



## Estudos sobre transtornos de personalidade Antissocial e *Borderline*

*Studies of personality disorders Antisocial and Borderline*

*Estudios sobre trastornos de personalidad Anti-social y Borderline*

Marcos Hirata Soares<sup>1</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Este estudo objetivou revisar, na literatura, os critérios diagnósticos e as intervenções nos transtornos de personalidade do tipo Antissocial e *Borderline*. **Métodos:** Uma pesquisa manual foi realizada no acervo bibliográfico particular do autor, selecionando-se 12 referências; outra pesquisa sistematizada foi desenvolvida no período de 1990 a 2008, no mês de janeiro de 2009, na Biblioteca Virtual em Saúde, selecionando-se 23 artigos. **Resultados:** Os achados indicaram duas abordagens - uma que classifica como doença, mas que necessita de revisão dos critérios diagnósticos e avaliação e a segunda, que classifica como problemas morais. **Conclusão:** Independente da abordagem é necessário que o enfermeiro aprimore seu conhecimento e compreenda a dificuldade desse sujeito ao relacionar-se adequadamente com outras pessoas; assim, é de fundamental importância que os membros da equipe de saúde analisem seus sentimentos, atitudes e reações em relação ao comportamento do cliente, uma vez que a relação com esta clientela é considerada uma das mais complexas em saúde mental. **Descritores:** Transtornos da personalidade; Diagnóstico; Avaliação; Princípios morais; Enfermagem psiquiátrica

### ABSTRACT

**Objective:** This study had the objective of reviewing, in the literature, the diagnostic criteria and the intervention in personality disorders, Antisocial and Borderline types. **Methods:** A manual research was performed in the author's private collection of books, selecting 12 references; other research has been systematically developed in the period 1990-2008, in January 2009, in the Virtual Health Library, selecting 23 papers. **Results:** Our findings indicated two approaches - one that classifies as an illness, but that needs to review the diagnostic criteria and evaluation, and the second, that classifies them as moral problems. **Conclusion:** Regardless the type of approach, is necessary that nurses enhance their knowledge and understand the difficulty of this subject to relate properly with others; thus, it is crucial that members of the healthcare team examine their feelings, attitudes and reactions related to the client's behavior, since the relationship with this type of customer is considered one of the most complex in the mental health field. **Keywords:** Personality disorders; Diagnosis; Evaluation; Morals; Psychiatric nursing

### RESUMEN

**Objetivo:** Este estudio tuvo por objetivo revisar, en la literatura, los criterios diagnósticos y las intervenciones en los trastornos de personalidad del tipo Anti-social y *Borderline*. **Métodos:** Se trata de una investigación manual que fue realizada en el acervo bibliográfico particular del autor, seleccionando 12 referencias; otra investigación sistematizada fue desarrollada en el período de 1990 a 2008, en el mes de enero de 2009, en la Biblioteca Virtual en Salud, seleccionándose 23 artículos. **Resultados:** Los hallazgos indicaron dos abordajes - uno que los clasifica como enfermedad, pero que necesita de revisión de los criterios diagnósticos y de evaluación, y la segunda, que los clasifica como problemas morales. **Conclusión:** Independientemente del abordaje es necesario que el enfermero perfeccione su conocimiento y comprenda la dificultad de ese sujeto para relacionarse adecuadamente con otras personas; así, es de fundamental importancia que los miembros del equipo de salud analicen sus sentimientos, actitudes e reacciones en relación al comportamiento del cliente, una vez que la relación con esta clientela es considerada una de las más complejas en salud mental. **Descritores:** Trastornos de la personalidad; Diagnóstico; Evolución; Princípios morales; Enfermería psiquiátrica

<sup>1</sup> Professor Assistente de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina – UEL – Londrina (PR), Brasil.

## INTRODUÇÃO

Quando os traços da personalidade das pessoas são inflexíveis e mal-ajustados, causando um funcionamento significativamente comprometido ou sofrimento subjetivo, eles constituem-se como uma classe de transtorno da personalidade, caracterizados pela má adaptação social<sup>(1)</sup> e qualificando-os como problema de saúde, necessitando conhecer sua definição, prevalência, etiologia, diagnóstico e intervenção terapêutica. Esta teoria é uma considerável parcela do pensamento científico atual sobre os Transtornos de Personalidade (TP)<sup>(2)</sup>.

