensão psicanalítica acerca das perturbações mentais. A noção de “reação”, assim como a concepção “biopsicossocial” dos transtornos mentais foram substituídas por um modo mais individualizante do processo de adoecimento, que corresponderia a níveis de desorganização psicológica do indivíduo. A perturbação mental passa a ser vista como a expressão visível de uma realidade psicológica oculta a ser interpretada no curso do diagnóstico ou do tratamento (RUSSO e VENÂNCIO, 2006).

Apresenta-se uma única seção intitulada “Transtornos de Personalidade e Outros transtornos mentais não psicóticos” (p.41), resultado de uma maior diferenciação entre os primeiros de situações que ofereciam igualmente desafios à classificação psiquiátrica, por se assemelharem à antiga noção de mania sem delírio de Pinel. A seguir está a organização dos Transtornos de Personalidade nessa segunda versão do Manual:

- 1) Transtornos de Personalidade: Paranóide; Ciclotímico (ou Afetivo); Esquizóide; Explosivo; Obsessivo-Compulsivo (ou Anancástico); Histérico; Astênico; Antissocial (subdividido em Passivo-Agressivo e Inadequado); Outros transtornos de personalidade de tipos específicos (ou Transtorno de personalidade Inespecífico).
- 2) Desvios sexuais: Homossexualidade; Fetichismo; Pedofilia; Travestismo; Exibicionismo; Voyerismo; Sadismo; Masoquismo e Outros desvios sexuais.
- 3) Alcoolismo: Consumo excessivo Episódico; Habitual; Adição à álcool e Alcoolismo Inespecífico.
- 4) Dependência a drogas: Ópio, ópios alcaloides e seus derivados; Analgésicos sintéticos com efeitos semelhantes à morfina; Barbitúricos; Outros hipnóticos ou sedativos ou “calmantes”; Cocaína; Cannabis Sativa; Outros estimulantes psíquicos; Alucinógenos e Outros tipos inespecíficos de droga.

Como a noção de reação era largamente utilizada na versão prévia do Manual, nota-se uma mudança significativa na nosografia dos Transtornos de Personalidade, restritos agora a entidades específicas, diferenciadas de categorias que antes a integravam. A categoria da sociopatia incorporou-se às demais, diferenciado-se da “Adição a álcool e drogas”, renomeados e categorizados separadamente agora como “Dependência a Drogas e Alcoolismo”, assim como

os “Desvios sexuais”. É evidente o caráter moralizante sobre classificações de comportamentos sexuais e consumo de diversas substâncias, que embora tenham sido dissociadas da sociopatia figuravam como transtornos mentais não psicóticos.

DSM-III: 1980

Com os avanços da psicofarmacologia no pós-guerra, a vertente biológica da psiquiatria sobrepuja sua vertente moral, ocorrendo uma ruptura de nível conceitual, com o afastamento da abordagem psicanalítica e a reaproximação da psicopatologia descritiva, através da observação empírica. Se a investigação etiológica dos transtornos mentais baseada em inferências clínicas de processos subjacentes ocupava posição de destaque na abordagem psicodinâmica, o pressuposto empiricista autodetermina-se a-teórico, refletindo um paradigma fisicalista. Acompanhando esta revolução, nota-se uma significativa mudança na lógica classificatória e na nomenclatura utilizada na terceira versão do DSM. Uma das mudanças mais relevantes foi a criação de um sistema axial de categorização, designando os dois primeiros eixos à classificação de transtornos mentais. Nota-se o paradigma fisicalista subjacente à classificação mais claramente na separação de um eixo específico para “Severidade de fatores estressantes psicossociais”.

Os Transtornos de Personalidade encontram-se no Eixo II, junto com “Transtornos de Desenvolvimento Específicos”. A separação destas duas categorias em outro eixo “assegura que será recebida a consideração para as possíveis presenças de transtornos que são frequentemente ignorados quando a atenção é direcionada para os usualmente mais floridos transtornos do Eixo I”. (p.23) Esta divisão aponta para a percepção dos Transtornos de Personalidade como uma subcategoria; uma posição marginal atribuível à complexidade e difícil sustentação de sua validade, conforme será posteriormente discutido.

Nesta edição os transtornos de personalidade (p.305) dividem-se em três grupos, além da categoria “Outro Transtorno de Personalidade”, sendo o critério diagnóstico desse “ser usado para outro Transtorno de Personalidade ou condições que não se qualificam como nenhum dos Transtornos de Personalidade descritos nesse manual” (p. 307):

- 1) Aparência “estranha” ou excêntrica: transtornos de personalidade Paranóide, Esquizóide e Esquizotípica.

- 2) Aparência dramática, emocional ou errática: transtornos de personalidade Histriônica, Narcisista, Antissocial e Borderline.
- 3) Aparência ansiosa ou medrosa: transtornos de personalidade Evitativa, Dependente, Compulsiva e Passiva-agressiva.

Os seguintes Transtornos da Infância e Adolescência (da seção “Transtornos geralmente evidentes primariamente na infância, adolescência e juventude”, p. 35) são considerados como correspondentes a determinados Transtornos de Personalidade, sendo diagnosticados como pré-mórbidos, neste caso. As correspondências são:

- Transtorno Esquizóide na Infância ou Adolescência – Transtorno de personalidade Esquizóide;
- Transtorno Evasivo na Infância ou Adolescência – Transtorno de personalidade Evitativa;
- Distúrbio da conduta – Transtorno de personalidade Antissocial;
- Transtorno Opositivo – Transtorno de personalidade Passiva-agressiva;
- Transtorno de Identidade – Transtorno de personalidade Borderline.

A mudança paradigmática da investigação etiológica psicanaliticamente orientada para o foco na observação empírica de comportamentos é notável na reorganização destas categorias de transtornos em específico. Antes organizadas de forma mais pluralista, envolvendo noções de reação e ajustamento a fases da vida, agora resume-se a diferenciação de comportamentos observáveis. Promovendo como critério e simultaneamente validação deste critério a observação de “aparências”, distribui os transtornos nas diferenciações destas. Pode-se notar uma relevante simplificação da organização previamente proposta, assim como a discriminação das categorias “Desvios sexuais” e “Dependência de álcool e drogas” do corpo classificatório desta categoria.

DSM –III –R: 1987

A edição revisada apresenta pequenas mudanças em relação à categorização dos Transtornos de Personalidade (p.335). No texto introdutório, porém, é afirmado que “o DSM-III-R pode ser considerado como sendo “descritivo” no sentido de que as definições dos transtornos são geralmente limitadas às descrições das características clínicas dos transtornos

(...) Para alguns transtornos, porém, particularmente os Transtornos de Personalidade, o critério (diagnóstico) requer muito mais inferência da parte do observador” (p. xxiii).

As mudanças se encontram na transformação do Transtorno de personalidade Compulsiva para Obsessiva-Compulsiva e na eliminação da correspondência entre:

- Transtorno Esquizóide na Infância ou Adolescência – Transtorno de personalidade esquizóide;
- Transtorno Opositivo – Transtorno de personalidade passiva-agressiva;

DSM- IV: 1994

No DSM-IV a organização axial não apresentou grandes mudanças em relação à versão prévia, apresentando os transtornos de personalidade no mesmo eixo que os retardos mentais, constituindo uma categoria específica para transtornos ou condições estáveis e vitalícias. A busca por delimitação de fronteiras claras entre transtornos estimulou uma crescente especificação das categorias diagnósticas: de cento e oitenta categorias no DSM II a duzentas e noventa e cinco no DSM III e trezentos e cinquenta no DSM IV (RUSSO e VENÂNCIO, 2003). Como evidência da intensificação do paradigma biologicista nota-se a eliminação do agrupamento “Transtornos Mentais Orgânicos”, baseada no argumento de que este denotaria a possibilidade de existência de etiologias de base não biológica para os transtornos mentais em geral.

Os Transtornos de Personalidade (p.629) encontram-se no Eixo II, junto com a categoria “Retardos Mentais” (em substituição à prévia “Transtornos do Desenvolvimento”), apresentando a mesma justificativa da terceira edição. Não há muitas mudanças em relação à edição prévia. Os transtornos de personalidade Depressiva e Passiva-Agressiva (ou Negativista) são colocados no apêndice B por “haver informação insuficiente para garantir a inclusão destas propostas como categorias oficiais ou eixos no DSM-IV” (p. 703), propondo estudos futuros a respeito. Os transtornos de personalidade estão organizados em três agrupamentos similares à edição prévia:

- A) Aparência “estranha” ou excêntrica: transtornos de personalidade Paranóide, Esquizóide e Esquizotípica.

- B) Aparência dramática, emocional ou errática: transtornos de personalidade Histriônica, Narcisista, Antissocial e Borderline.
- C) Aparência ansiosa ou medrosa: transtornos de personalidade Evitativa, Dependente e Obsessiva-Compulsiva.

DSM-IV-TR: 2000

Não há mudanças no critério diagnóstico para nenhum dos Transtornos de Personalidade. Os transtornos de personalidade Passiva-Agressiva e Depressiva continuam relegados ao “Apêndice B: Conjunto de critérios e eixos sugeridos para estudos futuros”.

DSM-5: 2013

A quinta versão do manual foi produzido em um contexto significativamente diverso do anterior. A participação pública sobre processos reclassificatórios teve grande impacto no resultado final do texto, e a internet serviu como principal ferramenta para o acesso a esta construção. O movimento de especificação de diagnósticos e multiplicação de categorias era crescente desde a terceira versão. Com a abertura política para participação pública ocorre um fenômeno de descentramento do poder médico sobre a estruturação diagnóstica. Se desde sua terceira versão o DSM desfrutava de uma posição de grande credibilidade por parte da comunidade médica e leiga, até então sendo referido como a “Bíblia da Psiquiatria”, outros movimentos tão influentes quanto sua reestruturação organizavam-se de forma a assumir posições contrárias a ele. Em especial, o posicionamento assumido pelo Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH), logo após o lançamento da quinta versão, retirando seu apoio político e financeiro ao manual, considerando-o sem validade científica suficiente.

De acordo com Allen Frances, os líderes responsáveis pela construção da quinta versão do manual teriam articulado um objetivo prematuro e irrealizável, o de produzir uma mudança de paradigma na psiquiatria. Essa excessiva ambição combinada a uma execução desorganizada teria levado a propostas mal concebidas e arriscadas; seus responsáveis estiveram supostamente indiferentes aos avisos de que sua proposta causaria um movimento maciço de diagnósticos incorretos. Em resumo, Frances aponta para um processo desastroso no qual, diante de vários prazos ultrapassados devido ao mal planejamento e implementação desorganizada, a APA teria

internamente decidido por cancelar a testagem de campo do DSM 5, omitindo-se de seu controle de qualidade.¹

O novo texto produzido para o DSM-5 foi gerado de forma a unificar seu sistema categorial em apenas um eixo de classificações diagnósticas, delegando a outra seção modelos e mensurações emergentes, não consideradas suficientemente válidas para serem incluídas na seção diagnóstica. O sistema axial foi abolido, agrupando todas as descrições diagnósticas na Seção II. Quanto aos Transtornos de Personalidade, apresentam-se dois modelos diagnósticos distintos: o modelo categorial, que se encontra na “Seção II: Critérios diagnósticos e Códigos”, sob o título “Transtornos de Personalidade” (p.645) e o modelo dimensional, encontrado na “Seção III: Mensurações emergentes e Modelos”, sob o título “Modelo alternativo do DSM-5 para Transtornos de Personalidade” (p.761). O modelo categorial, definido a partir da classificação feita na edição prévia, DSM-IV-TR, não apresenta mudanças em relação à estrutura classificatória, dividindo-se nos três agrupamentos já mencionados. Abaixo está a organização dos transtornos de personalidade segundo o modelo categorial:

-
- A) Aparência “estranha” ou excêntrica: transtornos de personalidade Paranóide, Esquizóide e Esquizotípica.
 - B) Aparência dramática, emocional ou errática: transtornos de personalidade Histriônica, Narcisista, Antissocial e Borderline.
 - C) Aparência ansiosa ou medrosa: transtornos de personalidade Evitativa, Dependente e Obsessiva-Compulsiva.

O modelo dimensional define seis tipos de transtornos de personalidade: Antissocial, Evitativa, Borderline, Narcisista, Obsessiva-compulsiva e Esquizotípica, eliminando quatro transtornos propostos pelo modelo categorial da mesma edição. Ele é baseado principalmente na avaliação de dois critérios diagnósticos: A) funcionamento da personalidade e B) traços patológicos da personalidade. O primeiro critério inexistente no modelo categorial e foi desenvolvido a partir de mensurações clínicas. Divide-se nas seguintes categorias, especificadas no capítulo seguinte:

¹ *Texto disponível no site <http://www.psychologytoday.com/blog/saving-normal>.

- 1) Self: aspectos dos quesitos “Identidade” e “Auto-direção”.
- 2) Interpessoal: aspectos dos quesitos “Empatia” e “Intimidade”

O segundo critério divide-se em cinco categorias. Para cada área existem subdivisões, especificadas no próximo capítulo. As categorias são:

- Afetividade negativista; Desapego; Antagonismo; Desinibição; Psicoticismo.

1.6 Os Transtornos de Personalidade no DSM-5

a) Os modelos diagnósticos categorial e dimensional

Como já mencionado, apresentam-se dois modelos diagnósticos distintos para os Transtornos de Personalidade no DSM-V: o modelo categorial, na “Seção II: Critérios diagnósticos e Códigos” (p.645) e o modelo dimensional, na “Seção III: Mensurações emergentes e Modelos” (p.761). O critério diagnóstico geral de Transtorno de Personalidade do modelo categorial apresenta as seguintes delimitações (p.646):

A: Um padrão persistente de experiência interna e comportamento que desviam de forma marcante das expectativas da cultura de um indivíduo. Esse padrão manifesta-se em duas (ou mais) das seguintes áreas:

- Cognição (i.e., formas de percepção e interpretação do self, de outras pessoas e de eventos)
- Afetividade (i.e., a série, intensidade, labilidade e apropriação das respostas emocionais).
- Funcionamento interpessoal.
- Controle de impulsos.

B: O padrão persistente é inflexível e pervasivo através de uma grande variedade de situações pessoais e sociais.

C: O padrão persistente leva a sofrimento clínico significativo ou incapacidade em áreas de funcionamento importantes, como a social, ocupacional ou outras.

D: O padrão é estável e de longa duração, e seu início pode ser retraçado desde a adolescência ou o início da idade adulta.

E: O padrão persistente não é melhor explicado como manifestação ou consequência de outro transtorno mental.

F: O padrão persistente não é atribuível a efeitos fisiológicos de uma substância (ex: abuso de drogas, medicação) ou outra condição médica (ex: traumatismo craniano).

Além destas delimitações, a seção afirma que questões relacionadas à cultura e gênero devem ser levadas em consideração no diagnóstico. Também aponta para a relevância de diagnósticos diferenciais, uma vez que “muitos critérios específicos dos transtornos de personalidade descrevem características (ex: suspeita, dependência, insensibilidade) que são também característicos de episódios de outros transtornos mentais” (p. 648). Afirma também que pode ser particularmente difícil e de pouca utilidade distinguir um transtorno de personalidade de transtornos mentais persistentes como um transtorno depressivo que tenha início na juventude e seja estável. Aponta para a possibilidade de transtornos de personalidade serem parte de um espectro que se desenvolve em outros transtornos, baseado em similaridades biológicas, fenomenológicas ou agregação familiar (p. 648). Neste caso, aponta situações onde seria necessário maior cautela para o referido diagnóstico: transtornos psicóticos, depressivos, ansiosos, de stress pós-traumático, de uso de substâncias e finalmente mudanças de personalidade devidas a outra condição médica (p.648).

