



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

MARIA LUIZA REBÊLO DE AZEVÊDO

**PSIQUIATRIA E SOCIEDADE: uma análise sociológica sobre a
medicalização do mal**

Recife

2019

MARIA LUIZA REBÊLO DE AZEVÊDO

**PSIQUIATRIA E SOCIEDADE: uma análise sociológica sobre a
medicalização do mal**

Dissertação apresentada pela Mestranda Maria Luiza Rebêlo de Azevêdo ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Sociologia.
Área de concentração: Mudança Social

Orientador: Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi

Recife

2019

Catálogo na fonte
Bibliotecária : Valdicea Alves Silva, CRB4-1260

A994p Azevêdo, Maria Luiza Rebêlo de.
Psiquiatria e Sociedade : uma análise sociológica sobre a medicalização do mal / Maria Luiza Rebêlo de Azevêdo. – 2020.
83 f. : il. ; 30 cm.

Orientador : Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Recife, 2020.
Inclui referências.

1. Sociologia. 2. Psiquiatria. 3. Medicalização. 4. Comportamento desviante. I. Perrusi, Artur Fragoso de Albuquerque (Orientador). II. Título.

301 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2020-043)

AGRADECIMENTOS

Para que esse trabalho pudesse existir como agora se apresenta foi necessário muito mais do que mérito e esforço individual. Agradeço, primeiramente, à Universidade Federal de Pernambuco, instituição que me abriu portas para o conhecimento e formação acadêmica inigualáveis, bem como experiências intelectuais, políticas e subjetivas de caráter ímpar. Em face à minha segunda formação na graduação, agradeço também à *Universität Hamburg* pelo acolhimento e suporte das ideias mais incipientes que tive ao formular este trabalho.

Sem dúvida alguma posso dizer que esta segunda etapa de minha formação foi fundamentalmente possível mediante o suporte promovido pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, por acreditar e financiar este trabalho, bem como minha formação como pós-graduanda.

Também ao CEBB - Centro de Estudos Budistas Bodisatva, assim como a toda a sanga, que, em meio a tantos ensinamentos me falou sobre o mais valioso: pare e respire.

Agradeço a cada professora e professor, que em diferentes níveis contribuíram em minha formação, com gestos de amor e total doação me abençoaram com a graça do conhecimento e com o compromisso ético e político de engajamento no mundo. Agradeço especialmente meu estimado orientador e amigo, Profº Drº Artur Perrusi, sentimentos profundos de gratidão, pois não bastasse a orientação cirúrgica, amizade integralmente concebida, seu humor fez todo o processo de produção da dissertação muito mais leve. Ao Profº Drº Jonatas Ferreira, por sua impressionante generosidade intelectual, sinceridade e preocupação com minha formação e produção deste trabalho: obrigada!

Aos demais professores, sem os quais jamais poderia concluir meu curso e ingressar em uma pós-graduação com o mínimo de excelência. São eles: Profº Drº Breno Fontes, que me iniciou na pesquisa científica e me mostrou o quanto o trabalho de campo nos coloca outras perspectivas de mundo que nos transformam inevitavelmente. Com a querida Professora Drº Eliane da Fonte aprendi sobre ética, pesquisa, qualidade e compromisso no ensino, além de ser minha co-orientadora do coração.

A Professora Drº Cynthia Hamlin, por sempre abraçar minhas perguntas, dúvidas e questionamentos intelectuais. Ao Profº Drº Francisco Jatobá, que sempre me auxiliou a ter firmeza e não desistir da pesquisa quantitativa! Além de me demonstrar de forma deveras honrosa como é possível dar o melhor de si nas relações sociais cotidianas.

Também agradeço a Professora Dr^o Maria Eduarda Mota Rocha, por contribuir em minha formação como socióloga, por me auxiliar na compreensão de um Brasil tão desigual e tão rico. Ao Professor Dr^o Gabriel Peters, por toda a troca intelectual, por compartilhar um olhar mais amplo sobre os alcances da pesquisa sociológica em torno das psicopatologias, da filosofia e da própria existência.

E se penso em minha trajetória no curso de Ciências Sociais, devo gratidão eterna à Claudinete Rozendo, por viabilizar, e, de forma tão amorosa, os melhores meios de remediar minha inabilidade burocrática e efusividade mental. Obrigada, Clau!

A presença intensa de minha vida na academia me proporcionou a criação de vínculos que hoje são fundamentais para mim. Por isso, agradeço aos meus tão estimados amigos e amigas, que os nomes infelizmente não cabem aqui, mas que são fruto desta vivência. Em especial: Hudson Felipe Peres da Silva, Débora Vasconcellos, Bárbara Sofia Felix, Tereza Espadeiro, Maria Eduarda Mello, Bruno Ribeiro, Fernanda Fonseca. Aos demais amigos e amigos que, mesmo que de diferentes áreas, sempre foram prestativos e especialmente amorosos em todos os momentos desta caminhada: obrigada de todo o coração Laís Alexandre, Maria Isabel Landim, Débora Caramori Rorato, Marília Cavalcante, Lays Holanda e Ana Camila.

Minha estadia e continuidade no curso não seria possível se não tivesse o apoio incondicional de meu tio Valdir Luna e de minha tia Ana Moura. Agradecimento e expressão de amor que jamais caberiam aqui. À minha avó Ione Luna, por me amar e me proporcionar sempre o melhor que pode dar de si mesma.

À minha irmã Larissa Chaves, por ser minha melhor amiga e grande inspiração de superação de si, incrível na realização de todos os seus papéis sociais! À Gabriel Coêlho, por todo o amor, apoio e aprendizado conjunto. A minha madrasta e grande amiga Anecy Luna, por, indiscutivelmente, acreditar em mim e me apoiar em todas as situações.

Aos meus pais, Fernanda Lages Rebêlo e Benedito Rubens Luna de Azevêdo, sou grata por todo gesto de amor, do aparentemente mais simples ao mais elevado, por me ensinarem igualmente sobre a profundidade da vida e de mentes que não são conformadas.

RESUMO

Medicalização é um conceito que vem sendo cada vez mais trabalhado no âmbito das Ciências Sociais, ainda que os processos de medicalização da vida sejam majoritariamente classificados pelo meio médico. Significa avaliar problemas que outrora não pertenciam ao campo médico, passam a ser percebidos e tratados pelo mesmo. Em função da ocorrência da medicalização da vida moral, algumas repercussões sociais podem ser constatadas e analisadas sociologicamente. Uma possível maneira de verificar tais questões é por meio de manuais de classificações nosológicas na psiquiatria, os quais o uso e reconhecimento são cada vez mais frequentes, que classificam o comportamento humano mediante o saber psiquiátrico como uma ciência dura. Assim, esse projeto pretende verificar como ocorreu o processo de medicalização do mal até sua chegada aos manuais médicos psiquiátricos, que hoje associam o mal às tendências de explicação biológica, transcritas, por exemplo, pelo Transtorno de Personalidade Antissocial, vulgarmente conhecido como psicopatia. Para tanto, é preciso discutir alguns aspectos sobre o mal e suas representações e significados no ocidente, e como hoje ele passa a ser compreendido e classificado nestes manuais. Sendo possível verificar diferentes discursos sobre o tema e discutir a relação entre o contexto social de produção destes novos parâmetros morais e diagnósticos.

Palavras chave: Desvio social. Medicalização. Mal. Psiquiatria.

ABSTRACT

Medicalization is a concept of growing importance on the social sciences field, even though the processes of life's medicalization are classified by the medical Community. Which means that problems outside medical concern, are then treated as part of medical expertise. As consequence of the medicalization of moral field, it's possible to identify some social repercussions and therefore sociologically analyse them. One way of doing this is trough the psychiatric DSM's. Widely acknowledged and a fundamental reference, which classifies humam behavior in terms of the psychiatric understanding. So, this Project intent to analyse the process of medicalization of evil as turning into a matter for the psychiatric DSM's, that recently in its lasts editions assumed a biological slope, for example the undarstanding of Antisocial Personality Disorder, vulgarly know as Psychopathy. There is a urge of rebuilding the social imaginary in relate to evil in Occident and how it is understood and categorised in today's DSM's, being able to bring to perception different discourses to debate the relation between the social contexts of these parameters production.

Keywords: Social Deviation. Medicalisation. Evil. Psychiatry.

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| TABELA 1- Elementos de Funcionamento da Personalidade. | 70 |
| TABELA 2- Resumo do Desenvolvimento Histórico dos DSM'S..... | 72 |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 | MEDICALIZAÇÃO E SOCIEDADE: CRIAÇÃO DE CATEGORIAS NOSOLÓGICAS E A COMPREENSÃO DO COMPORTAMENTO DESVIANTE..... | 13 |
| 2.1 | A DINÂMICA CULTURAL DOS INSTRUMENTOS DE CLASSIFICAÇÃO NOSOLÓGICA | 19 |
| 2.2 | DESVIO SOCIAL E MEDICALIZAÇÃO..... | 24 |
| 3 | DISCUSSÕES FILOSÓFICAS EM TORNO DA IDEIA DE MAL..... | 30 |
| 3.1 | REFLEXÕES SOBRE A IDEIA DE MAL E MORALIDADE | 30 |
| 3.2 | UMA HISTÓRIA ALTERNATIVA PARA A FILOSOFIA NA VISÃO DE SUSAN NEIMAN | 33 |
| 3.3 | O MAL E A AUSÊNCIA DE PENSAMENTO | 36 |
| 3.4 | DIFERENTES OLHARES SOBRE UM MESMO OBJETO: COMO A PSICANÁLISE, PSIQUIATRIA E ETNOPSIQUIATRIA COMPREENDEM DIFERENTES ASPECTOS DO MAL EM SUA MANIFESTAÇÃO PSICOSSOCIAL..... | 38 |
| 4 | TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL: CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO NA PSIQUIATRIA..... | 48 |
| 4.1 | TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL: ESTUDANDO A HISTÓRIA CONCEITUAL DA PERSONALIDADE PSICOPÁTICA | 48 |
| 4.2 | ABORDAGEM DAS CLASSIFICAÇÕES NOSOLÓGICAS NOS MANUAIS MÉDICOS..... | 55 |
| 4.3 | PROBLEMATIZAÇÕES SOCIOJURÍDICAS SOBRE O TRATO DA LEI COM O PSICOPATA..... | 61 |
| 4.4 | O DSM – V E A SESSÃO III..... | 66 |
| 5 | DA PSICOPATOLOGIA À TEORIA SOCIAL..... | 73 |
| 5.1 | DIMENSÕES APOLÍNEAS E DIONISÍACAS DE UMA PSICOPATOLOGIA DA LUCIDEZ E A RELAÇÃO DESTA COM A SEGURANÇA E A INSEGURANÇA ONTOLÓGICA | 73 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 79 |
| | REFERÊNCIAS..... | 81 |

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objetivo, dentre outras demais questões subjacentes, analisar sociologicamente o fenômeno da medicalização do mal. Se trata de um estudo multidisciplinar, de revisão teórica e análise documental, que não apenas necessita dos parâmetros médicos psiquiátricos de classificação de transtornos para fundamentar a discussão, como também de discussões sociológicas e filosóficas sobre moralidade, filosofia, etnopsiquiatria, psiquiatria e psicanálise.

