

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS (UFAL)  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA (IP)

JÚLIA CARVALHO VAN DER LEY QUINTELA

**ENTRE A INSANIDADE E A IMORALIDADE: UMA ANÁLISE DA  
RACIONALIDADE DA CLASSE DIAGNÓSTICA DOS TRANSTORNOS DA  
PERSONALIDADE**

MACEIÓ

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS (UFAL)

INSTITUTO DE PSICOLOGIA (IP)

JÚLIA CARVALHO VAN DER LEY QUINTELA

**ENTRE A INSANIDADE E A IMORALIDADE: UMA ANÁLISE DA  
RACIONALIDADE DA CLASSE DIAGNÓSTICA DOS TRANSTORNOS DA  
PERSONALIDADE**

Trabalho apresentado no curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Cleyton Sidney de Andrade



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE PSICOLOGIA**



## **TERMO DE APROVAÇÃO**

**ALUNO/A 1 JÚLIA CARVALHO VAN DER LEY QUINTELA**

### **TÍTULO**

**ENTRE A INSANIDADE E A IMORALIDADE: UMA ANÁLISE DA  
RACIONALIDADE DA CLASSE DIAGNÓSTICA DOS TRANSTORNOS  
DA PERSONALIDADE**

### **BANCA EXAMINADORA:**

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** CLEYTON SIDNEY DE ANDRADE  
Data: 09/12/2022 16:44:11-0300  
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof. Dr. Cleyton Sidney de Andrade – ORIENTADOR/A

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** ESPERIDIAO BARBOSA NETO  
Data: 09/12/2022 18:26:44-0300  
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof. Dr. Esperidião Barbosa Neto – AVALIADOR/A

**APROVADO EM  
: 07/12/2022**

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** MARCOS RIBEIRO MESQUITA  
Data: 14/12/2022 00:25:50-0300  
Verifique em <https://verificador.iti.br>

COORDENAÇÃO DOS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO DO IP

MACEIÓ

2022

**RESUMO:** Este artigo tem como objetivo investigar a racionalidade que estrutura a classe diagnóstica dos Transtornos da Personalidade. A disciplina psiquiátrica encontra-se em face a um persistente conflito em relação ao status ontológico das doenças emocionais e comportamentais, elemento este necessário para garantir a legitimidade destes quadros para a medicina. Os padrões morais e sociais como referências para a definição dos Transtornos da Personalidade tornam esse conflito ainda mais flagrante. Diante da tentativa dos principais manuais diagnósticos atuais de promover uma assepsia a uma série de categorias diagnósticas que, em realidade, estão carregadas de pressupostos filosóficos, históricos e culturais, e que são fruto de encontros e desencontros epistemológicos, justifica-se o interesse por analisar a racionalidade que fundamenta as entidades nosológicas da classe dos Transtornos da Personalidade. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica em que foram analisadas as oitos edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). O histórico dessa classe no DSM denuncia que a característica essencial que essas categorias diagnósticas compartilham é a qualidade de desvio moral. O fundamento epistemológico da classe dos Transtornos da Personalidade pode ser localizado na necessidade de criação de entidades nosológicas que circunscrevessem quadros localizados em uma certa zona de indeterminação e ambiguidade no que se refere à loucura, marcados por alterações volitivas e afetivas, mas com a conservação das faculdades intelectuais. Tendo em vista a busca do DSM por confiabilidade diagnóstica, que presume a excisão da subjetividade na clínica e a adoção de um paradigma naturalista e descritivo, entende-se que a classe dos Transtornos da Personalidade é constitutivamente e permanentemente ambígua.

**Palavras-chave:** transtornos da personalidade; racionalidade; diagnóstico; DSM.

**ABSTRACT:** This article aims to investigate the rationale that structures the diagnostic class of Personality Disorders. The Psychiatric discipline faces a persistent conflict regarding the ontological status of emotional and behavioral diseases, an element necessary to ensure the legitimacy of these conditions for medicine. Moral and social standards as references for the definition of Personality Disorders makes this conflict even more blatant. Given the attempt of the main current diagnostic manuals to promote an asepsis to a series of diagnostic categories that, in reality, carry philosophical, historical and cultural assumptions, and that are the result of epistemological encounters and disagreements, the interest in analyzing the rationale that underlies the nosological entities of the Personality Disorders class is justified. A bibliographical research was carried out, in which the eight editions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) were analyzed. The history of this class in DSM denounces that the essential characteristic that these diagnostic categories share is the quality of moral deviation. The epistemological foundation of the Personality Disorders class can be located in the need to create nosological entities to frame cases that pertained to a certain indeterminacy and ambiguity with regard to madness, marked by volitive and affective changes, accompanied by the conservation of intellectual faculties. Considering the DSM's search for diagnostic reliability, which demands the removal of subjectivity in the clinical setting, and the adoption of a naturalistic and descriptive paradigm, it is understood that the class of Personality Disorders is constitutively and permanently ambiguous.

**Keywords:** personality disorders; rationale; diagnosis; DSM

## **Introdução**

### ***Medicalização: uma era de expansão das fronteiras nosológicas***

O fenômeno da medicalização designa o processo de transformação de experiências consideradas indesejáveis em objeto de saúde, ou seja, uma transposição de questões de ordem social, moral ou política para a ordem médica. Esse termo passa a circular na literatura científica a partir da segunda metade do século XX, após a segunda guerra mundial, a qual esteve marcada pelo avanço terapêutico da medicina, sobretudo no que se refere à consolidação da indústria farmacêutica (Freitas & Amarante, 2017)

Conrad (2007), em sua obra *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, afirma que a medicalização descreve um processo através do qual problemas anteriormente externos à medicina, passam a ser definidos e tratados como problemas de natureza médica, usualmente sob a nomenclatura de “doenças” ou “transtornos”. O autor introduz a discussão ao indagar a causa do surgimento de diversas novas categorias médicas nas últimas décadas, como o Alcoolismo, Transtorno de Déficit de Atenção Adulto, Transtorno Disfórico Pré-Menstrual, entre outros: seria esse fenômeno causado pelo avanço da medicina em identificar e tratar doenças? Ou seria o caso de problemas da vida humana estarem recebendo diagnósticos e sendo submetidos a intervenção médica, apesar da dubiedade acerca da natureza médica dos mesmos?

Para discutir o fenômeno sociológico da medicalização, Conrad (2007) propõe colocar entre parênteses a dimensão ontológica dos problemas humanos colocados sob jurisdição da medicina, suspendendo, assim, a questão da legitimidade ou não da definição médica destes. Com tal suspensão, o autor pretende analisar a medicalização a partir de seus fundamentos, pensando a constituição desta, e de suas implicações na forma de conceber, abordar e intervir nas mais diversas dimensões e questões da vida humana. Sobretudo, o processo de medicalização diz respeito a uma operação de linguagem, de modo que para ser entendido como objeto da medicina, determinada questão deve ser nomeada a partir de uma gramática médica. Sendo assim, o que é de jurisdição da medicina está vinculado àquilo que

é definido como tal e não por seu caráter ontológico. Nomear algo em termos médicos implica a apropriação de um objeto e a autorização para intervir sobre este.