O modelo categorial classifica dez transtornos de personalidade, organizados em três agrupamentos. Além destes, existem outras duas categorias para incluir padrões de comportamento que não se encaixam completamente nos critérios gerais e específicos desta classificação. Estas são suas descrições:

1) Agrupamento A: definido pelo critério “aparência “estranha” ou excêntrica”:

- Transtorno de Personalidade Paranóide: é um padrão de desconfiança e suspeita de forma que os motivos alheios são interpretados como malévolos;
- Transtorno de Personalidade Esquizóide: é um padrão de desapego de relações sociais e uma série restrita de expressões emocionais;

- Transtorno de Personalidade Esquizotípica: é um padrão de desconforto agudo em relações de proximidade, distorções cognitivas e perceptuais e excentricidades de comportamento.
- 2) Agrupamento B: definido pelo critério “aparência dramática, emocional ou errática”:
- Transtorno de Personalidade Histriônica: é um padrão de emocionalidade excessiva e busca por atenção;
 - Transtorno de Personalidade Narcisista: é um padrão de grandiosidade, necessidade de ser admirado e ausência de empatia;
 - Transtorno de Personalidade Antissocial: é um padrão de desprezo ou violação dos direitos alheios;
 - Transtorno de Personalidade Borderline: é um padrão de instabilidade nas relações interpessoais, auto-imagem e afetos, e uma marcante impulsividade.
- 3) Agrupamento C: definido pelo critério “aparência ansiosa ou medrosa”:
- Transtorno de Personalidade Evitativa: é um padrão de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa;
 - Transtorno de Personalidade Dependente: é um padrão de submissão e comportamento “pegajoso” relativo a uma necessidade excessiva de ser cuidado;
 - Transtorno de Personalidade Obsessiva-Compulsiva: é um padrão de preocupação com ordem, perfeccionismo e controle.
- 4) Mudança de personalidade devido a outra condição médica: é um distúrbio de personalidade persistente que é avaliado como sendo resultante de efeitos fisiológicos diretamente ligados a uma condição médica (ex: lesão do lobo frontal).
- 5) Outro transtorno de personalidade especificado ou não-especificado: é uma categoria prevista para duas situações: 1) o padrão de personalidade do indivíduo está de acordo com o critério geral para um transtorno de personalidade, e traços de diversos transtornos de personalidade estão presentes, mas o critério para um transtorno específico não é encontrado; ou 2) o padrão de personalidade de um indivíduo está de

acordo com o critério geral de um transtorno de personalidade mas considera-se que o indivíduo possua um transtorno de personalidade que não está incluído na classificação do DSM-5 (ex: transtorno de personalidade passiva-agressiva).

O Grupo de Pesquisas dos Transtornos de Personalidade, núcleo responsável pela revisão de pesquisas recentes e estudo das contribuições do campo para a publicação da nova edição do DSM, considerou as análises críticas a respeito do modelo categorial. Sua primeira revisão do material gerou uma abordagem diagnóstica divergente, cujo intento era o de dissolver a rigidez do modelo categorial, o que o tornaria mais congruente com a plasticidade dos sintomas percebidos na clínica. Esta nova abordagem baseava-se na especificidade de traços, que eram sugeridos pelos sintomas percebidos e classificados por grau de severidade. A reação do campo apontava para dificuldades na utilização deste modelo devido a sua excessiva complexidade. Considerando esta resposta, o Grupo de Pesquisas estruturou um novo critério diagnóstico, composto por aspectos dos critérios utilizados no DSM-IV e características do modelo baseado na especificidade de traços. O resultado é o modelo híbrido apresentado na Seção III, que inclui em seu critério a avaliação de dificuldades no funcionamento da personalidade, assim como cinco áreas de traços patológicos da personalidade.

Este modelo dimensional-categorial especifica seis tipos de transtornos de personalidade: Antissocial, Evitativa, Borderline, Narcisista, Obsessiva-compulsiva e Esquizotípica, Cada tipo é definido por um padrão específico de traços e deficiências. Os critérios diagnósticos deste modelo são similares aos do categorial, porém diferem nos quesitos mencionados: A) disfunção moderada ou grave no funcionamento da personalidade (self-interpessoal) e B) a existência de um ou mais traços patológicos da personalidade. Ambos foram desenvolvidos a partir de mensurações clínicas. Esta abordagem também inclui um diagnóstico de transtorno de personalidade especificado por traços (PD-TS) que pode ser feito quando um transtorno de personalidade é considerado presente mas os critérios para um transtorno específico não são preenchidos (p.761). Para esse diagnóstico, o clínico deve observar a severidade das dificuldades no funcionamento da personalidade e dos traços patológicos desta. Para tal, utiliza-se a Escala de Nível de Funcionamento da Personalidade (LPFS), que possibilita a gradação de deficiências de 0 a 4. Os traços patológicos também são avaliados por severidade, embora não proponha uma escala específica para esse propósito; além disso são subdivididos em características subjacentes.

Os critérios diagnósticos específicos ao modelo categorial-dimensional compõem-se nas seguintes categorias:

Relativas ao critério A: disfunção moderada ou grave no funcionamento da personalidade(self-interpessoal).

Self

- Identidade: experienciar-se como único, com claras fronteiras entre o self e os outros; estabilidade da auto-estima, e acuidade na auto-avaliação; capacidade e habilidade para regular uma variedade de experiências emocionais.
- Auto-direção: Busca de objetivos de vida de curto e longo prazo coerentes e significativos; utilização de padrões internos de comportamento pro-sociais e construtivos; habilidade para a auto reflexão produtiva.

2) Interpessoal:

- Empatia: compreensão e apreciação das experiências e motivações alheias; tolerância com perspectivas diferentes; entendimento dos efeitos de seu comportamento sobre os outros.
- Intimidade: profundidade e duração da conexão com outros; desejo e capacidade para a proximidade; mutualidade de respeito refletida no comportamento interpessoal.

Relativas ao critério B: a existência de um ou mais traços patológicos da personalidade. Define-se em cinco categorias, que são variáveis de má adaptação às cinco áreas do “Modelo dos Cinco Fatores” (TUPES e CHRISTAL,1961; GOLDBERG,1982; MCCRAE e COSTA JR.,1985) e são equivalentes às áreas do modelo Personalidade Psicopatológica-5 ou “PSY-5” (HARKNESS et al., 2012). Em parênteses estão especificados os fatores opostos, correspondentes ao Modelo dos Cinco Fatores, e em seguida as descrições de cada traço patológico, seguido de suas subdivisões, que formam um conjunto de vinte e nove subtraços patológicos (p.770-780):

- 1) Neuroticismo (versus Estabilidade Emocional): experiências frequentes e intensas de altos níveis e grande variedade de emoções negativas (ex: ansiedade, depressão, culpa, vergonha, preocupação, raiva), e suas manifestações, comportamentais (ex: lesões autoprovocadas) e interpessoais (ex: dependência). Subdivide-se em:

- Labilidade emocional; Ansiedade; Insegurança de separação; Submissividade; Hostilidade; Perseveração; Depressividade; Desconfiança; Afetividade restrita.
- 2) Desapego (versus Extroversão): evitação de experiências socio-emocionais, incluindo afastamento de relações interpessoais, variando de interações diárias e casuais para amizades e relações íntimas, assim como experiência e expressão afetiva restrita, e limitações particulares na capacidade hedônica. Subdivide-se em:
- Afastamento; Evitação de intimidade; Anedonia; Depressividade; Afetividade restrita; Desconfiança.
- 3) Antagonismo (versus Amabilidade): comportamentos que colocam o indivíduo contra outras pessoas, incluindo um senso de auto-importância exagerada e concomitantemente uma expectativa de tratamento especial, assim como antipatia insensível em relação a outros, abrangendo inconsciência dos desejos e sentimentos alheios e prontidão em usar outros para seu próprio proveito. Subdivide-se em:
- Manipulação; Falsidade; Grandiosidade; Busca por atenção; Frieza; Hostilidade.
- 4) Desinibição (versus Escrupulosidade): orientação para a gratificação imediata, levando a comportamento impulsivo impulsionado por por pensamentos, sentimentos e estímulos correntes, sem consideração por aprendizados passados ou consequências futuras. Subdivide-se em:
- Irresponsabilidade; Impulsividade; Distração; Exposição a riscos; Rígido perfeccionismo.
- 1) Psicoticismo (versus Lucidez): exibição de uma vasta gama de cognições e comportamentos culturalmente incongruentes, estranhos, excêntricos ou inusuais, incluindo tanto processos (ex: percepção) como conteúdo (ex: crenças). Subdivide-se em:
- Experiências e crenças não usuais; Excentricidade; Desregulação perceptual e cognitiva.

Podemos notar uma grande diferença entre a natureza dos critérios A e B do modelo híbrido. No primeiro encontramos as marcas da junção entre as tradições psiquiátrica e psicanalítica, requisitando uma avaliação que deve se basear em uma narrativa a respeito da qualidade da

experiência de si no mundo, dos processos identitários e dos direcionamentos do sujeito em sociedade. O segundo critério apresenta premissas drasticamente divergentes destas, baseando-se na tradição da psicologia acadêmica americana de psicometria. Podemos notar nesta distância de propostas uma solução de compromisso apresentada pelo DSM-5 para o caso dos Transtornos de Personalidade. Esta solução se deve à grande pressão por reformulação sofrida por esta categoria diagnóstica face a crescente quantidade de estudos referente à alta taxa de comorbidade, entre outras questões, que punham em cheque sua validade diagnóstica. Porém, conforme será analisado adiante, a utilidade clínica da psicometria é questionável pois favorece a produção de um modelo que tende a ser infértil do ponto de vista do processo terapêutico (embora sua utilidade em ranquear comportamentos e estabelecer padrões possa ser reconhecidamente mais útil a propósitos militares; podemos constatá-lo pela origem do modelo dos cinco fatores em estudos da aeronáutica americana conforme veremos adiante). Por este motivo podemos questionar a permanência futura da tradição psicométrica tanto neste modelo em específico quanto no manual psiquiátrico em geral.

b) Considerações a respeito dos modelos divergentes

É interessante notar a semelhança entre a estruturação dos Transtornos de Personalidade apresentada na primeira versão do manual e na última. O DSM-I propunha, além de outras categorias relativas a visões mais psicodinâmicas como a noção de “reação” e ajustamento a fases da vida, uma divisão entre distúrbios de padrões e de traços de personalidade. O primeiro aproxima-se do modelo categorial do DSM-5, por basear-se em padrões comportamentais, e o segundo enfatiza traços, mesmo método utilizado pelo modelo híbrido, porém sem a esquematização complexa de severidade e subdivisões do segundo. O modelo híbrido retém como uma de suas bases a idéia de *continuum* entre traços e modos de funcionamento considerados normais ao seu extremo patológico. Embora essa idéia esteja mais explícita neste modelo, existem ferramentas disponíveis no modelo categorial para que não se perca a dimensão de agravamento patológico; esta noção não está ausente no modelo categorial.

Embora o modelo híbrido, apresentado na Seção III do DSM-5, retenha características do modelo categorial, tanto em relação aos critérios diagnósticos requeridos quanto em relação a função de distinguir padrões comportamentais patológicos de longo prazo e curso estável, os

modelos divergem em termos de premissas nosológicas. No modelo categorial, o padrão comportamental é uma entidade que se manifesta em áreas determinadas da constituição psíquica humana (cognição, afetividade, funcionamento interpessoal e controle dos impulsos). Ou seja: o modelo funciona através do estabelecimento de um conjunto de áreas que forma a totalidade da personalidade do sujeito, enquanto zonas de atuação dessa personalidade, e dentro dela, encaixa os padrões distintos que compõe os transtornos de personalidade. Diferente desse modelo, a estratégia do segundo é modelar uma arquitetura da personalidade composta de traços distintos.

A divergência entre os modelos torna-se mais explícita ao se analisar a classificação proposta pelo critério B do modelo categorial-dimensional. Este é composto por cinco grandes áreas, que são os correspondentes patológicos (de “má adaptação”) das áreas propostas pelo Modelo dos Cinco Fatores. A escolha do modelo PSY-5, derivado do Modelo dos Cinco Fatores, é a escolha por um modelo de descrição patológica no qual a personalidade se delinea. Isto se torna evidente através da mudança mais significativa entre estes dois modelos, que acontece na substituição da categoria “abertura para a experiência” pela díade saúde-doença expressa no quesito “psicoticismo”, em oposição à lucidez, conforme veremos no próximo capítulo. Portanto, o critério B de descrição dos traços e subtraços patológicos da personalidade não se estrutura em áreas de atuação da personalidade, e sim em características que são em si o material de construção de uma obra arquitetônica que emergirá da combinação desses materiais distintos. Nele, torna-se evidente a distância entre descrever áreas de funcionamento da personalidade e padrões patológicos reconhecíveis através delas, e construir um desenho que constitui a personalidade em si, utilizando traços e gradações de funcionamento pré-estabelecidos que são, em sua maioria, de caráter patológico.

Em resumo, os padrões patológicos no modelo categorial, listados em suas distintas significações, dão lugar a uma sequência de variados traços patológicos, que em conjunto com a classificação gradativa de disfunção do funcionamento interpessoal, formam um arranjo a personalidade humana. Ou seja: se antes lidava-se com um mecanismo de peças únicas, agora propõe-se um mecanismo de nove peças subdivididas em trinta e três (quatro áreas de funcionamento interpessoal e vinte e nove subtraços patológicos). Articulação, porém, não é sinônimo de maior fluidez ou aumento da fidedignidade descritiva, uma vez que os traços, assim como as áreas de funcionamento, continuam sendo historicamente carregados de valor social subjetivo. Sendo assim, o modelo híbrido não estaria apenas afastando a rigidez diagnóstica; poderia também, ao multiplicar as possibilidades de categorização, potencializar o fenômeno

da medicalização sobre uma vasta gama de aspectos do comportamento humano. Este aspecto medicalizante será melhor analisado adiante. No próximo capítulo, a distinção estrutural e semântica de ambos os modelos será considerada em sua relação com a questão do limite entre normalidade e patologia.

2 Personalidade, normalidade e patologia

Os transtornos de personalidade são definidos na última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais como sendo um padrão persistente de experiência interna e comportamento que marcadamente se desvia das expectativas da cultura de um indivíduo, sendo pervasivo e inflexível, tendo seu início na adolescência ou juventude, mantendo-se estável ao longo da vida e levando a sofrimento ou incapacidade. A validação desta classificação patológica em específico está intimamente ligada a mecanismos de controle do comportamento socialmente desviante. Sua particularidade reside em sua posição historicamente intermediária entre a patologia e a saúde mental.

Se, de acordo com Rosenberg, “desde o último terço de século, nós expandimos categorias de doenças aspirantes para incluir uma variedade cada vez maior de dor emocional, idiosincrasia e comportamentos culturalmente perturbadores”(p.407, 2006), a história dos transtornos de personalidade demonstra os esforços de autores ao longo de dois séculos para classificar e manejar comportamentos tão díspares quanto as formas que o caráter humano pode tomar ao longo de sua existência e consolidação em determinado meio cultural. Esse esforço está historicamente ligado a exigências forenses de determinação dos limites da imputabilidade penal, ao se tratar de comportamentos desviantes que não demonstravam sinal de deficiências ou perturbações das faculdades cognitivas (EIGEN, 1991).

Uma característica fundamental do critério diagnóstico de transtornos de personalidade, seja no modelo categorial ou mais explicitamente no híbrido, é a consideração prestada à severidade de traços e padrões, sejam eles avaliados por escalas ou não. Nesse sentido, torna-se útil ressaltar a questão colocada por Canguilhem, “seria o estado patológico apenas uma modificação quantitativa do estado normal?”, sobre a qual o autor discorre:

“É, sem dúvida, à necessidade terapêutica que se deve atribuir a iniciativa de qualquer teoria ontológica da doença. Ver em qualquer doente um homem aumentado ou diminuído em algo já é, em parte, tranquilizar-se. O que o homem perdeu pode lhe ser restituído; o que nele entrou, pode sair.” (1966, p.12)

Se, neste caso, o transtorno é caracterizado justamente por sua imutabilidade, e consequentemente pelo reduzido poder de intervenção médica, resta deduzir que uma importante função tranquilizadora, tanto para a classe médica como para a sociedade em geral,

é cumprida pela circunscrição de determinados comportamentos como patológicos; e que este simples exercício de discriminação define largamente sua razão de ser.

Ao analisar o papel do fator quantitativo na definição do estado patológico, Canguilhem aponta para duas concepções que possam definir a distinção entre saúde e doença: homogeneidade ou continuidade. A primeira, confundindo causas e efeitos segundo ele, propõe não existir diferença entre um estado de saúde e outro de doença, a não ser pelo excesso ou falta de estímulo. Esta concepção ignoraria a diferença qualitativa experimentada em primeira pessoa entre um estado de saúde e outro de sofrimento. A continuidade, porém, propõe que haja uma variação qualitativa entre os extremos, intermediada por estágios contínuos crescentes de falta ou excesso. É sobre ela que Canguilhem se debruça ao discorrer sobre o papel fundamental que a noção de norma tem na definição entre saúde e doença. Seria afinal o caráter qualitativo e normativo, implícito nas noções de falta e excesso “e suas pretensões métricas”, os reais responsáveis pelas definições de normal e patológico, sobre o qual aponta: “(...)um ideal de perfeição paira sobre essa tentativa de definição positiva” (1966, p.20). A relação entre marcos valorativos apresentados como valorativamente neutros e os transtornos de personalidade será abordada adiante.

Este capítulo tem por objetivo estabelecer uma discussão acerca de concepções de personalidade, normalidade e patologia que circunscrevem e definem o diagnóstico de transtorno de personalidade. Abordaremos esta discussão partindo de uma análise da estrutura de ambos os modelos diagnósticos do fenômeno em questão presentes no DSM-5.