Desta forma, é também através da análise dos manuais médicos de saúde mental que se faz possível verificar como o campo psiquiátrico lida com a abordagem do mal na atualidade. O Transtorno de Personalidade Antissocial, como é nomeado no DSM¹, é comumente reconhecido como Psicopatia. Que é representado no imaginário social sobre diversos estereótipos, como o do *serial killer* dos filmes de terror, ou mesmo de alguém sem a mínima capacidade de exercer empatia. O que se pretende aqui é estabelecer uma ligação entre a criação de patologias e as problemáticas que isto traz do ponto vista teórico e epistemológico, bem como social e político.

Como questões subjacentes, pretende-se ter como base a discussão sobre categorias nosológicas presentes nos manuais médicos psiquiátricos que auxiliam os psiquiatras no diagnóstico. Além de pontuar e problematizar a maneira como o campo psiquiátrico concebe o transtorno, podemos, ao final, ponderar as possíveis implicações que o estudo desta psicopatologia, levando em conta seu caráter também social e político, pode promover para a Teoria Social e análise sociológica mais geral. Para investigar como a medicalização do mal ocorreu, se faz necessário verificar a inevitável relação entre o contexto social e a concepção de mal que foi institucionalizada pelo discurso psiquiátrico, bem como compreender como os parâmetros das classificações nosológicas do que hoje a psiquiatria, enquanto campo de saber institucionalmente legítimo, concebe como possível personificação do mal representado e significado como uma personalidade transtornada.

Não obstante, este trabalho foi dividido em capítulos específicos sobre cada área e tema abordado. No primeiro capítulo discutimos o conceito de medicalização e sua funcionalidade para

¹ Sigla referente ao tempo em inglês *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. A análise dos CID, sigla referente a “Classificação Internacional de Doenças” está em segundo plano, haja vista a preponderância dos DSM’s no atual cenário acadêmico e clínico.

a compreensão da medicalização da existência e, conseqüentemente do comportamento desviante.

No segundo capítulo oferecemos algumas conjecturas sobre alguns dos múltiplos sentidos do mal em suas diversas perspectivas filosóficas. Já o terceiro capítulo se caracteriza enquanto uma revisão bibliográfica do que já foi produzido até a quarta reedição dos DSM's em torno do que hoje concebemos como Transtorno de Personalidade Antissocial, exceto pelo último subtópico, no qual realizamos uma análise interpretativa do conteúdo diferenciado presente na sessão III do DSM -V.

Apesar de o trabalho ser permeado pela análise sociológica sobre a medicalização da vida e deste transtorno, é no capítulo quatro que podemos explorar os caminhos e possíveis reflexões que partem da psicopatologia e vão de encontro a Teoria Social. É preciso, antes disto, verificar mudanças históricas ocorridas nas reedições e problematizar, do ponto de vista sociológico, o que a utilização destes manuais pode acarretar sobre o que a sociedade ocidental moderna legitima como normal *x* anormal, tal qual o que é considerado bem *x* mal. Mais do que isso, para a análise mais atual sobre estes manuais, especialmente dos DSM's, me ancoro sobre a percepção destes como instrumentos que se pressupõe técnicos, mas com concepções diagnósticas de cunho moral, reverberando a ideia dos mesmos como objetos culturais.

Neste sentido, a tentativa é abordar a construção social daquilo que contradiz a ideia de um indivíduo bom, integrado, e que pratica o bem no seu sentido mais cotidiano e incorporado, sendo o mal medicalizado e justificado pelo campo médico. Também sobre a influência destes saberes, a forma como determinados parâmetros de compreensão sobre o que é o mal num sentido patológico e quais as suas novas representações na atualidade.

Por se tratar de uma tentativa de compreensão destes signos sobre o atual enquadramento legitimado do cânone psiquiátrico, este trabalho também será uma reflexão sobre a influência que os manuais médicos exercem sobre as práticas e identificação dos indivíduos, bem como o estabelecimento de uma nova noção de *self* no ocidente.

Estas classificações nosológicas, que se estruturam sob uma lógica racional de subdivisões e recortes, tem como fim evidente o diagnóstico. Entretanto, em meio a este processo é preciso questionar quais problemáticas e repercussões sociais são geradas. Se passamos a conceber e institucionalizar a ideia de *mal* como algo que pode ser biologicamente doentio, algumas questões devem ser consideradas. Isso se dá não apenas num âmbito institucional, como postos

de saúde e hospitais psiquiátricos, como num âmbito jurídico, na forma como as leis passam a vigorar. E, essencialmente, nas questões de cunho cultural, com um processo dialético que apreende e reproduz significados e concepções de mundo que alteram a dinâmica das relações sociais.

2 MEDICALIZAÇÃO E SOCIEDADE: CRIAÇÃO DE CATEGORIAS NOSOLÓGICAS E A COMPREENSÃO DO COMPORTAMENTO DESVIANTE

SOBRE O CONCEITO DE MEDICALIZAÇÃO

A noção de medicalização vem sendo cada vez mais utilizada por diversos campos científicos, não apenas no meio médico como nas ciências das humanidades. Não obstante, trata-se de um termo com diferentes usos e conotações, seja pelo senso comum ou pela comunidade científica. Por esta razão, Peter Conrad (2007) delimita que ao falar em *medicalização* não estamos incitando necessariamente a ideia de super medicalização, o que seria mais próximo ao termo em inglês *overmedicalized*, que é como se apresenta em seu uso mais comum e cotidiano associado ao consumo de medicamentos. Tal pontuação é extremamente necessária, pois este termo é utilizado historicamente de diversas maneiras e apropriado por diferentes campos de saberes, com conotações que podem não expressar exatamente o que aqui se pretende.

A instrumentalização conceitual da palavra medicalização que aqui propomos estará substancialmente relacionada ao conceito proposto pelo sociólogo norte-americano Peter Conrad (2007), no qual a medicalização se configura como um fenômeno social, em que o poder médico confere significados, causas e interpretações médicas a diversos comportamentos que outrora não pertenciam a este meio, discussão descrita com ênfase no trecho:

A “medicalização” descreve um processo pelo qual os problemas não-médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças e transtornos. Alguns analistas sugeriram que o crescimento da jurisdição médica é “uma das transformações mais potentes da última metade do século vinte no Ocidente” (Clarke et al., 2003: 161). Por quase quatro décadas, sociólogos, antropólogos, historiadores, bioeticistas, médicos e outros escreveram sobre medicalização (Bal-lard e Elston, 2005). Esses analistas têm se concentrado nos casos específicos de medicalização, examinando as origens, alcance e impacto da medicalização na sociedade, na medicina, nos pacientes e na cultura (Conrad, 1992; Bartholomew, 2000; Lock, 2001). Enquanto alguns tenham simplesmente examinado o desenvolvimento da medicalização, a maioria tomou uma visão um tanto quanto crítica dessa transformação social (CONRAD, 2007:4, *tradução nossa*)².

² Texto Original: “*Medicalization*” describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness and disorders. Some analysts have suggested that the growth of medical jurisdiction is “one of the most potent transformations of the last half of the twentieth century in the West” (Clarke et al.,2003:161). For nearly four decades, sociologists, anthropologists, historians,

Tal instrumentalização conceitual tem suas bases na interpretação destes fenômenos de medicalização da existência como historicamente contextualizados, o que nos permite identificar suas raízes e como o campo médico alargou seus domínios sobre diferentes áreas da vida. Portanto, esse domínio sobre tópicos que envolvem concepções sobre conduta moral aconteceu por razões outras que não simplesmente o fato de o meio médico nos garantir os verdadeiros parâmetros de classificação da conduta humana. Estas outras razões podem ser elencadas da seguinte maneira:

O tema da medicalização está ligado, no século XVIII, a três importantes passagens: 1- à biohistória, que representa o legado que a intervenção médica deixou, em um nível biológico, na história da espécie humana; 2- à medicalização propriamente dita, ou seja, ao fenômeno que integrou os diversos aspectos do ser humano em uma rede médica ampla; 3- à economia da saúde, ou seja, as consequências que as políticas tiveram na melhoria dos serviços de saúde no contexto europeu (ZORZANELLI et CRUZ, 2018: *sem paginação*).

Esta mesma política do século XVIII foi intitulada por Foucault como *nosopolítica*, que pode ser compreendida enquanto política social que encara a saúde como “um ideal de responsabilidade de todos”. Na Alemanha estando ligada a uma ideia de Estado, na França a ideia de higienização, e na Inglaterra ao controle dos riscos (Idem).

Nessa perspectiva, diferentemente da visão proveniente da psiquiatria de base neurobiológica, ao estudar medicalização percebemos como tais fenômenos tem forte relação com o contexto social no qual estão inevitavelmente inseridos, e, portanto, com aquilo que se coloca moralmente como patológico ou anormal. E é justamente através da análise sociológica que podemos estabelecer algumas reflexões sobre o conteúdo moral presente nos processos de medicalização da existência, a exemplo da própria medicalização do mal a qual aqui nos debruçaremos.

Ainda neste sentido, devemos ressaltar que o campo científico que hoje é institucionalmente legitimado para lidar, seja pela academia ou pela prática clínica, com tais

bioethicists, physicians, and others have written about medicalization (Ballard and Elston, 2005). These analysts have focused on the specific instances of medicalization, examining the origins, range, and impact of medicalization on society, medicine, patients, and culture (Conrad, 1992; Bartholomew, 2000; Lock, 2001). While some have simply examined the development of medicalization, most have taken a somewhat critical or skeptical view of this social transformation”.

questões é o da psiquiatria norte-americana. Tal campo é que produz diversos parâmetros que embasam muitos critérios de medicalização do comportamento humano, o que nos faz assumir uma nova forma de gerir a vida política, que, de forma grosseira, acaba nos colocando como parâmetro aquilo que deve ser definido enquanto normal *x* anormal, por exemplo, mas também que comportamentos seria moralmente aceites ou não.