A cultura influencia a formação da personalidade, expressando-se por meio de valores pessoais. O envolvimento dos valores no diagnóstico de TP é inevitável, pois a cultura humana sempre refletirá uma ampla escala de valores, que estarão sempre interferindo no julgamento clínico realizado no diagnóstico dos subtipos de TP. É importante compreender que os padrões de vida e julgamentos estão envolvidos com os níveis de autocuidado socialmente aceitáveis e culturalmente definidos, assim como buscar o equilíbrio entre a autonomia individual e o controle social exercido pelo Estado por meio de políticas sociais e de saúde.

No entanto, o paradigma psiquiátrico vem sendo questionado desde toda a trajetória do movimento da Reforma Psiquiátrica e, mais acentuadamente, no movimento da antipsiquiatria, quanto a sua eficácia e real capacidade de ajuda a vários tipos de transtornos mentais, como os TP, por exemplo. Desta forma, a medicalização da diferença tornou-se um tema amplamente debatido e perfeitamente cabível para a discussão dos critérios diagnósticos usados nos TP tipo B, em foco aqui, o tipo Antissocial e *Borderline*, uma vez que há muita controvérsia quanto sua classificação e intervenções terapêuticas úteis para atender este tipo de sofrimento psíquico<sup>(3)</sup>.

Os transtornos Antissocial e *Borderline* possuem particularidades em sua classificação diagnóstica e na prática profissional que os tornam polêmicos e complexos, conforme os diversos estudos analisados, que serão apresentados aqui, partindo-se de dois pressupostos básicos que visam a debater os conceitos subsidiadores dos respectivos:

- Critérios diagnósticos e das intervenções propostas para os TP do tipo Antissocial e *Borderline* compreendidos, como transtorno mental, mas sugerindo-se mudanças nos critérios diagnósticos, arcabouços teóricos e métodos de avaliação e intervenção;

- Critérios diagnósticos para os TP do tipo Antissocial e *Borderline* não os caracterizando como transtornos mentais, mas, sim, problemas morais, mas não descrevem intervenções claras dentro dessa perspectiva.

Desta forma, é de fundamental importância para o enfermeiro e sua equipe de enfermagem refletir, de forma aprofundada, sobre os temas apresentados neste estudo, uma

vez que são considerados os casos mais complexos na área de Psiquiatria e Saúde Mental. O enfermeiro em perspectiva de trabalho interdisciplinar e corresponsável pelos cuidados prestados aos clientes sobre seus cuidados, também deve acompanhar as discussões e reflexões a respeito do tema.

## MÉTODOS

Um levantamento manual não sistematizado, foi realizado no acervo bibliográfico particular do autor, que permitiu a utilização de 12 referências (livros e artigos que somada às 23 referências da base BVS, obtidas em uma pesquisa sistematizada, realizada em janeiro/2009, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de 1990 a 2008. Considerou-se este intervalo de tempo amplo, pois era preciso analisar a mudança na visão sobre esses transtornos ao longo desse período.

A pesquisa utilizou a base de dados BVS em todas as fontes, baseada nos seguintes critérios: sujeitos adultos, artigos de revista, idioma inglês que fossem relacionados aos termos: Princípios Morais, Percepção Social/ Valores Sociais, Estereotipagem, Transtornos da Personalidade, Transtorno da Personalidade *Borderline*, Transtornos Mentais, Relações Interpessoais, Personalidade, Ajustamento Social, Psiquiatria Legal, Transtorno da Personalidade Antissocial Psiquiatria, Psicologia, Serviços de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica. As pesquisas que não se enquadravam, em pelo menos, dois dos assuntos acima foram excluídas, assim como os estudos com populações de crianças, adolescentes, mulheres, gestantes e idosos.

## RESULTADOS

A busca primária resultou em 1.324 itens que foram avaliados individualmente, uma vez que uma secundária refinação por assuntos de pesquisa poderia excluir documentos importantes. Com base nos critérios citados, foram selecionados 23 artigos. A partir das referências selecionadas, foram elaboradas as categorias: classificação atual, os transtornos de personalidade antissocial e *Borderline*, possível etiologia, epidemiologia, mudanças nos critérios diagnósticos e psicoterapêuticos, e o diagnóstico dos transtornos de personalidade do tipo Antissocial e *Borderline*, como problemas morais.