Em primeiro lugar, é importante notar que este diagnóstico é, em sua essência, uma lista. Descrito como sendo basicamente um padrão persistente de comportamento e experiência interna, o modelo tradicional categorial objetiva distinguir padrões mutuamente excludentes. O fato de ter se tornado necessário adicionar uma categoria apenas para casos que não se encaixam significativamente em nenhum outro item da lista demonstra a fragilidade desta estrutura em sua função de distinguir e classificar. First (2011) aponta como um dos principais fatores responsáveis pela crise na organização estrutural do modelo categorial a alta taxa de comorbidade, especialmente evidente em pacientes que apresentam transtornos mentais severos, assim como as altas taxas de transtornos de personalidade especificados de formas não incluídas no manual, especialmente entre a população de pacientes não internados, que sofrem com transtornos considerados moderados.

Podemos considerarmos o abandono do sistema multiaxial na transição entre DSM-IV e DSM-5 como um fator de peso para as elevadas taxas de comorbidade apresentadas na utilização dos modelos no novo manual. O motivo seria a dissolução da organização prestada pelo sistema multiaxial em apenas um eixo, gerando o fenômeno de sobreposição de transtornos que previamente seriam discriminados em eixos diversos e ranqueados através da qualificação entre diagnóstico principal e secundários. Em relação aos transtornos de personalidade, o sistema multiaxial preservava uma categoria definida pelo fator da estabilidade que os configura, apontando seu caráter vitalício em contraste com os transtornos do eixo 1, marcados pela transitoriedade.

O fenômeno da comorbidade é abordado no diagnóstico em questão pela categoria denominada “Outro transtorno de personalidade especificado ou não-especificado” e é definida como sendo prevista para duas situações: 1) o padrão de personalidade do indivíduo está de acordo com o critério geral para um transtorno de personalidade, e traços de diversos transtornos de personalidade estão presentes, mas o critério para um transtorno específico não é encontrado; ou 2) o padrão de personalidade de um indivíduo está de acordo com o critério geral de um transtorno de personalidade mas considera-se que o indivíduo possua um transtorno de personalidade que não está incluído na classificação do DSM-5. Um exemplo é o transtorno de personalidade passiva-agressiva. Esta categoria existe desde a segunda edição do manual, e se manteve necessária desde então, resistindo a diversas modificações na organização estrutural do diagnóstico. É relevante apontar para o fato de que na primeira edição ela não existia propriamente como uma categoria à parte, mas tampouco os transtornos de personalidade estavam organizados como estão atualmente. Havia uma divisão entre distúrbios de padrões e traços da personalidade, encaixados entre diversos outros fenômenos que à época coabitavam a mesma esfera denominada “transtornos de personalidade”, como “desvios sexuais” e “adição a álcool e drogas”. Nesta edição a categoria “Outros” encaixava-se nos distúrbios de traços. É importante notar que, embora a tradicional estrutura diagnóstica ainda não estivesse estabelecida, havia este espaço reservado a casos não especificados, mas potencialmente compreendidos pela categoria. A categoria “Outros” constitui parte acidental à teoria sistemática e fundamental à prática clínica. Acidental pois o sistema classificatório por padrões funciona baseado na premissa de exclusividade entre eles, formando uma lista de tipos únicos ideais; partindo desta premissa a existência da categoria “Outros” torna evidente que essa estrutura formal não é suficientemente eficaz diante da prática clínica. A função desta categoria é a de garantir o espaço no qual a clínica apresenta as complexidades pouco classificáveis com

as quais se depara, e que no entanto vão ao encontro, em algum nível, dos critérios gerais do diagnóstico em questão, ou que assim o desejam os clínicos. É fundamental notar que essa observação refere-se ao modelo categorial, presente no DSM em todas as suas edições. Este modelo justapõe tipos particulares fundamentalmente incomparáveis entre si, estabelecendo os tipos de acordo com as propriedades mais destacadas e dominantes em cada caso, de acordo com a tradição kraepeliniana. Trata-se de uma tipologia não sistemática, pois não permite comparação entre os tipos, não sendo possível se referir a uma estrutura subjacente da qual derive a composição de cada tipo. Neste modelo, a categoria “Outros” tem portanto apenas uma função prática de ceder espaço a complexidade da realidade clínica frequentemente inclassificável, na tentativa de auxiliar sua organização através do instrumento diagnóstico. Diante da perenidade dessa categoria na história do diagnóstico, é interessante notar seu desaparecimento no modelo híbrido, categorial-dimensional. Antes de analisarmos o modelo híbrido em si, é relevante apontar para uma observação feita no início no início da Seção III: Instrumentos de avaliação e medidas emergentes:

Um corpo crescente de evidências científicas favorece conceitos dimensionais no diagnóstico de transtornos mentais. As limitações de uma abordagem categorial ao diagnóstico incluem a falha em encontrar zonas de raridade entre diagnósticos (isto é, delimitação de transtornos mentais entre um e outro por fronteiras naturais), a necessidade de categorias intermediárias como transtorno esquizoafetivo, altas taxas de comorbidade, frequentes casos não especificados, relativa falta de utilidade em avançar na identificação de validadores antecedentes para a maioria dos transtornos mentais, e ausência de tratamento específico para as variadas categorias diagnósticas. (p. 733)

A função do modelo híbrido seria o de sanar as falhas apontadas acima, eliminando a necessidade da categoria “Outros”. Em busca de maior validade diagnóstica, o modelo chegou a uma proposta que utiliza seis padrões ou categorias do modelo tradicional, porém estas são derivações possíveis e previstas da utilização do modelo. Ou seja: além dos critérios já estabelecidos pelo modelo categorial, levando-se em conta o critério de prejuízos no funcionamento pessoal e interpessoal (A) e uma avaliação dos traços patológicos presentes (B) chega-se a um resultado que pode ser encaixado em um ou mais dos padrões de transtornos de personalidade, que são o antissocial, o narcisista, o evitativo, o borderline, o obsessivo-compulsivo e o esquizotípico. Estes padrões são, neste caso, conclusões aproximadas de uma extensa avaliação cuja base é o estabelecimento de uma patocaracterologia. A partir desta, calcula-se a extensão e gravidade de cada traço e subtraço, conjugando este cálculo com a avaliação do critério A de funcionamento interpessoal, e o resultado é um dos padrões mencionados. Este cálculo é realizado através de algoritmos, uma vez que recorre-se a uma escala quantitativa numérica para a avaliação da gravidade de traços e subtraços. A função do

algoritmo, de acordo com o texto, é “maximizar a relação destes critérios com os transtornos de personalidade, (...) minimizar mudanças na prevalência de transtornos do DSM-IV e sobreposição com outros transtornos de personalidade” (p.798). Em resumo, para lidar com o problema da comorbidade e casos não-especificados, que figura como um dos principais encaixos no estabelecimento de validade a este diagnóstico, foi proposto este complexo modelo dimensional.

Para esclarecer a crucial diferença entre ambas abordagens, é relevante recorrer ao pensamento de Kurt Schneider, que afirma:

“Enquanto esses métodos (*categoriais*) justapõe tipos particulares (...), tentou-se de vários lados, deduzir os tipos psicopáticos, partindo de um sistema caracterológico e assim chegar a uma patocaracterologia sistemática(...) Ora, o interesse da Psiquiatria dirige-se para as variações que, de alguma maneira, são negativas. Num sistema caracterológico exaustivo, até hoje inexistente, dever-se-ia poder oferecer todas as qualidades psicopáticas mediante o realce de algumas particulares, consideradas extremas. Todavia, nesse caso, a maioria dos espaços haveria de continuar clinicamente vazio. Assim não é possível um sistema de patocaracterologia pura. Possível é apenas uma sistemática das qualidades caracterológicas em geral. Se, com base numa tal sistemática, se agrupam as expressões psicopáticas, não se terá em mãos nada de sistemático, mas apenas as qualidades segundo as quais se costuma designar os tipos psicopáticos. E nesse caso, o resultado não seria diferente do obtido por um ponto de partida não sistemático” (1949,p.47)

Algumas observações podem ser feitas com relação a esta passagem. A primeira e mais evidente, é que constitui uma crítica ao modelo híbrido apresentado no DSM-5, no mesmo sentido da afirmação de First (2011), que assegura que esse modelo agravará os problemas de utilidade clínica, não tendo uma racionalidade científica, sendo um amálgama da psicologia de traços e tipologias existentes, não tendo base conceitual ou empírica Essa é uma crítica severa ao modelo, e vai ao encontro da observação de Schneider a respeito da inexistência de um sistema caracterológico exaustivo e desta abordagem gerar grandes espaços “cl clinicamente vazios”, uma vez que a psiquiatria, segundo ele, se interessa por variações negativas. Delineado um transtorno que teoricamente incide sobre a totalidade da personalidade de um sujeito, sua validade enquanto entidade patológica de certa forma reside na convergência de todos os traços desta personalidade, e na gravidade destes, a um determinado padrão patológico, e como a prática clínica sempre apontou, estes são casos raros. Se o modelo categorial pode ser acusado de pouca objetividade, o dimensional pode, neste sentido, ser visto como um gerador de muita objetividade clinicamente irrelevante.

Pode-se argumentar que o sistema de avaliação quantitativa sobre a gravidade de cada traço e subtraço é um instrumento que auxilia na distinção de características relevantes ao desenho do padrão patológico a ser delineado. Porém aqui outra crítica é devida, a respeito da inexistência de marcadores quantitativos válidos que delimitem em uma escala as mais variadas facetas do sofrimento humano. Uma escala pressupõe um ponto zero e um ponto máximo, assim como pontos de vista idênticos que permitam uma assimilação exata da localização de um ponto na escala. Nesse sentido, pressupõe tanto um olhar mutuamente compartilhado com aquele que vive a experiência, como um olhar onisciente em relação a “traços”, enquanto significados estáticos, causadores de sofrimento ao sujeito e/ou à sociedade. Não apenas tal olhar inexistente, como a proposição de um sistema que ambiciona englobar todos os possíveis aspectos negativos de uma personalidade, acompanhado de uma escala de traços e sua severidade só pode ser feita a partir de uma decisão de ignorar qualquer contribuição fenomenológica. Na realidade, esse diagnóstico se baseia numa premissa dupla, a da existência de um intuito de causar sofrimento ao sujeito e/ou à sociedade. Neste sentido não haveria razão em recorrer a uma abordagem que favoreça o relato da experiência interna do sujeito, quando existem motivos para se pensar que esse diagnóstico tem a capacidade de exercer uma função meramente coercitiva de comportamentos socialmente desviantes, como demonstrado pela sua primeira versão no DSM-I, acompanhado das categorias “desvios sexuais” e “adição a álcool e drogas”.

A passagem de Schneider deixa claro que um sistema patocaracterológico como o utilizado no modelo dimensional é derivado de um sistema caracterológico. No modelo híbrido, a derivação foi feita do Modelo dos Cinco Fatores (TUPES e CHRISTAL,1961; GOLDBERG,1982; MCCRAE e COSTA JR.,1985) e a base da patocaracterologia equivale mais precisamente às áreas do modelo Personalidade Psicopatológica-5 ou “PSY-5” (HARKNESS et al., 2012) (DSM-5,p.773). Podem ser feitas duas críticas a essa conversão, a primeira de caráter epistêmico e a segunda de caráter clínico e ético. Um sistema caracterológico consiste em projetar um quadro de qualidades humanas, e a conversão patológica pode resultar da variação da intensidade destas qualidades normais.

A primeira crítica consiste no fato de que qualquer lista de características humanas consideradas normais assim como a marca de sua exacerbação estará condicionada a padrões sociais e culturais historicamente marcados. Ao se analisar mais diretamente o contexto e a finalidade prática para a elaboração de um sistema caracterológico em particular, como no caso do Modelo dos Cinco fatores feito sob a égide do laboratório de Aeronáutica dos Estados Unidos, torna-se evidente que a utilidade prática de um estudo classificatório de traços é a

previsão de comportamentos futuros, conforme citado na Introdução do documento que apresenta o Modelo (1961, p. 10). Pode-se conceber a tentativa de previsão dos comportamentos de soldados e oficiais militares como uma questão de peso em uma instituição baseada em valores tais como obediência e disciplina. Esse foi o contexto no qual foi gerado o sistema escolhido como base para o modelo atual alternativo (híbrido) de avaliação da personalidade no DSM-5, o que permite questionamentos a respeito da real utilidade desta avaliação e sua função social.

A consideração feita anteriormente, sobre a intrínseca relatividade de qualquer sistema caracterológico, pode ser feita de forma genérica a qualquer diagnóstico psiquiátrico, uma vez que todos recorrem a ideias de normalidade, bem estar e sofrimento concebidas de acordo com um grande número de fatores, tais como as orientações epistêmicas dos autores, seus contextos sociais e mesmo as instituições nas quais trabalham. Porém é importante notar que ao tornar-se a base desse diagnóstico, o sistema caracterológico, com todas as suas limitações históricas, ganha um peso muito maior que teria se comparado a um diagnóstico mais delimitado ao humor ou à cognição, por exemplo. Afinal, trata-se de um diagnóstico que supostamente incide sobre a totalidade da personalidade. Logo, a primeira crítica é a respeito da fragilidade de qualquer sistema caracterológico e sua ambição de resumir a natureza humana, especialmente no que concerne à sua tendência de recorrer à ideia de “natureza” aplicada ao psiquismo, e todos os problemas que se criam em relação à essa tentativa de estagnação e reducionismo a traços de fenômenos que ocorrem na interação constante entre um sujeito, sua história e sua cultura. Esse aspecto será aprofundado mais adiante a partir de considerações de Kurt Schneider.

A segunda crítica ao modelo híbrido é de caráter ético e clínico. Se nos ativermos a uma lógica simplista, não há problema algum, além dos mencionados, em estabelecer características positivas do ponto de vista interpessoal, e a partir destas estabelecer seus opostos negativos, geradores ou marcas de sofrimento. Sem nos aprofundarmos na crítica à delimitação de qualidades humanas baseada em polarizações negativas e positivas como um sistema de valores reducionista, basta notar que essa lógica gera espaços clinicamente vazios, como apontou Schneider, uma vez que os padrões são definidos apenas por traços negativos, ignorando um panorama mais amplo da personalidade, embora faça referência à personalidade como um todo enquanto portadora de um transtorno. Esse sistema baseado em polarizações de traços produz um modelo diagnóstico que gera a impossibilidade de contemplação de características que dizem respeito à capacidade reflexiva e adaptativa de um indivíduo. Restringir a avaliação da personalidade de um indivíduo a traços estáticos negativos e positivos é não levar em

consideração o fator fundamental da interação desse indivíduo com seu meio, da correlação destes traços com sua história de vida e portanto da possibilidade de mudança de determinados padrões de comportamento enrijecidos através da intervenção clínica. Neste sentido, incluir uma categoria que observe a capacidade adaptativa seria legitimar o impacto desta interação, reduzindo o potencial medicalizante do diagnóstico. Esta crítica será aprofundada mais adiante, a partir da análise da área denominada “Psicoticismo” no modelo híbrido, originada na área definida como “Cultura” ou “Abertura à experiência” em modelos precedentes.

Um exemplo claro dessa deficiência pode ser encontrado na conversão do Modelo dos Cinco Fatores para o PSY-5, utilizado como base para o modelo dimensional no DSM-5. O nome completo do trabalho original que deu origem ao modelo mencionado é “Fatores de Personalidade Recorrentes baseados em Classificações de Traços”; trata-se de um estudo realizado em 1961 por Ernest C. Tupes e Raymond E. Crystal, a cargo do laboratório do sistema da Aeronáutica americana. Sem nos aprofundarmos na metodologia utilizada, o intuito desta pesquisa foi o de analisar traços recorrentes através de oito amostras de participantes com diferentes níveis de escolaridade e familiaridade entre si, de ambos os sexos e com profissões distintas, e através de intercorrelações entre trinta e cinco traços resultantes, chegar-se a uma estrutura básica que corresponderia a grandes áreas nas quais os traços se encaixam, formando a personalidade. As cinco grandes áreas obtidas foram: Insurgência (“Surgency”), Amabilidade (traduzido para as versões posteriores a partir do termo “Agreeableness”, ou, literalmente, o potencial de estar de acordo com algo), Confiabilidade (“Dependability”), Estabilidade emocional (“Emotional stability”) e por último, a área descrita pelos autores como sendo a “menos clara”(p.20): Cultura (“culture”). Os autores apontam similaridades entre esta área e aquela proposta por French (1953) e Culture e Fisk (1949) como Intelecto Investigativo (“Inquiring Intellect”). No documento oficial do trabalho não há muitas outras considerações a respeito desta última área. Embora seja inviável aprofundarmo-nos aqui na investigação dos motivos pelos quais foram escolhidos tais termos (“cultura”, “amabilidade”, “confiabilidade”, entre outros), esta se coloca como uma interessante questão a ser analisada.