Essa nova psiquiatria, segundo Foucault (1999), importa-se, sobretudo, com os desvios e anomalias, e tem como referência primeira o desenvolvimento normativo das regras e ideais de comportamento que orientam a conduta dos sujeitos. São esses estados não normativos, entendidos pela mesma como desviantes ou anormais, que se traduzem como objeto do campo psiquiátrico e que, como discorreremos ao longo deste trabalho, evidenciam o quão estamos diante de novas dinâmicas sociais de significações de nosso próprio sofrimento e de como interpretamos o comportamento de outrem enquanto mal ou perverso.

Não obstante, a psiquiatria que se instaura a partir da metade do século XIX, começa por se constituir como um campo de saber legítimo para classificar as diferentes formas de conduta humana, e, como campo legítimo, também tem é capaz de definir a forma de gerir a normalidade. Esta mudança de paradigma estudada pelos autores também se refere ao fato de que a psiquiatria, em especial a que começa a utilizar medicamentos no tratamento de doenças/transtornos, se constrói, como já dito, em cima da figura dos anormais. Assim sendo, daquilo que não se encontra dentro de um ideal psicossocial de normatividade que leva a compreensão de um determinado estado mental. Como nota-se na exposição de Foucault:

O estado patológico é o objeto psiquiátrico privilegiado, é uma espécie de fundo causal permanente a partir do qual pode desenvolver-se um certo número de processos, de episódios, que podem, estes sim, ser definidos como doença. Dito de outro modo, é o solo anormal a partir do qual as doenças se produzem (FOUCAULT, 1999:294).

Na perspectiva foucaultiana, segundo Zorzanelli e Cruz (2018), os estudos de Foucault desde a década de 1970 estão ligados a duas ideias: a primeira esfera referente ao processo de sanitização e urbanização das cidades; e a segunda ao apagamento das fronteiras entre medicina e vida como um todo. Processo que leva ao que os autores intitulam medicalização indefinida.

De forma subsequente, isso gera uma política de controle e regulação sobre os corpos, sobre como os sujeitos devem se portar com a família, com os amigos³, bem como uma nova relação médico-paciente e também no sentido de uma nova noção do *self* que se baseia nestes parâmetros portadores de uma verdade científica, embora repleto de julgamentos ou concepções moralistas, do comportamento humano que contribuiriam para a constituição de nossa subjetividade e do sofrimento.

As normas que regulam o comportamento humano sempre existiram, entretanto, as estruturas de poder que incitam essas classificações se transformam historicamente e algumas vezes são reproduzidas sem grande reflexão. Como o próprio autor coloca: “o elemento que circula do disciplinar ao regulador que se aplica ao corpo e às populações e que permite controlar, ao mesmo tempo, a ordem do corpo e os fatos de uma multiplicidade humana é a norma” (FOUCAULT, 1999). Estes saberes médicos psiquiátricos, ainda que legitimados moral e legalmente, passam por constantes alterações no quadro diagnóstico e na própria concepção de doença e de anormalidade em determinado contexto social.

Não por acaso, Conrad (2007) discorre sobre o fato de a medicalização ser um processo de mão dupla, pois, além de o meio psiquiátrico e das ciências psi em geral resguardarem a possibilidade de medicalizar um comportamento, estes fenômenos também estão relacionados com as mudanças contextuais e sociopolíticas. Bem como a descoberta de novas questões médicas que desvalidam as concepções anteriores. Exemplo disto é como a psiquiatria também se remodela a ponto de consolidar um processo de desmedicalização.

O que quer dizer que um problema que outrora fora abordado como pertencente ao campo médico, torna-se, mais uma vez, não mais pertencente a este campo em especial⁴. A desmedicalização da homossexualidade, ou seja, sua saída da classificação dos manuais médicos, foi influenciada pela luta destas minorias pelo reconhecimento de suas existências como normais,

³ “A medicalização da família, e a infância como período privilegiado de intervenção médica, são características dessa nosopolítica, que transforma a família no “agente mais constante da medicalização”, assumindo seu objetivo central, que é o dever de cada indivíduo com a sua saúde e, ao mesmo tempo, com a saúde geral da população. Não é sem motivo que as quatro estratégias do dispositivo da sexualidade giram em torno da família: a histericização dos corpos femininos; a pedagogização do sexo das crianças; a psiquiatrização do prazer perverso/adulto; e a socialização das condutas de procriação. Nesse contexto, a higiene e o funcionamento da medicina são, ao mesmo tempo, instâncias de controle social e moral” (ZORZANELLI et CRUZ, 2018, *sem paginação*).

⁴ Medicalização é bidirecional, no sentido de que pode haver simultaneamente medicalização e desmedicalização, mas a tendência do século passado tem sido a expansão da jurisdição médica. Para que a desmedicalização ocorra, o problema não deve mais ser definido em termos médicos, e os tratamentos médicos não podem mais considerar as intervenções apropriadas. Um exemplo clássico é a masturbação, que no século dezenove era considerada uma doença merecedora de intervenção médica (ENGELHARDT, 1974), mas em meados do século vinte já não era mais vista como requerendo tratamento médico. (CONRAD, Peter, 2007:7, tradução nossa)

e não associadas a qualquer ideia de anomalia ou doença. Tal movimento que causou mudanças na abordagem psiquiátrica sobre o tema, o que ocasionou a retirada da homossexualidade do DSM enquanto um transtorno mental.

Aqui podemos novamente pensar que, tanto o processo de medicalização quanto o de desmedicalização, tem forte conteúdo moral e político. Isto não significa tornar irrelevante todos os conteúdos referentes às psicopatologias produzidos por este campo, mas evidencia algumas fragilidades que permeiam este modelo interpretativo e classificatório. Ao compreender que tal fenômeno além de complexo possui múltiplas dimensões que extrapolam o que é produzido em determinado momento histórico e institucionalizado pelo saber psiquiátrico, é evidente que a noção desses instrumentos médicos como puramente técnico-científicos pode vir a estar equivocada.

Não queremos com isso fazer o que fez a antipsiquiatria, corrente que pretendia levar esta problematização a tal ponto que acabaria por invalidar a produção de conteúdo deste campo. Possivelmente foi o que fez Szasz (1991) em *Ideology and Insanity* obra que aborda explicitamente uma oposição a este modelo médico que se baseia na tentativa da psiquiatria em fazer-nos estabelecer a compreensão do humano como proveniente de um mundo baseado em sistemas neurais. Ainda nessa perspectiva da antipsiquiatria, é preciso pensar os problemas da vida como tais, e não de forma compatível com os problemas cerebrais (SZASZ, 1991:13), haja vista a influência destes saberes médicos na construção de nossa subjetividade. Também em *Medicalization of Every Day Life*, Szasz (2007) propõe a ideia de que existe um processo social no qual a criação de categorias nosológicas, muitas vezes, transforma “maus comportamentos” (*misbehaviors*) em doenças (SZASZ, 2007:28).

Outros aspectos políticos também ficam claros, como nos lembra Conrad (2007), quando remetemos aos aspectos de discriminação de gênero que podem fundamentar a construção das categorias de diagnóstico, como nos estudos de Catherine Kohler Riessman (1983) e Elianne Riska (2003). A medicalização se estende não apenas para o campo dos transtornos mentais, também ocorre em outras especialidades. Exemplo disto é a medicalização do parto, que com o crescimento da indústria farmacêutica e desenvolvimento das drogas clínicas, passou a ser um momento medicalizado, havendo um aumento do número de cesárias e uso de substâncias químicas de indução do trabalho de parto, por exemplo.

Muito mais do que atestar a veracidade ou não destas classificações, se faz necessário pensar de forma prática como estes fenômenos influenciam a dinâmica social no seu aspecto

objetivo e subjetivo. Objetivamente nos referimos ao ponto de vista institucional, como no caso do campo jurídico, assim como os postos de saúde etc., nos fazendo levantar algumas questões: Quais problemáticas podem influir nos parâmetros de saúde pública? Não cabendo valorar moralmente se esses processos são bons ou ruins por inteiro, mas sim o que eles causam e o que demandamos, enquanto sociedade, sobre aquilo que nos é colocado de forma tão legítima? O psicopata seria um louco incapaz ou simplesmente alguém incapaz de ser bom?

Para tanto, devemos nos perguntar, como aponta mais uma vez Conrad (2007), como se acredita que algo é doentio? Quais as consequências disto? Portanto, devemos demarcar o importante papel da Sociologia ao analisar e problematizar como os processos de medicalização e desmedicalização ocorrem em nossa sociedade. A questão fundamental dos principais trabalhos sobre a medicalização era mostrar como determinados comportamentos que, até então, eram considerados imorais, passaram a ser definidos como médicos (Conrad, Schneider, 1980) – processo este trabalhado por Foucault em suas primeiras análises da noção de biopoder, em que aborda o desenvolvimento da prática política da higiene social como promessa de eliminação da delinquência e das doenças físicas e morais.

A atitude reflexiva mediante esses processos já nos coloca em uma posição emancipatória e não apenas passiva. O exemplo da reforma psiquiátrica ilustra bem esta questão de um desdobramento possível mediante tais reflexões. De tal maneira que contribuimos para a produção de conhecimento, mas também participamos de um movimento que pode vir a incidir sobre a forma que pensamos nossas leis, enlances econômicos, cultura e subjetividades. E ao analisarmos tal assunto, levantamos as problemáticas que nos colocam frente às consequências sociais, como novas subjetividades, representações da doença, institucionalização pela etc., assim como numa questão de paradigma para a produção de conhecimento, por entender que os fenômenos psicopatológicos também têm expressão conotativa diversa.

2.1 A DINÂMICA CULTURAL DOS INSTRUMENTOS DE CLASSIFICAÇÃO NOSOLÓGICA

A constante dinâmica dos processos de medicalização da vida está intimamente relacionada com a própria história de criação de diagnósticos na psiquiatria. Por um lado, com a abordagem histórica entendemos o porquê de determinada concepção da doença, por outro a própria prática clínica se configura como uma experiência viva que pode elaborar modelos nosológicos.

Seja qual for a distinção étnica, muitas culturas produziram diversas classes de objetos reais e ideais, tornando o fenômeno da classificação humana inerente ao ser humano. No caso da cultura médica ocidental, fez isso de forma explícita ao classificar as diversas formas de moléstia humana, tanto no que se refere ao comportamento como a mente. Linné e outros botânicos do século XVIII aplicaram esse método às doenças (BERRIOS, 2008, *sem paginação*).