Nesse contexto, o interesse pelo fenômeno da medicalização justifica-se a partir da verificação de uma progressiva apropriação, por parte da medicina, do comportamento e formas de ser consideradas socialmente desviantes, mas também dos mais corriqueiros aspectos da vida humana, que antes estavam circunscritos a gramáticas outras, como a moral, religiosa e penal. Tal expansão de categorias médicas resulta na progressiva restrição das vivências humanas consideradas normais e aceitáveis. Segundo Conrad (2007), a arbitrariedade e plasticidade das classificações médicas podem ser bem exemplificadas pelo processo inverso, o processo de desmedicalização, o qual pode ser representado por dois casos clássicos: a masturbação e a homossexualidade. De acordo com o autor, a masturbação, que um dia representou pecado e desvio moral, passou a ser considerada doença no século XIX e deixou de o ser na metade do século XX. A homossexualidade, além de tida como pecado e desvio moral, também chegou a constituir crime, para por último assumir o lugar de patologia. Desse modo, passou a configurar categoria diagnóstica do DSM e assim o foi até a exclusão do diagnóstico do DSM-III e, posteriormente, de qualquer menção à homossexualidade a partir do DSM-III-R.

Talvez o âmbito mais flagrante de uma crescente medicalização da sociedade refira-se à saúde mental. Em seu ensaio *Contested boundaries: psychiatry, disease, and diagnosis*, Rosenberg (2006) defende que a medicalização é uma tendência histórica da sociedade ocidental, assentada em explicações reducionistas e somáticas, através do estabelecimento de categorias específicas de doenças, para os sentimentos e comportamentos humanos, mas também para adoecimentos inequivocamente físicos. Nesse contexto, o comportamento humano socialmente e/ou moralmente desviante tem sido objeto privilegiado das descrições e apropriações médicas. Alguns exemplos assinalados por Rosenberg são: Transtorno de Identidade de Gênero, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Transtorno de Ansiedade Social. Apesar de tidos como doenças, há um persistente conflito em relação ao status ontológico desses quadros emocionais e comportamentais, elemento este necessário para garantir a legitimidade desses quadros nosológicos para a medicina (Rosenberg, 2006). O autor argumenta que vivemos uma era de crescente expansão das fronteiras nosológicas e que o adoecimento mental e comportamental é um domínio especialmente sensível a essa expansão. A psiquiatria, como disciplina responsável por delinear os limites entre o comportamento normal e anormal, apesar de se legitimar por sua localização no interior da medicina, sofre uma recorrente crise decorrente da incapacidade de delinear um repertório

claramente delimitado, objetivo e amplamente aceito de categorias diagnósticas fundamentadas numa etiopatologia assim como as doenças inquestionavelmente orgânicas.

A busca por essa uniformidade entre as doenças da mente e as doenças do corpo é histórica, mas também atual. Rosenberg (2006) afirma que nunca estivemos tão seduzidos pela verdade neuroquímica e genética. Presume-se que os sintomas emocionais e comportamentais que caracterizam essas doenças refletem um mecanismo somático subjacente. No entanto, essa definição é não apenas explicativa, mas também pragmática, uma vez que para que esses quadros sejam aceitos como doenças propriamente ditas há a necessidade de afirmar a identidade somática dessas. O autor destaca ainda que não é por acaso que, atualmente, militantes pela saúde mental costumem declarar que as doenças mentais são morbidades físicas tanto quanto a diabetes ou o câncer. A defesa desse status é atravessada e determinada não somente pelo saber médico, mas também por uma série de fatores econômicos e sociais, como a cobertura desses adoecimentos por seguradoras de saúde.

### ***Entre a Doença e o Transtorno Mental: o DSM-III como resposta a uma querela epistemológica***

De acordo com Aragona (2009), com a publicação do DSM-III consolida-se a transição da nomenclatura de “doenças mentais” para “transtornos mentais”. No entanto, tal transição não se tratou de uma decisão cientificamente orientada e neutra, mas sim arbitrária e politicamente atravessada. Nesse processo, o DSM isentou-se de especificar exatamente o que o conceito de transtorno mental seria, adotando uma descrição generalista, mas que, intencionalmente, contornava o tópico da etiologia das tais patologias. Ao mesmo tempo, a transição de nomenclatura serviu ao propósito de silenciar uma das grandes contestações direcionadas à psiquiatria: a natureza biológica da doença mental e, portanto, a própria legitimidade desta, diante da incapacidade de comprovar sua natureza orgânica. O autor sustenta que esse foi o preço que o DSM precisou pagar para preservar sua ampla aceitação.

O DSM-III é também o marco da adoção de um modelo “ateórico” descritivo para o manual. Os diagnósticos dos transtornos mentais passam a ser fundamentados em critérios diagnósticos operacionais que são constatados através da descrição dos sintomas. Desse modo, transtornos diferenciariam-se de doenças porque no contexto biomédico esse conceito está usualmente fundamentado em uma etiopatogênese, enquanto transtornos estariam baseados em descrições fenomênicas. A adoção de critérios diagnósticos operacionais



implica que todos os transtornos descritos pelo DSM sejam caracterizados por um conjunto de critérios que precisam ser satisfeitos. Assim, visa-se que o julgamento do clínico seja subtraído desse processo, sendo esperado que o profissional realize a mera aplicação de regras pré-estabelecidas. Essa escolha é endereçada ao problema de confiabilidade diagnóstica do DSM, ou seja, a falta de concordância e uniformidade entre diferentes clínicos no estabelecimento de diagnósticos. O manual buscou solucionar essa questão ao determinar um limiar quantitativo para os diagnósticos, ou seja, ao condicionar o diagnóstico à presença de um número mínimo de sintomas, no lugar dos aspectos qualitativos desses (Aragona, 2009).

Esses esforços voltados a garantir cientificidade ao manual encobrem apenas parcialmente problemas perenes desse modelo de classificação. As soluções para tais problemas serão sempre parciais uma vez que dizem respeito a uma incompatibilidade entre os objetos que a psiquiatria se propõe a definir e intervir e o projeto científico do DSM. A descrição desses objetos está condicionada a valores externos, que são também constituintes desse campo de saber, mesmo que a disciplina psiquiátrica pretenda-se isenta desses. Portanto, a descrição de fenômenos a partir de uma linguagem médica não é produto de um avanço tecnocientífico ausente de valores, mas sim orientado por esses próprios valores.

