



ARTIGO DE REVISÃO

É preciso diagnosticar patologias de personalidade?

Rafael Wellausen ^a

Clarissa Marceli Trentini ^b

^a Doutor em Psicologia – UFRGS. Especialista em Psicoterapia Psicanalítica. Psicólogo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Maurício Cardoso. Porto Alegre, RS, Brasil.

^b Doutora em Ciências Médicas Psiquiatria – UFRGS. Professora associada do PPG em Psicologia da UFRGS.

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto Psiquiátrico Forense

Resumo

Inúmeras mudanças ocorreram na cultura principalmente no pós-guerra. Fatores sociais, econômicos e psicológicos parecem estar na base dessas transformações. Em relação ao binômio saúde-doença mental, os autores indagam se houve mudanças nos quadros psicopatológicos ou se as formas de diagnosticar os transtornos mentais é que foram aperfeiçoadas à medida que se avançou no conhecimento clínico. A partir dessas questões se faz uma discussão sobre o impacto que os manuais diagnósticos (DSM) tiveram e têm na formação e no treinamento clínico de psicólogos e psiquiatras nos últimos 30 anos. Os autores sugerem ter havido um aumento na tendência a privilegiar o diagnóstico de outros transtornos mentais em vez de em relação às patologias de personalidade. Finalizam indicando os possíveis benefícios aos pacientes quando se considera a avaliação da personalidade e os riscos quando esse diagnóstico é desconsiderado.

Palavras-chave: Psicopatologia. Transtornos da personalidade. Diagnóstico. Transtornos mentais. Cultura.

Abstract

Several cultural changes have occurred, especially during post-war years. Social, economic and psychological factors seem to be the basis of these transformations. Concerning the health-mental disease binomial, the authors question whether there were changes in psychopathological conditions or whether the diagnosis methods for mental disorders were enhanced as clinical knowledge advanced. Based on these questions, there is a discussion regarding the impact of diagnosis manuals (DSM) on the clinical training of psychologists and psychiatrists in the last 30 years. The authors suggest there was an increase in the tendency to privilege the diagnosis of other mental disorders instead of personality pathologies. They conclude by indicating the possible benefits to patients when considering personality assessment and the existing risks when this diagnosis is neglected.

Keywords: Psychopathology. Personality disorders. Diagnosis. Mental disorders. Culture.

Introdução

Diversos pensadores têm apontado que vivemos em um mundo que sofreu profundas e rápidas transformações sociais, principalmente depois da Segunda Guerra^{1,2}. Partindo de diferentes vértices, sejam eles de natureza filosófica, antropológica, sociológica, econômica, política, tecnológica, entre outros, sugerem que as relações entre nós, seres humanos, têm passado por mudanças que nos afetam em nossos valores mais fundamentais. Repercussões podem ser visíveis nas relações entre homens e mulheres; nas relações de trabalho; nas relações entre pais e filhos; e inclusive nas relações dos indivíduos com o Estado-Nação (por exemplo, através dos meios de comunicação, como a internet).

Para alguns, as transformações, na identidade, por exemplo, são tão intensas que o cenário pode ser desolador, uma vez que as relações entre nós, seres humanos, tornaram-se fugazes, imediatistas, baseadas no prazer imediato e na evitação máxima do desprazer. Para estes, o que caracterizaria o homem pós-moderno (ou hipermoderno, se preferirem) é que a solidez nas relações e nas instituições foi substituída pela liquidez e relativização de valores e princípios, aguçadas por um incremento do individualismo.

Sem nos determos em julgamentos valorativos em relação a essas mudanças, a questão central abordada neste manuscrito será a de tentar desvendar, a partir do ponto de vista psicológico, se essas transformações estão relacionadas a modos específicos de expressão do binômio saúde-doença mental nos dias de hoje e se estamos teórica e clinicamente bem instrumentalizados para esse empreendimento desafiador.

Algumas constatações nos ajudam em uma primeira aproximação do problema. Ainda que pesquisas genéticas muito recentes^{3,4} estejam mostrando alterações na estrutura das moléculas de DNA (ácido desoxirribonucleico) e RNA (ácido ribonucleico), parece cedo para saber o quanto tais alterações de fato irão se refletir em novas estruturas neuroanatomofisiológicas que influenciarão nossos comportamentos no futuro (que mostrem uma relação de causalidade com o aumento da agressividade, por exemplo). Além disso, no campo da política, os sistemas de governo falharam nos últimos cem anos em tornar a utopia da igualdade de classes uma realidade. *Pari passu*, a tecnologia e os avanços na área da saúde, por sua vez, nos ajudaram a prolongar nossa expectativa e qualidade de vida e com isso a esperança de ludibriar a passagem do tempo se tornou uma tentação.

Todos esses fatos, somados a outros que não estão sendo mencionados, como, por exemplo, aquilo que alguns denominaram de patologias do superego^{5,6,7}, ou seja, prejuízos e falhas em processos psicológicos de transmissão e internalização de princípios, valores, conhecimentos e sabedoria de uma geração mais velha para uma mais jovem, através dos códigos e símbolos socialmente aceitos de sua cultura, parecem estar impactando de modo geral na estrutura familiar nos dias atuais e, em especial, nos problemas com limites, fronteiras (eu, não eu) ou com as figuras de autoridade, o que é frequentemente verificados nos mais diversos âmbitos (p. ex., nas relações professor-aluno). Um fato parece evidente: os adultos, que além de fontes essenciais para a sobrevivência também são modelos de identificação para as novas gerações, não parecem mais tão dispostos a se privar em suas necessidades e desejos, estando mais propensos a viver suas vidas, em maior ou menor grau, como se não existisse o amanhã.