## DISCUSSÃO

### A classificação atual dos transtornos de personalidade

Os transtornos são classificados, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais<sup>(4)</sup> (DSM-IV) em três grandes grupamentos:

- Grupo A: Personalidade paranoide, esquizoide e esquizotípica;

- Grupo B: Personalidade Antissocial, *Borderline*, Histrionica e Narcisista. Há evidências epidemiológicas de que este grupo é o que tenha as maiores associações de problemas relacionados ao álcool e transtornos do humor, sendo a chave para explicar os altos graus de violência cometidos por esses sujeitos<sup>(5)</sup>.

- Grupo C: Personalidade Esquiva, Dependente e Obsessivo-compulsiva.

Pode haver outro subgrupo de pacientes com a combinação entre o transtorno *Borderline* e o Antissocial, tornando-os ainda mais capazes de manifestar más condutas e violência<sup>(5-6)</sup>.

### Os transtornos de personalidade dos tipos Antissocial e *Borderline*

Compreendendo estes transtornos, como reais transtornos mentais, pode-se dizer que estas pessoas apresentam padrões profundamente entranhados, inflexíveis e mal-ajustados de relacionamento e percepção do ambiente e de si mesmos. Com grande frequência, não percebem seus “sintomas” como prejudiciais a si ou aos outros e, por causa disso, não costumam buscar ajuda profissional, sendo também considerados, muitas vezes, irrecuperáveis. O relacionamento interpessoal com uma pessoa portadora de Transtorno de Personalidade (TP) pode ser considerado um relacionamento unilateral, já que há uma inabilidade de relações interpessoais saudáveis ou satisfatórias<sup>(7)</sup>.

O debate a respeito da criminalidade exercida por pessoas que se enquadram nos critérios diagnósticos para esses dois transtornos é considerado muito polêmico e difundido. Não há uma resposta quanto ao adequado local de tratamento. Embora os autores sustentem que há grande dificuldade de diagnóstico e de intervenção, sugerem o comportamento do TP antissocial como um transtorno mental<sup>(8)</sup>, assim como também ainda não existe evidência científica para associar a violência causada pelo sujeito como parte do transtorno de personalidade, já que é frequente a associação com o uso de drogas e álcool. Em alguns casos, há uma interligação entre ambos, o que faz um causar o outro<sup>(6,9)</sup>. No âmbito de discussão médico-legal, há defesas a favor da reformulação das leis aplicáveis aos portadores de transtornos de personalidade Antissocial e *Borderline* criminosos<sup>(10)</sup>.

### Uma possível etiologia

Uma revisão de literatura envolvendo 56 outros estudos<sup>(5)</sup> sobre o tema de violência e transtornos de personalidade, entre outros importantes achados, indica que fatores comportamentais na infância e a presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) poderiam predispor o indivíduo ao desenvolvimento de transtornos da personalidade, pois dentro do modelo cognitivo, o comportamento antissocial é uma estratégia

filogeneticamente determinada para facilitar a sobrevivência, e onde cada pessoa age motivada por um sistema de controle interno, que regula suas percepções e respostas ao meio ambiente.

Desta forma, crianças que crescem em ambiente onde os pais são violentos, tendem a reproduzir comportamento violento quando adultos. Isto reforça a ideia de que os determinantes sociais estão interconectados, ou seja, a incapacidade de suprir as necessidades básicas, divórcios, desemprego, abuso de drogas e baixos níveis de escolaridade associam-se à violência intradomiciliar e extradomiciliar, atuando, então, como respostas de sobrevivência aprendidas no lar<sup>(5-6)</sup>.

Diversos problemas de comportamento disfuncional dos pais têm sido associados com o desenvolvimento desse transtorno, incluindo sua baixa sensibilidade emocional. Há casos que mães relatam sentirem-se ansiosas, impulsivas e descontroladas desde sua infância, sugerindo que famílias cujos pais têm este transtorno, parecem transmitir seus comportamentos desadaptados a seus filhos. Desta forma, é fundamental que a impulsividade, baixo controle sobre a raiva, instabilidade de humor, egocentrismo, entre outros, sejam tratados precocemente, pois interferem nas habilidades de paternidade ou maternidade<sup>(11)</sup>.

