ANÁLISE DE VALORES DOS MODELOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE NO DSM-5-TR E NA CID-11

Palavras-Chave: NOSOLOGIA PSIQUIÁTRICA, NOSOGRAFIA PSIQUIÁTRICA, FILOSOFIA DA PSIQUIATRIA

Autores:

WILLIANS JUNIO SENA DE SOUSA, FCM, UNICAMP

Prof. Dr. CLAUDIO E. M. BANZATO (orientador), FCM, UNICAMP

INTRODUÇÃO:

A definição de “transtorno mental” (TM) tem sido um problema para a nosologia[1] psiquiátrica pelo menos desde a década de 70, quando surgiu a primeira definição oficial do conceito. Suas questões incluem o que são os TM (ou como devem ser concebidos), quais construtos devem ser considerados TM, a que funções uma definição oficial deve servir e quais implicações decorrem da definição na prática psiquiátrica e na vida das pessoas afetadas (Kinghorn, 2013).

O problema se replica nas definições de cada uma das entidades compreendidas como TM. Dentre elas, um grupo especialmente controverso é o de Transtornos de Personalidade (TP). Apesar dos esforços do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM) e da *Classificação Internacional de Doenças* (CID) para manterem uma definição única para este diagnóstico, apresentam-se nas edições mais recentes desses manuais (DSM-5-TR e CID-11) propostas conceitualmente diversas e quase intraduzíveis entre si para dar conta do mesmo conjunto de manifestações. Tradicionalmente, os TP compreendem categorias diversas, dentre elas o Transtorno de Personalidade Borderline (TPB). O TPB é o TP mais comumente diagnosticado dentre todas as categorias de TP, bem como alvo de pesquisa e terapias específicas desenvolvidas para pessoas diagnosticadas com ele, mantendo-se como uma sigla diagnóstica possível nos diferentes modelos presentes em ambos os manuais. Este trabalho foca sua análise sobre este constructo – ou constructos.

Dentre os problemas de definição e classificação de TM que afloram na análise dos TP está a concepção dos mesmos como categorias ou como dimensões em contínuo com a normalidade. À concepção tradicional, atribui-se o modelo médico que estabelece TM como *categorias* distintas entre si mesmas, bem como distintas da normalidade, modelo aplicado com sucesso às doenças infecciosas (Banicki, 2020). Essa distinção é, portanto, qualitativa e é utilizada tradicionalmente para o conceito de TP desde seus germes no século passado (Schneider, 1923), estabelecendo uma tipologia de sujeitos. Tal modelo, no entanto, é alvo constante de críticas, especialmente pela alta comorbidade entre diagnósticos de TP, estigma e falta de base empírica para suas categorias (Herpertz et al, 2017). Por isso é, há algum tempo, grande o número de pesquisadores que têm sugerido a reformulação nosológica do diagnóstico para modelos *dimensionais,* que estabelecem um continuum com a normalidade e demarcam uma diferença quantitativa entre normalidade e transtorno para o diagnóstico de TP. Sob essa perspectiva, as diferentes categorias de TP deveriam sumir e poderiam ser substituídas por graus de severidade em prejuízos no *funcionamento da personalidade* ou por

[1] Nosologia compreende-se por “conjunto articulado de conceitos e teorias que nos permitem apreender e delimitar as doenças e suas formas de manifestação” (Banzato & Zorzanelli, 2022)

descrições baseadas em traços de personalidade patológicos e mal adaptativos.

Tomando em consideração essas críticas, o DSM estabeleceu, em 2007, um Grupo de Trabalho (GT) encabeçado por Andrew E. Skodol com o objetivo de propor uma nova classificação para TP que não baseada em um modelo puramente categórico (Zachar et al, 2016). Um modelo híbrido (dimensional e categórico) foi proposto, mantendo 6 das 10 categorias do DSM-IV (incluindo o TPB), porém este modelo foi rejeitado por dois Comitês de Revisão (o Científico e o de Saúde Clínica e Pública) e assim recusado em última instância pela Associação Psiquiátrica Americana (APA). O modelo foi então publicado na seção III do DSM-5 "Instrumentos de Avaliação e Modelos Emergentes", sendo mantido como um modelo alternativo (MATP - Modelo Alternativo do DSM-5 para Transtorno de Personalidade) e mantendo-se quase inalterado o modelo categórico oficial importado do DSM-IV na seção II "Critérios Diagnósticos e Códigos".