Ao mesmo tempo, paradoxalmente, em relação à maternidade e à paternidade, muitos pais atualmente esperam que seus filhos sejam compreensivos com eles e que, apesar da sua falta de disponibilidade, atenção e tempo, cresçam e se desenvolvam de modo saudável sem lhes fazer muitas exigências. Destes, uma parcela tenta suprir a carência afetiva dos filhos oferecendo bens materiais como forma de compensar sua mal disfarçada ausência. Outros depositam nos filhos expectativas e exigências muito frequentemente deslocadas de outras relações frustrantes, colocando desse modo sobre a prole um encargo pesado demais para ser carregado sem que haja adoecimento mental.

Em alguma medida, é como se ninguém estivesse disposto a ficar fora desta “grande festa”, como a vida passou a ser vista. Atualmente os mínimos sinais de tristeza, ansiedade ou de cansaço devem ser veementemente combatidos mediante o uso de drogas, álcool ou medicamentos cuja ação deve ser o mais imediata possível a fim de se evitar a perda tempo. A mensagem dionisiaca implícita em relação à vida é: “desfrutar de todo prazer agora já que não se sabe o dia de amanhã”.

Os reflexos dessas transformações psicossocioculturais podem ser observados em alguns fenômenos bastante evidentes. No plano afetivo, por exemplo, o amor maduro parece estar cedendo lugar à paixão fugaz ou à compulsão e/ou obsessão desenfreada; a admiração normal vem sendo substituída pela idealização ou o fanatismo; nas relações interpessoais a falta de educação, o desrespeito e o egoísmo

parecem estar se disseminando e se infiltrando como uma peste; a dúvida parece dar lugar à projeção e à paranoia; o ruim, a feiura e a maldade estão fora e o perfeito e maravilhoso devem ser sempre parte do sujeito, custe o que custar, a exemplo de *reality shows*, *selfies*, *redes sociais*, etc.

É provável que ao menos uma parcela do medo e da insegurança que sentimos quando nos afastamos da proteção de nossos lares esteja associada, não conscientemente, a alguns desses fatores. Em alguma medida se tem disseminado a sensação, principalmente em nossa cultura, de que se faça o que se fizer a impunidade é uma certeza. Cada vez mais tem sido uma marca registrada do Estado se eximir em questões fundamentais, deixando os cidadãos carentes de instituições em que possam depositar sua confiança em caso de necessidade. Uma mensagem subliminar, percebida sem plena consciência, mas acompanhada de um sentimento, para uns de desesperança e para outros de revolta, é: salve-se quem puder!

A relação indivíduo-cultura tem sido objeto de estudo de muitos pensadores^{8,9,10}. Sendo assim, portanto não é nossa pretensão tentar responder a grande questão de se a cultura é quem cria o homem ou se é o homem quem molda a cultura conforme suas necessidades e desejos. Porém, tentando não ser reacionários, saudosistas ou ainda fatalistas, nos sentimos, na qualidade de profissionais da saúde mental, apreensivos frente a este cenário.

Como não poderia deixar de ser num mundo que se orgulha de sua pluralidade e diversidade, as opções para examinarmos tais fenômenos psicossociais são diversas, cabendo a cada um determinar aquelas que melhor respondem às suas necessidades. Iniciamos este artigo nos questionando (e aos leitores) se: os quadros psicopatológicos mudaram nos tempos atuais ou as formas de diagnosticar é que foram aperfeiçoadas à medida que melhoramos nosso conhecimento clínico?

As manifestações sintomáticas e comportamentais dos doentes mentais geralmente encontram expressão em consonância com o momento histórico de uma determinada sociedade ou cultura¹¹. Não tem sentido uma pessoa que vive numa grande cidade (altamente tecnológica e industrial, abarrotada de veículos) ter fobia de cavalos. Fobia de dirigir, de sair na rua, de andar em escada rolante ou elevadores, de lidar com computadores ou mesmo de voar de avião, sim.

O que é considerado doença mental em determinado período pode não ser em outro. A história tem mostrado uma série de movimentos pendulares em diversas questões que afligem o homem. A repressão sexual que marcava a Europa, já durante o Iluminismo, principalmente entre os séculos XVIII e XIX, foi ao longo do século XX cabalmente substituída pela “liberdade sexual”¹². Se no passado recente a repressão sexual era a marca registrada das pacientes históricas, no século XXI o sexo sem consideração pelas consequências – por ser feito muitas vezes sem que exista uma verdadeira e madura capacidade para a intimidade – tem tido um impacto na saúde pública com consequências epidemiológicas importantes (AIDS, DSTs, gravidez de adolescentes, ausência paterna, filicídios, etc.) Para dados epidemiológicos, acessar o site do Ministério da Saúde em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/674-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/>.