Famílias desses pacientes tiveram as maiores taxas de psicopatologias, particularmente, nos casos de depressão, abuso de substâncias e condutas antissociais. Entretanto, a qualidade do relacionamento familiar parece levar para dois possíveis caminhos: contribuir para o desenvolvimento do transtorno em questão, assim como proporcionar também um melhor relacionamento familiar, resultando em melhor prognóstico<sup>(11)</sup>.

Analisando esta problemática pela teoria de relacionamento interpessoal<sup>(12)</sup>, o desenvolvimento deste problema estaria relacionado às experiências vividas e sua capacidade de avaliá-las. Embora não haja publicações desse autor a respeito de sua teoria aplicada a este tipo de clientela, um de seus pressupostos básicos sustenta que toda a pessoa tem a tendência ao desenvolvimento positivo, necessitando receber atenção positiva incondicional. Mas, na grande maioria das vezes, uma pessoa com um TP tipo Antissocial ou *Borderline* não se percebe com problemas, portanto, não entende a necessidade de ajuda terapêutica e, desta forma, não há como iniciar um contrato terapêutico, praticamente.

### Epidemiologia

Na população em geral, as taxas dos TP podem variar de 0,5% a 3%. Nos Estados Unidos da América, em um estudo feito com detentos adolescentes, 45% deles possuíam o diagnóstico de TDAH. Na Alemanha as taxas de TP tipo Antissocial e *Borderline* obtidos em um estudo, variaram de 27% a 85% nas prisões, assim como o abuso de drogas, em taxa similar<sup>(5)</sup>. Nas prisões norte-americanas,

a prevalência de transtornos de personalidade chega a 66%, relacionando-se, então, com a prática de crimes. Estes dados sugerem uma relação entre o uso de drogas, esses transtornos e o envolvimento com crimes, embora ainda não haja comprovação científica para associar a conduta criminal com a coexistência de um desses TP citados, mas associa o envolvimento com drogas ilícitas à prática criminosa, fato que já é conhecido.

Quanto à psicoterapia, a estatística de episódios violentos é de 1/40.000 horas de psicoterapia; o que torna mais complexo o entendimento real a respeito das possibilidades terapêuticas para tratar pessoas com esses diagnósticos e desfaz, então, o preconceito existente sobre a total periculosidade das pessoas com esses diagnósticos<sup>(9)</sup>.

Portadores de transtornos de personalidade são mais susceptíveis a apresentarem outros transtornos psiquiátricos. Estima-se que 80% das pessoas com transtornos de personalidade sofram de outros problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade e uso nocivo de drogas<sup>(13)</sup>.

#### **Mudanças nos critérios diagnósticos e psicoterapêuticos**

Um estudo feito<sup>(14)</sup> com 797 psiquiatras e psicólogos clínicos utilizou um questionário chamado SWAP-200, que possui 200 itens relativos à descrição da personalidade, com o objetivo de conhecer os julgamentos clínicos realizados por esses profissionais. O estudo selecionou profissionais com grande experiência clínica para diminuir o risco das dificuldades de realizar diagnóstico, o que diminuiu a possibilidade dos sujeitos terem classificado certos sinais e sintomas como comorbidades.

Nesse estudo<sup>(14)</sup> constatou-se que há diversas características empíricas que não constam os critérios diagnósticos usados pelo DSM-IV para classificar todos os TP. Por exemplo, no TP Antissocial há uma aparente impenetrabilidade, sadismo e tendência a manipular as emoções dos outros. Embora ocorram eventos ligados a crimes, há relatos de sucesso no tratamento por meio de comunidades terapêuticas e de psicoterapia<sup>(9)</sup>.

No TP *Borderline*, sua impulsividade pode ser dependente da presença de um estado emocional negativo. Um estudo feito com 284 sujeitos com diagnóstico de TP tipo *Borderline*<sup>(15)</sup> sugere que pessoas com esse transtorno podem apresentar um estado emocional negativo, que lhes permite interromper ou inibir seu comportamento na presença de punição, ou seja, as emoções negativas podem ser associadas à impulsividade aumentada entre pessoas com esse transtorno.

Segundo a teoria biossocial<sup>(16)</sup>, pessoas com TP *Borderline* são caracterizadas por uma combinação de vulnerabilidade emocional e desequilíbrio afetivo. A vulnerabilidade emocional envolve um baixo limiar para a resposta emocional, envolvendo respostas intensas e duradouras a estímulos emocionalmente sugestivos. O desequilíbrio afetivo refere-se à inabilidade de controlar ou modular as experiências

emocionais. Dentro desta estrutura, o comportamento impulsivo e autoprejudicial observado, geralmente, nesse tipo de transtorno ocorre em resposta às emoções negativas e à função de regular frequentemente essas emoções. Consequentemente, a presença de estados emocionais negativos pode aumentar a probabilidade do comportamento impulsivo nessa clientela.