Em 2010, antes de completa a proposta para TP do DSM-5, foi estabelecido o GT para TP da CID-11, encabeçado por Peter Tyrer. Assim como o GT do DSM, este grupo tinha como finalidade propor uma nova classificação para TP levando em conta a dimensionalização do diagnóstico. Em todo o processo, uma abordagem completamente dimensional foi defendida, que viria a eliminar todas as tradicionais categorias diagnósticas de TP, estabelecendo uma única dimensão de severidade para todos TP e domínios de traços patológicos como uma entidade qualificadora dos níveis de severidade, sem substituí-los (Tyrer et al, 2019). O modelo proposto pelo GT da CID foi aprovado porém com uma concessão: a manutenção da categoria *borderline* (renomeada como um especificador de "Padrão Borderline") adicionada e diagnosticada independentemente dos parâmetros dimensionais da classificação. A concessão veio seguindo o apelo de Sociedades Internacionais de Pesquisa de TP.[2]

Apesar da esperança de muitos que uma evidência inequívoca pudesse aplacar o debate, a ciência compõe apenas uma parte dos elementos envolvidos na definição de qual modelo seria o mais adequado. Essa constatação está em consonância com o que Sadler (2005) identificou sobre a medicina a partir da análise de valores: diferente da ciência, a prática médica tem como compromisso ético o **bem** de seus pacientes, e a verdade é apenas um dos instrumentos empregados com este fim. Seu método de análise buscou extrair valores implícitos e explícitos implicados na nosologia psiquiátrica, compreendendo a psiquiatria (numa extensão da medicina) como uma prática baseada em valores. Um signo distintivo, porém, estaria marcado na psiquiatria: enquanto a prática médica no geral estaria permeada por valores mais ou menos consensuais, na psiquiatria o dissenso aparece como regra.

Estes valores estão implicados nas classificações diagnósticas, bem como tais classificações estão implicadas na prática e a prática, por sua vez, na vida dos pacientes. O TPB é reconhecido por seu conteúdo moral indissociável (Charland, 2010) e está associado ao estigma que marca a vida dos que recebem o diagnóstico, o qual pode ser usado como um desqualificador de discursos em processos de injustiça epistêmica (Bueter, 2019). Uma das preocupações ao construir classificações nosológicas é como as mesmas podem afetar a vida dos classificados. Assim, a análise de valores da nosologia psiquiátrica pode revelar quais são as questões em jogo para eleger a classificação mais adequada, bem como apreciar seus desdobramentos potenciais e factuais sobre a prática e a vida dos pacientes e profissionais envolvidos.

METODOLOGIA:

Recorrendo à análise linguística, Sadler propôs um método para identificar valores em textos escritos, caracterizando um conjunto de generalizações heurísticas sobre como os valores podem se manifestar no discurso (Sadler, 1997). Assim como Maciel (2016) ao investigar os valores implicados na construção (e recusa) do constructo de "Síndrome Psicótica Atenuada", a presente pesquisa empregou o método de Sadler analisando os textos finais da classificação de TPB, bem como de comentadores e partes interessadas (*stakeholders*) que abordaram os diferentes modelos, privilegiando-se os artigos assinados pelos presidentes (*chairs*) dos respectivos GT's

[2] As sociedades mencionadas foram: ESSPD (European Society for the Study of Personality Disorders), ISSPD (International Society for the Study of Personality Disorders) e NASSPD (North American Society for the Study of Personality Disorders).

da CID e do DSM, observando a quais valores privilegiam na defesa de seus modelos.