### ***O caso dos Transtornos da Personalidade***

Para Berrios (1993), a definição de Transtorno da Personalidade (TP) do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) trata-se de um “palimpsesto”, que vela os escritos de diversos autores europeus com camadas de um verniz de “empirismo” (p. 14). Ou seja, o que hoje é nomeado como Transtorno da Personalidade deriva de uma longa tradição da psicopatologia, sobretudo germânica e francesa, que buscou explicar os padrões psicológicos e de comportamento atualmente descritos pelo DSM. Assim, diante da tentativa dos principais manuais diagnósticos atuais de promover uma assepsia a uma série de categorias diagnósticas que, em realidade, estão carregadas de pressupostos filosóficos, históricos e culturais, e que são fruto de encontros e desencontros epistemológicos, justifica-se o interesse por analisar a racionalidade que as fundamenta. Nesse contexto, o caso dos TP acirra os questionamentos acerca do status ontológico dos transtornos mentais, uma vez que o caráter empírico das categorias diagnósticas contidas nessa classe pode ser facilmente colocado em questão, diante da constituição evidentemente valorativa que as caracteriza.

## **Método**

Trata-se de uma pesquisa teórica que objetivou analisar a racionalidade que fundamenta a classe dos diagnósticos de Transtornos da Personalidade. Para isso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica em que as oito edições do DSM foram analisadas a fim de explorar as reformulações que a classe dos transtornos da personalidade sofreu ao longo das diferentes versões do manual. A escolha por analisar o DSM justifica-se por esse configurar, atualmente, a principal referência para definir, sistematizar e diagnosticar os transtornos mentais.

Não obstante, entende-se aqui que estudar as classificações psiquiátricas não significa tecer uma linha de pensamento linear que fornece fundamentos uniformes para as categorias atuais. O que hoje é esse campo do saber não é resultado de uma história progressiva do acúmulo de conhecimento, mas de um processo que passa por diversas influências, que contribuíram para a constituição de um mosaico, que fundamenta o pensamento atual, mas que não o equivale. Ou seja, uma análise do histórico de definições da psiquiatria não pode se confundir com uma reconstituição cronológica do saber, trabalho que seria, se não impossível, artificial.

## **Resultados e discussões**

### ***A organização dos Transtornos da Personalidade ao longo das edições do DSM***

Nesta seção são apresentados os modos de organização e de distribuição dos Transtornos da Personalidade em cada uma das edições do DSM. Optou-se por conservar e apresentar os códigos adotados por cada edição para discriminar as categorias diagnósticas em questão, com o intuito de permitir uma melhor visualização e compreensão do agrupamento desses transtornos mentais empreendido nas diferentes versões do manual.

Em sua primeira edição, publicada em 1952, o DSM baseia-se em um sistema de classificação já existente naquele momento, conhecido como *Standard (Standard Nomenclature of Diseases and Operations)*, mas propõe mudanças às suas nomenclaturas e classificações. Na seção de introdução à nomenclatura revisada, O DSM-I deixa claro que os diagnósticos psiquiátricos são, até aquele momento, descritivos, mas que se visa, a partir do acúmulo de dados, eventualmente tornar possível um delineamento claro de ideias sobre a etiologia, patologia, prognóstico e tratamento dos transtornos mentais. No DSM-I, os transtornos mentais são organizados em grupos de síndromes relacionadas e cada grupo é subdividido em condições psiquiátricas mais específicas chamadas de “reações”. Além disso, os grupos de síndromes estão distribuídos em duas classes principais: (1) transtornos de

funções mentais resultantes de um comprometimento primário da função cerebral, geralmente decorrente de comprometimento difuso do tecido cerebral; (2) transtornos resultantes de uma dificuldade mais geral de adaptação do indivíduo, em que comprometimentos cerebrais são secundários ao distúrbio psiquiátrico. Nesta edição, os TP estão localizados na classe de “Transtornos de Origem Psicogênica ou sem Causa Tangível bem Definida ou Alteração Estrutural” (p. 7, tradução nossa), na qual estavam incluídos também transtornos psicóticos, distúrbios viscerais e autonômicos psicofisiológicos, transtornos psiconeuróticos e transtornos da personalidade situacionais transitórios.

#### Os Transtornos da Personalidade no DSM-I

<b>Transtornos da Personalidade</b>	<b>Transtornos da Personalidade Situacionais Transitórios</b>
<p>000-x40 Transtorno de padrão da personalidade</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 000-x41 Personalidade inadequada</li> <li>- 000-x42 Personalidade esquizoide</li> <li>- 000-x43 Personalidade ciclotímica</li> <li>- 000-x44 Personalidade paranóica</li> </ul> <p>000-x50 Transtorno de traço da personalidade</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 000-x51 Personalidade emocionalmente instável</li> <li>- 000-x52 Personalidade passiva-agressiva</li> <li>- 000-x53 Personalidade compulsiva</li> <li>- 000-x5y Transtorno de traço da personalidade, outro</li> </ul> <p>000-x60 Transtorno sociopático da personalidade</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 000-x61 Reação antissocial</li> <li>- 000-x62 Reação dissocial</li> <li>- 000-x63 Desvio sexual</li> <li>- 000-x64 Adicção <ul style="list-style-type: none"> <li>- 000-x641 Alcoolismo</li> <li>- 000-x642 Adicção em drogas</li> </ul> </li> </ul> <p>000-x70 Reações sintomáticas especiais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 000-x71 Transtorno de aprendizagem</li> <li>- 000-x72 Transtorno de fala</li> <li>- 000-x73 Enurese</li> <li>- 000-x74 Sonambulismo</li> <li>- 000-x75 Outro</li> </ul>	<p>000-x80 Transtorno da personalidade situacional transitório</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 000-x81 Reação a estresse grave</li> <li>- 000-x82 Reação adulta situacional</li> <li>- 000-x83 Reação de ajustamento da primeira infância</li> <li>- 000-x84 Reação de ajustamento da infância <ul style="list-style-type: none"> <li>- 000-x841 Transtorno de hábito</li> <li>- 000-x842 Transtorno de conduta</li> <li>- 000-x843 Traços neuróticos</li> </ul> </li> <li>- 000-x85 Reação de ajustamento da adolescência</li> <li>- 000-x85 Reação de ajustamento da vida tardia</li> </ul>

Fonte: Autora (2022).

Chama a atenção os Transtornos Sociopáticos da Personalidade e, mais especificamente, a inclusão de diagnósticos de adicção e desvio sexual nesse grupo, tendo em vista que, ao longo das edições do DSM, esses diagnósticos deixaram de fazer parte da classe dos Transtornos da Personalidade, mas também pelo caráter indissociavelmente moral dessas categorias. Assim, para o DSM-I, os desvios sexuais e as adicções tratavam-se de afecções sociopáticas da personalidade.

A transição do DSM-I para o DSM-II, publicado em 1968, é marcada por diversas mudanças de nomenclatura e de organização dos transtornos mentais. No caso dos TP, esses passam a ser apresentados no grupo dos “Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais não Psicóticos”.