No final da década de 70, um dos mais influentes críticos sociais e historiadores do nosso tempo, Christopher Lasch¹¹, apontava claramente e sem rodeios que os pacientes que Freud atendera na Viena do século XIX eram diferentes dos pacientes que compunham o cenário americano às portas do século XXI. Em “A cultura do narcisismo”, livro que se tornou *best-seller* entre os intelectuais, ele descreveu um tipo de paciente, um estilo de vida que muitos psicoterapeutas já vinham constatando em seus consultórios há algum tempo¹³. Diferentemente de alguns pacientes de Freud que sofriam com seus sintomas (obsessões, fobias, paralisias, etc.), muitos pacientes do pós-guerra apresentavam transtornos de caráter. Nesses casos geralmente não é somente o paciente quem padece, mas ele é quem faz sofrer também¹⁴.

Os fatores responsáveis pela origem dessas transformações têm sido estudados e causas econômicas, políticas e sociais, incluindo as novas configurações familiares¹⁵, parecem estar associadas às mudanças nos quadros psicopatológicos. Paralelo a essas investigações, hoje se adquiriu um amplo conhecimento sobre os efeitos que a genética¹⁶ e os eventos adversos – traumas, privações, negligência, abusos, etc. – têm sobre a formação e o funcionamento da estrutura cerebral^{17,18} e conseqüentemente sobre o desenvolvimento psicológico e emocional^{19,20}.

É preciso diagnosticar problemas de personalidade?

Diagnosticar é um processo complexo e delicado. Na área da saúde mental ainda hoje é um grande desafio. Como se não bastassem os problemas relativos a quem está tecnicamente capacitado a fazer um diagnóstico de transtorno mental, esse também é um campo em que disputas políticas e ideológicas florescem de forma abundante. Alguns profissionais da área temem que um diagnóstico possa “rotular” uma pessoa estigmatizando-a e lhe trazendo prejuízos – *Labeling Theory*²¹. Em vez disso, o diagnóstico deveria ser visto como uma hipótese inicial que serve para orientar qual terapêutica é a mais indicada em determinada situação²². Caso contrário, corre-se o risco de se ofertar um tratamento, uma intervenção que traga prejuízo ao paciente apesar de toda a boa vontade e disposição em ajudá-lo. Porém, aqui nos deparamos com pelo menos duas questões importantes: 1) Qual é a melhor forma de se diagnosticar a personalidade ou a sua patologia? 2) Os manuais diagnósticos, como o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais), em suas várias edições, respondem às necessidades dos profissionais e da comunidade?

Na história da construção de instrumentos para investigar a personalidade – descrevê-la, predizê-la e explicá-la –, os psicólogos tentaram desde métodos implícitos, como a utilização de desenhos, manchas, figuras, complemento de sentenças, até formas mais explícitas, como formular perguntas diretas ao examinando²³. Os desenhos, as manchas e outras técnicas foram sendo desenvolvidas e aperfeiçoadas para que o avaliador tivesse acesso aos traços e características daquela personalidade em um tempo cada vez mais curto e com informações cada vez mais relevantes para os propósitos da avaliação.

Atualmente, na grande maioria das vezes em que se procura fazer o diagnóstico de uma doença mental, apenas o comportamento manifesto/aparente acaba sendo a fonte de informações que orienta o profissional de saúde mental na elaboração de suas impressões e hipóteses²². Esse é um aspecto muito importante, mas por vezes negligenciado. Por exemplo, é indispensável fazer uma distinção entre uma verdadeira personalidade antissocial e aquilo que no plano social é considerado uma atitude anti/contra a sociedade.

Quando um jovem comete um massacre matando 26 pessoas, não há dúvidas de que seu ato é contra a sociedade (é antissocial por natureza), entretanto é preciso ir além do que está evidente e compreender o que o motivou a realizar tal desumanidade. Uma pessoa com transtorno antissocial de personalidade age, sente, pensa e se comporta baseado em um sistema cognitivo-emocional diferente de uma pessoa com uma personalidade esquizoide, por exemplo. O comportamento que ambos fenomenologicamente apresentam pode até ser o mesmo ou muito semelhante (por exemplo, matar pessoas), mas as razões (motivações) diferem em muitos aspectos. O antissocial comete seus crimes contra as outras pessoas (sociedade) em razão de sentir e perceber que o ataque é a melhor defesa, que se ele não dominar, machucar, explorar, maltratar, farão isso com ele. A pessoa com personalidade esquizoide também pode agir de forma premeditada, porém as razões (motivações) são de outra natureza. Ele quer e deseja contato humano, valoriza as pessoas, mas não se sente capaz de ser amado. Não acredita que tenha valor como pessoa e esses sentimentos e pensamentos de menos-valia e inadequação o levam a se sentir facilmente humilhado, excluído e não amado. A partir dessas percepções (conscientes e inconscientes) se ressentem pensando e agindo de forma vingativa, atacando suas vítimas.

Westen²² assinala que o treinamento profissional que privilegia uma avaliação focada em sinais e sintomas (por exemplo, comportamentos por vezes verificados através de *checklists*, escalas, questionários e algoritmos) em vez de em relação à pessoa como um todo (padrões de cognições e afetos, de relações interpessoais, organização da estrutura intrapsíquica, etc.) tende a ter pouca utilidade clínica. Avaliações diagnósticas baseadas no comportamento verbal e manifesto/aparente ou no que o avaliando/paciente é capaz de informar de modo explícito (autorrelato) tendem a desembocar em listas de sintomas. O que fazer com a informação de que o paciente tem impotência sexual ou é dependente de álcool e cocaína ou sofre de bulimia?