Atentou-se especialmente aos valores ontológicos e éticos (pertencentes à natureza humana e à existência e pertencentes ao bem, à moral e à virtude, respectivamente). Além disso, foi inevitável observar os valores pragmáticos (pertencentes ao cumprimento das ações humanas) que tiveram parte decisiva na construção e definição do transtorno. Os valores encontrados (privilegiados ou desfavorecidos) foram destacados em negrito na próxima seção.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Quanto aos valores ontológicos implicados no modelo categórico do DSM-5, imperam as noções de **hiponarratividade**, **individualismo**, **pragmatismo** e **tradicionalismo** (Sadler, 2005, p.175-180). Modelos categóricos têm uma propensão a descrições **essencialistas** de transtornos e, consequentemente, de pessoas (Banicki, 2019). O próprio texto do manual aponta "A característica essencial do transtorno da personalidade borderline" (APA, 2013), recorrendo a termos determinísticos como "mas somente" e verbos recorrentes que, desacompanhados de termos suavizantes como "podem" ou "frequentemente", constroem ideias generalizantes a priori da experiência do indivíduo, de modo que o médico já tenha como certo que esses pacientes "apresentam", "tentam de tudo para", "são muito sensíveis", "vivenciam" determinados sintomas, entre outros. A **simplicidade** aparece como valor epistêmico, secundário, talvez, ao valor pragmático da **utilidade clínica**. O tradicionalismo (evidenciado desde as primeiras edições do DSM por sua preocupação com a "**continuidade clínica**") e o pragmatismo são provavelmente os valores mais relevantes para a manutenção do diagnóstico categórico de TP no DSM-5, uma vez que há "acordo generalizado quanto às falhas de uma abordagem puramente categórica para a avaliação de transtorno de personalidade"[3] (Zachar & First, 2015). A utilidade clínica também é valorizada pela CID, como fica evidente no trecho "o especificador de Padrão Borderline foi incluso para otimizar a utilidade clínica da classificação de Transtorno de Personalidade"[4] (WHO, 2018). Este diagnóstico pode ajudar a identificar "indivíduos que podem responder a determinadas tratamentos psicoterápicos"[5] (WHO, 2018), retomando o **benefício dos pacientes** como valor ético. Apesar dos esforços de Tyrer (2009) para que o TPB não fosse incluído entre as siglas diagnósticas de TP, as pressões políticas de **continuidade clínica e de pesquisa**, bem como a noção de utilidade clínica em sua função ética, foram valores decisivos em manter o TPB na classificação da CID, após a ação de Sociedades Internacionais de Pesquisa de TP. Essas sociedades também influenciaram outros aspectos do modelo final registrado na CID, que, originalmente, não incluía "problemas no funcionamento de aspectos do self", porém apenas "disfunção interpessoal" como critérios diagnósticos. Esse privilégio das disfunções interpessoais, por sua vez, é um indicativo de menor peso do valor ontológico de **individualismo**, tão característicos da nosologia psiquiátrica oficial desde o DSM-III. A ideia, porém, de que tais disfunções teriam sua origem no indivíduo é mantida no texto da CID-11. A **preocupação com o estigma** é também um dos valores éticos mais destacados na confecção da classificação da CID (Herpetz et al, 2022). A retórica do estigma foi, inclusive, um dos pilares argumentativos das sociedades para promoverem alterações diagnósticas no texto da CID-11. Essa preocupação ética também aparece na defesa de um modelo dimensional, que está **menos propenso à reificação** e a noções essencialistas do transtorno, de modo que, sem essa propensão, o estigma da classificação possa ser aplacado. Há um risco, porém, para o Padrão Borderline da CID-11, que, conservado como uma categoria, possa se tornar ainda mais estigmatizante por acentuada a diferença das outras formas de diagnóstico (Livesley, 2011). O destaque para a classificação está na **base empírica** que figura como defesa do modelo em praticamente todos os textos apoiando sua implementação. Por fim, encontram-se ainda declarados os valores da **abrangência** e de **aumentar o diagnóstico** (especialmente em atenção primária) na retórica da CID.