Quando nos deparamos com a ideia das reedições dos manuais médicos, em especial o DSM, por ser mais restrito aos transtornos mentais, devemos levar em conta que esse processo carrega em si alguns aspectos que estão em constante alteração. A própria sucessão e reedição dos manuais, seja o CID ou o DSM, é exemplo desta dinâmica. A medicalização do comportamento humano, seja ele o considerado comum ou desviante, está intimamente relacionada a maneira como as instituições sociais aderem a estas tendências. Para além disto, se trata de uma reflexão sobre a síntese deste processo na produção de subjetividades por parte dos próprios sujeitos que passam a incorporar tais tendências de compreensão do mundo e não apenas de si mesmos.

E é neste sentido que o livro “A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea”, que tem organização de Jurandir Freira, Benilton Bezerra e Rafaela Zorzanelli, desenvolve suas análises. A este respeito da produção de subjetividades, ressalto o que a professora Rafaela Zorzanelli nos coloca em pauta:

É nesse sentido que o argumento mais forte de Gaines (1992) caminhará no sentido de atribuir à voz da classificação nosológica um *standart* explícito de normalidade que constrói, mantém e, por vezes, idealiza uma noção positiva de self por meio do discurso da classificação da doença. Os DSM's, seriam assim, momentos de reificação de processos culturais por meio dos quais se pode observar uma tradição étnica do que é o self no ocidente e do que se

espera de um ideal de homem em determinado contexto local, que em muitos casos pode ser expandido para contextos mais amplos e globais. Neste sentido, as variações categoriais ocorridas a cada nova edição significam, por um lado, nuances do conceito de normal e anormal pelas quais as sociedades passam em função das alterações a que estão submetidas produzem. As revisões do DSM, para o autor, refletiriam menos a descoberta de novas doenças que momentos de um discurso sobre a construção do eu em determinado contexto local. (ZORZANELLI, 2014:65).

Assim, o DSM enquanto instrumento médico e suas várias reedições não apenas estariam servindo de instrumento médico, mas também constituiriam uma parte fundamental na construção de nossa subjetividade na sociedade ocidental e moderna. Havendo novas patologias e processos de medicalização, existiriam novas formas de sofrer? Como os indivíduos com transtorno passam a se compreender? Esta é outra reflexão que a Sociologia deve repousar o seu olhar. A forma como encaramos o nosso sofrimento, tanto de forma subjetiva quanto estrutural, faz-nos pensar sobre como estes processos influenciam a dinâmica social de forma geral.

Propor um novo status social do sofrimento psíquico implica dizer que há novas maneiras de sofrer, logo, assim que capturadas pela “saúde mental”, novas expressões psicopatológicas – na nossa sociedade, o sofrimento tende a ser enquadrado rapidamente em alguma nosologia. Contudo, talvez se possa ser mais radical do que Ehrenberg ao se propor a hipótese de que, além da mudança no campo geral da “expressividade afetivo-emocional”, estar-se-ia perante novos arranjos da individualidade ou, com uma linguagem mais pomposa, tal processo seria sintoma da reconfiguração da subjetividade moderna, tão alardeada por alguns autores (Elias, 1994; Kumar, 1997; Bauman, 1998; Giddens, 1993). Aqui, o foco não seria o surgimento de novas “pessoas”, propriamente, mas de processos inéditos de subjetivação. O objetivo é evitar a insinuação de que ocorreu transformação totalizante da “pessoa” – longe disso. Neste ponto, “processo de subjetivação” é uma noção que dá conta de fenômenos contraditórios, fragmentados e heterogêneos, pois sua matriz, do ponto de vista sociológico, é multifacetada (linguagem, trabalho, poder, desejo, socialização, valores etc). (PERRUSI 2015, p. 141).

Ainda sob esta ótica, e sobretudo sobre esta dimensão experiencial do adoecimento que se faz possível conectar aquilo que os estudos do psicanalista recifense Benilton Bezerra Júnior (2014) também vem, de alguma maneira, demonstrar. O autor nos coloca o quanto “natureza trágica da vida” está se adequando a parâmetros de normatividade, que podemos correlacionar

com aqueles mesmos colocados por Foucault (1972, 2003)⁵, mas aqui com uma forte leitura voltada para a psicanálise.

Tais expressões da psiquiatria atual são de alguma forma singular, por demonstrarem conflitos que existem entre os campos científicos e de poder. Esses conflitos são fundamentais para melhor compreender como a sociedade se apropria, reverbera e coisifica os termos psiquiátricos. E também dispensa, em certa medida, as noções da psicanálise de acordo com as reedições destes manuais.

Não sendo papel da leitura sociológica se inserir nesta disputa de campos de saber, mas sim, pontuar que a mudança existiu, e, provavelmente, tem motivações contextuais para tanto. E é nesta mesma linha, como bem lembrado por Bezerra (2014), existe uma tensão histórica entre as perspectivas biológicas e as humanísticas, ou psicossociais.

Assim, acreditamos que, de forma mais abrangente, historicamente como podemos desenvolver nossas análises de forma multidisciplinar. Tendo em vista que os diferentes olhares sobre a medicalização e a utilização dos manuais podem demonstrar diferentes inflexões sobre a construção do conhecimento biomédico.

A produção do conhecimento biomédico transformou os estudos clínicos em padrão-ouro pesquisa, e a psiquiatria não ficaria fora disso. É interessante refletir, no campo específico do cuidado à saúde mental, o quanto o *continuum* entre risco e doença a partir de medidas estatísticas de massa, e não da dimensão experiencial do adoecimento. (ZORZANELLI, 2014:63)

O meio psiquiátrico tem, no atual momento, maior relevância na academia. Trabalha com um tipo de modelo baseado nas chamadas *hard sciences*, o que transfere para o meio médico a legitimidade e preponderância na definição daquilo que deve ser compreendido como doença ou não.

Com os manuais, as consultas psiquiátricas podem durar menos tempo, ao mesmo tempo que os planos de saúde podem ter maior consciência das doenças que estão sendo mais

⁵ Pensamento evidenciado no seguinte trecho: “Enfim, são essas descobertas extremas, e apenas elas, que nos permitem, atualmente, considerar que a experiência da loucura que se estende do século XVI até hoje deve sua figura particular, e a origem de seu sentido, a essa ausência, a essa noite e a que tudo o que ocupa. A bela retidão que conduz o pensamento racional à análise da loucura como doença mental deve ser reinterpretada numa dimensão vertical; e neste caso verifica-se que sob cada uma de suas formas ela oculta de maneira mais completa e também mais perigosa essa experiência trágica que tal retidão não conseguiu reduzir. No ponto extremo da opressão, essa explosão, a que assistimos desde Nietzsche, era necessária.” (FOUCAULT, 1972:48; 2003:29)

diagnosticadas etc. Também não podemos excluir o fato de a indústria farmacêutica ter influência sobre isso, pois a mesma também pode se utilizar deste discurso médico- patológico para criar mais remédios, e, conseqüentemente, angariar mais lucros.

Isso significa complementar nossos estudos construcionistas sociais com perspectivas econômicas políticas. A medicalização ainda não ocorre sem que os atores sociais façam algo para tornar isso uma entidade médica, mas os motores que estão dirigindo a medicalização mudaram e precisamos reorientar nosso olhar sociológico à medida que o trem de medicalização se move para o século XXI.” (CONRAD, 2005:12, tradução nossa⁶)

A pesquisa sociológica é um meio interessante para refletirmos sobre essas questões tão atuais. O exemplo da indústria farmacêutica nos propõe um embate relativamente recente, do fim do século XX para os dias de hoje. Portanto, podemos perceber a grande possibilidade da Sociologia se colocar neste embate de forma crítica, além de desconstruir e desnaturalizar padrões de construção da realidade que nos são dados.

Em meio a este debate, elucidamos que a ideia de categorização diagnóstica segue a lógica das outras ciências médicas, em que, quando de algum defeito nas artérias, a exemplo de um diagnóstico cardiológico, pode vir a gerar um problema de circulação sanguínea, bem como um defeito no cérebro, geraria um funcionamento diferente do sistema nervoso, que explicaria diversos comportamentos que não seriam o padrão normativo de comportamento.

De todos os potenciais benefícios de uma classificação, o mais importante é o seu poder preditivo (ou seja, sua capacidade de produzir conhecimento adicional sobre a entidade no momento de sua classificação). O fato de que essa frutificação epistemológica na psiquiatria raramente seja aparente exige consideração. Nesse sentido, uma explicação pode ser a de que, para ser informativo, os sistemas classificatórios precisam ser estruturados, abrangentes e baseados em uma teoria geral (como a tabela periódica dos elementos químicos). Por razões que são discutidas em outras sessões desse artigo, há pouca esperança de que isso seja alcançado em psiquiatria” “-Faz-se necessário assumir uma série de premissas com relação à exequibilidade das classificações. Por exemplo, como mencionado, os escritores começam pela premissa de que classificar seja a expressão de uma função cognitiva adaptativa. Esse pressuposto é expresso de diversas maneiras: por exemplo, usando a epistemologia kantiana e afirmando que o homem não

⁶ Texto original: *This means supplementing our social constructionist studies with political economic perspectives. Medicalization still doesn't occur without social actors doing something to make an entity medical, but the engines that are driving medicalization have changed and we need to refocus our sociological eye as the medicalization train moves into the twenty-first century.* (CONRAD, 2005:12)

pode parar de classificar. Nesse sentido, J. S. Mill também acreditava que classificar fosse algo intrínseco à gramática e que predicados fossem mecanismos naturais de acomodação/distribuição. Um ‘conceito de acomodação/distribuição’ traz um critério de identidade e, assim, determina um tipo de objeto para o qual faz sentido perguntar se objetos desse tipo são iguais ou diferentes. Mas nem todos concordaram com isso no século XIX. Por exemplo, Durkheim acreditava que a mente humana era de fato não muito boa em gerar classificações e que ela tomava emprestados modelos do simbolismo disponíveis na sociedade e na cultura. Portanto, as ditas ‘categorias lógicas’ seriam, na verdade, categorias sociais. (BERRIOS, 2008; sem paginação)

Não discutiremos a veracidade ou não desse modelo biomédico, mas sim, como a forma, com que são organizadas essas categorias nosológicas, pode representar um novo paradigma para a Sociologia. Pois, sendo esse transtorno de origem fisiológica, por que os critérios diagnósticos têm como premissas requisitos morais? O que significa utilizar esses parâmetros? Até que ponto a psiquiatria e a biologia podem explicar questões sociais, como o tráfico, por exemplo? A legitimidade desse tipo de estudo provocaria que tipos de mudanças na análise sociológica, antropológica e política da sociedade?