Blatt e Luyten²⁴ sugerem que para compreender o complexo funcionamento psicológico é preciso uma abordagem centrada na pessoa em vez de uma centrada no sintoma. Segundo esses autores, sintomas semelhantes podem emergir de diferentes padrões etiológicos (equifinalidade) e, dependendo de uma variedade de fatores e circunstâncias, os mesmos sintomas podem se expressar em diferentes transtornos (multifinalidade). Tais questões criam problemas para os manuais cujas categorias estão fundamentalmente baseadas em sintomas aparentes (comportamentos).

Quase que invariavelmente, quando se pergunta a uma pessoa durante uma avaliação psicológica (ou para início de psicoterapia) como ela tem se sentido, é bastante provável que alguma menção seja feita a sinais de alegria ou tristeza ou seus derivados. Como claramente Shedler²⁵ mostrou, um clínico pouco experiente ou que tenha recebido, seja por questões de modismos ou de mercado, treinamento voltado principalmente aos (antigos) transtornos de Eixo I²⁶, tais como problemas de humor (depressão, mania, bipolaridade, etc.) ou ansiedade (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, ansiedade generalizada, etc.), raramente irá atentar para perceber tais sinais e sintomas como sendo manifestações comportamentais (sintomáticas) de um padrão, mais ou menos rígido, de personalidade – de um jeito de ser, sentir, pensar e se relacionar – com uma longa e consolidada história de existência.

Não há dúvida de que os manuais diagnósticos oficiais são importantes na medida em que ajudam a organizar fluxos de perguntas e respostas que orientam o profissional em treinamento a melhor aplicar seus conhecimentos²⁶. Dentre as vantagens de utilizá-los estão algumas: a primeira e talvez mais importante seja a de oferecer uma nomenclatura, um vocabulário compartilhado para permitir uma comunicação clara e direta entre os profissionais da saúde mental; outra é contribuir para uma definição mais objetiva sobre alguns aspectos do comportamento humano que devem/podem ser foco da avaliação clínica; por fim, ser uma ferramenta importante em estudos epidemiológicos e na pesquisa em geral, entre outras²².

Porém, a despeito dessas vantagens, esses manuais, desde longa data, têm causado insatisfação entre os profissionais que lidam com pacientes em contextos clínicos e de pesquisa por nem sempre refletirem uma descrição de como as pessoas são, de fato, no “mundo real”^{6,27}. Apenas a título de nota, cabe mencionar que a última versão do manual (DSM-5) apresenta um modelo alternativo para o diagnóstico de alguns dos TPs. Essa parece uma tentativa de atrair a atenção dos clínicos para essas psicopatologias, e a introdução dos critérios A e B tendem a dar certa dimensionalidade a estes transtornos e conseqüentemente uma maior chance de identificá-los em ambientes clínicos.

Por exemplo, não se deveriam confundir entidades clínicas como a depressão maior, o transtorno obsessivo-compulsivo, a dependência de cocaína, o jogo patológico, a pedofilia, o transtorno de personalidade narcisista, ou qualquer outro transtorno descrito no DSM, como se eles fossem aquela doença causada pelos sintomas listados no manual. Na saúde mental o(s) fator(es) que causa(m) a(s) doença(s) e a(s) forma(s) de tratá-la(s) são diferentes das outras áreas da medicina. Na saúde mental (psiquiatria/psicologia) a situação é diferente. Vejamos três breves exemplos:

1) humor deprimido na maior parte do dia, acentuada diminuição do interesse ou prazer, perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada, capacidade diminuída para pensar ou concentrar-se, pensamentos de morte recorrente;

2) frequentemente não presta atenção a detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades; frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente; tem dificuldade para organizar tarefas e atividades; frequentemente remexe ou batuca as mãos ou pés ou se contorce na cadeira; frequentemente fala demais; frequentemente interrompe ou se intromete;

3) perturbação da identidade, um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, instabilidade afetiva, um esforço desesperado para evitar abandono real ou imaginado, comportamento suicida recorrente, sentimentos crônicos de vazio, etc.

Esses três exemplos (critérios diagnósticos do DSM-5 para episódio depressivo maior, para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e para TP *borderline*, respectivamente) não explicam (etiologicamente) nenhum desses transtornos, sendo tão somente listas de sinais/sintomas (sensações, emoções, comportamentos) que podem descrever alguém que tenha esses transtornos. Como muito bem destacado por Shedler²⁵, seria um erro categórico conceder uma propriedade a algo que não pode e não tem essa propriedade. O DSM não tem uma função explanatória, ou seja, ele não explica o que causa as doenças mentais, ele as descreve (alguns sintomas, comportamentos). Por outro lado, falta de ar, dor nas costas, tosse, febre, são sinais/sintomas que indicam alterações biológicas que, com reduzida margem de erro (principalmente quando exames e imagens diagnósticas estão disponíveis), podem ser sugestivos de uma doença como a pneumonia (nesse caso decorrentes da ação de bactérias, vírus, fungos, etc.). Nesse último caso, a relação de causalidade é bastante clara, ao passo que em se tratando das doenças mentais o vetor da causalidade a nós parece bem menos evidente.