[3] No original: "widespread agreement about the flaws with an exclusively categorical approach to the assessment of personality disorder"

[4] No original: "The Borderline pattern specifier has been included to enhance the clinical utility of the classification of Personality Disorder"

[5] No original: "individuals who may respond to certain psychotherapeutic treatments"

Enquanto o processo da CID-11 manteve o que Sadler (2005) indicou por "diplomacia silenciosa", o processo de introdução de um caráter dimensional no DSM-5 foi cercado por controvérsias e desacordos (Zachar et al, 2015). Múltiplas ideias dissonantes de qual seria o melhor modelo dimensional e de quais valores (especialmente epistêmicos e pragmáticos) deveriam ser privilegiados provocaram a saída de alguns membros do GT, levando a um modelo híbrido (categórico e dimensional) que desagradou avaliadores por sua complexidade, que poderia diminuir sua utilidade clínica. A proposta inicial do GT seria a de propor um modelo para "aumentar a **utilidade clínica** e, assim, melhorar o **atendimento ao paciente**" (Skodol & Bender, 2009). Na avaliação dos comitês, o primeiro valor (pragmático) falhou, o que poderia comprometer o segundo valor (ético) decorrente do primeiro: sem utilidade clínica, não há melhora no atendimento ao paciente. Valores, portanto, intimamente interligados. Para Zachar et al. (2015) tratava-se de "tecer uma proposta que fosse tanto **progressista** quanto **embasada clinicamente**"[6]. Quanto ao texto do TPB, esse também parece se afastar de **noções essencialistas**, concebendo a categoria como um recorte de determinadas combinações dimensionais, se furtando a termos determinísticos e, assim, possivelmente contornando o estigma. Teorias psicodinâmicas estão ainda mais evidentes, estas, muitas das quais remontam à psicanálise e requerem uma formulação narrativa, trazem determinados componentes da história do indivíduo para o diagnóstico, se desviando dos valores tradicionais de **hiponarratividade** nos diagnósticos psiquiátricos.

CONCLUSÕES:

Múltiplos agentes agem na definição de qual nosografia deve tornar-se "oficial" e, assim, ter maior chance de influenciar a prática. Valores de diferentes tipos compõem os discursos que buscam definir o debate. Valores éticos, em especial, podem aparecer tanto na referência que a descrição do transtorno faz ao paciente, como na argumentação pragmática que envolve a forma como a prática profissional influi na vida das pessoas.

Os consensos ao redor desses valores acabam por definir a visão que deve prevalecer, e onde impera o dissenso, uma autoridade pode intervir (como no caso do DSM) ou um novo consenso deve ser buscado, com concessões e acordos (como na CID). A escolha de determinados modelos embute valores que estão além de uma evidência sensível.

É notável que do ponto de vista ético e epistêmico o modelo puramente categórico seja duramente criticado, e que sejam unicamente a simplicidade e a continuidade clínica os valores que sustentam sua permanência com o status de "oficial". Talvez, ainda, a utilidade clínica, porém esse é um valor em disputa, já que é possível que a falta de base empírica para suas categorias díspares possa torná-lo inválido (assim diminuindo sua utilidade clínica) ainda que "simples". Sua defesa em relação aos outros modelos ignora valores éticos, com a exceção da defesa da categoria específica do TPB, que retoma a função ética da utilidade clínica, uma vez que o transtorno pode manter-se na CID-11 pela sua capacidade de identificar pessoas que possam beneficiar-se de determinadas terapias.

Não só a defesa dos modelos dimensionais recorre a valores éticos, como a própria estruturação do seu texto nosográfico baliza questões éticas como evitar o estigma ao construir sentenças que evitem um caráter taxativo e noções essencialistas de transtorno. Isso é notável no MATP, que, num esforço para conciliar continuidade clínica e base empírica, acabou por criar um híbrido que desagradou ambos extremos (tradicionais e progressistas), porém demonstrou, no seu texto final, muito cuidado com como a classificação afeta a vida das pessoas. Assim como a CID-11, em que múltiplas decisões foram tomadas com base no estigma que a classificação pode gerar.