O problema não estaria em haver um modelo classificatório de diagnóstico. Isso se expressa em inúmeras formas de saber, tais quais a biologia, a sociologia e até mesmo a própria psicanálise. A questão passível de questionamento, como bem pontua Conrad (1992), é se haveria uma despolitização nesses modelos. Ou seja, será que este modelo de critério diagnóstico estaria mudando o paradigma de interpretação de determinados comportamentos, como o criminoso, por exemplo? A sociologia pode, com bastante certeza, nos ajudar identificar, questionar e verificar o impacto nas diferentes esferas sociais que essas questões podem implicar.

2.2 DESVIO SOCIAL E MEDICALIZAÇÃO

Em *Deviance and Medicalization – From Badness to Sickness* (1992) podemos acompanhar um estudo sobre a medicalização de diversos comportamentos desviantes. Também percebemos as mudanças morais nos critérios de avaliação do que é considerado enquanto ou comportamento que desvia da norma ou não. Neste mesmo trabalho já se faz possível adentrar mais especificamente nas problemáticas da medicalização no que se refere a reflexão sobre a diferença de tratamento entre o criminoso e doente: os criminosos seriam punidos com o objetivo de alterar o seu comportamento no sentido da convencionalidade, ou seja, do que é socialmente padronizado como norma, portanto, um transgressor da lei.

Já as pessoas entendidas como doentes seriam tratadas com o objetivo de alterar as condições que impedem sua de funcionar e produzir. Mais adiante veremos com maior profundidade como este terreno é sensível quando discutimos comportamentos antissociais. Nesta ideia de comportamento desviante, discutiremos os princípios do comportamento antissocial, que fora criado e classificado inicialmente na psiquiatria legal do século XIX, quando se instaura a noção de indivíduo perigoso. As aferições sociais sobre diversos comportamentos sociais desviantes são gradativamente modificadas pela ação da psiquiatria desde o século XIX até hoje, nos quais: “Tudo o que é desordem indisciplina, agitação, indocilidade, caráter reativo, falta de afeto, etc., tudo, daqui em diante, poderá ser psiquiatrizado” (FOUCAULT, 1999:150).

A questão do desvio social está presente nos estudos sociológicos como um paradigma fundamental. Eles foram, historicamente, modificados. Em um momento tratados como questões da cultura e dos valores morais, mas, mediante o processo de medicalização do comportamento não normativo, passa a ser legitimado no campo médico. Para melhor esclarecer o que estes comportamentos desviantes significam, percebemos na citação:

Comportamentos desviantes que antes eram definidos como imorais, pecaminosos ou criminosos foram dados significados médicos. Alguns dizem que a reabilitação substituiu a punição, mas em muitos casos os tratamentos médicos tornaram-se uma nova forma de punição e controle social. Esta transformação não é certamente completa e não foi inteiramente unidirecional. Essas mudanças não ocorreram por si mesmas nem foram resultado de uma

evolução "natural" da sociedade ou do progresso inevitável da medicina (CONRAD; SCHNEIDER, 1981:1, tradução nossa⁷).

Ainda neste espectro, toda reflexão mais atual deste projeto sobre estudos foucaultianos é aprofundada a partir de Nikolas Rose (2007), essencialmente no que se refere às respostas das ciências do cérebro a problemas que antes tinham outra interpretação, seguindo, nesse aspecto, a perspectiva de aqui adotada. Para Rose (2007), as experiências vividas baseadas em termos e concepções neuroquímicas fornecem uma série de novos signos que dão um sentido a realidade subjetiva dos sujeitos, demarcando o surgimento de um “eu neuroquímico”.

Esta nova concepção de sujeito, especialmente nas sociedades ocidentais, demarca um contexto no qual as explicações neuroquímicas são as que constituem um *status* de verdade e, portanto, estas que são necessariamente consideradas válidas objetivamente. Para além de reflexões que giram e torno da ideia de uma busca de compreensão da existência baseada nos mecanismos de funcionamento cerebral, também podemos pensar, partindo de Rose (2007), a busca de um *self* auto empreendedor que precisa gerir sua vida mediante os patamares classificatórios postulados pelos modelos científicos vigentes.

As mudanças que classificaram o desvio social também têm forte conotação ligada ao controle social. Essas questões são caras às ciências da humanidade, mais ainda como objeto fundamental para a sociologia e antropologia, por perpassar a noção de regulação social, na qual já existiria um campo sociológico que estuda há muito tempo a questão do desvio social. E é essa regulamentação social que daria corpo às leis morais que regem nossa sociedade e transformam algumas questões em condições societárias. Ou seja, a nossa sociedade cria regras de regulamentação moral que definem o que seria desvio em determinado contexto.

Porém, o que é compreendido como mal, transgressor ou perverso, tem grande variação histórica e cultural. Tal pontuação é necessária para que a ideia de crime não seja essencializada, observação ponderada por Becker (2008) em seus estudos sobre o desvio social. A naturalização das regras sociais é o que motiva a rotulação de determinados comportamentos como desviantes, e mantemos e reproduzimos tais discursos, o que não significa dizer que tais

⁷ Texto original: “*Deviant behaviors that were once defined as immoral, sinful, or criminal have been given medical meanings. Some say that rehabilitation has replaced punishment, but in many cases medical treatments have become a new form of punishment and social control. This transformation is certainly not complete and has not been entirely unidirectional. These changes have not occurred by themselves nor have they been the result of a "natural" evolution of society or the inevitable progress of medicine*” (CONRAD; SCHNEIDER, 1981:1).

discursos sejam verdadeiros ou neutros do ponto de vista moral. Mas significa sim, dizer que damos verdade a estes discursos, especialmente quando reproduzimos os mesmos de forma irrefletida.

Assim, também para os autores, o maior poder do controle social vem do fato de o mesmo construir uma autoridade que serve para definir certos comportamentos, pessoas e coisas. Como na passagem “O controle social, então, pode ser visto como o poder de ter um conjunto particular de definições do mundo realizado tanto no espírito quanto na prática” (CONRAD, SCHNEIDER, 1992:8, tradução nossa)⁸. Esses mecanismos de controle social provem de campos que produzem categorias do que se enquadra como certo, errado, desviante, bom e ruim.

Percebemos então que, ainda que não questionando a veracidade ou não destes parâmetros, é interessante ter em mente que, aquilo que é categorizado como um comportamento mau, pode ter até mesmo tido outra interpretação legal em outros momentos históricos. Como a questão da legalização das drogas ou de remédios, que ora são proibidos, ora, em outra circunstância, regulamentados. Os autores utilizam o exemplo da idade média, pois era a igreja católica que detinha o poder e autoridade, que posteriormente com o declínio da Igreja passa a ser do Estado, para definir as atividades desviantes e maldosas.

Este livro examina como as formas crescentes de comportamento desviante foram definidas como problemas médicos e, portanto, adequadamente sob o controle social médico. Examinamos como a medicina conquistou a autoridade para definir os problemas como "doença", em vez de "maldade" e analisar as consequências desta transformação. (CONRAD, SCHNEIDER, 1992, p. 9-9)

Baseando-se fundamentalmente na ideia do corpo como uma máquina, na origem genética da doença o que ajudou a sustentar uma “doutrina da especificidade etiológica”. Tendência que, para os autores, não dominou apenas o mercado, mas também a cultura. Se temos em vista aquilo que é considerado desviante em uma sociedade é um produto de um processo político de grupos que podem circunstancialmente legitimar determinadas definições que críticas se podem fazer aos manuais ou saberes médicos que se pretendem universais? A

⁸ Texto original: *Social control, then, can be seen as the power to have a particular set of definitions of the world realized in both spirit and practice.* (CONRAD, SCHNEIDER, 1992:8)

própria definição de desvio, quando ligada à uma definição médica, também se pretende tal universalidade (CONRAD, SCHNEIDER, 1992).

Já percebemos, portanto, que um novo paradigma se coloca para a sociedade, em especial a ocidental. Que tipo de conhecimento estamos produzindo para lidar com problemas que tem forte conotação moral? Para Conrad e Schneider (1992), estaria havendo uma despolitização do comportamento humano. O que pode fazer com que problemas graves sejam encarados sobre uma única, ou ao menos majoritária, perspectiva. Desvio social é uma categoria universal, e os autores afirmam isso se valendo de Durkheim, quando o mesmo diz que o desvio é “normal” para uma determinada sociedade.

Porém, apesar de universal, não existem formas completamente universais de desvio, varia de contexto e momento histórico, e por isso é uma categoria que passa por definição intencional na sociedade, os grupos sociais fazem regras para reforçar as sanções sociais, assim, sempre envolve poder de pessoas ou grupos, que legitimam sua moralidade e definições de desvio.

O controle social, na ótica de Conrad e Schneider (1992), surgiria justamente como uma ferramenta para a promoção da conformidade, de entendermos que determinados comportamentos são normais, ou tem uma explicação legitimada por determinado grupo. Quando este controle social é formalizado, e é institucionalizado, passa a ter o respaldo da lei, regulamentações em instituições públicas, e ganha legitimidade social, envolvendo agentes, ele passa a ser ainda mais poderoso e menos passível de questionamento.

Trazendo para a nossa problemática, quando pensamos no DSM, podemos pensar que as categorias diagnósticas são, de alguma maneira, maneiras de enquadramento social. Elas podem nos sugerir uma forma de pensar a anormalidade e, no que se refere ao TPA, a uma forma de compreender a maldade. Não à toa, para estes autores, o maior poder de controle social vem do fato de se ter autoridade de definir alguns comportamentos, pessoas e coisas. A medicina, que em sua história nem sempre foi tão poderosa, prestigiosa, lucrativa e bem-sucedida, hoje tem grande poder moralizador, pois é compreendida como uma instituição milagrosa que conseguiu dar boas respostas a questões que eram problemas sociais pertencentes a outras esferas.

Esse poderio médico no qual nos encontramos hoje nos permite entender como certas categorias de desvio social tornam-se definidas como médicas, ao invés de problemas morais. Para os autores, em confluência qualquer comportamento ou ação desviante é essencialmente

um fenômeno de substancia política. E de como a jurisdição médica conseguiu designar determinados comportamentos como doentios, ao invés de maldosos (CONRAD, SCHNEIDER, 1992:18).