O risco de violência, característica tão marcante para essa classe de transtornos de personalidade, pode ser compreendido em termos de quatro dimensões fundamentais da personalidade: controle do impulso, regulação do afeto, narcisismo e personalidade paranoide, que operam de forma combinada e em vários graus para a regulação emocional<sup>(6)</sup>.

Um estudo com um questionário de 100 itens de avaliação do funcionamento da personalidade, com o objetivo de analisar os critérios diagnósticos para transtornos de personalidade, foi aplicado para 110 pessoas da comunidade. Essas questões foram distribuídas entre os componentes: evitação social, narcisismo, insegurança, comportamento compulsivo, desprezo interpessoal, mobilidade, ansiedade, condução de problemas, busca por estímulos, identificação de problemas, autoprejuízo, rejeição, timidez e hipersensibilidade. Os dados apresentaram alto nível de consistência interna, sugerindo que os resultados podem representar populações maiores e servir de base para alterações nos critérios diagnósticos para os TP do tipo B<sup>(17)</sup>.

Até então, nota-se que, em ambos os estudos, a necessidade de reformulação diagnóstica é citada como muito importante, sugerindo, que os critérios devam ser revistos. Os próximos estudos a seguir sugerem também mudanças nas formas de avaliação, mas citam a necessidade de uma reformulação do modelo, passando de critérios para dimensões.

Há também controvérsias com relação à classificação diagnóstica<sup>(18)</sup>. Segundo esses estudos, a avaliação atual necessita ser modificada, o que requer mudanças nos parâmetros de classificação. Sugere-se o modelo dos cinco fatores, considerado o mais integrador e proeminente quando comparado ao modelo atual baseado em categorias. Segundo esta teoria, a personalidade é organizada em cinco grandes principais traços: tendência a neurose, extroversão, afabilidade, estado consciente e abertura às experiências<sup>(18-19)</sup>.

Os transtornos são caracterizados por comportamentos disfuncionais agudos que se dissipam em um relativo curto espaço de tempo. Sugere também que os critérios de avaliação e classificação sejam modificados. Nota-se que alguns desses itens, como habilidade de criar e manter relações interpessoais e autoproteção relativa ao estresse são também itens apontados pela Organização Mundial da Saúde<sup>(20)</sup>, como indicadores da saúde mental e também

são metas da prática do relacionamento interpessoal terapêutico<sup>(21)</sup>.

Os terapeutas relatam mais fracassos na terapia quando o diagnóstico é de TP. No entanto, não definem os reais motivos envolvidos, podendo ser a inadequação dos mesmos e, conseqüentemente, a ineficácia das intervenções propostas. Há indicativos de que a terapia cognitivo-comportamental possa ser um método eficaz no tratamento de TP<sup>(22)</sup>.

A American Psychiatric Association assume a terapia comportamental dialética, como o tratamento de regulação afetiva mais eficaz e empiricamente suportado para esse tipo de transtorno<sup>(23)</sup>. A lógica dialética nesse transtorno envolve a aceitação dos pacientes em suas atuais dificuldades, ao mesmo tempo, faz uso de suas competências para a modificação dos comportamentos desajustados, modificando sua regulação afetiva, tolerância ao estresse e habilidade de relacionamento interpessoal.

### **Diagnóstico do transtorno antis social e *Borderline* como problemas morais**

Um termo muito comum, o da má adaptação social, constitui-se como uma das características definidoras dos TP em geral, compreendidos como resultado do conflito entre valores morais, cultura e personalidade, não se configurando necessariamente como um transtorno. Adaptar-se ou não aos valores da cultura e sociedade não representa um transtorno mental, pois o fato de estar adaptado, *per si* não indica também garantia de saúde mental preservada<sup>(24-25)</sup>.