É importante notar que este modelo foi estudado exaustivamente por outros autores, que contribuíram com seus estudos, modificando o original. Porém, de acordo com o DSM-5(p.773), o Modelo dos Cinco Fatores, ou Big Five, teria sido a base para o estabelecimento de seu sistema de traços, que constituiriam variantes de má adaptação das áreas sugeridas pelo modelo original de Tupes e Crystal. Mas ao analisarmos as áreas apresentadas no modelo

dimensional do DSM-5, que apresenta tanto a área positiva quanto sua correspondência negativa, notamos diferenças relevantes com o modelo original.

“Insurgência”, por exemplo, transforma-se em “Extroversão”, cujo equivalente negativo seria “Desapego”. “Estabilidade emocional” é um termo que se manteve preservado, e foi apresentado como sua variante de má adaptação “Afetividade Negativa” (Negative Affectivity) traduzido como “Neuroticismo”. O termo “Dependability” ou “Confiabilidade” foi modificado para Conscientiousness ou “Consciencioso”, cuja variante negativa seria “Desinibição” (“Disinhibition”). E por fim, a área “Cultura”, através das muitas modificações, é transformada em uma díade, cujos opostos são “Psicoticismo” e “Lucidez” (“Psychoticism” e “Lucidity”).

É interessante notar que “Insurgência” tenha se tornado sinônimo de “Extroversão”, e este seja o antônimo de “Desapego”, o que sugere que características como introversão e rebeldia sejam impossíveis de estarem presentes em uma personalidade, concomitantemente. Ao atestar que “desapego” seja a má adaptação de “extroversão”, também supõe-se que uma pessoa considerada sociável e extrovertida seja logicamente mais capaz de estabelecer relações afetivas de apego com outros, o que é uma conclusão que dificilmente seria considerada como definitiva a partir da observação clínica uma vez que não leva em consideração as qualidades possíveis das relações sociais e os sentidos que o sentimento de apego pode adquirir. Outra observação interessante aponta para a variante de má adaptação de “Conscienciosidade”, que é “Desinibição”. O primeiro termo baseia-se na categoria “Confiabilidade”, o que está próximo à “Conscienciosidade, tendo sido definido pelo Modelo original como relacionado a “Ordenança”, “Responsabilidade”, “Perseverança” e “Convencionalidade” (p.8). Pode-se supor que estas características sejam importantes para um militar, porém chegar à conclusão que o oposto dela seja “Desinibição” pressupõe que um importante fator para o estabelecimento de “Conscienciosidade” seja a aparência de “Inibição”, que é o antônimo literal de “Desinibição”. Mais uma vez, pode-se supor que o que está realmente em jogo é a tentativa de patologizar comportamentos que desviem dos padrões de disciplina e obediência militares, que transportados para a sociedade civil significa reforçar positivamente comportamentos submissos e dóceis.

Embora as díades não constem no modelo dos cinco fatores original, este modelo é a base para o atual híbrido no DSM-5. É na última área do modelo, denominada “Cultura”, onde se nota uma mudança mais relevante que simplesmente desvios dos padrões estabelecidos no

modelo original. Neste ponto, voltaremos à crítica introduzida previamente, sobre o sistema baseado em polarizações de traços produzir um modelo diagnóstico que gera a impossibilidade de contemplação de características que dizem respeito à capacidade reflexiva e adaptativa de um indivíduo. Conforme mencionado, muitas mudanças foram introduzidas nas áreas originais ao longo de cinquenta anos de estudos sobre o tema. McCrae e Costa Jr. mencionam o termo “Abertura à experiência” (“Openness to experience”) como sendo o correspondente à área “Cultura” original. De acordo com estes autores, no resumo de seu artigo de 1997 no livro *Handbook of Personality Psychology* :

Abertura não pode ser entendida como a cultura que é adquirida através de educação ou boa criação, nem é o intelecto ou qualquer outra habilidade cognitiva. Abertura precisa ser vista tanto em termos estruturais como motivacionais. É vista como a largura, profundidade e permeabilidade da consciência, e a necessidade recorrente de alargar e examinar experiências.

Como podemos notar pela transformação da área “Cultura” em “Abertura à experiência”, o processo de produção e solidificação do conhecimento foi marcado por movimentos de apreensão e modificação dos conceitos que previamente serviram de base para seus sucessores. A mudança aqui acontece através de uma especificação e esclarecimento da categoria prévia. O que essa observação de McCrae e Costa Jr. esclarece é que, segundo eles, a categoria “Cultura”, diferentemente das demais, não diz respeito a uma simples característica da personalidade, e sim ao modo como esta se predispõe a lidar com suas experiências: de forma permeável ou impermeável. É, portanto, uma área que diz respeito à capacidade reflexiva e disposição de mudança de paradigmas. Seguindo o mesmo processo de transformação do saber psiquiátrico que levou “Cultura” a se tornar “Abertura para a experiência”, encontramos no DSM-5 uma categoria correspondente muito diferente de “Cultura” ou “Abertura à experiência”, embora o modelo híbrido tenha por base o PSY-5, que pretende ser a variação de má-adaptação do Modelo dos Cinco Fatores. Trata-se da díade “Psicoticismo” versus “Lucidez”. O correspondente negativo de “Abertura para a experiência” seria exatamente o fechamento, ou predisposição a uma menor capacidade reflexiva e investigativa acerca da realidade. Porém notamos aqui que esta “Abertura” enquanto característica positiva foi radicalmente transformada para “Lucidez”, levando em conta que “Psicoticismo” sugere diretamente uma patologia mental grave. Esta é uma mudança radical na premissa conceitual da categoria. Se antes ela apontava como positiva uma tendência a alargar e aprofundar sua consciência através de novas experiências, questionando valores naturalizados (“Inteligência Inquisitiva” no modelo original) agora ela é resumida a um adjetivo que significa simplesmente

ser lúcido, ou, tomado de forma mais direta, que sua consciência esteja de acordo com a realidade a seu redor. A dimensão de questionamento dessa realidade supostamente homogênea não é abordada no novo e atual modelo. Sua variante de má adaptação é denominada “Psicoticismo”, ou simplesmente a perda da lucidez. Voltando à crítica anteriormente estabelecida acerca desta área, pode-se entrever nesta conversão a perda de uma perspectiva que reforça a capacidade crítica do indivíduo, condenando-a a ser tomada como psicótica se desviante da realidade, sem ocupar-se da questão fundamental da percepção, apreensão e conformidade à estrutura social circundante.

O modelo dos cinco fatores apresenta categorias que podem ser vistas como áreas gerais da personalidade, não propriamente características normais que ao serem exacerbadas tornam-se psicopáticas, como sugeriu Schneider. Porém notamos que esse é o mecanismo utilizado no modelo dimensional do DSM-5. Por este motivo, diante das considerações acerca das características propostas por cada sistema e sua base na fenomenologia descritiva e, neste caso, em premissas caras ao comportamento militar, podemos questionar a validade deste modelo dimensional. Porém ainda não abordamos suas possíveis consequências.

Sua estrutura baseia-se na sistematização de áreas e subtraços aliados à avaliação de funcionamento interpessoal. São cinco áreas subdivididas em vinte e nove traços patológicos. Embora o DSM-5 distinga traços de sintomas afirmando que “sintomas tendem a moldar-se e a oscilar, traços são relativamente mais estáveis” (p.774), o modelo híbrido possui uma sistematização baseada em traços patológicos, ou seja, características estáveis patológicas da personalidade. E elas estão em grande número e com uma possibilidade de grande variação de escala de severidade. A crítica a ser feita, nesse sentido, é sobre o potencial medicalizante deste modelo, consideravelmente maior que o do modelo categorial. Nota-se que a vantagem alegada de produzir padrões mais precisos de personalidade é correspondente ao potencial de preencher esses padrões com características patológicas cada vez mais sutis e matizadas. Desta forma, a precisão alegada recai sobre a capacidade de recobrir mais áreas da personalidade. Porém ao estabelecer novos espaços de avaliação aumenta-se a potência de ação sobre características antes não levadas em consideração no modelo categorial, que limitava-se a distinguir padrões psicopáticos fundamentalmente incomparáveis entre si. E uma vez que, segundo First (2011), o modelo dimensional não possui base empírica e conceitual sólidas, a multiplicação de traços é um processo que pode ser facilitado pelo simples desejo de expansão da cobertura deste modelo. Sendo assim, cabe a este modelo a crítica de propiciar uma abordagem medicalizante sobre uma vasta gama de aspectos do comportamento humano. Neste sentido é importante

relembrar o que poderia ser considerado o extremo oposto a um modelo baseado em traços resultantes da observação de comportamentos: no primeiro DSM, a categoria denominada “Distúrbios de personalidade de situação transicional” - composta por: Reação “Gross” ao Stress; Reação adulta situacional; Reação de ajustamento na infância (subdividida em distúrbios do hábito, distúrbios da conduta e traços neuróticos); Reação de ajustamento à adolescência e Reação de ajustamento à velhice. Esta categoria, baseada em conceitos da psicodinâmica como “reação” e na idéia de ajustamento a diferentes fases da vida, acaba por exercer uma ação medicalizante de potência igualmente indefinida como o modelo de traços. Não a exerce através da excessiva objetividade e indefinida capacidade expansiva como a outra, e sim através de excessiva vagueza e extensão das áreas sobre as quais pretende agir. Trata-se de um diagnóstico para cada suposto processo de ajustamento ao longo das diferentes fases da vida, ou seja: seu poder medicalizante consiste em sua aplicabilidade a um número muito extenso ou quase infinito de situações, devido ao fato de referir-se a processos comuns ao decorrer da vida humana, quais sejam: crescer, tornar-se adulto, envelhecer e morrer.

Pode-se chegar à conclusão de que o fenômeno medicalizante não está restrito a modelos progressivamente mais específicos, que tiveram início com a revolução objetivista expressa formalmente no DSM-III. Assim como o modelo psicodinâmico, o sistema de traços incide de forma mais ampla, portanto mais aplicável a um maior número de situações, potencializando a medicalização. É importante enfatizar que, ao usarmos o termo “medicalização”, referimo-nos mais especificamente a sua dimensão psicologizante, ou, no caso do modelo apresentado no DSM-III, sua dimensão psicanalisante. Embora a medicalização pareça um fenômeno unitário, não problemático, existem diversas dimensões que se articulam a ele, diferindo de sua idéia central, expressa pela crescente cobertura do referencial médico sobre diversos aspectos da vida humana. Tais dimensões diferem desta idéia justamente por não se referirem a explicações biológicas ou lidarem com a expansão do uso de medicamentos. Neste sentido, podemos acrescentar que todo fenômeno humano pode ser visto através da perspectiva psicológica, seja de forma científica ou leiga. Ambos estão incluídos no processo de secularização, ligados ao iluminismo, ao cientificismo, ao desencantamento e à explosão tecnológica; ou seja, à visão científica como superação da cosmovisão.

Chegamos neste momento a uma questão crucial à psiquiatria, que se torna muito explícita na investigação a respeito dos transtornos de personalidade. Esta questão é: como definir a relação entre normalidade e patologia em psiquiatria? Qual é a rigidez que um diagnóstico psiquiátrico, o de transtorno de personalidade neste caso, deve adquirir a fim de

que seja preservada sua função descritiva de uma patologia preservando sua utilidade clínica? Para esclarecer esta questão, as observações de Schneider, Canguilhem e Fullford se tornam especialmente pertinentes. Algumas partes essenciais do pensamento de Schneider já foram expostos anteriormente no primeiro capítulo. Tentaremos aprofundá-las aqui.

Em primeiro lugar, podemos perceber a proximidade do pensamento de Schneider e Canguilhem a respeito da noção de enfermidade. Em “O normal e o patológico” (1966) Canguilhem afirma: “O *anormal* não é o patológico. Patológico implica *pathos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada” (p.53). Certamente a experiência de sofrimento é uma constante em diversas definições da noção de enfermidade, porém o autor a complementa com a expressão “sentimento de vida contrariada”. A essa ideia pode-se aproximar a definição de enfermidade de Schneider de rompimento da regularidade de sentido fundada em uma infraestrutura, conforme explicita na seguinte passagem:

De certo, toda regularidade de sentido funda-se numa *infraestrutura* que não é nem pode ser vivenciada. Seus “movimentos” podem dilatar, distender, relaxar, lesar a continuidade de sentido, como acontece durante determinados períodos de desenvolvimento (puberdade) ou em muitas alterações de estado de ânimo (depressão básica), mas nunca a rompe nem mesmo em dimensões psicopáticas. *Isso só as enfermidades são capazes de fazer* e nem sempre, sobretudo no início. (1976, p.32)

Cabe aqui um questionamento a respeito da expressão “sentimento de vida contrariada”, utilizada por Canguilhem como meio de expressar sua noção de patológico. Este questionamento recai sobre os diversos sentidos atribuíveis a esta expressão, afinal é possível inferir dela que toda contradição ao desejo humano é passível de se encaixar na definição “vida contrariada”. Assim sendo, é possível inferir que Canguilhem refere-se a todo e qualquer tipo de frustração como patológico, o que seria absurdo dado que a frustração é uma experiência inerente às idiossincrasias inevitáveis que experienciamos ao longo do curso de vida. Apesar da indefinição desta expressão, o sentido a que nos referimos neste trabalho, e o qual sugerimos guardar proximidade com a visão de Schneider, é um sentido mais específico da expressão “vida contrariada”. Referimo-nos a rupturas profundas da organização psíquica, à experiência de desestruturação interna relativas ao rompimento da assim denominada “infraestrutura” de Schneider. Esta definição de patologia está intimamente fundada em uma perspectiva fenomenológica, afastando-se da tradição da psicopatologia descritiva à medida em que não aliena ao olhar médico externo o exercício de definição dos fenômenos ligados ao processo de adoecimento.

Schneider produziu uma nosologia simples em relação a esta questão. Ela contém apenas duas categorias: variedades anormais do ser psíquico e consequências de enfermidades e malformações. Na primeira encaixam-se 1) Disposições anormais da inteligência; 2) Personalidades anormais e 3) Reações vivenciais anormais. Na segunda os fenômenos estão divididos entre sua ordem somatológica (ou etiológica) e sua ordem psicológica (ou sintomatológica). Esta divisão se baseia em uma premissa clara e simples a respeito de conceito de patologia em psiquiatria: uma enfermidade em sentido próprio apenas existe na esfera somática, e só se pode chamar de mórbido uma anomalia psíquica caso ela possa ser reconduzida a processos orgânicos mórbidos. Na outra categoria o autor utiliza extensivamente a palavra “anormal” para se referir aos diferentes fenômenos que a compõe. O motivo é que o autor se utiliza de outro critério para estruturar sua nosologia: o estabelecimento de uma média puramente quantitativa para determinar fenômenos que considera anormais, porém não mórbidos. Ele define como mórbidos fenômenos que “rompem a conjuntura (*Geschlossenheit*) do desenvolvimento vital, a regularidade e continuidade de seu sentido” (p.31, Psicopatologia Clínica, 1949). Aponta que toda regularidade funda-se em uma infraestrutura que não pode ser propriamente vivenciada a não ser por seus movimentos de dilatação, distensão e relaxamento do sentido estabelecido por ela, e que pode mesmo haver lesões na continuidade deste sentido (por exemplo na puberdade ou em determinados estados de ânimo persistentes), porém esta nunca é rompida, nem mesmo em dimensões psicopáticas (p. 32). Essa infraestrutura imperceptível seria responsável pelo desenvolvimento da personalidade. O autor neste ponto frisa a importância das experiências vividas como responsáveis por diversas qualidades adjacentes. Atendo-se à ideia de uma infraestrutura que recebe contribuições de elementos ditados através de uma predisposição, Schneider afirma ser imperiosa uma grande relatividade ao se pensar em termos tipológicos, especialmente em tipos psicopáticos. Entende-se aqui como “psicopatia” o sentido lato do termo, o de patologia psíquica, e neste ponto é importante esclarecer que as personalidades psicopáticas estão, para este autor, dentro do grupo de personalidades anormais, porém que sofrem com sua condição ou assim fazem sofrer a sociedade. Fazem, portanto, parte do grupo de variedade anormais do ser psíquico, estando condicionadas a uma estrutura, a condições de predisposição, porém apenas se assemelham a diagnósticos. Neste ponto, é categórico ao afirmar que:

Personalidades não podem ser catalogadas com etiquetas diagnósticas como as enfermidades(...). O máximo que se pode fazer é constatar-lhes, acentuar-lhes e destacar-lhes propriedades que as distingam de modo característico, sem, com isso, dispormos de algo

comparável aos sintomas de enfermidades. Isso se realiza sempre sob um determinado ponto de vista (1949, p.64)

Logo, pode-se afirmar que os tipos psicopáticos, que se assemelham muito aos padrões do modelo categorial do diagnóstico de Transtornos de Personalidade atual conforme veremos adiante, são para esse autor formas de ser, geradoras de sofrimento. Schneider aponta como o ponto de vista é fundamental ao se examinar personalidades. Demonstrando a influência do pensamento de Karl Jaspers em sua obra, afirma a importância de se considerar o modo subjetivo de sentir-se e perceber-se do sujeito, e de levar em conta as dificuldades que, em razão da existência de determinadas características, aquele indivíduo encontra no trato com seu ambiente.