Não apenas uma disputa de campo de saberes que tem diferentes noções de compreensão do real, mas no caso do saber médico, começa a imbricar novas situações de mercado, e possíveis interesses que motivariam essa legitimidade. Na sociedade moderna industrial, como apontam os autores, apenas a lei e a medicina tem legitimidade para promover categorias de desvio, com designações que se pretendem universais. Assim, o trabalho médico pode liderar a criação de categorias que significam determinados comportamentos sociais como pertencentes ao meio médico, por exemplo, os Transtornos de Personalidade. Isso não quer dizer que o fenômeno psicopatológico não exista, mas que a categorização do mesmo e inserção no meio médico faria com que este passasse, bem como outros comportamentos, da maldade para a doença.

Esse processo de medicalização do desvio social pode ter repercussões negativas para a sociedade em múltiplos aspectos, não apenas no caso da psicopatia. Isso porque, ainda que funcionando sob a luz de critérios morais de classificação, a medicalização se pretende universal e com objetividade real, o que a distância de uma visão mais flexível no tempo e no espaço que ocorre.

Em resumo, percebemos que a designação do desvio social tem mudando em função do processo de medicalização induzido pelo meio médico. Muito do que antes era colocado como maldade, pecado, ou mesmo comportamento criminoso, agora passa a ser retratado como doença. Categorias como alcoolismo, vício em drogas, crianças hiperativas, suicídio, obesidade, retardamento mental, crime, comportamento violento, abuso sexual infantil, entre vários outros, são agora categorias sociais de desvio (CONRAD, SCHNEIDER, 1992: 34).

Lembramos ainda que esse processo de medicalização do desvio social já passou também para o um processo de desmedicalização, o que evidencia o quão o contexto e a moral vigente de uma sociedade são fundantes para a criação destas categorias. A masturbação, por exemplo, que na era vitoriana fora tratada como doença, hoje é vista como um componente normal no exercício da sexualidade. E é a partir destas reflexões que angariamos capacidade de mínimo discernimento daquilo que nos é colocado por meio destas instituições legítimas. Tal processo reflexivo pode vir a acarretar uma desconstrução de certos parâmetros, mas pode também nos garantir uma visão mais ampla e moral e politicamente complexa sobre determinados comportamentos.

Os perigos desta “tirania terapêutica” estão ligados ao fato de o processo de medicalização esvaziar de sentido inúmeras problemáticas sociais, que interferem inclusive nas subjetividades e nas novas formas de sofrimento que se colocam em nossa sociedade moderna e ocidental. Os conflitos morais, políticos, religiosos precisam de espaço para serem discutidos, não sendo suprimidos por esse “estado terapêutico”. A criminalidade, por exemplo, passa a ser constituinte da identidade, ao invés de um comportamento. Ou seja, isso passa a ser quem você é, e não apenas o que você faz. E é por isso que a Sociologia, enquanto disciplina imaginativa e reflexiva do mundo, pode nos promover profunda reflexão sobre este novo paradigma.

3 DISCUSSÕES FILOSÓFICAS EM TORNO DA IDEIA DE MAL

3.1 REFLEXÕES SOBRE A IDEIA DE MAL E MORALIDADE

Estudos interseccionais sobre psicopatologias e as Ciências Sociais estão trilhando caminhos cada vez mais próximos. E, se outrora o caminho já foi de especialização e fragmentação das ciências, agora precisamos nos voltar para estes objetos e reestabelecer um olhar mais integrado sobre os mesmos, principalmente no que se refere a determinados padrões de comportamento humanos considerados patológicos ou transtornados.

A este respeito, e sobre a relação entre cognição e mente, escreve o médico psiquiatra e filósofo alemão Thomas Fuchs (2001, *sem paginação*) “A questão do estatuto da natureza do sofrimento e dos transtornos mentais é atualmente o tópico intelectual dominante na relação entre a Filosofia, Psicologia e a Psiquiatria/ Psicanálise”. O sentido desta expansão analítica não é tentar barrar tais processos de medicalização, e sim de estabelecer diferentes perspectivas e questionamentos em torno da explicação e significação em torno destes fenômenos.

Não se trata também de uma briga por campo, ou reconhecimento acerca do olhar mais aproximado de uma suposta realidade objetiva, se não uma tentativa de conectar diferentes aspectos presentes, de forma mais ou menos evidente, nos processos de medicalização da vida. Ademais, além de um estudo sobre sobre a noção atual que embasa determinadas psicopatologias, a ideia de sofrimento é a que está como plano de fundo comum entre todas elas, até mesmo para o TPA. Consideramos como uma categoria diferenciada, porque seu quadro nosológico de classificação diagnóstica não explora dimensões do indivíduo considerado psicopata enquanto um ser que sofre, mas sim que causa sofrimento. Por essa mesma razão, faremos algumas pontuações gerais sobre a ideia de sofrimento no mundo e sua relação com concepções filosóficas sobre o mal.

A compreensão do fenômeno da medicalização do mal que aqui nos esforçamos em explorar, está associado a ideia de um cultivo de uma moral específica, e, por consequência, de concepções que embasam a ideia de mal no mundo e também presente nos sujeitos, sobretudo a que se constituiu ao longo da história da civilização ocidental.

Os sentidos do mal no mundo são múltiplos, e não nos preocuparemos aqui em destrinchar inteiramente cada um deles. Procuraremos, portanto, levantar aspectos obscurecidos pelas concepções mais recentes de categorias diagnósticas, em especial a discussão associada

ao TPA, e que estão inevitavelmente conectados a tais processos por essencializar apenas uma visão sobre o mal. Ao tomarmos o mal partindo apenas de uma perspectiva, que tem como intenção naturaliza-lo, estamos reduzindo um complexo debate no qual se circunscreve a própria história de sofrimento no mundo. A este respeito Danielle Brasiliense (2014) pontua questões pertinentes a esta pesquisa, no trecho:

Existe uma preocupação da sociedade, de modo geral, em mapear o mal e construir regras para que este seja reconhecido e, assim, possamos nos poupar do sofrimento que ele venha nos causar. Com isso, ignoram-se os múltiplos sentidos do mal, colocando-o em uma espécie de moldura (Brasiliense, 2014: *sem paginação*).

Atualmente, a moldura que recorta e estreita essa noção, é sem dúvida, a do meio psiquiátrico, haja vista a discussão elaborada no primeiro capítulo deste trabalho sobre a como o meio médico significa diversos aspectos da conduta moral dos sujeitos. Entretanto, para adentrarmos mais pormenorizadamente do debate sobre moral e também sobre o mal, e o porquê de estar tão intimamente associado a uma ideia de valor moral negativo, Brasiliense volta a Nietzsche, e nos esclarece no trecho:

Para começar a pensar a lógica da moral estabelecida entre os homens, Nietzsche procura nos mostrar uma possível origem da ideia de bom. Segundo o filósofo, o juízo de bom não está ligado aos que fazem o bem, mas àqueles que têm o status de bom, como nobres, ou seres poderosos que tomam para si o direito de criar valores. Obviamente, como todo signo, o estatuto de bom é circular, pois com uma mudança de papéis sociais essa ideia é alterada. Para o plebeu, para os homens comuns, os nobres que os exploram são os maus. Mas vale pensar que a moral não é uma equação simples, na qual o homem se sistematiza por meio e regras e a partir daí está automaticamente condicionado a viver conforme sua escolha entre o bem e o mal (NIETZSCHE, 1998). Não nos resta dúvida de que o que foi discursivamente cristalizado na nossa sociedade foi a ideia de que bom é o que é melhor, o que está acima de todo e qualquer tipo de vulgaridade. E é com base nesta ideia que a opinião pública e o tribunal midiático se manifestam hoje. O mal, portanto, é tudo aquilo que contradiz o bom, ou seja, o baixo, o menor, o ruim. (Brasiliense, 2014, *sem paginação*)

Estas são considerações iniciais importantes para iniciarmos a reflexão aqui proposta, pois já aqui ficam elucidados os aspectos morais que constituem uma noção de *status*, socialmente

construída e produzida historicamente. Tal processo é inerente a própria vida humana em sociedade, pois precisamos tonar o mundo inteligível e repleto de significados. Esta mesma ideia de um mundo com sentido, ordenado, bem como promotor de uma moral que orienta a conduta humana, nos coloca frente a um fenômeno de significação também do próprio mal que é inerente a vida, e que é o promotor do sofrimento no mundo, razão pela qual não podemos ser totalmente felizes.

Nesse sentido, a moral nos protege a ideia de mal que a sociedade teme, o medo de sofrer, proveniente também da irracionalidade ou imprevisibilidade por parte de determinados sujeitos. Resta-nos, entretanto, responder à questão: se construímos *status*, símbolos, místicas, religiões, etc., que nos colocam noções sobre o que é ser contra o justo, o certo e o bom, porque o mal continua a existir? E ainda, se o mal é inevitável mesmo mediante tantas construções, porque tentamos classificar, exorcizar, e porque tememos⁹ tanto o mal quando o mesmo parece inevitável e intrínseco à natureza da vida?

Essas questões permeiam a proposta deste trabalho e seu aspecto mais categórico e diagnóstico será explorado no próximo capítulo. Antes disso, porém, devemos nos ater a uma distinção um tanto quanto filosófica e mais geral sobre o mal. O primeiro aspecto que elucidaremos aqui é o mal inspecionado por Hannah Arendt em seu estudo sobre o julgamento do Eichmann. O segundo está mais associado a ideia de sofrimento no mundo, e da nossa necessidade humana e existencial em dar sentido e inteligibilidade a um mundo que promove sofrimento e transformação incessantemente. São duas perspectivas que, embora diferentes, tem em comum o fato de não naturalizarem o mal, mas sim perceber sua relação estruturas burocráticas de poder e também sobre nossos anseios existenciais de significar a *Weltschmerz*¹⁰.

⁹ Não à toa o título no *best-seller* sobre psiquiatria no Brasil se intitula “Mentes perigosas – o psicopata mora ao lado”

¹⁰ Expressão do alemão que em tradução livre significa “dor de mundo”.

3.2 UMA HISTÓRIA ALTERNATIVA PARA A FILOSOFIA NA VISÃO DE SUSAN NEIMAN

Em outro sentido, tornar o mundo inteligível e preenchido de significado é um processo vetorizado pela psiquiatria, daí então a ideia de um mal medicalizado, explicado e com suas raízes na neuroquímica cerebral. Entretanto, do ponto de vista de Susan Neiman “a natureza não tem significado; seus eventos não são sinais” (NEIMAN, 2002, p. 294). O mal, por seu turno, desafia a razão humana no seu ímpeto em conferir sentido ao mundo, em torna-lo inteligível. Um exemplo explorado pela autora se refere ao terremoto de Lisboa, ocorrido em 1º de novembro de 1755, como um marco da manifestação deste mal, que não apenas desafia a razão, mas a própria ideia cristã que orientava de forma mais absoluta a sociedade portuguesa da época.