#### Os Transtornos da Personalidade no DSM-II

<b>Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais não Psicóticos</b>	
301 Transtornos da personalidade	301.0 Personalidade paranoide 301.1 Personalidade ciclotímica ((Personalidade afetiva)) 301.2 Personalidade esquizoide 301.3 Personalidade explosiva (Transtorno da personalidade epileptoide) 301.4 Personalidade obsessivo-compulsiva ((Personalidade anancástica)) 301.5 Personalidade histérica (Transtorno da personalidade histriônica) 301.6 Personalidade astênica 301.7 Personalidade antissocial 301.81* Personalidade passivo-agressiva* 301.82* Personalidade inadequada* 301.89* Outro transtorno da personalidade de tipo especificado (Personalidade imatura)* 301.9 [Transtorno da personalidade não especificado]
302 Desvio sexual	302.0 Homossexualidade 302.1 Fetichismo 302.2 Pedofilia 302.3 Travestismo 302.4 Exibicionismo 302.5* Voyeurismo* 302.6* Sadismo* 302.7* Masoquismo*

	302.8 Outro desvio sexual [302.9 Desvio sexual não especificado]
303 Alcoolismo	303.0 Abuso de álcool episódico 303.1 Abuso de álcool habitual 303.2 Adicção ao álcool 303.9 Outro [e não especificado] alcoolismo
304 Dependência de drogas	304.0 Dependência de droga, ópio, alcalóides de ópio e seus derivados 304.1 Dependência de droga, analgésicos sintéticos com efeitos à morfina 304.2 Dependência de droga, barbitúricos 304.3 Dependência de droga, outros hipnóticos e sedativos ou tranquilizantes 304.4 Dependência de droga, cocaína 304.5 Dependência de droga, Cannabis sativa (haxixe, maconha) 304.6 Dependência de droga, outros psicoestimulantes (anfetaminas, etc.) 304.7 Dependência de droga, alucinógenos 304.8 Outra dependência de droga [304.9 Dependência de droga não especificada]

Fonte: Autora (2022).

Nota-se que as adicções em drogas e álcool e os desvios sexuais passam a compor subdivisões específicas. Isso demarca um desmembramento da organização presente no DSM-I, uma vez que neste esses quadros estão localizados na classe dos TP. No entanto, esses quadros seguem sendo distribuídos no mesmo grupo dos TP (Transtornos da Personalidade e Outros Transtornos Mentais não Psicóticos), o que denota um compartilhamento de elementos que justifique agrupá-los. Nesse caso, essas entidades nosológicas estariam agrupadas em função de suas naturezas não psicóticas.

Em 1974, o DSM-III impôs uma ruptura ao modelo de classificação das suas duas edições anteriores por representar uma mudança de orientação teórica, afastando-se de uma perspectiva psicodinâmica, marcada sobretudo pela psicanálise, no que se refere principalmente à etiologia dos transtornos mentais, o que é emblematicamente representado pela exclusão do termo “neurose” do manual. Além disso, o novo modelo introduz a adoção de um sistema multiaxial de classificação, o que significou que os casos clínicos deveriam ser avaliados de acordo com cada um dos três eixos estabelecidos: Eixo I - Síndromes clínicas; Condições não atribuíveis a transtorno mental que são foco de atenção ou tratamento;

Códigos adicionais; Eixo II - Transtornos da Personalidade; Transtornos do Desenvolvimento Específicos; Eixo III - Condições e Transtornos Físicos.

Assim, os transtornos mentais passam a ser distribuídos nos Eixos I e II, sendo separados os Transtornos da Personalidade e do Desenvolvimento (Eixo II) dos demais transtornos mentais (Eixo I). O manual justifica essa separação sob a premissa de que os transtornos do Eixo II tendiam a ser negligenciados diante da natureza mais expressiva e marcante dos transtornos do Eixo I, além de considerar que um mesmo indivíduo poderia apresentar um diagnóstico em cada um dos eixos simultaneamente. No caso do Eixo II, o manual indica que este pode ser usado para descrever traços de personalidade quando não há um diagnóstico de TP presente ou estabelecido.

Os Transtornos da Personalidade no DSM-III

<b>Transtornos da Personalidade</b>
301.00 Paranóide
301.20 Esquizóide
301.22 Esquizotípica
301.50 Histriônica
301.81 Narcisista
301.70 Antissocial
301.83 Borderline
301.82 Evitativa
301.60 Dependente
301.40 Compulsiva
301.84 Passiva-Agressiva
301.89 Atípica, Mesclada ou Outro Transtorno da Personalidade

Fonte: Autora (2022).

Até chegar ao DSM-III, nota-se que houve um progressivo afastamento dos transtornos relacionados ao uso de substância e ao comportamento sexual dos TP. No DSM-III, esses podem ser encontrados nos grupos de Transtornos Psicosexuais e Transtornos de Uso de Substância, ambos localizados no Eixo I. A mudança de nomenclatura de “Desvios Sexuais” para “Transtornos Psicosexuais” demarca que o desvio sexual *per se* deixa de ser critério diagnóstico suficiente, como no caso da homossexualidade, que passa a aparecer no manual como Homossexualidade Ego-Distônica. Sendo assim, o desvio sexual deveria estar associado ao sofrimento psíquico para constituir um transtorno.

Em seguida, o DSM-III foi submetido a uma revisão, o que resultou na publicação do DSM-III-R em 1982. Nesta última versão, a homossexualidade deixou de fazer parte do

manual por completo. A retirada da homossexualidade do DSM-III-R, processo que se iniciou no DSM-III, tratou-se de uma resposta a reivindicações e críticas da comunidade LGBT nos Estados Unidos. Sob pressão social, a *American Psychiatric Association* (APA) passou a enfrentar questionamentos acerca da validade da fundamentação utilizada para classificar a homossexualidade (Amarante & Freitas, 2017; Conrad, 2007), o que ilustra a permeabilidade do manual a influências sociais, culturais e políticas.

Com a publicação do DSM-III-R, o Eixo II foi remanejado, de modo que passou a ser composto pelas classes dos Transtornos da Personalidade e, agora, dos Transtornos do Desenvolvimento, passando a incluir, para além dos Transtornos do Desenvolvimento Específicos, também os Retardos Mentais, os Transtornos do Desenvolvimento Generalizado e Outros Transtornos do Desenvolvimento. A nova edição do manual não adicionou ou removeu qualquer entidade nosológica do grupo dos TP. No entanto, no “Apêndice para Propostas de Categorias Diagnósticas que Demandam Estudo Adicional” (APA, 1982, p. 25, tradução nossa), são propostas duas novas categorias: Transtorno da Personalidade Autodestrutiva e Transtorno da Personalidade Sádica. Ambas foram relegadas ao apêndice em função de uma carência de evidências que garantissem suas validades e pelo potencial de uso inadequado desses diagnósticos que afetaria especialmente as mulheres (APA, 1982).