Schneider afirma sobretudo a validade da categoria “psicopatia”, uma vez que atesta a favor da existência de predisposição a determinadas infraestruturas cujos padrões seriam condizentes, dentro da esfera de possibilidades de personalidades anormais, com as denominadas personalidades psicopáticas. Adverte contra a tendência à rigidez no olhar clínico de médicos treinados a pensar em categorias diagnósticas e afirma a importância da manutenção de uma relatividade nesse olhar acerca do padrão reconhecido, ou a preservação da “relatividade do permanente” (cap. 3, p. 63):

Se se considera os tipos elásticos e se dá um valor relativo ao conceito de permanência, fica ainda espaço suficiente, apesar de todo o reconhecimento da importância da predisposição, para a valorização das vivências e situações, para a história do indivíduo e para uma psicoterapia adequada. (Schneider, 1949, p.71).

A passagem acima informa sobre a questão colocada anteriormente, sobre qual seria a rigidez que o diagnóstico de transtorno de personalidade deve adquirir a fim de que seja preservada sua função descritiva de uma patologia preservando sua utilidade clínica. Em primeiro lugar, diante de todas as dificuldades colocadas sobre a validade do modelo categorial enquanto diagnóstico a partir da alta taxa de comorbidade e casos não-especificados, ou seja, sobre um desenho ineficaz que não cumpre a função de retratar com fidedignidade a realidade clínica, cabe neste momento uma crítica direta ao intento reducionista e simplista de mera distinção de padrões patológicos, sem levar-se em conta oficialmente no diagnóstico as considerações feitas acima a respeito de anormalidade, relatividade do permanente e os diferentes pontos de vista envolvidos no estabelecimento do diagnóstico. Afinal trata-se, como definiu Schneider, de uma situação que faz sofrer o sujeito e /ou seu meio. Esta crítica também cabe ao modelo dimensional, uma vez que este recorre igualmente à patologização de padrões

comportamentais, estendendo indefinidamente a extensão da qualidade de patológico ao sistema de traços, conforme analisado anteriormente neste capítulo. O autor também afirma que preservar esta relatividade significa garantir os meios necessários para o estabelecimento de uma psicoterapia adequada. Nesse sentido torna-se relevante o questionamento da finalidade do diagnóstico de Transtorno de Personalidade enquanto enfermidade: seria mesmo o de auxiliar em um processo psicoterápico que trabalhasse em função de produzir um ajustamento possível do sujeito e seu meio com suas características, ou seria o de meramente distingui-lo, patologizá-lo, a fim de servir a intuições institucionais médicas e legais? Certamente o quadro não pode ser resumido a estas duas hipóteses opostas, deve-se levar em conta, conforme Schneider coloca, a facilidade oferecida pelo sistema tipológico, historicamente, a profissionais da área da saúde no manejo de pacientes cuja situação dificilmente se enquadra de modo satisfatório em outros diagnósticos psiquiátricos (ibidem: 65), alienando-os do processo trabalhoso que seria uma investigação mais aprofundada sobre sua situação de desajuste.

Certamente muitas vezes uma análise desse desajuste levaria ao inevitável encontro com questões sociais de profundidade e agravamento muito maiores que um simples adoecimento pessoal, conforme veremos no próximo capítulo, especialmente com o Transtorno de Personalidade Antissocial. Pode-se pensar nesse diagnóstico como um exemplo por excelência de uma solução científica dada a problemas de cunho valorativo. Sobre o significado do termo “científico” é relevante notar que, buscando agir sob este mesmo princípio, e como tentativa de isolar questões valorativas de ordem social, Schneider adota como princípio para estabelecimento de “normalidade” um termo médio, de conotação quantitativa e qualitativa, baseado em sua experiência clínica de contabilização de casos atendidos, e sob esta orientação, o tipo “Antissocial” inexistente em sua listagem de personalidades psicopáticas. O autor propõe como premissa para a psicopatia o fato de a condição causar sofrimento a si e/ou a outros; seguindo a lógica do termo “antissocial” a condição *sine qua non* de desajustamento ao meio social seria a de causar sofrimento a outros mas não necessariamente a si mesmo, o que preencheria o quesito proposto. Os psicopatas “insensíveis” presentes em sua listagem, similares em muitos aspectos aos antissociais em sua descrição, também não preencheriam o quesito de causar sofrimento a si mesmos. Resta concluir que o motivo pelo qual este tipo específico não se encontra em sua listagem é o fato de se tratar historicamente de um termo definido majoritariamente por juízos de valor impostos a indivíduos que apresentam comportamentos moralmente desviantes, embora Schneider não aborde em sua nosologia o tema da crueldade, característica que simboliza a acepção anglo-americana do termo

“psicopata”, e que tem se popularizado intensamente como veremos no capítulo seguinte. Voltando à nosologia atual, a presença do tipo antissocial, aliada ao distanciamento de uma perspectiva fenomenológica e sociológica a respeito do processo de construção mútua de uma personalidade e seu meio, sugere que os transtornos de personalidade em geral proponham uma solução científica para problemas de cunho valorativo.

Devemos lembrar neste ponto as considerações feitas no capítulo anterior, problematizando a nosologia schneideriana. Esclarecemos que esta incorre em uma solução de compromisso entre o pensamento de Kraepelin e de Jaspers, e que esta solução parece ter sido feita a fim de preservar o pensamento do último em sua nosologia, reduzindo a delimitação de patologia a processos físicos patológicos através da noção de causalidade absoluta, ou seja, patologias são apenas condições geradas por determinados processos fisiológicos. Assim fazendo, garantiu a toda uma série de fenômenos geradores de sofrimento sem causa fisiológica aparente um lugar na classe que denominou de “Variedades anormais do ser”, cuja ferramenta de investigação mais adequada seria o pensamento fenomenológico de Jaspers.

Atualmente sustentar esta definição de patologia torna-se difícil, uma vez que a noção de causalidade absoluta entre fator físico e sintoma psíquico é desafiada pela afirmação que o campo da genética faz em favor da relevância da interação com o meio ambiente na determinação de processos fisiológicos, impulsionada pelos avanços em mapeamentos de processos neuronais em geral (não limitados a fenômenos considerados patológicos). É importante ressaltar, no entanto, que o autor enfatiza o peso da interação com o meio em sua obra, restringindo-o, porém, à classe dos fenômenos anormais não patológicos. Embora possamos ter reservas quanto a esta separação, que ao fim aparenta ser superficial diante dos fatores mencionados, ela promove o reconhecimento de diversos fenômenos sintomáticos e geradores de sofrimento enquanto comuns às vicissitudes humanas, resistindo ao ato de delegá-los a classe de patologias como entidades destacadas do meio. Este reconhecimento da profunda interação do homem com seu meio encontrado no pensamento de Schneider, neste sentido, introduz uma questão permanente ao campo da psiquiatria em geral. Trata-se da questão fundamental da delimitação do patológico através de valores culturais e morais; da conversão de um problema de cunho valorativo a científico. Apesar da simplificação excessiva a qual Schneider incorre em sua nosologia, podemos nos beneficiar de seu pensamento pois este preserva a dimensão fundamental da necessidade de observação das interações do homem com seu meio, dos sintomas, reações e padrões comportamentais em parte como soluções advindas

da necessidade de resolução das vicissitudes inescapáveis relativas a conflitos internos, ao convívio social e ao próprio desenrolar de sua história de vida.

A partir da discussão realizada neste capítulo sobre a justificativa para a utilização do modelo categorial de herança kraepeliniana no diagnóstico de transtornos de personalidade em detrimento do modelo dimensional, pode-se notar a influência do pensamento de Kurt Schneider neste quesito na estrutura atual do diagnóstico. Esta também pode ser notada na permanência da definição mais essencial do diagnóstico, o de ser uma condição geradora de sofrimento para si e/ou para outros, assim como o fato de sua listagem de personalidades psicopáticas ter servido de base para tipologias subsequentes adotadas pelo DSM em sua descrição como base para outros tipos (BERRIOS, 2012). Por exemplo, os “Inseguros de si mesmos” de Schneider em correspondência aos “Obsessivos-Compulsivos” atuais, ou os “Explosivos” de então aos “Borderlines” atuais. Em um apêndice (p.703), o DSM-IV chega a incluir o tipo “Depressivo”, encontrado em Schneider, como forma de encorajar mais pesquisas sobre ele. Se é possível notar sua influência nos aspectos mencionados da estrutura diagnóstica dos Transtornos de Personalidade, cabe um questionamento acerca dos motivos pelos quais outros aspectos de seu pensamento não são igualmente considerados, especialmente na versão atual. Nota-se, desde a terceira edição do manual e sua proposta de revolucionar a nosologia psiquiátrica através de parâmetros mais objetivos e categorizantes, uma tendência à diminuição da possibilidade de se aplicar considerações de ordem fenomenológica na utilização dos diagnósticos estabelecidos pelo fato destes se apresentarem como tecnologias crescentemente delimitadoras de aspectos do comportamento humano. Porém o pensamento de Schneider não recorre unicamente à fenomenologia como fonte de estruturação de sua nosologia. Menciona constantemente a validade e necessidade clínica do estabelecimento de padrões distinguíveis de comportamento e personalidade, defendendo sua continuidade, porém mediante a chancela de uma qualidade diversa da assim chamada “enfermidade” ou morbidade. Pode-se considerar esse autor como responsável por uma contribuição realmente valiosa ao pensamento psiquiátrico à medida em que estabelece um espaço intermediário entre normalidade e patologia que consiste na preservação da ideia de “formas de ser” de um indivíduo, o que possibilita um olhar diverso sobre os conceitos de patologia e normalidade. Na medida em que se afirma a possibilidade de existência de um campo destinado a reconhecer enquanto legítima a diversidade de caráter e percepções acerca da realidade circundante, denuncia-se também o impulso medicalizante de controle social dos comportamentos através da tentativa esperançosa de prevê-los segundo uma definição estagnada de seus movimentos. Neste sentido, as

infindáveis repaginações dos critérios e padrões dos transtornos de personalidade responderiam a este anseio preditivo e categorizante, e estariam fadadas à frustração diante da complexidade inesgotável das variações do caráter humano. A partir deste impulso, pode-se questionar qual seria a base ética para se atestar que todo sofrimento experienciado ao longo das vicissitudes da vida de um sujeito deve ser problematizado enquanto algo negativo e logo removido. A crescente quantidade de informação técnica a ser assimilada por profissionais da área, em especial estudantes em formação, certamente não facilita nem caminha em consonância com métodos de estudo baseados na experiência clínica, onde o olhar aprofundado sobre as interseções de um sujeito e sua história com seu meio poderiam ser levadas em consideração de forma pedagógica e construtiva. Nesse sentido, pode-se pensar que o desaparecimento dos aspectos mais essenciais do pensamento de Schneider no modelo diagnóstico atual é um reflexo da falta de espaço deste olhar no ensino, assimilação e produção do saber psiquiátrico.

Retomando a perspectiva anteriormente mencionada dos Transtornos de Personalidade como uma solução científica para um problema de cunho valorativo, tendo por base a compreensão de que o critério de estabelecimento da patologia parte da atribuição de valor a comportamentos, essa perspectiva pode se estender à discussão a respeito dos conceitos de normalidade e patologia de uma forma mais geral. Retomando a observação feita acima sobre as infindáveis repaginações dos critérios e padrões dos transtornos de personalidade que responderiam a um anseio categorizante, e estariam fadadas à frustração diante da complexidade de variações do caráter humano, podemos traçar um paralelo com o debate acerca das noções de normalidade e patologia referidas a transtornos mentais e as diversas formulações produzidas sobre o tema. O paralelo entre ambos pode ser encontrado através da hipótese de seu exercício de redefinição ser baseado unicamente em valores, conforme aponta Fulford em “The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry”:

Mas os temas dominantes permanecem essencialmente como foram primeiramente colocados entre Szasz e Kendell: o conceito de transtorno mental continua sendo o alvo do problema (embora sendo agora colocado como um problema de estabelecimento de limites ao invés de se um transtorno mental é um mito ou não); o conceito de transtorno físico continua sendo o recurso ao qual muitos recorrem (...), e a fronteira entre transtorno mental (entendida de forma médica) e categorias morais (...) é tomada pela grande maioria como sendo definida por normas derivadas de um entendimento evolutivo (...) de um conceito de transtorno físico. Esse ponto de partida que não avança não é surpresa da perspectiva da filosofia da linguagem comum. Ao ponto de que todo o debate sobre transtorno mental tem sido um longo exercício de definição, não é surpresa que tem sido em última análise improdutivo” (2013, p.391)

O autor afirma que tanto a definição de transtorno mental quanto físico estão baseadas em atribuições de valor e que estes, assim como o ar que respiramos, não são notados até que causem algum problema; o problema com valores tende a existir quando começam a divergir e

produzir conflitos(p.401). O conflito produzido em torno da definição de transtorno mental em contraste com a mais homogeneamente aceita definição de transtorno físico residiria, segundo o autor, no fato de os julgamentos de valor a respeito do que seria um transtorno físico serem muito mais compartilhados do que no caso dos transtornos mentais. Esses últimos estariam ligados a áreas tais como emoção e sexualidade, onde os valores são altamente diversificados (em paralelo com as repaginações dos transtornos de personalidade diante da diversificação de aspectos do caráter humano). Mais adiante, o autor afirma que a estratégia para resolução deste problema de definição não reside em uma busca por “mais ciência”, como Boorse (1975,1976), Wakefield (1995,1999) e outros autores colocam. Certamente mais evidências científicas são sempre um benefício, aponta, mas transforma-las em um modo de converter a psiquiatria enquanto uma área da medicina marcada por valores complexos em uma marcada por valores simples poderia ser contra produtivo, caso obtivesse sucesso. Pois, de acordo com ele, a única maneira pela qual os avanços científicos poderiam reduzir problemas de valores complexos presentes em transtornos mentais seria reduzir a diversidade humana de valores que estes problemas refletem. E que esta busca caracterizada por “menos valores através de mais ciência” poderia levar a consequências abusivas e desumanizadoras, conforme apontaram as críticas feitas pela anti-psiquiatria (p.402). Veremos no próximo capítulo um recente estudo a respeito da condição de sociopatia através de imageamentos cerebrais que busca, no mesmo sentido colocado acima, uma abstração da discussão a respeito dos valores que determinam a condição em favor da produção de um corpo de evidências científicas que tem como objetivo comprovar um funcionamento neuronal específico, e através dele, comprovar o caráter entitário da condição pesquisada.

Advertindo sobre o risco de se deixar em segundo plano a análise de valores em jogo na produção de conhecimento e prática clínica em psiquiatria, assim como em todas as áreas da medicina, Fulford apresenta o conceito de prática baseada em valores (“values-based practice”) como uma ferramenta, baseada no emprego da filosofia da linguagem comum, a ser preservada e incentivada da mesma forma que a prática baseada em evidências. Justifica sua afirmação apontando que o avanço científico, em lugar de sobrepor a necessidade por uma prática baseada em valores, tende somente a aumentá-la, uma vez que estes avanços abrem novas possibilidades e estas carregam em si uma complexidade de valores (p. 403). Sobre o debate acerca da relevância da análise de valores ou produção de evidências científicas para o desenvolvimento da clínica médica, o autor conclui:

A filosofia da linguagem comum reforça a importância irredutível da ciência na medicina ao mesmo tempo em que demonstra a importância irredutível também de valores. Ciência é irredutível como pesquisa de base da medicina. Valores são irredutíveis na ligação efetiva das ciências médicas aos indivíduos únicos que (como pacientes, cuidadores, clínicos e outros) estão no coração do encontro clínico. (2013,p.406)

Neste momento, cabe a seguinte observação: embora tenhamos feito uma tradução literal do texto de Fulford em “The Oxford Handbook of Psychiatry”, e por este motivo utilizado a palavra “ciência” e “evidências científicas” conforme aparecem no texto original, diante da compreensão do sentido que o texto expõe é coerente afirmar que a discussão presente nele trata do contraste entre fato e valor, e não propriamente ciência e valor. A diferença reside na não assimilação instantânea da ideia de ciência à ideia de fatos incontestáveis. Diante da compreensão do texto, podemos afirmar que a palavra ciência utilizada no texto representa a palavra “fato”, designando propriamente esta assimilação, condenável do ponto de vista da filosofia da linguagem comum à medida em que eclipsa o corpo de valores embutidos no processo de formulação de conhecimento científico.