Nos faz questionar, por exemplo, o porquê de tal desastre acontecer, haja vista um Deus que figura a imagem da bondade e compaixão. A pergunta que necessariamente ainda nos persegue é: qual o sentido de um mundo em que os inocentes sofrem? O Terremoto de Lisboa foi um marco fundamental para se pensar o mal no mundo, pois suas repercussões extrapolam discussões teológicas, chegam a esfera científica/médica e também filosófica. Para a autora, tal evento causou uma mudança de perspectiva na humanidade, sobretudo no ocidente.

Toda a catástrofe acabara por revelar que o mundo estava distante dos seres humanos, e não era tão inteligível e racional quanto nossa cultura havia significado até então. Pontua, inclusive, que tal evento marca o fim do projeto da era moderna e o início da modernidade. Nesta ótica, a preocupação dos autores modernos residia justamente em perceber que as explicações tradicionais não eram suficientes para explicar as tragédias ou catástrofes do mundo, seja para Leibniz, Pope, Rousseau, Kant, Hegel e por fim Marx (Neiman, 2002).

A fracasso da ideia de um criador acabou por ocasionar uma busca cada vez mais racional de compreensão do mundo, sem que seja necessária uma visão metafísica ou transcendente para tanto. O mal, neste sentido, não poderia mais ter explicações transcendentais ou de cunho teológico, como anteriormente a filosofia se ancorava, esta crença agora é colocada em xeque. Neiman (2002) nomeia algumas figuras da história da filosofia que representam este momento, que de alguma maneira estão “condenando

o arquiteto” como os de Hume, Marquês de Sade e Schopenhauer. Questionar a visão teológica é questionar também a pretensão da ideia do universo que estaria sempre em perfeito funcionamento, por essa razão a busca se torna no mundo empírico (Neiman, 2002). A olhar dos sujeitos não deveria mais estar direcionado aos céus, e sim para as questões do mundo.

Neiman (2002) coloca como marco subsequente e no qual encontramos bastante relação com este trabalho, está muito associado a figura de Nietzsche e Freud. Retrata, com base nestes autores, mais uma ruptura, pois estes dois importantes autores não estão ancorados em nenhuma das perspectivas anteriores, se não em novas concepções sobre os sujeitos inseridos em uma civilização encoberta por uma moral muito específica de conduta humana. É justamente o ser humano, demasiado humano, que busca no mundo muito mais do que ele é capaz de prover, inclusive do ponto de vista de nossas pulsões inconscientes.

Esta terceira perspectiva de compreensão, na qual em grande medida se ancora a psicanálise, não vê nem no mundo e nem nos céus as explicações para o sofrimento e o mal no mundo, se não dentro dos próprios sujeitos. De acordo com a explicação de Freud, as convenções sociais que constituem moralmente a civilização não são capazes de eliminar as tendências ao mal, por essa razão, a mente primitiva está sempre latente, imperecível (GONZALBO, 2006, p.165).

O que é certo é que, no esquema geral de Freud, o processo civilizador é acompanhado por uma forma particular de sofrimento, no sentido de que esse processo nos obriga a conter, cada vez mais energeticamente, nossa inevitável animalidade: "a civilização é construída sobre uma renúncia ao instinto"(Freud, p.44). Deste modo, produz uma frustração típica, indissociável do desenvolvimento cultural: "se a civilização não conseguir tantos sacrifícios grandiosos, não só na sexualidade do homem, mas na sua agressividade, poderemos entender melhor porque é difícil para ele ser feliz nesta civilização. Na verdade, o homem primitivo estava em melhor situação ao não conhecer restrições do instinto (GONZALBO, 2006, p. 62, *tradução livre*)¹¹.

¹¹ Texto original: *What is certain is that, in Freud's general scheme, the process of civilization is accompanied by a particular form of suffering, in the sense that this process obliges us to restrain, each time more energetically, our inevitable animality: "Civilization is built up upon a renunciation of instinct". (Freud, Civilization, p. 44). In this way, it produces a typical frustration, inseparable from cultural development: "If civilization imposes such great sacrifices, not only on man's sexuality but on his aggressivity, we can understand better why it is hard for him to be happy in that civilization. In fact, primitive man was better off in knowing no restrictions of instinct (GONZALBO, 2006, p. 62).*

Na última e mais recente parte de uma história alternativa da filosofia, Neiman (2002) recai seu olhar sobre Arendt, Adorno e Horkheimer, Camus e Rawls, todos em suas respectivas perspectivas sobre o mal, colocando a contribuição de Arendt como a mais importante do século XX. O totalitarismo e o extermínio ocorridos nos campos de concentração, especialmente em Auschwitz, não revelavam mais a distância dos seres humanos em relação ao mundo, se não em relação a nós mesmos.

3.3 O MAL E A AUSÊNCIA DE PENSAMENTO

A cara reflexão e contribuição de Hannah Arendt (ANDRADE, 2010) sobre a “banalidade do mal”, proporciona uma discussão de cunho filosófico e também político sobre o mal em um sentido peculiar. Ao falar sobre o julgamento de Adolf Eichmann, ocorrido em 1961, na cidade de Jerusalém, a autora começa suas problematizações em torno da ideia de mal num sentido associado a ausência de pensamento, de reflexão no sentido crítico de subjugar ou questionar ordens. O mal, nessa perspectiva, pode ser concebido de forma banal, natural e realizado pela simples execução de funções.

É então naturalizado dentro de um contexto em que realizar atrocidades como o extermínio de milhares de seres humanos pode ser um ato até então plenamente realizável e não condenável, haja vista que não havia supostamente intenção, se não a resposta a um sistema burocrático. Tal reflexão não implica ausentar os responsáveis, tais quais o próprio Eichmann, de sua culpa pelos crimes realizados, se não de evidenciar como dispositivos de uma cultura de obediência em um contexto totalitário, possibilita relativizar comportamentos maldosos a um ponto em que tudo se torna aceitável em função de um bem maior, mesmo que seja a extinção de pessoas que são consideradas diferentes ou inferiores.

Quem realiza tais atos seriam pessoas comuns, intimamente afetadas pela ideia de cumprir ordens cegamente realizar seu dever. Por mais artroses que determinadas ações realizadas fossem, os indivíduos que as realizavam não faziam isso de forma monstruosamente maquinada, mas sim reproduziam as ordens de forma irrefletida. O que não retira o caráter desumano de tais ações, mas certamente evidencia o caráter não reflexivo sobre si mesmo, a ausência de pensamento sobre determinadas ações; "O problema de Eichmann era exatamente que muitos eram como ele, e muitos não eram nem pervertidos, nem sádicos, mas eram e ainda são terrível e assustadoramente normais" (ARENDR, 1999, p. 299 apud. ANDRADE, 2010). Percebemos de forma mais elucidada na seguinte passagem:

Há alguns anos, em relato sobre o julgamento de Eichmann em Jerusalém, mencionei a “banalidade do mal”. Não quis, com a expressão, referir-me a teoria ou doutrina de qualquer espécie, mas antes a algo bastante factual, o fenômeno dos atos maus, cometidos em proporções gigantescas – atos cuja raiz não iremos encontrar em uma especial maldade, patologia ou convicção ideológica do agente; sua personalidade destacava-se unicamente por uma

extraordinária superficialidade. (ARENDR, 1993:145 apud. ANDRADE, 2010)

Esse mal analisado por Arendt, é diferente do que podemos observar na figura de Marquês de Sade, nos quais os atos de má conduta são conscientemente elaborados e reconhecidos como tal, quase como um direito dos sujeitos em direcionar sua moral em função de sua liberdade intrínseca. De qualquer maneira esse sentido de mal que primeiramente abordamos, não coloca sua existência em um problema fruto de uma patologia, se não da irracionalidade proveniente de um sistema burocrático.

Assim, qualquer “cidadão de bem” estaria suscetível, mesmo que de forma irrefletida, e por isso mesmo, a praticar o mal. Ou seja, mesmo frente a tamanha devastação como a que vimos os sistemas totalitários, os indivíduos que cometiam tais atrocidades não seriam doentes nem mesmo transtornados, ao menos não necessariamente.

3.4 DIFERENTES OLHARES SOBRE UM MESMO OBJETO: COMO A PSICANÁLISE, PSIQUIATRIA E ETNOPSQUIATRIA COMPREENDEM DIFERENTES ASPECTOS DO MAL EM SUA MANIFESTAÇÃO PSICOSSOCIAL

Em “A parte mais obscura de nós mesmos – uma história dos perversos”, publicada em 2008, a historiadora e psicanalista Elizabeth Roudinesco traz uma importante discussão sobre a história dos perversos na sociedade ocidental. Mesmo com uma abordagem marcadamente psicanalítica, a obra traz possibilidades estimáveis de compreensão da história da medicalização do mal em face ao processo de instrumentalização das subjetividades por parte do saber científico-psiquiátrico.

Esta obra é uma referência importante para este trabalho porque aborda do ponto de vista histórico e também filosófico diversas discussões sobre o mal e a maldade praticada por determinados sujeitos. O livro trata de uma tentativa de entender onde começa a perversão e quem são os perversos que primam pelo gozo do mal. A obra não tem cunho moralista e, por esta razão, traz temas que são de alguma maneira renegados, por serem considerados grotescos e maldosos. O tema abordado também trata do processo social e histórico no qual a ciência médica passa a ocupar um lugar que outrora fora da autoridade divina. Autoridade esta que discernia sobre o corpo e a alma, subsequentemente, do comportamento humano.

Existiria, de forma deveras evidente, uma tentativa de desmistificar ou, em certo sentido, não mais de objetificar a maldade, assim como o comportamento perverso. Pois os mesmos, além de constituírem quem somos, podem também ser associados a ideais positivos, como a própria autora coloca, o que levanta uma nova perspectiva sobre a questão: “mas a perversão é também criatividade, superação de si, grandeza. Essa dupla perspectiva sobre o comportamento perverso parece ser a grande antítese em relação as colocações propostas pela psiquiatria, pois “Seja o gozo do mal ou paixão pelo soberano bem, a perversão é uma circunstância da espécie humana: o mundo animal está excluído dela, assim como do crime” (ROUDINESCO, 2008:11).