No âmbito dos problemas de personalidade, como mencionado anteriormente, a abordagem precisa ser centrada na pessoa, e não no sintoma, e aqui é que começam alguns problemas. Quando o DSM foi concebido, no início da década de 50, um dos principais propósitos era despertar a atenção da comunidade científica para a necessidade de classificar e organizar o conhecimento sobre os transtornos mentais²⁸. Essa iniciativa certamente foi muito válida e precisa ser reconhecida, contudo alguns problemas foram sendo observados. Se no início das primeiras classificações psiquiátricas oficiais (DSM I e II) os modelos psicodinâmicos eram não somente aceitos, mas também valorizados, esse fato não se repetiu nas edições posteriores desses manuais (DSM-III, IV, IV-TR e DSM-5). Devido principalmente às dificuldades de comprovação empírica de vários construtos psicanalíticos, acrescidas das intensas pressões de lobistas, as revisões desses manuais, a partir da década de 80, não mais incluíram explicitamente os modelos teóricos psicodinâmicos (ainda que as ideias dos psicanalistas Otto Kernberg e Heinz Kohut fundamentem exaustivamente os critérios diagnósticos dos TPs, em especial os do cluster B). Um modelo “ateórico” com uma nomenclatura cada vez mais isenta de jargões técnicos ligados a determinada teoria prevalece desde a terceira edição do DSM²⁶.

Inúmeros debates nos últimos trinta anos têm questionado a validade desses critérios, ao menos no que tange aos transtornos de personalidade, como, por exemplo, excessiva comorbidade, seja entre os próprios transtornos de personalidade, mas também em relação a outros quadros clínicos. Entretanto, quanto se atenta para esses aspectos mencionados acima, é possível compreender que os problemas de comorbidade decorrem, em grande parte, das avaliações que se baseiam eminentemente em sinais/sintomas artificialmente dicotomizados através de um sistema binário (presente/ausente) de comportamentos manifestos/aparentes e informados verbalmente (autorrelato). Quando se considera, por exemplo, uma avaliação de personalidade baseada no modelo estrutural⁶, em vez de se avaliar a dependência química ou as oscilações do humor como comorbidades (este último sintoma compreendido como sendo decorrente de prejuízos na consolidação da identidade e seus consequentes efeitos sobre as representações de *self* e de objeto, sobre a autoestima, sobre o narcisismo, etc.), esses transtornos são considerados, nesse modelo, tão somente sintomas que se manifestam ao longo de um *continuum* (desde leves até graves), porém altamente incidentes, em pacientes com *organização de personalidade borderline* (narcisistas, antissociais, *borderlines*, histriônicos, etc.), e não entidades clínicas separadas (comorbidades). Tais questões alertam para ao menos três aspectos: a qualidade dos instrumentos e o treinamento clínico para a avaliação de transtornos de personalidade (devido ao espaço não temos como abordar essa questão aqui remetendo o leitor ao capítulo “Psicodiagnóstico e Personalidade” de Wellausen, Oliveira & Trentini, no prelo); seu respectivo impacto em relação às baixas taxas de prevalência encontradas na comunidade (epidemiologia); e talvez a mais importante, uma vez que tem implicações diretas nas vidas dos pacientes, que são as indicações de tratamento.

Saber de que modo os comitês que idealizam esses manuais concebem a natureza dos problemas no campo da saúde mental é chave para se compreender o que acontece com essas classificações na atualidade. Se mediante um acordo entre *experts* (alguns deles com vasta experiência em tratar dados e não tanto em tratar pessoas) fica convencionado que a etiologia dos transtornos mentais, por exemplo, se deve exclusivamente à biologia, aos circuitos cerebrais, à metilação, etc. (ainda que na ausência de um substrato orgânico, ou com incipientes evidências que garantam essa convenção), as psicoterapias se tornam essencialmente dispensáveis. As medicações então passam a se configurar como a principal ou talvez única terapêutica a ser oferecida. Entretanto, se por outro lado se reconhece que não são somente circuitos cerebrais, mas que um universo de questões psicológicas e sociais podem estar associadas às dificuldades que as pessoas têm encontrado para viver suas vidas de modo satisfatório e adaptado, os tratamentos psicológicos poderão então ter seu valor reconhecido^{29,30}.

Shedler²⁹ lembra que fazer esses esclarecimentos pode ser importante, uma vez que é fácil aos profissionais, mas principalmente à comunidade leiga, se confundir com informações divulgadas por diferentes fontes. Quando organizações profissionais estabelecem seus *guidelines*, ou quando alguns pesquisadores em psicoterapia elaboram manuais de tratamentos “baseados em evidência”, ou ainda quando empresas seguradoras estabelecem prazos determinados para o(s) tratamento(s) de seus

segurados, ou, por fim, quando empresas farmacêuticas oferecem seus produtos dizendo que tal diagnóstico é uma “condição médica distinta”, todos podem dar a falsa impressão de que o DSM é algo que explica a causa dos transtornos mentais (etiopatogenia), quando, em realidade, ele tão somente descreve alguns sinais/sintomas desses transtornos, o que permite, essencialmente, uma melhor fluidez de informações entre os clínicos e pesquisadores.