A partir destas considerações, podemos repensar o diagnóstico de Transtorno de Personalidade (e sua relação direta com a delimitação do que é um comportamento socialmente aceitável ou não) enquanto uma ferramenta particularmente útil para a análise da incidência de julgamentos de valor tanto na definição de transtornos mentais quanto na prática clínica psiquiátrica em geral. No próximo capítulo examinaremos alguns exemplos da utilização deste diagnóstico em âmbito médico, literário e legal, onde será possível perceber com mais clareza que valores incidem mais especificamente sobre o diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial, ou sociopatia.

3 Relevância do tema no contexto atual

Este capítulo tem por finalidade apresentar a relevância dos transtornos de personalidade no contexto atual através da apresentação e análise de alguns exemplos de seu uso em contexto médico, legal e literário. Objetiva-se com a análise de tais exemplos entrever o lugar ocupado por esse diagnóstico, especialmente do tipo Antissocial, no imaginário cultural presente. Esta análise será beneficiada através da reflexão acerca dos conceitos apresentados no primeiro capítulo, os quais oferecem indicações de base para a compreensão do atual uso e imagem do diagnóstico.

O primeiro exemplo aqui analisado é o do best-seller “Mentes perigosas – o psicopata mora ao lado” de Ana Beatriz Barbosa Silva, lançado em 2008 pela editora Fontanar. Este exemplo foi incluído neste capítulo por constituir uma publicação que obteve grande sucesso editorial, popularizando o termo “sociopata” segundo a definição da autora explicitada adiante. A autora descreve em sua capa seu objetivo: “Como reconhecer e se proteger de pessoas frias e perversas, sem sentimento de culpa, que estão perto de nós”. No início do livro, ela esclarece que “(...) eles recebem outros nomes, tais como: sociopatas, personalidades antissociais, personalidades psicopáticas, personalidades dissociais, entre outros. Em face de tantas divergências, resolvi unificar as diversas nomenclaturas e empregar apenas a palavra *sociopata*. Seja lá como for, uma coisa é certa: todas essas terminologias definem um perfil transgressor.” (p.37). Podemos notar nesta passagem que, como visto anteriormente, a acepção moralizante do perfil transgressor do termo “psicopatia” permeia de fato todas estas nomenclaturas, mesmo aquela cuja origem empregada por seu criador Kurt Schneider (personalidades psicopáticas) possui um significado radicalmente oposto ao empregado pela autora. A autora prossegue afirmando que “a psicopatia não se encaixa na visão tradicional das doenças mentais (...) e seus atos criminosos não provém de mentes adoecidas” (p.37), o que em si constitui uma posição que a princípio não define o termo como a expressão de uma enfermidade. Esta definição virá em seguida, baseada na definição peculiar da autora acerca do termo “consciência”, e a suposta ausência desta nos ditos sociopatas. Seu caráter mórbido é definido portanto através de uma deficiência. A autora define “consciência” do seguinte modo:

Ser consciente é ser capaz de amar. No meu entender, a consciência é um senso de responsabilidade e generosidade baseado em vínculos emocionais, de extrema nobreza, com outras

criaturas ou até mesmo com a humanidade e o universo como um todo. É uma espécie de entidade invisível, que possui vida própria e que independe da nossa razão. É a voz secreta da alma, que habita em nosso interior e que nos orienta para o caminho do bem(...) Mais do que uma função comportamental ou intelectual a consciência pode ser definida como uma emoção. (p.27)

Esta definição, que recorre mesmo a noções metafísicas que evocam preceitos religiosos, tais como a de uma entidade invisível que nos orienta para o caminho do bem, se apresenta como a releitura da autora do conceito de demência semântica de Harvey Cleckley, definido como a incapacidade do psicopata de “avaliar ou experimentar a vida como um organismo totalmente integrado. Embora o psicopata possa reagir verbalmente como se entendesse o amor, o orgulho, a dor, a vergonha ou outras emoções, ele não tem uma experiência desses valores ou conotações humanas” (CLECKLEY,1942). A definição de deficiência da autora extrapola a de Cleckley na medida em que estabelece enquanto norma não a mera capacidade de vivência e reconhecimento de tais emoções; a norma para ela está em possuir um “sexto sentido” responsável pela natureza inerentemente benevolente do ser humano. Como podemos notar, os diferentes conceitos de base da ideia de sociopatia, que em si já são questionáveis, podem ser exacerbados e distorcidos facilmente, dado que são predicativos de valores morais de bom comportamento, ou normas valorativas. Mas mesmo em publicações de caráter mais científico que não são dirigidas ao público leigo, o conceito de Cleckley ainda exerce grande influência. É o caso, por exemplo, do estudo publicado na conceituada revista Lancet neste ano, denominado “Punishment and psychopathy: a case-control functional MRI investigation of reinforcement learning in violent antisocial personality disordered men”² (GREGORY, S. et al., 2015)

No estudo, a condição pesquisada é a da suposta inabilidade dos sociopatas de moldar seus comportamentos através do sistema de punição e recompensa. Nesta proposição está presente a definição de Henderson sobre psicopatia como

(...) transtornos de conduta de uma natureza antissocial, geralmente de natureza recorrente ou episódica, e que em muitas formas provaram ser difíceis de serem influenciados por métodos sociais, penais ou tratamento e cuidado médico, e para quem não temos provisões de natureza preventiva ou curativa. (Henderson,1939, p.16-17).

A conclusão a que chegou o estudo foi a de que ocorre uma organização alterada do sistema de processamento de informações responsável pelo aprendizado por reforço e pela tomada de decisões apropriadas. Para tal, foram utilizadas imagens de ressonância magnética

² “Punição e psicopatia: um estudo caso-controle funcional da investigação através de imagens de ressonância magnética do aprendizado por reforço em homens com transtornos de personalidade antissocial violenta”

cujo objetivo seria o de identificar atividade em áreas cerebrais responsáveis por informações de punição e recompensa. Sem a intenção de nos aprofundarmos na metodologia ou mesmo na interpretação dos dados da pesquisa, cabe nesta investigação uma análise das concepções psiquiátricas a respeito de comportamentos agressivos e desviantes que permeiam este estudo. Se, conforme Ian Hacking “mudanças em nossas idéias podem mudar nossos estados fisiológicos” (1999, p.109), referindo-se ao conceito de “biolooping”, então podemos ter uma perspectiva não causal do funcionamento neuronal diverso encontrado na pesquisa de imageamento cerebral sobre sociopatia. A concepção de Henderson da imutabilidade da condição se apresenta nesta pesquisa através do foco pré definido de sua investigação, qual seja, a de comprovar fisicamente o caráter indomesticável da condição sociopática. E nesse sentido, supostamente, provém a comprovação de sua anormalidade. Neste ponto, voltamos à declaração da autora de “Mentes perigosas”, sobre a suposta causa da condição sociopática: a ausência de consciência, conforme a descreve enquanto “capacidade de amar” e de auto sacrifício em benefício do próximo, baseado na ideia metafísica de integração com uma entidade invisível total. O estudo citado não é baseado em uma proposta de definição da consciência e sua função; limita-se a descrever um funcionamento de redes neuronais, tido como anormal, supostamente responsável pela falha no condicionamento comportamental. Apesar de notarmos uma distância na proposta das obras a respeito da causalidade da sociopatia, toda ideia acerca desta possui raízes convergentes nos autores citados, e esta convergência pode ser encontrada se considerarmos estas raízes. A definição de consciência da autora baseia-se no que podemos descrever como um *sensu ético* naturalizado, que é descrito de forma exaltadamente religiosa como um “sexto sentido” humano, ou mesmo “a criadora do significado da vida de cada um de nós” (p.29). Nota-se, neste sentido, uma romantização do tema em questão, tratado de forma mais direta no estudo mencionado: a possibilidade de conversão de impulsos sociais em altruístas e vigilantes.

Nesse sentido, um conceito freudiano que pode ser relacionado a esta conversão e à aceção do termo “consciência” enquanto *sensu ético* é o de “superego”. Este é definido por Laplanche e Pontalis (1967) como sendo:

Uma das instâncias da personalidade (...):o seu papel é assimilável ao de um juiz ou de um censor relativamente ao ego. Freud vê na consciência moral, na auto-observação, na formação de ideais, funções do superego. (...) Embora seja a renúncia aos desejos edipianos amorosos e hostis que está no princípio da formação do superego, este, segundo Freud, é enriquecido pelas contribuições ulteriores das exigências sociais e culturais (educação, religião, moralidade). (p.645)

Este conceito também pode ser relacionado à função do termo “consciência” apontada pela autora de “Mentes Perigosas” como sendo a de “influenciar e determinar o papel que cada um terá na sociedade e no universo” (Barbosa Silva, 2008, p.29), através dos processos de identificação que caracterizam a consolidação da instância superegóica, conforme podemos verificar na seguinte passagem:

A instauração do superego pode ser considerada um caso de identificação bem sucedida com a instância parental. (...). Assim, o superego de uma criança é, com efeito, construído segundo o modelo não de seus pais, mas do superego de seus pais; os conteúdos que ele encerra são os mesmos, e torna-se veículo da tradição e de todos os duradouros julgamentos de valores que dessa forma se transmitiram de geração em geração. (FREUD, 1932-1936, v. XXII, p.83/87)

Embora seja possível olhar para padrões comportamentais destrutivos e estáveis através de conceitos mais categorizantes, como os de Cleckley, ou de caráter psicodinâmico, como os freudianos, ou mesmo enquanto um quadro identitário, de caráter negativo, baseado no conceito de neurodiversidade, como sugere a pesquisa citada de imageamento cerebral, é importante ressaltar que todos estes esforços teóricos e clínicos em grande parte são motivados pelo esforço de se lidar com os problemas de ordem prática gerados por comportamentos cruéis, que resistem a condicionamentos. A falácia da busca por respostas definitivas ao problema através de mapeamentos cerebrais consiste em propor uma relação de causalidade entre ausência de empatia enquanto característica neuronal e impossibilidade de condicionamento, sem questionar o preceito adotado de “empatia”, entre outras questões que permeiam este raciocínio. Para tal, é necessário abandonar naturalizações românticas do caráter humano enquanto inerentemente benévolo e altruísta, e propor uma reflexão a respeito da potência moralizadora da afirmação de que ausência de altruísmo e empatia equivale a desumanização. Pois embora o escopo psiquiátrico seja, conforme afirmou Schneider, ditado por seu interesse em desvios negativos, e com isto referiu-se a sofrimento causado a si ou a outros, ao se fazer uma afirmação naturalizante do gênero estabelece-se um poder legislativo arbitrário sobre toda e qualquer ação, sentimento e percepção alheios.

Este movimento já foi explorado na literatura, através de obras como “O Estrangeiro” (1942) do escritor argelino Albert Camus. Nele, Meursault, o personagem principal, ao encontrar-se no banco de réus por homicídio, é acusado de não haver chorado no enterro de sua mãe. Esta acusação, completamente desconectada com o fato em si sob julgamento, teria sido a responsável por defini-lo como culpado, enquanto agente consciente, porém desumano, de suas ações. Podemos notar na obra de Camus uma denúncia ao movimento de revestimento de

sentido das percepções e vivências alheias, impulsionado por um desejo de recobrir de significado experiências primariamente e intrinsecamente destituídas destes. Se considerarmos a declarada função preditiva dos sistemas tipológicos, conforme vimos na análise do Modelo dos Cinco Fatores, a gravidade da acusação de “não chorar” ou de não apresentar necessariamente empatia em todas as situações vividas reside na frustração do desejo preditivo de comportamentos, e este residiria, segundo nos sugere Camus, na angústia resultante do encontro com o vazio semântico intrínseco à existência humana. Certamente, contrapor as ideias de Cleckley e Camus resulta em apontar para pontos de vista radicalmente antagônicos em relação ao que consiste a condição humana. Porém o problema prático do comportamento cruel e destrutivo em sociedade persiste. Do ponto de vista legal, trata-se de garantir a não violação dos direitos a segurança e bem estar, e tratando-se de comportamentos que ferem repetidamente este princípio, o caminho lógico seria o de isolamento do indivíduo. A questão da punição é mais controversa, pois recai sobre a antiga discussão de responsabilidade e consciência. De um ponto de vista pragmático, trata-se de identificar comportamentos que ferem o acordo de bem estar social de forma brutal, e das medidas necessárias para se evitar a repetição do dano. Certamente ao se estabelecer noções de normalidade românticas como as propostas pela autora, o escopo deste acordo de bem estar aumenta drasticamente. Para nos atermos à questão prática da defesa dos direitos alheios face a todas as considerações sobre moralização de comportamentos, é mais produtivo pensar na complexidade da questão presente em casos de extrema crueldade, onde estes direitos são gravemente feridos. O que nos leva ao segundo exemplo de emprego atual do diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial: o caso Champinha.

Roberto Aparecido Alves Cardoso, o Champinha, foi internado na Fundação Casa, a antiga Febem, em São Paulo, em novembro de 2003, quando sequestrou, estuprou e matou Liana Friedenbach, que na ocasião estava acompanhada de seu namorado, Felipe Caffé. O casal acampava em Embu-Guaçu (SP), quando foi surpreendido por Champinha e Paulo Marques. O que se seguiu foi um episódio de tortura e violência, onde Felipe Caffé foi executado e Liana Friedenbach permaneceu viva por dias, sendo violentada e por fim esquartejada por Champinha que, embora sendo o mais jovem, figura como líder do grupo. Por ter cometido o crime aos 16 anos, Champinha não pode ir a julgamento e nem ser mandado para um presídio, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Ao completar 18 anos, sua permanência na instituição seria ilegal, de acordo com a lei de maioridade penal. Havia, porém, um clamor popular contrário a sua liberação.

A solução legal encontrada pelo Departamento de Execução da Infância e Juventude foi baseada em um dos laudos de avaliação psiquiátrica de Champinha, que atestava ser ele portador de transtorno de personalidade antissocial. A partir desse laudo, o Departamento pediu a suspensão do prazo de internação e aplicou uma medida protetiva de tratamento psiquiátrico, com contenção, e em seguida pediu sua interdição civil. A Justiça paulista acatou o pedido do Ministério Público Estadual (MPE) para decretar sua interdição. O MPE recorreu à Lei 10.216/01, que se refere aos portadores de transtorno mental, garantindo dessa forma sua contenção mesmo depois de concluído o prazo máximo de internação na Fundação Casa em novembro de 2006. Diante desta resolução, foi criada a Unidade Experimental de Saúde (UES), que abriga além de Champinha outros cinco internos sob a mesma chancela. A UES é, portanto, uma instituição jurídico-psiquiátrica, que responde a um embate entre o estabelecimento da maioria penal, a credibilidade na validade deste diagnóstico (e logo na certeza de repetição da transgressão) e o clamor popular pela não liberação do transgressor. Neste sentido, o diagnóstico valida sua contenção indeterminada. (BERNARDON e CORDEIRO, 2013)

Diante destes fatos, tentaremos analisar os diferentes fatores envolvidos na utilização do diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial. Para tal é importante retomar a crítica feita anteriormente a seu respeito, ou seja, de sua função ser a de apresentar uma solução científica a um problema valorativo. Nos parágrafos anteriores, discutiu-se a arbitrariedade do julgamento de sentimentos alheios baseado em valores morais naturalizados em noções pouco problematizadas, como consciência enquanto capacidade de amar. É importante frisar, porém, que este diagnóstico em específico se debruça historicamente sobre a antiga controvérsia a respeito de conceitos como responsabilidade, consciência e culpabilidade. Esta controvérsia se acirra na medida em que o ato transgressor apresenta maior grau de crueldade, dano e irreversibilidade. Podemos contestar a potência moralizadora do estabelecimento de um conceito de normalidade baseado em valores puritanos, e neste sentido é relevante lembrar que a acepção pejorativa do termo psicopatia se originou em países anglo-americanos. Porém diante de casos de crimes hediondos, o que está em questão vai além da possibilidade de julgamento de sentimentos alheios através dessa norma. Trata-se da função estratégica ocupada por esse diagnóstico, baseado em sua condição de imutabilidade, diante da necessidade jurídica de prever a repetição da transgressão e assim determinar um afastamento prolongado da vida em sociedade para o transgressor.