Nesta edição, de acordo com o próprio manual, foi verificada a necessidade e implementada uma revisão de alguns critérios diagnósticos dos TP. Além disso, nota-se que as categorias dessa classe passaram a ser organizadas em três *clusters*, com o intuito de agrupar diagnósticos que compartilham características essenciais. O *cluster* A refere-se a indivíduos que “frequentemente parecem estranhos ou excêntricos” (APA, 1982, p. 337, tradução nossa); o *cluster* B volta-se para indivíduos que “frequentemente parecem dramáticos, emotivos ou erráticos” (APA, 1982, p. 337, tradução nossa); por último, o *cluster* C contempla indivíduos que “frequentemente parecem ansiosos ou temerosos”. É notável que os critérios definidores de cada *cluster* estão condicionados a uma percepção social dos indivíduos, ou seja, como esses são percebidos por terceiros de acordo com padrões culturais de socialização e comportamento.

Os Transtornos da Personalidade no DSM-III-R

<b>Transtornos da Personalidade</b>
Cluster A 301.00 Paranoide

301.20 Esquizoide 301.22 Esquizotípica
Cluster B 301.70 Antissocial 301.83 Borderline 301.50 Histriônica 301.81 Narcisista
Cluster C 301.82 Evitativa 301.60 Dependente 301.40 Obsessivo-Compulsiva 301.84 Passivo-Agressiva 301.90 Transtorno da Personalidade não Especificado

Fonte: Autora (2022).

O DSM-IV foi publicado em 1994 e conservou o modelo multiaxial adotado a partir do DSM-III. Os TP continuaram a fazer parte do Eixo II, agora ao lado apenas dos Retardos Mentais. No Apêndice D desta edição do manual é especificado que os TP foram submetidos a revisões para aumentar a clareza, especificidade e reduzir vieses de gênero (APA, 1994). No que se refere à adição ou remoção de categorias, nota-se que o Transtorno da Personalidade Passivo-Agressiva foi excluído e uma revisão revisada deste foi realocada para o Apêndice B, que corresponde aos “Conjuntos de Critérios e Eixos que Necessitam de Estudo Adicional” (APA, 1994, p. 787, tradução nossa).

Os Transtornos da Personalidade no DSM-IV

<b>Transtornos da Personalidade</b>
Cluster A 301.00 Paranoide 301.20 Esquizoide 301.22 Esquizotípica
Cluster B 301.70 Antissocial 301.83 Borderline 301.50 Histriônica 301.81 Narcisista
Cluster C 301.82 Evitativa 301.60 Dependente



<p>301.4 Obsessivo-Compulsiva 301.90 Transtorno da Personalidade não Especificado</p>
---

Fonte: Autora (2022).

Em 2000, o manual foi submetido a mais uma revisão, resultando na publicação do DSM-IV-TR. Neste, a classe dos TP não sofreu adições ou remoções de entidades nosológicas. Em seguida, no ano de 2013, foi publicado o DSM-V, no qual o modelo multiaxial, que fundamentou as edições anteriores do manual, foi abolido. Em detrimento da abolição dos Eixos, as categorias diagnósticas da classe dos TP conservaram-se as mesmas tanto no DSM-V, quanto em sua edição revisada, o DSM-V-TR, publicado em 2022.

### ***As definições dos Transtornos da Personalidade ao longo das edições do DSM***

Nota-se que as categorias, a distribuição e a organização da classe diagnóstica dos TP sofreram importantes reformulações mediante a publicação das diferentes versões do DSM. O mesmo ocorreu relativamente às suas definições. No DSM-I, os TP eram definidos como “defeitos desenvolvimentais ou tendências patológicas na estrutura da personalidade, com mínima ansiedade subjetiva e pouca ou ausência de sensação de angústia” (APA, 1952, p. 34, tradução nossa), tidos como padrões de comportamento duradouros ao longo do curso da vida, e distintos de sintomas mentais e emocionais. Por sua vez, o DSM-II define os TP como “padrões de comportamento desadaptativos profundamente enraizados que são perceptivelmente distintos em qualidade dos sintomas psicóticos e neuróticos” (APA, 1973, p. 41, tradução nossa), manifestados ao longo de toda a vida e geralmente reconhecíveis a partir da adolescência ou anteriormente.

Além da definição do que seriam Transtornos da Personalidade, o DSM-III apresenta uma definição para traços de personalidade, que seriam padrões duradouros de percepção, relação e pensamento referentes ao ambiente e a si mesmo. De acordo com o manual, os TP estariam presentes apenas quando traços da personalidade fossem maladaptativos e inflexíveis, prejudicando socialmente, ocupacionalmente e subjetivamente o indivíduo. A definição apresentada pelo DSM-IV determina que um TP caracteriza-se por um “padrão duradouro de experiência interior e de comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é penetrante e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo” (APA, 1994, p. 629, tradução nossa). No DSM-V e sua subsequente revisão, a definição permanece a mesma.

Percebe-se que as definições propostas pelo DSM-I e II são aquelas que mais destoam das demais, e que a partir do DSM-III essas tendem a aproximar-se cada vez mais. As definições presentes nos dois primeiros manuais partem de uma oposição dos TP aos transtornos afetivos, aos transtornos de etiologia orgânica e aos transtornos psicóticos. Desse modo, nessas edições, o que parece reunir as categorias presentes na classe dos TP trata-se de uma negatividade, ou seja, da ausência de sintomas afetivos e psicóticos primários e de alterações orgânicas.

Similarmente, ao retomar categorias da psiquiatria clássica que podem ser tidas como precursoras do que hoje entende-se como TP, depara-se com a negatividade como balizadora e como fundamento dessas entidades nosológicas, como o caso da *manie sans délire* de Pinel e da monomania de Esquirol, por exemplo. De acordo com Bercherie (1991), “Pinel distinguiu . . . uma subvariedade que seria o pivô de muitas batalhas futuras: a ‘mania sem delírio’ ou ‘mania racional’, onde as funções do entendimento permaneciam intactas e só subsistiam à alteração da afetividade e à excitação, amiúde furiosa.” (p. 36). Já a monomania dizia respeito a afecções mentais que afetam o espírito apenas parcialmente, deixando intactas as faculdades intelectuais (Bercherie, 1991). As entidades nosológicas de Pinel e de Prichard são delineadas mediante a demanda por circunscrever quadros de sujeitos com alterações volitivas e afetivas, mas que apresentavam uma conservação das faculdades intelectuais. Ou seja, quadros que se encontravam em uma certa zona limítrofe ou de indeterminação, não satisfazendo nem os padrões de sanidade, nem de insanidade (Bercherie, 1991).