Aqui cabe um pequeno parêntese. Quem já teve a triste oportunidade de ver um paciente psicótico em surto, com importantes alterações do pensamento, da linguagem, do humor, com agitação psicomotora, etc., e sabe do sentimento de impotência que se tem frente ao sofrimento que o paciente está exposto, entenderá que a questão central não é a demonização do uso de psicofármacos, mas um alerta quanto à excessiva medicalização de crianças, adolescentes e adultos nos dias de hoje.

A avaliação da personalidade exige um investimento de tempo maior, mas principalmente requer treinamento clínico adequado, bem como modelos teórico-técnicos para orientar o profissional na busca de informações relevantes e a pensar clinicamente em relação aos fenômenos e dados observados. Segundo Westen³¹, os clínicos experientes geralmente realizam suas avaliações baseados no modo como a pessoa se comporta na entrevista, no modo como demonstra se relacionar com as pessoas no seu entorno (seus esquemas cognitivos, seu repertório de emoções, suas motivações conscientes e inconscientes ao longo dessas interações, por exemplo), bem como nos sentimentos que desperta naquele que o avalia.

A inexistência de medicações com comprovada eficácia para os transtornos de personalidade^{32,33}, por outro lado, faz com que muitos clínicos sequer levem em consideração os problemas de personalidade em seus pacientes. Por desconhecimento ou porque o paciente não se encaixou em determinada categoria diagnóstica (por vezes avaliada mediante uma lista de sintomas que, como foi apontado acima, não são a(s) causa(s) do transtorno), ou simplesmente a fim de evitar entrar em terreno cuja terapêutica tende a ser menos óbvia, de difícil tratamento e com frequentes problemas contratransferenciais²², tais como a violação de fronteiras terapeuta-paciente, muitos profissionais optam por relegar a um segundo ou terceiro plano o diagnóstico dos problemas de personalidade. Contudo, tal decisão pode ser iatrogênica, pois é através da personalidade, ou seja, daquilo que a pessoa é (o modo como costumeiramente pensa, sente, se comporta e se relaciona), que o tratamento ou intervenção terapêutica proposta será ou não levado a cabo, seja através do uso ou não das medicações prescritas, da adesão ou não ao tratamento sugerido, ou de quaisquer outras recomendações que venham a ser feitas³⁴. Ao não se diagnosticar a personalidade, deixa-se o paciente sem opção de tratamento psicoterápico, que é o tratamento de escolha nesses casos^{35,36}, a não ser aqueles de curta duração que visam, fundamentalmente, ao esbatimento de sintomas e cuja eficácia, em muitos casos, tem sido questionada³⁷.

Primar por um diagnóstico correto em relação à personalidade, portanto, além de ser um sinal de respeito e um dever ético do profissional que trabalha com pacientes/pessoas doentes, é o que na maioria

das vezes promove no paciente uma sensação de conforto e tranquilidade, pois o mesmo reconhece que está diante de um profissional qualificado e responsável. A nossa melhor maneira de deixar claro para o paciente quais são as nossas hipóteses ou nosso diagnóstico não é necessariamente lhe comunicando diretamente nossas impressões ou hipóteses (ver Westen²², Gunderson e Links³⁸ e McWilliams³⁹ para exemplos com pacientes *borderline*). No caso das patologias de personalidade, às vezes um modo indireto pode ser mais proveitoso terapêuticamente, haja vista a frequente presença de ganho secundário com alguns dos sintomas (por exemplo, alegada incapacidade para o trabalho, abuso de álcool e outras drogas, dependência excessiva, etc.).

A emissão de um juízo sobre si mesmo é um indicativo de uma considerável capacidade de autoavaliação. Reconhecer em si a presença de sintomas, de sofrimento psicológico, de estresse e relacionar isso a uma causa de ordem psicológica é uma tarefa inimaginável, em especial para as pessoas com transtornos de personalidade⁴⁰. Atribuir o desconforto ou sofrimento psicológico a uma causa externa ou depositar sobre o corpo (somatizar) problemas de origem emocional tem sido ao longo da história nesse campo um fato comum⁴¹. Foi Freud⁴² quem, pela primeira vez, procurou dar aos sintomas físicos que observava em suas pacientes histéricas um significado psicológico (uma motivação inconsciente, no caso). Ao longo de diversos estudos e observações clínicas acuradas pôde demonstrar que sob o corpo eram colocados conflitos psicológicos não conscientes.

Depois de escutarmos e observamos atentamente e sem pressa o paciente falar e se comportar, de fazermos alguns esclarecimentos, confrontações e de termos “testado” algumas hipóteses, poderemos talvez ouvir expressões do tipo “é exatamente assim que me sinto há muito tempo”, ou então “isso é o que as pessoas de uma forma ou de outra sempre me dizem quando me conhecem melhor”, ou quem sabe “em tão poucas vezes que nos vimos esse meu jeito já ficou tão evidente”, ou ainda “é isso mesmo, eu sempre soube disso, mas nunca tive coragem de falar pra ninguém”.