A classificação dos TP pelo DSM-IV demonstra que há o seguimento de dois diferentes tipos de arcabouços teóricos; um com síndromes clínicas e outro que denota aspectos morais. Sob esta perspectiva, sobretudo os tipos antisocial e *borderline*, dentre os demais do grupo B, podem ser considerado mais proeminentemente como problemas de base moral e não de condições clínicas, visto que sua identificação envolve o uso explícito dos termos éticos e morais, quando comparada aos tipos A e C. Conforme é apresentado no DSM-IV, estes transtornos possuem mais conotação moral<sup>(26)</sup>.

A importante distinção entre os próprios valores morais e a capacidade para fazer julgamentos sobre valores sociais e morais das outras pessoas é o principal instrumento para se inferir um julgamento clínico correto. Se a moral é vista apenas como a capacidade de seguir determinadas regras, pode não ser capaz de perceber que, de alguma forma, os valores morais são parte da própria pessoa, compondo sua identidade e moldando sua personalidade. Na figura do profissional de saúde, isto interfere na realização de uma avaliação psiquiátrica adequada e o mais imparcial possível. As classificações diagnósticas atuais para os TP tipo Antissocial e *Borderline* podem possuir mais conotação moral do que clínicas<sup>(27)</sup>.

Um julgamento é a avaliação de alternativas e tomar uma decisão é o processo de escolha entre alternativas. Quando uma pessoa faz um julgamento social e moral, avaliam-se as evidências e observações à luz das próprias crenças e conhecimentos atuais. Por sua vez, estas crenças e conhecimentos são influenciáveis pelo próprio momento histórico, cultural, social e econômico vivido pelas sociedades naquele período<sup>(27)</sup>.

A teoria do julgamento social sugere que este segue princípios, como o fato de indivíduos possuírem um esquema cognitivo preexistente, pelo qual ele avalia os novos conhecimentos e situações, tendendo a distorcer as informações captadas, segundo os próprios preconceitos. As variações nas crenças e atitudes pessoais resultam em mudanças atitudinais, pessoais e comportamentais. Ou seja, as pessoas escolhem aquilo que acreditam e as informações que desafiam esse esquema cognitivo, tendem a ser distorcidas e interpretadas, segundo o esquema preexistente<sup>(27)</sup>.

Para o filósofo Kant<sup>(28)</sup>, a razão é o ponto principal de equilíbrio para a vida, portanto, deve o ser humano afastar-se de atos imorais e ser guiado pelo livre-arbítrio. A noção de que a loucura possa ser uma perturbação na vontade, conforme Pinel propunha, é muito coincidente com o conceito de Kant apresentado. É possível delinear que o esquema cognitivo<sup>(29)</sup> assemelha-se à reflexão apresentada, entre moral, vontade e liberdade. Ter autonomia é ser capaz de formar e manter crenças, questionar suas próprias crenças e agir, segundo aquelas nas quais enxerga uma explicação, uma verdade que lhe traga sentido e conforto psicológico.

Um diagnóstico de TP não é, normalmente, suficiente para isentar os atos de uma pessoa. Julgamentos de responsabilidade são essencialmente julgamentos sobre a ligação entre um agente e uma ação, e estes tipos de julgamentos precisam ser diferenciados de questões sobre caráter pessoal. Ou seja, o caráter não pode estar sempre associado a atos inadequados cometidos por uma pessoa, assim como a presença de um TP não justifica por si só a prática de atos antissociais<sup>(30)</sup>.

Pessoas diagnosticadas com TP *Borderline* com frequência apresentam relacionamentos interpessoais e instáveis causando sofrimento. Neste contexto, a manipulação, característica tão notada na prática clínica com esta clientela, pode ser vista como um comportamento de defesa para acesso direto a poder e voz, que não estão disponíveis equitativamente para todos e, assim, poderia ser considerada uma habilidade de sobrevivência, possibilitando, então, uma possível compreensão para o comportamento<sup>(29)</sup>. Corroborando esta visão, a Psicologia Evolucionista explica que as respostas comportamentais são selecionadas pela evolução humana, pois o comportamento humano sendo uma resposta adaptativa ao meio ambiente, propaga-se

de forma genética onde as respostas são consideradas inadequadas, segundo os valores sócio-culturais de cada época, sociedade e cultura<sup>(29)</sup>.