As definições de TP propostas ao longo das publicações do DSM parecem ter sido progressivamente reformuladas para adequarem-se ao paradigma ateuórico e descritivo consolidado pelo DSM-III, que consagrou seu rompimento com a psicanálise, sendo necessário então distanciar-se cada vez mais de uma linguagem psicodinâmica. Isso é colocado em evidência quando a concepção de TP deixa de estar assentada em uma alteração da estrutura da personalidade, para tornar-se padrão de comportamento maladaptativo, bem como a abolição do conceito de “reação” para denominar processos psicopatológicos da personalidade, como era o caso das reações Antissocial e Dissocial do DSM-I. Essas reformulações estão de acordo com a premissa de tornar o manual o mais objetivo possível e de limitar-se à descrição dos sintomas. É também a partir do DSM-III que a definição dos TP passa a estar mais centrada na presença de traços de personalidade inflexíveis que geram repercussões sociais. Assim, o desvio das expectativas culturais do sujeito torna-se critério determinante para os diagnósticos, tornando este o principal elemento em comum que

justifica agrupar os transtornos em questão. Isso marca uma importante mudança na racionalidade que estrutura essa classe diagnóstica, de uma negatividade de alterações de outra ordem, para uma positividade de comportamentos desviantes.

De acordo com o DSM-V-TR:

Um transtorno da personalidade é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo (APA, 2022, p. 645).

Assim, por definição, está explícita a vinculação obrigatória dos TP às relações culturais e interpessoais. Verifica-se, portanto, que essa se trata de uma categoria eminentemente social. Além disso, é notável que alguns dos transtornos compreendidos na classe dos TP circulam fortemente pelo imaginário social e cultural, e são frequentemente apreendidos por discursos que extrapolam o discurso médico. Um dos exemplos mais notórios trata-se do Transtorno da Personalidade Antissocial, conhecido popularmente como psicopatia, que desperta forte interesse midiático devido à sua inserção no meio forense. Henriques (2009) defende que o DSM acentua a relação da psicopatia com a delinquência, o que resulta em sua progressiva banalização, na medida em que comportamentos moralmente desviantes, como a execução de atos ilícitos variados, são enquadrados no campo da patologia.

Na obra “The Philosophy of Psychiatry: A Companion”, no capítulo intitulado “Moral Treatment and the Personality Disorders”, Charland (2004) lança mão do questionamento: o que são de fato os transtornos da personalidade, uma vez que esses se referem a desvios de normas sociais e não fisiológicas, de modo que isso significa que são valorativos e não categorias meramente descritivas? Para responder a essa questão, o autor argumenta que as condições que chamamos de transtornos da personalidade são, na verdade, entidades morais e não médicas.

De acordo com Charland (2004), uma vez que a metodologia que guia a formulação do DSM trata-se de sistematizar e codificar tendências de práticas diagnósticas, contando, para isso, com o consenso de comitês e grupos de trabalho, as classificações produzidas pelo manual estão altamente sujeitas a influências políticas e econômicas. Para o autor, a classe dos TP está especialmente vulnerável a essas influências, de modo que a transitoriedade dos transtornos ao longo das edições do manual substanciam essa vulnerabilidade. Não obstante, argumenta que a transitoriedade dos transtornos da personalidade é um fenômeno previsível,

visto que estão sujeitos a mudanças sociais e políticas que alteram os próprios limites entre o comportamento normal e o desviante. Isso evidencia, portanto, uma importante contradição entre o compromisso com a objetividade professado pelo DSM, supostamente atingível mediante o paradigma descritivo, e a natureza valorativa e moral dos transtornos mentais contidos nele, a qual é especialmente flagrante diante dos transtornos da personalidade.

***Sobre uma operação de linguagem: os impasses do aprisionamento do sujeito em discursos totalizantes***

O homem como objeto das ciências que o objetivam, chamadas de ciências humanas, são contingentes à *epistémê* moderna, como propõe Foucault (2000/1966) em *As Palavras e as Coisas: Uma Arqueologia das Ciências Humanas*. Esse fato decorre de que o homem é, ele mesmo, uma invenção da modernidade, e é sua introdução como tal que fornece as condições para o surgimento das ciências humanas: a psicologia, a sociologia e a análise literária e dos mitos. Nesse sentido, Foucault localiza a concepção filosófica do homem moderno no tempo, a modernidade, e no espaço, a Europa ocidental. Tal concepção impõe que a particularidade que define as ciências humanas não jaz apenas em ter o homem como objeto, mas em tomá-lo a partir do que Foucault chama de um “duplo empírico-transcendental” (2000/1966, p. 407), ou seja, numa posição em que é ao mesmo tempo sujeito e objeto do saber:

O modo de ser do homem, tal como se constituiu no pensamento moderno, permite-lhe desempenhar dois papéis: está, ao mesmo tempo, no fundamento de todas as positividades, e presente, de uma forma que não se pode sequer dizer privilegiada, no elemento das coisas empíricas (Foucault, 2000/1966, p. 440).

A ambiguidade do homem moderno traduz-se em uma instabilidade das ciências humanas. No entanto, Foucault não trata dessa instabilidade como uma fragilidade que deve ser remediada, mas como constitutiva dessas ciências. Assim, pode-se entender que qualquer sistema de classificação do homem como objeto cuja apreensão escapa ao entendimento de seu funcionamento biológico está sujeito a essa instabilidade inaugurada pelo duplo estatuto do homem no interior desses saberes. Sendo assim, a psicologia e os objetos psicológicos não podem estar isentos dessa ambiguidade, que se impõe também para a psiquiatria, ao tomar o mental como objeto.

Em *Kinds of People: Moving Targets*, Hacking (2007) argumenta que as formas de classificação que as ciências humanas empreendem produzem não somente nomenclaturas, mas tipos de pessoas. Isso quer dizer que a classificação interage com o classificado, alterando-o e sendo alterada, em um mecanismo de looping. Ou seja, há uma relação interacional e dinâmica presente nos modos de classificação, o que faz com que as classes de pessoas que conhecemos não sejam estáticas e definitivas.

Isso permite que pensemos esse processo como uma questão de linguagem, uma vez que as inconstantes e diversas formas de nomear o sofrimento psíquico não remetem a uma essência biológica em comum, mas possuem, em si mesmas, valor etiológico (Safatle, da Silva Junior & Dunker, 2021). Esse valor etiológico não seria natural, mas produto das formas de nomeação do sofrimento. Assim, esse estaria no efeito que essas exercem ao determinarem modalidades de sofrimento e de subjetivação. Nesse contexto, Safatle, da Silva Junior e Dunker (2021) apontam para o neoliberalismo como operador útil para pensar a produção política do sofrer, pensando-o como aquele que gere e que gera o sofrimento psíquico

Desse modo, o neoliberalismo impõe-se como agente determinante das formas de circunscrição do sofrimento psíquico. Assim, esse está para além de um modelo econômico, agindo como uma engenharia social, a partir da transposição daquilo que é de ordem social à ordem psíquica, através de sua própria gramática, uma gramática empresarial, em que o sujeito torna-se empresário de si:

Não por acaso, a ascensão do neoliberalismo nos anos 1970 é seguida por uma modificação brutal das formas de descrição e categorização do sofrimento psíquico. Essa modificação consolida-se através do advento da terceira edição do DSM, no final dos anos 1970: manual de psiquiatria que representa uma ruptura profunda com uma gramática social do sofrimento que até então dava paulatinamente espaço à consciência da dimensão conflitual dos processos de socialização próprios à sociedade capitalista (Safatle, da Silva Junior & Dunker, 2021, p. 10)

Desse modo, pode-se pensar em uma etiologia discursiva dos transtornos mentais, uma vez que “a maneira como interpretamos o sofrimento muda literalmente a experiência mesma de sofrimento” (Safatle, da Silva Junior & Dunker, 2021, p. 9). Se retornarmos à concepção do delineamento de uma entidade médica diagnóstica como uma operação de

linguagem, devemos também compreendê-la como uma operação que, pela via da nomeação, produz efeitos reais não somente para a concepção de um determinado fenômeno, mas para a própria vivência do que vem a ser nomeado.

De acordo com Freitas e Amarante (2017), critérios de classificação de doenças mudam de acordo com condições morais, políticas e institucionais, e essas mudanças na classificação dos fenômenos criam novos sentidos, novas normas com as quais interagimos e novos sujeitos sociais. De forma similar, Safatle, da Silva Junior & Dunker (2021) referem-se ao declínio e emergência sazonal de quadros clínicos, “cada época prescreve como devemos exprimir ou esconder, narrar ou silenciar, reconhecer ou criticar modalidades específicas de sofrimento” (p. 12). Os atores envolvidos na medicalização das expressões humanas não se tratam apenas da classe médica, mas também de sujeitos outros, como os próprios pacientes. A via da medicalização é recorrida por pacientes como uma forma de legitimar seus sofrimentos. Tal forma de entender o sofrimento psíquico adequa-se às exigências de uma sociedade neoliberal, que privilegia explicações e soluções individualistas para os problemas humanos.

Em tratando-se dos TP, partindo da concepção de que essa classe funda-se em uma ambiguidade: entre a insanidade e a sanidade, entre o normal e o desviante, entre o patológico e o imoral, e considerando que apesar dos esforços empreendidos pelo DSM para a criação de um sistema nosológico supostamente ateu e puramente descritivo, é notória a conservação de tal ambiguidade nas categorias psiquiátricas contemporâneas. Por exemplo, de acordo com Novais, Araújo, e Godinho (2015), o Transtorno da Personalidade Histriônica é a mais ambígua categoria diagnóstica na psiquiatria. Esse transtorno é também utilizado por Safatle, da Silva Junior & Dunker (2021) para ilustrar o argumento de que padrões clínicos usados para caracterizar determinados diagnósticos do DSM não possuem marcadores biológicos e jamais os terão, mesmo com uma pretensão de que o acúmulo de conhecimento científico possa elevar os transtornos mentais ao estatuto de doença tão legítima quanto os adoecimentos físicos.

Segundo o DSM-V, as características essenciais de sujeitos histriônicos são a emocionalidade excessiva e o comportamento de busca por atenção (APA, 2013). Alguns dos critérios diagnósticos para o transtorno são autodramatização, comportamento sexualmente sedutor inadequado, ser sugestionável, dentre outros. Ser a “vida da festa”, demonstrar-se excessivamente preocupado em relação à percepção de sua aparência por terceiros e envergonhar amigos em função da exibição pública excessiva de emoções são algumas das características diagnósticas propostas pelo manual. Além disso, dramáticos, sedutores e

manipuladores são alguns dos adjetivos utilizados para descrever esses sujeitos (APA, 2013). Assim, é notável que as descrições apresentadas para o quadro são, invariavelmente, valorativas, morais e não objetivas.

Desse modo, pode ser colocada em questão a legitimidade de diagnósticos como esse frente ao projeto científico de um manual que busca fundamentar-se no paradigma das ciências naturais. Como pensar numa avaliação clínica objetiva dos padrões descritos sob a rubrica dos Transtornos da Personalidade? Como diagnosticá-los sem que as concepções subjetivas do clínico estejam impressas no processo? A inadequação social característica dos transtornos incluídos nessa categoria só poderá ser avaliada a partir do referencial particular do clínico responsável pelo diagnóstico do que seriam então padrões adequados de socialização. Desse modo, a busca por confiabilidade diagnóstica, que passa necessariamente por uma recusa da subjetividade dos clínico, parece ainda mais distante nestes casos específicos.

### ***Questões para a psicanálise: os efeitos de destituição subjetiva de práticas de nomeação do sofrimento psíquico***

Apesar de ter suas raízes na psiquiatria, a psicanálise empreende uma ruptura com o que Carvalho (2020) chama de positivismo ingênuo do saber psiquiátrico, uma vez que afirma o estatuto da negatividade do saber. A ingenuidade do positivismo psiquiátrico está em sua pretensão de contornar o que o autor entende como um “imperativo incontornável a que somos confrontados diante do movediço objeto clínico” (p. 59). Assim, o saber psiquiátrico tenta polir as arestas da experiência de sofrimento humano, deparando-se com esse incontornável que é a impossibilidade de circunscrevê-la plenamente a qualquer discurso sistematizado ou a uma coletânea de sintomas.

Por sua vez, o diagnóstico estrutural psicanalítico subverte a lógica presente na nosologia psiquiátrica, de acesso ao todo (a patologia) a partir do conjunto de suas partes (os sintomas). Tal subversão se dá por entender que há uma dialética entre essas duas instâncias. Ou seja, os elementos só podem ser compreendidos no interior da estrutura e, portanto, não são qualitativamente independentes dessa. Desse modo, a categoria de estrutura na psicanálise opera como afirmação inegociável da subjetividade no campo da patologia, inclusive, por se opor à noção de sintoma como signo patognomônico.

Essa posição demarca uma incompatibilidade entre psicanálise e psiquiatria também para o que diz respeito à própria concepção de Transtorno da Personalidade. De acordo com Dunker (2014), o DSM e o CID consolidam uma cisão entre “transtornos de primeira ordem

(sintomas) e transtornos de personalidade” (p. 82), assim instaura-se uma divisão entre sintoma e eu. É a partir desta divisão que, segundo o autor, surge o entendimento de que “os sintomas são transtornos ‘não-relacionais’, e as afecções da personalidade são transtornos ‘relacionais’” (p. 82). Isso representaria, portanto, uma descontinuidade entre psicanálise e psiquiatria, na medida em que a primeira, em função da concepção de estrutura, não comportaria tal desarticulação.

Para Carvalho (2020), o modelo psiquiátrico promove a criação de delimitações artificiais, cujas fronteiras são estabelecidas pelo conjunto de sintomas enumerados em cada categoria. Esse modelo funciona como um sistema hermético, no qual a discursividade não possui incidência, uma vez que o sintoma precede o sujeito. Em contrapartida, a psicanálise oferece subsídios para afirmar as articulações entre sujeito e discurso.