Diante das discussões realizadas anteriormente, podemos notar que a afirmação de imutabilidade da condição sociopática baseia-se na entificação de um padrão comportamental,

e que este padrão pode ser facilmente moldável em relação ao conceito de norma social que antagoniza. Esta análise pode ser realizada ao notarmos o contraste com a visão de Schneider acerca da personalidade como sendo o resultado da expressão de movimentos de uma infraestrutura profundamente influenciável em seu percurso e formada por experiências vivenciadas em seu meio. Porém ao nos depararmos com crimes hediondos, a perspectiva lúcida da impossibilidade de certeza na previsão de comportamentos claramente antagoniza o medo diante de sua repetição, e possivelmente a revolta contra sua impunidade. Este trabalho não pretende de forma alguma discutir a validade das medidas tomadas diante de um caso com tamanha complexidade. É interessante notar, porém, que a saída encontrada para este impasse tenha sido através da autoridade médica expressa na credibilidade do diagnóstico em questão. Se podemos considerar a expansão do fenômeno da medicalização (ou mais especificamente, de psicologização), caracterizado especialmente por processos identitários intimamente ligados a categorias médicas, pode-se obter uma compreensão do movimento de caracterizar pessoas que seriam consideradas cruéis como doentes.

Um outro ponto importante a ser considerado é certamente a validade questionável do estudo de Lee Robins “Crianças desviantes já crescidas” (1966), a respeito da imutabilidade da condição antissocial. É importante frisar que esta autora não tomou como prioridade em sua pesquisa o acompanhamento pessoal do percurso de vida dos sujeitos pesquisados nem das condições sociais e afetivas com as quais se desenvolveram, limitando-se a construir sentidos a respeito de seus caracteres baseada em registros oficiais de passagens destes indivíduos por instituições e de entrevistas com os mesmos, ou parentes, três décadas depois. A pesquisa selecionou um grupo de indivíduos que tinham sido atendidos no hospital St. Louis, que servia à corte juvenil de mesmo nome, registrados como jovens de conduta antissocial, comparando-os com um grupo controle de jovens que frequentaram a escola primária daquela cidade, e não tinham registros de passagem pelo hospital mencionado nem de má conduta. A partir destes dados, a investigação em si foi baseada em registros de cortes juvenis, policiais, prisionais, hospitalares, militares, pensionais, assim como em certificados de óbito, da previdência social e mesmo de créditos financeiros. A autora afirma considerar o estudo um sucesso por ter sido capaz de entrevistar oitenta por cento dos indivíduos pesquisados, sendo a maioria a pessoa em si ou um parente. A partir da pesquisa de registros e entrevistas, em comparação com as condutas de indivíduos do grupo controle, a autora chega à conclusão de que “não somente as crianças antissociais como adultos eram muito piores que os do grupo controle, elas eram

imensamente piores que outras crianças registradas no hospital por outros motivos" (ROBINS, 1992).

A conclusão do trabalho é que a condição antissocial é imutável e tende apenas a cronificar-se. A principal crítica a ser feita a este estudo é seu caráter individualizante. A autora considera válida sua metodologia de pesquisa de entrevistar aproximadamente oitenta por cento destes indivíduos, trinta anos depois de sua passagem pelo hospital, e considera o fato destes indivíduos apresentarem conflitos com a lei ao longo de sua vida evidência suficiente para sustentar sua hipótese de imutabilidade. Limitando-se a registros institucionais, a pesquisa isola toda e qualquer consideração a respeito do ambiente no qual suas personalidades se desenvolveram, condições com as quais tiveram de se moldar por necessidade ou mesmo sua compreensão acerca de suas possibilidades de atuação em seu ambiente. Nada disto é considerado em um nível significativo, o que pode ser comprovado pelo fato de a autora não se furtar a uma conclusão tão enfática mesmo sem conseguir entrevistar todos os sujeitos pessoalmente. O aspecto mais grave desta conclusão é que ela serve à intenção de patologizar comportamentos que podem ser entendidos em grande parte como sintomas de seu meio. Se, de acordo com Rotelli “para nós, o objeto [da Psiquiatria] sempre foi a “existência-sofrimento” dos pacientes e sua relação com o corpo social” (1986), é necessário rever o papel do diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial, assim como os termos a ele associados, enquanto tecnologia capaz de eclipsar esta relação.

Neste sentido, pode-se questionar o deslocamento da qualidade de “cruel” para “doente” que ocorre ao se utilizar o diagnóstico de sociopatia como justificativa explanatória para o caráter do sujeito transgressor. Assumir a crueldade como característica inaceitável põe acento nas relações interpessoais e no caráter convencional, cultural de interpretação do fenômeno como negativo, enquanto que a doença tende na direção da individualização do problema, da tentativa de objetivar como “científica” uma apreciação valorativa.

Diante destas considerações, podemos analisar os seguintes dados: segundo Almeida (2002) em sua pesquisa com 104 jovens internados na FEBEM de Ribeirão Preto, o roubo foi o ato infracional de maior frequência, com 41,9% das infrações praticadas por jovens na primeira internação. Comparando-se estes dados com o perfil captado pela pesquisa dos jovens internos, percebe-se que a grande maioria dos infratores provém de bairros periféricos com maiores déficits de políticas públicas.

Pode-se concluir que, caso o diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial fosse aplicado indiscriminadamente a qualquer indivíduo cujo comportamento esteja em confronto com a lei e que cause sofrimento a sociedade, seguindo sua definição oficial, sem maiores considerações em relação ao meio no qual o indivíduo se insere socialmente, a função deste diagnóstico poderia se tornar um meio de patologização de comportamentos mais frequentes, ou mais passíveis de punição, em ambientes que possuem condições sociais desfavoráveis. Sobre um movimento mais geral de patologização de jovens em conflito com a lei, Vicentin, Gramkov e Rosa (2010) escrevem:

Nesses procedimentos, pudemos observar que predominou, num primeiro tempo (1999-2001), uma preocupação com questões relativas à assistência aos transtornos mentais mais clássicos: drogadependência, surtos psicóticos e deficiências mentais para dar lugar, num segundo tempo (2002-2004), aos casos de transtornos de personalidade anti-social (TPAS) e às perícias para avaliação da periculosidade, levando os adolescentes para outros contextos "diagnósticos" ou "de tratamento", como o Instituto de Medicina Social e Criminologia, Ambulatório de Transtornos de Personalidade (Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas-SP) e Sociedade de Rorschach.

Cabe neste momento a observação de que a condição de semi-imputabilidade é um fenômeno jurídico problemático, de grande indefinição, e marcadamente brasileiro. Se a imputabilidade é a possibilidade de se estabelecer o nexo entre a ação e seu agente, imputando a alguém a realização de um determinado ato, os inimputáveis são aqueles que não possuem discernimento ou autocontrole sobre seus atos. Nesta categoria encontram-se portadores de transtornos mentais, menores de idade ou pessoas em geral que não gozavam plenamente de suas faculdades mentais ao praticar o ato transgressor, seja por consumo de substâncias lícitas e /ou ilícitas ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado. A condição de semi-imputabilidade, porém, é definida por casos caracterizados por discernimento e autocontrole presentes, mas reduzidos ou prejudicados por doença ou transtorno mental. Os transtornos de personalidade cumprem papel fundamental em sua formulação por sua posição intermediária entre patologia e constituição atípica. Se levarmos em conta o artigo 104 do Estatuto da Criança e do Adolescente, (ECA – Lei nº 8.069/1990) que atesta: “São penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às medidas previstas nesta Lei. ”, o diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial figura como o instrumento capaz de manter, através da semi-imputabilidade, determinados menores infratores em cumprimento de medidas socioeducativas que já atingiram a maioridade a continuar em estado de afastamento da sociedade. A criação da Unidade Experimental de Saúde enquanto dispositivo de acolhimento a casos semelhantes, conforme vimos, demonstra este processo jurídico-psiquiátrico.

Embora as considerações feitas neste capítulo tenham se dirigido mais especificamente ao tipo antissocial, elas podem ser estendidas ao diagnóstico de transtornos de personalidade como um todo, levando-se em consideração os efeitos de sua principal característica: a descrição global de padrões de comportamento enquanto formas de caracterização de personalidades. Sobre a função descritiva do diagnóstico, o filósofo Ian Hacking (1999) escreve:

Pessoas (...) são agentes, elas agem, como os filósofos dizem, sob descrições. Os meios de ação que escolhem, e de fato seus modos de ser, não são de modo algum independentes das descrições disponíveis sob as quais elas podem agir. Da mesma forma, nós experienciamos a nós mesmos no mundo como sendo pessoas de vários tipos. (p.103)

Embora um dos critérios diagnósticos dessa categoria seja sua aplicabilidade exclusiva a adultos, esta passagem possibilita entender o impacto que sua função descritiva global da personalidade é capaz de exercer na auto percepção de um indivíduo a medida em que produz uma imagem de sujeito enquanto tipo e ser no mundo, orientando seus meios de ação. Hacking continua, afirmando que:

A consciência (*awareness*) pode ser pessoal, mas mais comumente é uma consciência partilhada e desenvolvida dentro de um grupo de pessoas, inseridas em práticas e instituições para os quais estão designadas em virtude da forma como são classificadas. Nós estamos especialmente preocupados com as classificações que, quando conhecidas por pessoas ou por aqueles que as cercam, e postas a trabalhar em instituições, mudam as formas nas quais indivíduos experienciam a si mesmos – e podem levar pessoas a desenvolver seus sentimentos e comportamentos em parte por serem assim classificadas. Estes tipos (de pessoas e seus comportamentos) são tipos interativos(p.104).

Em conclusão, o diagnóstico de transtorno de personalidade tem um potencial diferenciado de atuação no processo identitário de pessoas, ou tipos interativos, ao oferecer descrições marcadas por sua imutabilidade e extensão diante do objeto: ambiciona descrever sua forma de ser e agir no mundo. Por estas razões, tentou-se investigar neste trabalho seu uso em instituições atuais, assim como os desdobramentos desse uso e interesses aos quais potencialmente serve.

CONCLUSÃO

Concluído o percurso deste trabalho, podemos fazer algumas observações a respeito de seu resultado final. Não foi possível produzir uma narrativa da história do diagnóstico. Os conteúdos apresentados em sua maioria são bastante descritivos e a estrutura do primeiro capítulo, que constitui uma tentativa de cartografia do tema, não possui um eixo narrativo único ou englobante, podendo parecer uma apresentação um tanto aleatória do campo. Consideramos que este foi um preço razoável a se pagar pelo caráter exploratório deste trabalho, que mostrou ser necessário, antes de pretender qualquer abordagem genealógica da história dos conceitos referidos às personalidades anormais, fazer uma varredura inicial dos autores, conceitos e teorias com os quais essa história plural foi sendo tecida. Apesar dessa limitação, porém, diante da relativamente escassa produção acadêmica de caráter crítico em relação ao diagnóstico de Transtorno de Personalidade, esta varredura inicial pode beneficiar outros estudos sobre o tema. Este trabalho, portanto, constitui uma porta de entrada para o campo pesquisado, levantando questões que devem ser aprofundadas posteriormente.

Durante esta exploração, consideramos como um dos resultados mais positivos para o nosso entendimento do tema a descoberta do pensamento de um autor hoje em dia muito pouco estudado - Kurt Schneider. Dotada de extrema sensibilidade teórico-clínica, sua obra contém elementos que preservam um enorme poder heurístico. Podemos destacar alguns conceitos de sua autoria que preservam uma dimensão sensível e lúcida do encontro clínico. Dentre eles, o conceito de “relatividade do permanente”, que aponta para a relatividade e elasticidade da permanência de aspectos da personalidade. Esse conceito está baseado na compreensão mais global, presente em toda sua obra, a respeito da importância das vivências e situações de um indivíduo no processo de moldagem de sua personalidade. Adverte, nesse sentido, para a supervalorização ingênua da atividade clínica, quando esta “crê haver alcançado alguma coisa com o próprio esforço, quando o que ocorreu foi apenas uma variação, que não pode ser psicologizável da infraestrutura” (1976, p.71). A valorização do meio, da história de vida e das vivências de um indivíduo como elementos fundamentais para a clínica constitui um aspecto crucial de uma obra de caráter sempre atual, e especialmente necessária em uma época onde o impulso de desassociação do sujeito com seu sofrimento parece ser impulsionado por uma gramática da descrição da vida mental que tende a apresentar o cérebro enquanto sujeito.

Um outro ponto positivo foi a possibilidade de releitura do debate entre normalidade e patologia a partir das considerações de Fulford a respeito da filosofia da linguagem comum. A proximidade relativa entre as reflexões de G. Canguilhem e K. Schneider acerca da noção de doença (enquanto experiência de ruptura profunda de uma continuidade de sentido interna) permanece como um impulso teoricamente fértil e clinicamente útil. A proposta de uma clínica baseada em valores conforme apresentada por Fulford, por sua vez, enfatiza o caráter valorativo inerente a qualquer apreciação das experiências de sofrimento. O pensamento destes três autores pode ser contraposto à tendência fisicalista de redução de problemas de ordem valorativa a problemas de ordem meramente biológica e, nesse sentido, deveria ocupar um lugar central em qualquer reflexão sobre categorias psiquiátricas, sobretudo aquelas mais polêmicas, como é o caso dos transtornos de personalidade. O exemplo do estudo acerca da psicopatia abordado no terceiro capítulo vai ao encontro da lógica de “menos valores através de mais ciência” (leia-se “mais fatos”, conforme esclarecemos), apontado por Fulford como propiciador de gestos abusivos e desumanizantes da psiquiatria.

O trabalho também abordou o debate sobre medicalização (especificamente, sobre psicologização) e sua relação com a explosão de categorias psiquiátricas, desde a terceira edição do DSM e sua revolução terminológica e objetivista. A contribuição que fazemos neste sentido é a de lembrar que o potencial medicalizante não é exclusividade de nenhum modelo, estando presente tanto no modelo categorial difundido com os DSM, quanto no modelo dimensional e mesmo naqueles orientados pelo pensamento psicodinâmico. No segundo capítulo foi discutido o potencial psicologizante do modelo dimensional por seu caráter de excessiva objetificação e patologização de uma vasta gama de aspectos do comportamento humano. Também foi analisado como o caráter de grande indefinição e extensão dos modelos orientados pelo pensamento psicodinâmico fornecem instrumentos adequados para o fenômeno psicanalisante. Para tal, nos servimos das categorias de “reação de ajuste” às diferentes fases da vida, presentes na primeira versão do DSM.

Podemos dizer que, de certo modo, este é um trabalho inconcluso, na medida em que ao final do caminho percorrido o que temos não são conclusões ou respostas, mas caminhos de desdobramento e aprofundamento das questões que incitaram seu início, entre elas: como, ao longo de sua história e na atualidade, a psiquiatria lida com o problema das chamadas personalidades anormais? Que lugar essas personalidades ocupam nos espaços demarcados pelas fronteiras entre normalidade, atipia e patologia na vida psíquica? Em que medida, no

cenário sociocultural atual, o vocabulário psiquiátrico participa dos processos de regulação social pela via da patologização de condutas culturalmente indesejáveis?

Nesse sentido, esse escrito terá cumprido sua função se puder contribuir para disparar investigações – nossas e de outros – que busquem explorar e, na medida do possível, trazer à tona, respostas a essas perguntas.

REFERÊNCIAS:

AKISKAL, H.S et al. *The nosologic status of borderline personality: clinical and polysomnographic study*. American Journal of Psychiatry. v.142, n. 2, p. 192. Fev. 1985
Disponível em < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3970243>>. Acesso em: 02 ago. 2014.

ALMEIDA, M. M. *Compreendendo as estratégias de sobrevivência de jovens antes e depois da internação na FEBEM de Ribeirão Preto*. 2002. Dissertação (Mestrado em Psicologia) -Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* .1ª ed., Washington, DC: American Psychiatric Association, 1952.

_____ *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1968.

_____ *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.

_____ *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3ª ed. Texto revisado. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987

_____ *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

_____ *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4ª ed. Texto revisado. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

_____ *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5ª ed. Arlington,VA: American Psychiatric Association, 2013

ANDREASEN, NANCY C. *DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences*. Schizophrenia Bulletin. V.33, n.1, p. 108-112, dez. 2007. < doi: 10.1093/schbul/sbl054 > Acesso em: 20 nov.2015

BALAN, B. *Les fondements psychologiques de la notion d'automatisme mental chez John Hughlings Jackson*. L'Information Psychiatrique, v. 69, p. 610-619. 1989 apud BERRIOS, G. *The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. p. 430. Cambridge University Press, 1996.

BERCHERIE, P. *Os fundamentos da Clínica. História e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1989. Tradução de Vera Ribeiro de *Les Fondements de la Clinique. Histoire e structure du savoir psychiatrique*. 2ªed, Paris: Navarin, 1980.