Em contrapartida, sob o enfoque moral do filósofo Kant<sup>(28,31)</sup>, é possível que seja errado classificar esse tipo de pessoa como portador de transtorno mental, uma vez que nessa concepção é válido afirmar que maldade e mau-caráter não são problemas de saúde mental. Essa clientela desperta diversos sentimentos negativos na equipe de saúde mental, sobretudo da enfermagem que percebe alguns tipos como hostis, manipuladores, não cooperativos e sedutores. Sob este ponto de vista, maldade e amoralidade não podem ser consideradas doenças<sup>(28,31)</sup>.

Profissionais de saúde mental costumam acreditar que os serviços não podem ajudar pacientes portadores de transtornos de personalidade. Do ponto de vista filosófico de Kant, os seres humanos são total e irrevogavelmente responsáveis pelos seus atos, indo contra a classificação dos TP do tipo B e também discordando da Psicologia Evolucionista, pois, nesse enfoque, há uma responsabilidade moral que acompanha todos os seres humanos, visto que qualquer criatura viva apresentaria algum tipo de moralidade, que se desenvolveria naturalmente, não permitindo a prática de atos antissociais, por exemplo<sup>(28,31)</sup>.

A classificação desses padrões de comportamento e personalidade são classificadas como problemas, porque a psiquiatria foi “eleita” pela sociedade para intervir nesses problemas de ordem moral e social. Os primórdios da constituição da psiquiatria no Brasil demonstram que esta nasce no seio da medicina social como parte do projeto de medicalização dos diversos problemas sociais, econômicos e culturais, transformando-os em objetos de intervenção, ou seja, em transtornos mentais<sup>(32-33)</sup>.

Quanto mais a psiquiatria expandiu-se para a anormalidade, mais problemas sociais tornaram-se alvo de intervenção médica, significando também, mais postos de trabalho aos profissionais de saúde mental. Partindo da noção de periculosidade e da não sujeição à ordem disciplinar, que representam os anormais, que a psiquiatria elaborou sua teoria, alargando sua área de atuação de doença mental à anormalidade<sup>(33)</sup>.

Não há clareza quanto ao tratamento dentro dessa concepção filosófica de Kant, no entanto, mais importante que os debates filosóficos sobre os critérios diagnósticos ou constructos psicossociais a respeito dos transtornos mentais, é a importância da responsabilidade social em proteger aqueles que são vulneráveis, pensando-se em um bem comum. Aumentar esta conscientização sobre as pessoas que possuem transtornos mentais e seu sofrimento, é o primeiro passo para consolidar os princípios da Reforma Psiquiátrica que, por sua vez, está imbricada de valores ético-morais<sup>(31-33)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde que o processo de medicalização da anormalidade e da diferença, iniciou-se por meio da psiquiatria, muito vem se discutido sobre os reais benefícios advindos da intervenção e apoderamento da loucura pela medicina psiquiátrica. O processo de medicalização da diferença começa pela realização de um julgamento social, que é imbuído de um esquema cognitivo, responsável por esse julgamento.

Os transtornos de personalidade dos tipos Antissocial e *Borderline* são os diagnósticos mais polêmicos, em razão de sua dificuldade de tratamento e manejo pelos profissionais de saúde, em geral. Os estudos aqui analisados apontaram que não há evidência científica para atribuir atos violentos e criminosos, como parte integrante da psicopatologia desses transtornos, em particular, ampliando a capacidade de reflexão de conceitos tão complexos.

Os estudos analisados são também unânimes em apontar mudanças nos critérios, arcabouços teóricos, métodos diagnósticos e psicoterapêuticos, em que houve sugestões de mudanças nos critérios diagnósticos pela inclusão de novos critérios e outros indicando a adoção da avaliação dimensional da personalidade e da terapia cognitivo-comportamental para método de avaliação e tratamento eficazes, respectivamente. Várias das dimensões da personalidade avaliadas nos estudos são iguais aos indicadores de saúde mental adotados pela Organização Mundial da Saúde.

Sob a perspectiva moral, os estudos analisados sugeriram que os transtornos de personalidade dos tipos Antissocial e *Borderline* não são objetos de intervenção ou classificação diagnóstica da psiquiatria, afirmando, então, que são problemas de base moral, embora não tenha sido apresentada uma proposta de tratamento ou intervenções sob esse enfoque, o que nos leva a manter a teoria principal de que os transtornos mentais aqui discutidos são problemas passíveis de tratamento.