Obviamente que essas expressões não devem ser fruto de uma relação transferencial idealizada ou por estarmos ocupando um papel de destaque na vida daquela pessoa naquele momento (por exemplo, perito, avaliador). É preciso que essas sejam expressões genuínas da percepção que a pessoa tem de estar sendo compreendida e da conseqüente redução de seus sintomas (sejam eles depressivos ou na linha da ansiedade ou de qualquer outra natureza) com o passar do tempo. Evidentemente que após o esbatimento sintomático mais agudo será possível que conflitos e/ou déficits decorrentes de modos patológicos de estruturação do si mesmo (*self*) e das relações objetais possam então ser efetivamente tratados e quem sabe se obtenha uma genuína mudança estrutural na personalidade.

Portanto, diagnosticar de forma precisa é imprescindível. Apesar da profundidade que geralmente o clínico tem sobre a vida mental e o comportamento de seu paciente, cada clínico tem o seu esquema conceitual referencial e operativo com o qual enxerga clinicamente o mundo e os seus pacientes⁴³. Não resta dúvida de que cada ser humano tem suas particularidades, idiosincrasias, decorrentes da soma de

suas experiências de vida com seu temperamento⁴⁴, mas parece razoável pensar que existem aspectos universais que, apesar da subjetividade humana, seguramente podem ser quantificados, organizados, mensurados de tal forma que determinadas características sejam identificadas e se possa verificar que, apesar das diferenças, todos os seres humanos reagem de modo muito semelhante a determinados estímulos internos e externos. Alguns desses temas universais, inclusive, têm sido objeto de estudo de vários psicólogos evolucionistas⁴⁵.

É provável que a proliferação de teorias psicológicas sobre o funcionamento da personalidade esteja interferindo negativamente na construção de um conhecimento mais sólido de um modelo de saúde-doença mental que possa ser compartilhado e melhor utilizado pelos profissionais⁴⁶. Nas ciências naturais não existem modelos teóricos diferentes explicando o funcionamento de um pulmão, fígado ou rim. Isso certamente promove o desenvolvimento científico, aumentando e consolidando o conhecimento sobre determinada área. Já na psicologia/psiquiatria, uns acreditam no inconsciente, no id, ego, superego, relações de objeto internalizadas, etc., outros não. Para alguns o aprendizado é a base dos problemas e dificuldades, e o oferecimento de informações em nível consciente é a solução dos mesmos, e assim por diante.

Na atualidade, um dos maiores desafios na clínica tem sido identificar com pouca margem de erro as psicopatologias merecedoras de atenção e qual a melhor e mais efetiva forma de tratá-las. No âmbito público e também no privado as intervenções psicoterápicas, em especial em relação aos transtornos de personalidade, precisam ser válidas e efetivas a fim de evitar que os pacientes (e aqueles que convivem com eles) sofram ainda maiores danos psicológicos e sociais. A excessiva fragmentação ou setorização do campo dos transtornos mentais, às vezes motivadas por disputas políticas e ideológicas, parece ter afetado tanto a validade dos diagnósticos quanto dos tratamentos oferecidos⁴⁷. Às vezes se tem a impressão de que se pretende segmentar o paciente primeiro tratando sua ansiedade, depois sua depressão, depois seu alcoolismo, depois seu tabagismo e assim sucessivamente, como se fosse possível extrair os sintomas (ou “doenças”) de seu contexto (personalidade). Para que a formulação de caso clínico^{22,39} tenha, de fato, validade – não apenas a validade interna, mas validade externa –, ou seja, que sirva para atender os problemas reais das pessoas na comunidade, e não apenas as exigências de uma pesquisa³⁰, é preciso uma integração bastante consistente das informações obtidas mediante um delicado e profundo processo de avaliação psicológica, que segundo nosso entendimento deveria começar pela elaboração de uma boa e consistente hipótese diagnóstica em relação à personalidade. No caso de os aspectos aqui abordados não serem considerados, corre-se o risco de que num futuro não muito distante tenhamos uma longa lista de doenças mentais “refratárias, crônicas ou intratáveis” ou que nos tornemos, na qualidade de profissionais da saúde mental, objeto de ataque ou de descrédito por parte de alguns segmentos da sociedade.

Referências

1. Baumann S. Identidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores; 2005.
2. Castells M. A era da informação: economia, sociedade e cultura. O poder da identidade (vol. 2). São Paulo: Paz e Terra; 1999.
3. Balasubramanian S. Sequencing nucleic acids: from chemistry to medicine. *Chemical Commun.* 2011;47(26):7281-7286.
4. Thaler L, Gauvin L, Joober R, Groleau P, Guzman R, Ambalavan A, Israel M, Wilson S, Steiger H. Methylation of BDNF in women with bulimic eating syndromes: associations with childhood abuse and borderline personality disorder. *Progress in Neuro-Psychofarmacology & Biological Psychiatry.* 2014;54:43-49.
5. Chasseguet-Smirgel J. O ideal do ego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
6. Kernberg O. Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
7. Sandler J. Da segurança ao superego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
8. Freud S. O mal-estar na civilização. Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1930/1974.
9. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 1989.
10. Linton R. Cultura e personalidade. São Paulo: Mestre Jou; 1967.
11. Lasch C. A cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio. Rio de Janeiro: Imago; 1983.
12. Perrot M, organizadora. História da vida privada 4: da revolução francesa à primeira guerra. São Paulo: Companhia das Letras; 2009.
13. Knight R. Estados fronterizos. In: Knight R, editor. *Psiquiatria psicanalítica: psicoterapia e psicologia médica.* Buenos Aires: Hormé; 1960. p. 133-148.
14. Schneider K. Psicopatologia clínica. Rio de Janeiro: Mestre Jou; 1978.
15. Lasch C. Refúgio num mundo sem coração: a família: santuário ou instituição sitiada? São Paulo: Paz e Terra; 1991.
16. Plomim R, DeFries J, McClearn G, McGuffin P. Personalidade e transtornos de personalidade. In: Plomim R, DeFries J, McClearn G, McGuffin P, editors. *Genética do comportamento.* Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 229-249.
17. Bradley S. Affect regulation and the development of psychopathology. New York: Guilford Press; 2000.
18. LeDoux J. O cérebro emocional: os misteriosos alicerces da vida emocional. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.

19. Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganization: unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In: Cassidy J, Shaver P, editors. Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications. New York: Guilford Press; 1999. p. 520-554.
20. Schore A. The science of the art of psychotherapy. New York: Norton; 2012.
21. Kowalski R, Westen D. Psychological disorders. In: Kowalski R, Westen D. Psychology. Milton: John Wiley & Sons; 2011.
22. Westen D. Case formulation and personality diagnosis: two processes or one. In: Barron JW, editor. Making diagnosis meaningful: enhancing evaluation and treatment for psychological disorders. Washington, DC: American Psychological Association; 2000.
23. Exner J, Erdberg P. Why use personality tests? A brief history and some comments. In: Butcher J, editor. Clinical personality assessment. London: Oxford University Press; 2002. p. 7-12.
24. Blatt S, Luyten P. A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology*. 2009;21:793-814.
25. Shedler J. Doublethink Diagnosis 2.0. A psychiatric diagnosis cannot be the “cause” of anything. *Psychology Today* [internet]. 2013 [cited 2014 apr]. Available from: <http://www.psychologytoday.com/blog/psychologically-minded/201310/doublethink-diagnosis-20>.
26. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais DSM-5. Porto Alegre: Artmed; 2014.
27. Shedler J, Beck A, Fonagy P, Gabbard G, Gunderson J, Kernberg O, Michels R, Westen D. Personality disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*. 2010;167(3):1026-1028.
28. Millon T, Davis R. Transtornos de la personalidad: más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson S. A.; 1999.
29. Shedler J. Is NIMH brilliant, stupid or both? *Psychology Today* [internet]. 2013 [cited 2013 dez]. Available from: <http://www.psychologytoday.com/blog/psychologically-minded/201310/is-nimh-brilliant-stupid-or-both>.
30. Westen D. Discovering what works in the community: toward a genuine partnership of clinicians and researchers. In: Hoffman S, Weinberger J, editors. The art and science of psychotherapy. London: Routledge; 2006. p. 4-30.
31. Westen D. Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: implications for research and evolution of axis II. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154(7):895-903.
32. Markovitz P. Pharmacotherapy. In: Livesley J, editor. Handbook of personality disorders. New York: Guilford Press; 2001. p. 475-496.
33. Bateman A, Fonagy P. Psicoterapia para el trastorno limite de la personalidad: tratamiento basado em la mentalización. Mexico: Universidad de Guadalajara; 2005.
34. Westen D, Gabbard G, Blagov P. Back to the future: personality structure as a context for psychopathology. In: Krueger R, Tackett D, editors. Personality and psychopathology. New York: Guilford; 2006. p. 335-384.

35. Clarkin J, Fonagy P, Gabbard G. Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: a clinical handbook. New York: American Psychiatric Press; 2010.
36. Leichensiring F. Evidence for psychodynamic psychotherapy in personality disorders: a review. In: Clarkin J, Fonagy P, Gabbard G, editors. Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: a clinical handbook. New York: American Psychiatric Press; 2010. p. 421-438.
37. Westen D, Novotny C, Thompson-Brenner H. The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*. 2004;130(4):631-663.
38. Gunderson J, Links P. Transtorno limite de la personalidad: guia clinico. Madrid: Grupo Aula Médica; 2009.
39. McWilliams N. Psicoterapia psicanalítica. Lisboa: Climepsi; 2006.
40. Shedler J, Mayman M, Manis M. The illusions of mental health. *American Psychologist*. 1993;48(11):1117-1131.
41. Stone M. A cura da mente: história da psiquiatria da antiguidade até o presente. Porto Alegre: Artmed; 1999.
42. Freud S. Estudos sobre histeria. Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1895/1974.
43. Pichon E. Teoria do vínculo. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
44. Roth D, Buchheim K. Neurobiology of personality disorders. In: Clarkin J, Fonagy P, Gabbard G, editors. Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: a clinical handbook. New York: American Psychiatric Press; 2010. p. 89-124.
45. Buss D. A paixão perigosa: por que o ciúme é tão necessário quanto o amor e o sexo. São Paulo: Objetiva; 2000.
46. Blatt S. Polarities of experience: relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. Washington: American Psychological Association; 2010.
47. Westen D, Shedler J, Bradley R, Defife J. An empirically derived taxonomy for personality diagnosis: bridging science and practice in conceptualizing personality. *American Journal of Psychiatry*. 2012;169:273-284.

Correspondência

Rafael Wellausen

Av. Taquara, 596, cj. 201

90.460-210 Porto Alegre/RS

rafaelwellausen@gmail.com

Submetido em: 21/10/2014

Aceito em: 16/01/2015