BERNARDON RIBEIRO, R.; CORDEIRO Q. *Unidade experimental de saúde como modelo para a discussão da responsabilidade penal em menores infratores*. 213 In: Medida de segurança – uma questão de saúde e ética. CORDEIRO, Q.; ARANHA DE LIMA, M. G. (orgs.), p.213. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.
<<http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/Livromedidaseguranca.pdf>> Acesso em: 12 de fevereiro de 2015

BERRIOS, G. *The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

BERRIOS, G. & PORTER, R. *Uma história da psiquiatria clínica: a origem e a história dos transtornos psiquiátricos*. v.3: As neuroses e os Transtornos de Personalidade. Tradução de Lazslo Antonio Ávila. São Paulo: Escuta, 2012.

BOORSE, C. *On the distinction between disease and illness*. Philosophy and Public Affairs, v.5, p.49–68, 1975

_____ *What a theory of mental health should be*. Journal for The Theory of Social Behaviour, v.6. p.61–84, 1976.

BRASIL *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o patológico*. 1ª ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1966. Tradução de Maria Thereza Barrocas. 6ª ed., rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CLECKLEY, H. *Semantic dementia and semi-suicide*. *Psychiatric Quarterly*, v. 16, n.3, p. 521-529. 1963 <
http://www.researchgate.net/publication/226151814_Semantic_dementia_and_semi-suicide> Acesso em: 10 jul. 2014 .

_____ *The mask of sanity: an attempt to clarify some issues about the so-called Psychopathic Personality*. 1ª ed. 1941. 5ª ed. St. Louis: Mosby, 1976.

CLONINGER, C.R. *A systematic method for clinical description and classification of personality variants*. *Archives of General Psychiatry*, 44: 573-88. 1987 apud BERRIOS, G. *The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. p. 430. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

CRAFT, M.J. *Ten Studies into Psychopathic Personality*. Bristol: John Wright, 1965

_____ *Psychopathic Disorders and their Assessment*. Oxford: Pergamon Press, 1966.

EIGEN, J.P. *Delusion in the courtroom: the role of partial insanity in early forensic testimony*. *Medical History*, v.35, p.25-49. 1991 <
http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2F4179_5347A1B0CAA53284A834F79937F20F67_journals__MDH_MDH35_01_S0025727300053114a.pdf&cover=Y&code=a2e125386049a0b0ec9cdaa4de02bcf5> Acesso em: 12 jul. 2014.

FAZEL, S.; DANESH, J. *Review Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys*. *Lancet*. v.359, n.9306. p.545-50, fev. 2002 <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11867106>> Acesso em: 11 jun. 2014

FEUCHTERSLEBEN, E. *Lehrbuch der arztlichen Seelenkunde*. Viena: Gerold, 1845 apud BERRIOS, G. & PORTER, R. *Uma história da psiquiatria clínica: a origem e a história dos transtornos psiquiátricos*. v.3: As neuroses e os Transtornos de Personalidade. Tradução de Lazslo Antonio Ávila. São Paulo: Escuta, 2012.

FIRST, M. *The problematic DSM-5 personality disorders proposal: options for plan B*. *Journal of Clinical Psychiatry*. v72; n.10, p.1341–1343, out. 2011 <
<http://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2011/v72n10/v72n1006.aspx>> Acesso em: 6 de julho de 2014.

FIRST, M. et al. *Personality disorders and relational disorders: a research agenda for addressing crucial gaps in DSM*. In: KUPFER, D.; FIRST, M.; REGIER, D. (eds.) *A Research Agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

2002. p.123–200.
<http://www.unc.edu/~dlinz/Papers/A%20Research%20Agenda%20for%20DSM-V.pdf>
 Acesso em: 6 de julho de 2014.
- FRANCES, A. *Is this the worst time Ever to Have a Severe Mental Illness?* <
<https://www.psychologytoday.com/blog/saving-normal/201408/is-the-worst-time-ever-have-severe-mental-illness>> Acesso em: 10 de agosto de 2014.
- FULFORD, K.M.; STADEN, C.W. *Values-Based Practice: topsy-turvy take-home messages from ordinary language philosophy (and a few next steps)*. In: The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry. Fulford et al. (eds). Oxford: Oxford University Press. 2013
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. 1ªed. 1973. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos S.A., 2008.
- GOLDSTEIN, J. E. *Console and Classify: The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
- GOLDBERG, L.R. *From Ace to Zombie: Some explorations in the language of personality*. In BUTCHER, J.N.; SPIELBERGER, C.D. (eds.) *Advances in personality assessment*, Vol. 1. Londres: Lawrence Erlbaum Associates, 1982
- GRANT, B.F. et al. *Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions*. *Journal of Clinical Psychiatry*. v.65, n.7, p.948-58., jul. 2004. <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15291684>>Acesso em: 11 de junho de 2014
- GREGORY, S. et al. *Punishment and psychopathy: a case-control functional MRI investigation of reinforcement learning in violent antisocial personality disordered men*. *LANCET*.v. 2, n. 2, p.153-160, fev. 2015.
[http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(14\)00071-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(14)00071-6/abstract)
 Acesso em: 6 de janeiro de 2014
- HACKING, I. *The social construction of what?* Cambridge e Londres: Harvard University Press, 1999.
- HARKNESS, A. et al. *The Personality Psychopathology—Five (PSY–5): Recent constructive replication and assessment literature review*. *Psychological Assessment*, v.24, n..2, p.432-443, jun.2012< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21988184>>
 Acesso em: 10 de Agosto de 2014.
- HENDERSON, D.K. *Psychopathic States*. W. W. Norton & Company:1939.

HOENIG, J. *Kurt Schneider and Anglophone Psychiatry*. Comprehensive Psychiatry. Official Journal of the American Psychopathological Association, v.23, n.5, set. /out.1982.<<https://mail.google.com/mail/u/0/#search/schneider/14abcbaa02eeb2b1?projector=1>> Acesso em: 11 de janeiro de 2015.

HUMAN BRAIN PROJECT. Disponível em: <https://www.humanbrainproject.eu/vision>. Acesso em: 01 de agosto de 2014.

JANET, P. *O automatismo psicológico. Ensaio de psicologia experimental sobre as formas inferiores da atividade humana*. Paris: Alcan, 1889. In: Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental. v.11, n.2. São Paulo, jun. 2008 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000200014 Acesso em: 20 de junho de 2014.

JASPERS, K. *Psicopatologia geral*. 1ªed: 1913. 7ªed. Heidelberg: Springer,1959. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1979.

KOCH, J. L. A. *Kurzgefalsster Leitfaden der Psychiatrie*. 2ed. Ravensburg: Dorn'schen Buchhandlung, 1889 apud BERRIOS, G. & PORTER, R. *Uma história da psiquiatria clínica: a origem e a história dos transtornos psiquiátricos*. v.3: As neuroses e os Transtornos de Personalidade. Tradução de Lazslo Antonio Ávila. São Paulo: Escuta, 2012.

_____ *Die psychopatischen Minderwertigkeiten*. Ravensburg: Maier,

1891 – 1893 apud BERRIOS, G. & PORTER, R. *Uma história da psiquiatria clínica: a origem e a história dos transtornos psiquiátricos*. v.3: As neuroses e os Transtornos de Personalidade. Tradução de Lazslo Antonio Ávila. São Paulo: Escuta, 2012.

KRAEPELIN, E. apud BERCHERIE, P. *Os fundamentos da Clínica. História e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar. 1989. Tradução de Vera Ribeiro de *Les Fondements de la Clinique. Histoire e structure du savoir psychiatrique*. 2ªed, Paris, Navarin, 1980

_____ *Compendium der Psychiatrie*, 1ª ed., 1883

_____ *Compendium der Psychiatrie*, 2ª ed., 1887

_____ *Compendium der Psychiatrie*, 4ª ed., 1893

_____ *Compendium der Psychiatrie*, 5ª ed., 1896

_____ *Compendium der Psychiatrie*, 6ª ed., 1899

_____ *Compendium der Psychiatrie*, 7ª ed., 1904

_____ *Compendium der Psychiatrie*, 8ª ed., 1909-1913

_____ *Introduction à la Psychiatrie Clinique*. 2ª ed. 1907

_____ *Psychiatrie. Bin Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 5ed. Leipzig: Barth, 1896.

_____ *Psychiatrie. Bin Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 7ed. V.2. Leipzig: Barth, 1904.

_____ *Psychiatrie. Bin Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 8 ed. Leipzig: Barth, 1909.

KRETSCHMER, E. *Physique and Character: An investigation of the Nature of the Constitution and of the Theory of Temperament*. London, 1925. Tradução de W.J.H. Sprott da 1ª edição, Berlim: Springer, 1918 apud BERCHERIE, P. *Os fundamentos da Clínica. História e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar. 1989. Tradução de Vera Ribeiro de *Les Fondements de la Clinique. Histoire e structure du savoir psychiatrique*. 2ªed, Paris, Navarin, 1980.

LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B *Vocabulário da Psicanálise*. Presses Universitaires de France, 1967. Tradução de Pedro Tamen. Santos: Livraria Martins Fontes, 5ªed., 1970.

MAUGHS, S. *A concept of psychopathy and psychopathic personality: ts evolution and historical development*. *Journal of Criminal Psychopathology*, v. 2, p. 329-356, p.465-499, 1941.< <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1941-04237-001> >Acesso em: 5 de junho de 2014.

MC CRAE, R.R.; COSTA, P.T., Jr. *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa: Psychological Assessment Resource, 1985. <<http://www4.parinc.com/Products/ProductIC.aspx?ProductID=IC-NEO-PI>> Acesso em: 10 ago. 2014.

MC CRAE RR; COSTA PT. JR. *Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers*. Journal of personality and social psychology, v.52, n.1, p. 81-90., jan. 1987. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3820081>> Acesso em: 10 ago. 2014.

MC CRAE, R.R. et al. *Conceptions and correlates of openness to experience*. In: Handbook of personality psychology, p.825-847, San Diego: Academic Press, 1997. <<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.displayRecord&uid=1997-08808-031> > Acesso em: 10 ago. 2014.

MORAN, P.; JENKINS, R.; TYLEE, A.; BLIZARD, R.; MANN, A. *The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders*. Acta Psychiatrica Scandinavica. v.102, n.1, p.:52-7. Julho 2000. < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10892610>> Acesso em: 11 de junho de 2014.

MOREL, B. *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et les causes qui produisent ces variétés maladives*. Paris: Baillière, 1857 apud BERCHERIE, P. *Os fundamentos da Clínica. História e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar. 1989. Tradução de Vera Ribeiro de *Les Fondements de la Clinique. Histoire e structure du savoir psychiatrique*. 2ªed, Paris, Navarin, 1980.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. Disponível em: <<http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml>> Acesso em: 10 de agosto de 2014.

PARTRIDGE, G.E. *Current conceptions of psychopathic personality*. American Journal of Psychiatry, n.10, p. 75, 1930 apud BERRIOS, G. & PORTER, R. *Uma história da psiquiatria clínica: a origem e a história dos transtornos psiquiátricos*. v.3: As neuroses e os Transtornos de Personalidade p. 993. Tradução de Lazslo Antonio Ávila. São Paulo: Escuta, 2012.

_____ *A study of 50 cases of psychopathic personality*. American Journal of Psychiatry, v. 84, n. 6, pp. 953-973, maio 1928. < <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.84.6.953>> Acesso em: 8 de novembro de 2014.

_____ *Psychopathic Personalities Among Boys In A Training School For Delinquents*. American Journal of Psychiatry, v.85, n.1, pp. 159-186, jul. 1928.<

<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.85.1.159>> Acesso em: 8 de novembro de 2014.

_____ *Psychotic Reaction In The Psychopath*. American Journal of Psychiatry, v.85, n.3, pp. 493-518, nov. 1928. <<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.85.3.493>> Acesso em: 8 de novembro de 2014.

PINEL, P. *Tratado medico-filosófico sobre a alienação mental ou mania*. 1ª ed. Paris: J.A. Brosson, 1809. Tradução de Joice Armani Galli. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

PRICHARD, J. C. *Treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind*. London: Sherwood, Gilbert and Piper. 1835. <<https://archive.org/details/atreatiseoninsa00pricgoog>>

RANGER, M.; METHUEN, C.; RUTTER, D. *Prevalence of personality disorder in the case road of an inner city assertive outreach team*. Psychiatry Bulletin, v.28. p.441–443. 2004. <<http://pb.rcpsych.org/content/28/12/441.full-text.pdf+html>> Acesso em 11 de junho de 2014.

ROBINS, L. *Deviant Children Grown Up: a sociological and psychiatric study of sociopathic personality*. Baltimore: Willians & Wilkens, 1966.

_____ *Deviant Children Grown Up*. In Citantion classics, numero 12, 23 de março de 1992 <<http://garfield.library.upenn.edu/classics1992/A1992HH52900001.pdf>> Acesso em: 4 de dezembro de 2014.

ROSENBERG, C.E. *Contested Boundaries: psychiatry, disease, and diagnosis*. In: Perspectives in Biology and Medicine, v. 49, n. 3, p.407–24. The Johns Hopkins University Press, 2006.

ROTELLI , F. *A instituição inventada*. In: Per la salute mentale. Centro di Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia, v.1, n.88 1986. <<http://www.triestesalutementale.it/english/doc/InventedInstitution.pdf>> Acesso em: 10 de outubro de 2014.

RUSSO, J. & VENÂNCIO, A.T. *Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III*. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v.9, n.3, p. 460-483, set. 2006. <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017487007>> Acesso em: 10 de julho de 2014.

SCHNEIDER, K. *Kraepelin und die gegenwärtige Psychiatric*. Fortschritte der Neurologie. Psychiatric, 24:1-7, 1956 apud HOENIG, J. *Kurt Schneider and Anglophone Psychiatry*. In: Comprehensive Psychiatry. Official Journal of the American Psychopathological Association, v. 23, n.5, set./out. 1982

_____. *As personalidades psicopáticas*. 1ª ed. Viena: Franz Deuticke, 1943. Madri: Morata, 1980.

_____. *Psicopatologia Clínica*. 1ªed. Stuttgart: Thieme, 1948. Tradução de Emanuel Carneiro Leão. São Paulo: Mestre Jou, 1976

SKODOL, AE. *Dimensionalizing existing personality disorder categories*. In: Contemporary Directions in Psychopathology: Scientific Foundations of the DSM-5 and ICD-11. Millon, Krueger, Simonsen (eds). New York: Guilford Press. 2010.

SKODOL, AE. et al. *The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications*. Journal of Personality Disorders, v.19, n.5, p.487–504, out. 2005. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16274278>> Acesso em: 5 de junho de 2014.

TUPES, E.C., & CHRISTAL, R.E., *Recurrent Personality Factors Based on Trait Ratings*. Personnel Laboratory, Aeronautical Systems Division, Air Force System Command, United States Air Force. Arlington, Texas. maio 1961. <<http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/267778.pdf>> Acesso em: 5 de agosto de 2014.

TYRER, P.; CASEY, P.; GALL, J. *Relationship between neurosis and personality disorder*. The British Journal of Psychiatry. v.142, p.404-8., abril 1983 <<http://bjp.rcpsych.org/content/142/4/404.long>> Acesso em: 11 de junho de 2014

VICENTIN, M. C. G.; GRAMKOW, G; DEBIEUX ROSA, M. *A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de "novos" manicômios judiciais*. In: Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano. V.20, n.1, São Paulo, abr. 2010. <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822010000100009&script=sci_arttext> Acesso em: 7 de fevereiro de 2014.

WAKEFIELD, J. C. *Dysfunction as a value-free concept: A reply to Sadler and Agich*. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, v.2, n.3, p. 233–46, 1995. <<http://muse.jhu.edu/journals/ppp/summary/v002/2.3.wakefield.html>> Acesso em: 2 de fevereiro de 2014

_____ *Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder*. *Journal of Abnormal Psychology*, v.108, p. 374–99, 1999. <<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1999-03409-002>> Acesso em: 2 de fevereiro de 2014.

ZIEHEN, T.H. *Zur Lehre von der psychopatischen Konstitutionen*. *Charité-Annalen*, n.29, 31, 36. 1905. 1907, 1908, 1912 apud BERRIOS, G. & PORTER, R. *Uma história da psiquiatria clínica: a origem e a história dos transtornos psiquiátricos*. v.3: As neuroses e os Transtornos de Personalidade. Tradução de Lazslo Antonio Ávila. São Paulo: Escuta, 2012.

ZORZANELLI, R.; DALGALARRONDO, P.; BANZATO, C.E.M. *O projeto Research Domain Criteria e o abandono da tradição psicopatológica*. *Revista latino-americana de psicopatologia fundamental*, v.17 n.2. São Paulo, jun. 2014. <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142014000200328&script=sci_arttext> Acesso em: 5 de julho de 2014.