Na CID-11, para manter a continuidade clínica e de pesquisa, bem como aumentar a utilidade clínica e, sobretudo, garantir o benefício de pacientes que podem beneficiar-se de determinadas terapias, importou-se uma classificação puramente categórica do TPB. Essa entidade (importada do modelo categórico) destoante do resto do diagnóstico dimensional, ainda que reconhecida como "padrão" (e não como uma categoria de transtorno) pode reforçar o estigma, conflitando dois princípios éticos: o da beneficência (a partir da identificação de possíveis terapias efetivas aos pacientes) e o da não-maleficência, já que seu diagnóstico pode

[6] No original: "craft a proposal that was both progressive and clinically grounded"

gerar o estigma. Há ainda, nos valores de "abrangência" e "aumento do diagnóstico" defendido pela CID-11 um outro perigo, que é o de tornar o diagnóstico inflacionado, aumentando indiscriminadamente os TP e Padrões Borderline em todo o mundo.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)**. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2013.

BANICKI, Konrad. Beyond the Categorical–Dimensional Dichotomy: An Exercise of Conceptual Geography in the Domain of Personality Disorders. **Journal of Theoretical and Philosophical Psychology,** v. 40, n. 4, p. 219–239, 2020.

BUETER, Anke. Epistemic Injustice and Psychiatric Classification. **Philosophy of Science**, Cincinatti, v. 198, p. 1–22, 2021.

HERPERTZ, Sabine C. SCHNEIDER, Isabella. RENNEBERG, Babette. SCHNEIDER, Antonius. Patients With Personality Disorders in Everyday Clinical Practice: Implications of the ICD-11. **Deutsches Ärzteblatt International**, Berlin, 2022; 119: 1-7.2022

HERPETZ, Sabine C. HUPRICH, Steven K. BOHUS, Martin. CHANEN, Andrew. GOODMAN, Marianne. MEHLUM, Lars. MORAN, Paul. NEWTON-HOWES, Giles. SCOTT, Lori & SHARP, Carla. The Challenge Of Transforming The Diagnostic System Of Personality Disorders. **Journal of Personality Disorders**, Copenhagen, Vol. 31, p. 1-13, 2017.

KINGHORN, Warren. **The Biopolitics of Defining "Mental Disorder"**. In: PHILIPPS, James; FRANCES, Allen (Ed.). Making the DSM-5: Concepts and Controversies. Dordrecht, Springer, Cap. 4. 2013.

LIVESLEY, John. Commentary: Tentative steps in the right direction. **Personality and Mental Health**, New Jersey v.5, p.263-270, 2011

MACIEL, Arthur. **Valores na produção do DSM-5: análise do debate em torno da proposta da Síndrome Psicótica Atenuada**. Campinas, SP, Universidade Estadual de Campinas, 2016.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Classificação Internacional de Doenças**. Geneva: OMS, 11° rev, 2024.

SADLER, John Z. **Values and Psychiatric Diagnosis**. Oxford, Oxford University Press, 2005.

SADLER, J. Z. Recognizing Values: A Descriptive-Causal Method for Medical/Scientiic Discourses. **The Journal of Medicine and Philosophy**, Oxford, v. 22, p. 541–565, 1997.

SCHNEIDER, Kurt. **Psicopatologia Clínica**. Tradução: Emanuel Carneiro Leão. Editora Mestre Jou, São Paulo, 1968.

TYRER, Peter. MULDER, Roger, KIM, Youl-Ri and CRAWFORD, Mike J. The Development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: An Amalgam of Science, Pragmatism, and Politics. **Annu. Rev. Clin. Psychol.** v. 15, p. 481–502, 2019.

TYRER, Peter. Why borderline personality disorder is neither borderline nor a personality disorder. **Personality and Mental Health**, New Jersey, vol 3, p. 86-95, 2009

WHO (World Health Organ.) **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.** Geneva: WHO, 11th rev, 2018.

ZACHAR, Peter. KRUGER, RF. KENDLER KS. Personality disorder in DSM-5: an oral history**. Psychol. Med.**, Cambridge University Press, v. 46, n. 1, p. 1–10, 2016.

ZACHAR, Peter. FIRST, Michael B. Transitioning to a dimensional model of personality disorder in DSM 5.1 and beyond. **Current Opinion in Psychiatry**, Londres, v. 28, n. 1, p. 61–63, 2015