A psicanálise lacaniana aborda o sujeito como incidência da linguagem, o que significa que este é produto de uma rede de significantes, ausentes de conteúdo ou referência fixa, o que se traduz para o próprio sujeito na forma de sua inconsistência radical (Lacan, 1987[1954-1955]). O atravessamento do sujeito por um significante ausente de referente estável implica numa instabilidade das relações: a relação do sujeito com o objeto, com a realidade, com os outros sujeitos são atravessadas pela linguagem, pelo significante e pelo desejo (Lacan, 1998[1958-1959]). Diferente do código, que busca evitar a ambiguidade, o campo da linguagem é essencialmente polissêmico, constituído pelo encadeamento de significantes vazios, o que implica que a entrada nesse campo é sempre deficitária, nunca integral (Lacan, 1987[1954-1955]). Isso quer dizer que o jogo das intersubjetividades nunca será pleno, de modo que o mal-entendido é o próprio fundamento das relações inter-humanas, que não operam em um regime de homogeneidade entre emissor e receptor (Fink, 2007).

A partir do sujeito da linguagem, a psicanálise permite pensar os laços sociais como laços discursivos, ou seja, o discurso como *locus* de estruturação do laço social (Dunker, Paulon & Milán-Ramos, 2016). As discursividades delimitam ao sujeito possíveis modos de subjetivação e posições no laço social. O discurso naturalizante dos manuais psiquiátricos promove o apagamento de embates sociais e políticos que estruturam os modos de subjetivação. Com isso, os impasses próprios do laço social são individualizados, incorrendo na despolitização do sofrimento psíquico. Assim, a incidência de discursos totalizantes pode ser tida tanto como produtora de modos de subjetivação, como de destituição subjetiva, que se dá mediante a gestão discursiva do sofrimento por esses discursos. Essa apropriação discursiva produz o que Rosa et al. (2017) chama de desamparo discursivo, que consiste no apagamento da força discursiva dos sujeitos. Tal desamparo soma-se ao desamparo social de



sujeitos marginalizados, vulnerabilizando-os à captura por discursos alienantes, identitários e individualizantes, como a criminalização e a patologização (Rosa et al., 2017).

### **Considerações finais**

O delineamento da classe dos TP promove a captura, por um discurso totalizante e sistematizado, qual seja, o discurso psiquiátrico, dos modos de relação com si e com o meio social. O histórico dessa classe no DSM denuncia que a característica essencial que essas categorias diagnósticas compartilham é a qualidade de desvio moral. Ao mesmo tempo, tratam-se de categorias localizadas em um manual que se orienta por uma racionalidade naturalista e positivista, sob a premissa de que eventualmente os transtornos mentais que classifica tenham sua etiologia neurológica esclarecida. Assim, a classe diagnóstica dos Transtornos da Personalidade não poderá, enquanto existir como tal, se desvencilhar de sua ambiguidade fundadora e perene.

Em contrapartida, o discurso psicanalítico fornece uma alternativa ao apagamento do sujeito dentre as modalidades que se debruçam sobre o sofrimento psíquico. No lugar de buscar desvencilhar-se da ambiguidade das categorias de apreensão do sujeito que sofre, como se propõe o discurso psiquiátrico, a psicanálise afirma e dá lugar à polissemia. Desse modo, o sujeito e seu sofrimento não são passíveis de codificação, uma vez que o saber sobre o sujeito não lhe é prévio, mas só se produz no momento analítico. Ou seja, o saber é construído e não encontrado.

No que se refere à categoria dos Transtornos da Personalidade, a psicanálise pode oferecer-nos, também, uma crítica referente à designação de modos de socialização e de relação com si desviantes. A psicanálise nos leva a entender que não é possível conceber uma intersubjetividade plena, direta, íntegra. É desse tropeço que se vale, portanto, a psicanálise, sem buscar resolvê-lo, mas dele partir

### **Referências**

- Amarante, P., & Freitas, F. (2017). *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- American Psychiatric Association (APA). (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-I*.
- American Psychiatric Association (APA). (1973). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-I*.
- American Psychiatric Association (APA). (1982). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R*.

American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V*.

American Psychiatric Association (APA). (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V-TR*.

Aragona, M. (2009). The concept of mental disorder and the DSM-V. *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, 2(1), 1-14.

Bercherie P. (1991). *Fundamentos da clínica psiquiátrica*. São Paulo, SP: Zahar.

Berrios, G. E. (1993). European views on personality disorders: a conceptual history. *Comprehensive Psychiatry*, 34(1), 14-30.

Fink, B. (2007). *Fundamentals of psychoanalytic technique: A Lacanian approach for practitioners*. WW Norton & Company.

Carvalho, S. (2020) O caso paradigmático e a nosologia estrutural. In: Teixeira, A., & Rosa, M. *Psicopatologia laciana-Vol. 2: Nosologia*. Autêntica Editora.

Charland, L. C. (2004). Moral Treatment and the Personality Disorders. In: Radden, J. (Ed.). *The philosophy of psychiatry: A companion*. Oxford University Press.

Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Dunker, C. I. L. (2014). Estrutura e personalidade na neurose: da metapsicologia do sintoma à narrativa do sofrimento. *Psicologia USP*, 25, 77-96. doi: 10.1590/S0103-65642014000100009

Dunker, C. I. L., Paulon, C. P., & Milán-Ramos, J. G. (2016). Análise psicanalítica de discurso: perspectivas lacanianas. São Paulo: Estação das Letras e Cores.

Foucault, M. (2000). *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1966)

Hacking, I. (2007). Kinds of people: Moving targets. In: *Proceedings-British Academy (Vol. 151)*. Oxford University Press Inc.

Henriques, R. (2009). De H. Cleckley ao DSM-IV-TR: a evolução do conceito de psicopatia rumo à medicalização da delinquência. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 12 (2), 285-302. doi: 10.1590/s1415-47142009000200004

Lacan, J. (1987). *O Seminário. Livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1954-1955)

Lacan, J. (1998). *O Seminário. Livro 5: As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1958-1959)

Novais, F., Araujo, A. M., & Godinho, P. (2015). Historical roots of histrionic personality disorder. *Frontiers in psychology*, 1463. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01463

Rosa, M. D., Estêvão, I. R., & Braga, A. P. M. (2017). Clínica psicanalítica implicada: conexões com a cultura, a sociedade e a política. *Psicologia em estudo*, 22(3), 359-369.

Rosenberg, C. E. (2006). Contested boundaries: psychiatry, disease, and diagnosis. *Perspectives in biology and Medicine*, 49(3), 407-424. doi: 10.1353/pbm.2006.0046

Safatle, V., da Silva Junior, N., & Dunker, C. (2021). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Autêntica Editora.