Considerando o enfermeiro em uma perspectiva interdisciplinar de trabalho em saúde mental, é fundamental seu conhecimento sobre os conceitos aqui apresentados, pois seu papel de responsabilidade na assistência prestada ao cliente deve crescer, assim como seu conhecimento do tema que envolve seu objeto de trabalho, com o intuito também de ter conscientização de sua supervisão clínica e de sua equipe e, por fim, estimular a continuidade dos estudos e debates dessa complexa temática que envolve os valores ético-morais vigentes na sociedade atual.

## AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Apoio a Dissiminação Científica PRODICI/PROPPG/UFL.

## REFERÊNCIAS

1. Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9a ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
2. Tredget JE. The aetiology, presentation and treatment of personality disorders. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2001;8(4):347-56.
3. Radcliffe M. More questions than answers. *Nurs Times*. 1999;95(8):17.
4. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
5. Fountoulakis KN, Leucht S, Kaprinis GS. Personality disorders and violence. *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21(1):84-92. Review.
6. Howard RC. What is the link between personality disorder and dangerousness? A critique of dangerous and severe personality disorder. *Br J Forensic Pract*. 2006;8(4):19-23.
7. Harvard Medical School. Dependent personality disorder. *Harv Ment Health Lett*. 2007;23(10):1-4.
8. Morana HCP, Stone MH, Abdalla-Filho E. Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(Supl 2):S74-9.
9. Winship G, Hardy S. Perspectives on the prevalence and treatment of personality disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2007;14(2):148-54.
10. Munro R. Law and disorder. *Nurs Times*. 1999;95(8):16-7.
11. Gerull F, Meares R, Stevenson J, Korner A, Newman L. The beneficial effect on family life in treating borderline personality. *Psychiatry*. 2008;71(1):59-70.
12. Rogers CR. *Tornar-se pessoa*. 5a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
13. Barnes I. Understanding the challenges of personality disorders. *Can Nurs Home*. 2007;18(1):28-32.
14. Shedler J, Westen D. Refining personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *Am J Psychiatry*. 2004;161(8):1350-65. Comment in: *Am J Psychiatry*. 2005;162(5):1030-1.
15. Chapman AL, Leung DW, Lynch TR. Impulsivity and emotion dysregulation in Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord*. 2008;22(2):148-64.
16. Linehan MM. *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
17. Livesley WJ, Jackson DN, Schroeder ML. Dimensions of personality pathology. *Can J Psychiatry*. 1991;36(8):557-62.
18. Clark LA. Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. *Ann Rev Psychol*. 2007;58:227-57.
19. Lima MP, Simões A. A teoria dos cinco factores: uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópio personológico? *Análise Psicológica*. 2000;2(18):171-9.
20. World Health Organization – WHO. *Nations for mental health supporting governments and policy-makers*. Geneva: World Health Organization; 1998.
21. Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC. *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. Barueri: Manole; 2008.
22. Arntz A. Do personality disorders exist? On the validity of the concept and its cognitive-behavioral formulation and treatment. *Behav Res Ther*. 1999;37 Suppl 1:S97-134.
23. American Psychiatric Association. *Treating borderline personality disorder: a quick reference guide*. Washington: American Psychiatric Association; 2004.
24. Allen J, Smith M. Is there such a thing as a personality disorder? *Nurs Times*. 2000;96(18):16.
25. Wakefield JC. Personality disorder as harmful dysfunction: DSM'S cultural deviance criterion reconsidered. *J Pers Disord*. 2006;20(2):157-69; discussion 181-5.
26. Charland LC. Moral nature of the DSM-IV Cluster B personality disorders. *J Pers Disord*. 2006;20(2):116-25; discussion 181-5.
27. Lauder W, Davidson G, Anderson I, Barclay A. Self-neglect: the role of judgements and applied ethics. *Nurs Stand*. 2005;19(18):45-51; quiz 52, 54. Comment in: *Nurs Stand*. 2006;20(25):67.
28. Alarcon S. Aos homens de boa vontade: estudos sobre sujeição e singularidade. In: Amarante P, organizador. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
29. Vasconcellos SJJ, Gauer GJC. A abordagem evolucionista do transtorno de personalidade anti-social. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2004;26(1):78-85.
30. Glen S. Dangerous and severe personality disorder: an ethical concept? *Nurs Philos*. 2005;6(2):98-105. Review.
31. Fitzpatrick JJ. Morality and mental illness. *Arch Psychiatr Nurs*. 2007;21(3):125.
32. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
33. Portocarrero V. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.