Para sua construção argumentativa a autora se utiliza de personagens reais como Gilles de Rais, Marquês de Sade e Rudolf Höss, que são personificações do mal e apareceram em diferentes momentos históricos, na tentativa de evidenciar como a ideia de maldade se constituiu contextualmente até o ponto de ser medicalizada pelo campo psiquiátrico. O plano de fundo é sempre demonstrar que a perversidade está em nós, como a parte mais obscura de nós mesmos.

Portanto, o conflito moral que perpassa o campo sagrado e mitológico com a modernidade se transforma num problema da conduta humana. Algumas condutas eram permitidas, como por exemplo, a flagelação em nome do sagrado e do divino. Isso durou até final do século XIV, momento em que o teólogo João Charlie de Gerson passa condenar a flagelação do corpo e passa a propagar uma nova hermenêutica cristã. Os valores em voga seriam agora baseados no amor e na confissão sendo a forma correta de livrar-se do pecado (ROUDINESCO, 2008).

Posteriormente, temos também o fato da força do iluminismo no século XVIII, processo no qual a igreja começara a perder hegemonia e, por essa razão, o discurso de perversão como uma condição do espírito passa a ser substituída por uma noção de natureza bárbara advinda do discurso científico que estava sendo construído juntamente com o discurso da racionalidade científica e posteriormente o também o discurso psiquiátrico.

O forte e brutal imagem do personagem histórico e real que foi Marquês de Sade, se configura como um dos principais personagens citados pela autora, pois tem sua importância associada ao fato dele estar fortemente ligado a representações cruéis ligadas às práticas sexuais conscientes e inescrupulosas. Seus escritos causavam espanto por tratar da perversidade em seu sentido mais inescrupuloso de forma “natural”.

Natural no sentido de que seu comportamento mal era justificado pelo mesmo como um espectro da natureza como um todo, e, portanto, se o mundo e a natureza são permeados pelo mal, os seres humanos que teriam aspectos desta natureza obscura deveriam vivenciá-la. Mas, além disto, o que Sade trouxe de importante para a reflexão proposta por Roudinesco (2008) se apresenta pelo fato de nenhuma moralidade ou discurso científico serem suficientes para colocar freios no sexo, bem como na perversão.

Perversão, esta, na perspectiva psicanalítica trazida pela autora, está intrínseca à civilização, que a posteriori passa a ser medicalizada e tratada pela psiquiatria, passando a impor uma nova forma de se considerar o *status* de natureza e o comportamento humano normal. É dentro deste processo social que pouco tempo depois, no século XIX, a perversão deixa totalmente de ser um problema posto pela filosofia moral para adentrar no campo propriamente científico da época. Um embate entre o meio jurídico e científico começa a ser travado, à medida que ambos disputam a legitimidade na definição daquilo que seria loucura e a possível cura da mesma.

Tal problemática nos acompanha até os dias de hoje se pensarmos qual seria o lugar do psicopata quando comete crimes, pois seria ele louco ou criminoso? Sade se aproveitou-se deste

embate e tentou ser colocado como louco para fugir do sansão da lei. Esse mesmo momento histórico era acompanhado pela medicalização das grandes paixões humanas, havendo uma mudança de paradigma no qual a perversidade passa a ser encarada como doença (ROUDINESCO, 2008:69).

O termo “biocracia” se referia a como chamada no século XIX o que posteriormente veio a ser chamado de “biopolítica” por Foucault, conceito que já trabalhamos na primeira sessão deste trabalho, mas que aqui enfatizamos o mesmo enquanto um fenômeno que tinha como pretensão de domesticar o gozo do mal.

Assim, como nos lembra Roudinesco (2008), uns novos montantes de nomes em latim nomeiam comportamentos que agora medicalizados ganham conotação psiquiátrica. Ainda que antes também já haviam sido medicalizados pela psicanálise, mas agora ganham um aspecto mais restrito e que pretendia uma objetividade maior do que colocava a psicanálise.

Tal processo ainda que ali de forma incipiente, se comparado com agora, de medicalização, tem caráter racional, e seu *modus operandi* já incrusta características de ramificação e subdivisões presentes, de forma bem mais complexa, nos manuais de classificação de doenças mentais de hoje em dia. A perversão, portanto, deixa de ser “a perversão” e passa a ser entendida enquanto um conjunto ramificado de perversões.

Como consequência, as singularidades sexuais julgadas mais perversas – bestialidade, sodomia, inversão, fetichismo, felação, flagelação, masturbação, violência consentida, etc.- não constituem mais objeto de nenhuma condenação, uma vez que a lei não se intromete mais na maneira como os cidadãos tencionam alcançar o orgasmo na intimidade de suas vidas. Esvaziadas de seu furor pornográfico, são então rebatizadas ao sabor de uma terminologia sofisticada. Na literatura médica do século XIX, não se fala mais de foder, de cu, de xoxota, nem das diferentes maneiras de tocar punheta, fornicar, enrubar, comer merda, chupar, mijar, cagar, etc. Inventam-se, para descrever uma sexualidade dita “patológica”, uma lista impressionante de termos eruditos derivados do grego. E, inclusive com frequência, para dissimular a eventual cruza da qualificação de um ato, fala-se latim (ROUDINESCO, 2008:78).

Isso já denotava uma nova busca por um ideal de conduta humana, que na medida em que delimitava aquilo que era mal, perverso, obscuro, demonstrava aquilo que era também civilizado. Assim, o debate sobre a origem do mal relacionado as práticas sexuais com questões como criminalidade e a loucura iria compor a normalização dentro critérios daquilo que seria

socialmente aceito e o que seria moralmente condenável. Esse processo já demonstra o início da criação de categorias nosológicas, denotando também como o campo médico psiquiátrico passava a dominar além do discurso que adentrava na cultura, também por meio de categorias de linguagem, o que era entendido como doença, loucura e crime.

Não à toa as grotescas obras de Sade deixam de ser vendidas, mas fica perceptível na passagem como esse movimento foi questionado por alguns pensadores:

E são então os escritores que resgatam por conta própria - de Flaubert a Huysmans, passando por Baudelaire e Maupassant - o antigo vocabulário licencioso rechaçado pela ciência, a fim de melhor celebrar, contra uma burguesia odiada e uma sexologia julgada grotesca, as novas potências do mal: as cortesãs, os bordeis, a pornografia, a sífilis, os paraísos artificiais, o spleen, o exotismo, a mística. Por conseguinte, Sade torna-se para esses escritores o herói subterrâneo de uma consciência do mal capaz de subverter a nova ordem moral. Sob o nome de Sade, é assim sublimada a própria palavra perversão enquanto parte obscura de nós mesmos, no momento em que é escorraçada do catálogo da medicina mental. (ROUDINESCO, 2008:80).

Essa reação já apontava para um movimento que tentava negar a perversão como gozo do mal. Quando concatenamos sobre as várias problemáticas postas pelo Iluminismo, temos o fato do mesmo se preocupar em responder a seguinte questão: o mal vem da natureza ou da cultura? Essa preocupação em entender o homem em seu estado selvagem e civilizado foi fortemente influenciado pela teoria da evolução darwiniana. Assertivamente, nos propõe Roudinesco (2008), que para os pensadores do século XIX este estado de natureza fincava sua conotação com uma noção de reino primordial do homem.

De forma que o homem, ainda que civilizado, conserva traços de uma ancestralidade evolutiva, e essa percepção se torna um novo paradigma para a ciências médica. E é dessa forma que os perversos que constituíam raça maldita, passam a ser tratados sob a representação desta ancestralidade animalesca, bestial e que não teria aspectos civilizatórios. Assim, como pena, esta raça maldita, onde pertenciam os perversos, não pertenceria a Pólis e, acima de tudo, à espécie humana.

Parece assim existir uma forte rejeição a o comportamento que fugisse destes ideais religiosos ou científicos que eram postulados, e perversidade passa a ser objetificada e tratada como um comportamento desviante. Noção que, em muitos aspectos, perdura até hoje. O que a autora tenta constantemente explicitar é que, para a psicanálise, a perversão é condição

necessária para à civilização, por ser a parte maldita das sociedades, que é inerente aos sujeitos e que sempre existiu e existirá. Isso não significa dizer que não seria impossível haver uma superação de si.

Entretanto, a racionalidade iluminista foi projetada de forma enviesada, sendo até mesmo contrária aos ideais do próprio iluminismo, foi levada a um caminho tortuoso e cheio de terror, no qual a noção de “raça” e “valor de vida negativa” eram utilizadas em um projeto genocida. Assim, os sujeitos acometidos por um mal incurável, deficiência ou anomalia de raças inferiores, não tinham direito à vida. A ciência, ali postulada, baseava-se em doutrinas religiosas, no qual a sexualidade humana passava por forte controle.

A relação existente entre os crimes cometidos e este estado de exceção estão fortemente associados aos discursos médicos provenientes das ciências médicas e jurídicas do século XIX, funcionando como uma máquina de aniquilação daquilo que se enquadrava, sob a ótica nazista, em categorias de desvio social. A autora ainda pondera que para Sade, o criminoso apenas obedece a uma natureza selvagem, mas este nunca aceitaria se submeter à “lei do crime” como no caso do nazismo. A interpretação psicanalítica da autora está bem circunscrita no trecho:

Em suma, fizeram da ciência o instrumento de um gozo do mal que, escapando a toda representação do sublime e do abjeto, do lícito e do ilícito, permitiu-lhes designar a coletividade dos homens- isto é, a espécie humana- como um povo dos perversos a ser reduzido a dejetos contabilizáveis e coisificados: carnes, ligamentos, músculos, ossos, mãos, dentes, olhos, órgãos, pelos, cabelos (ROUDINESCO, 2008:162).

A partir de tais ponderações podemos fazer oposição ao corrente discurso psiquiátrico, que, na verdade, procura quantificar os psicopatas no mundo, como a estimativa de que 4% da população teria comportamento naturalmente mal e tomando isso como uma forma condicionada de ser. O motivo estaria na forma diferente que o cérebro funcionaria. O sujeito, portanto, não teria condições de superar isso de fato, poderia apenas mascarar com uma forte presença de uma educação castradora e da cultura (SILVA, 2008).

Por esta ótica, haveria pouco espaço para as discussões que inserem a subjetividade como parte constituinte do processo diagnóstico ou de concepção do transtorno. Roudinesco ainda aponta que o maior problema do DSM está justamente na redução dos sujeitos a objetos sob vigilância, além de uma tentativa de abolir as diferenças e uma supressão da ordem do desejo etc. a questão é que fazemos sobre nós mesmos, diagnósticos que são de alguma maneira

frutos de uma tirania da confissão. (ROUDINESCO, 2008). Porém, a maior problemática recai sobre o fato de que a sociedade que almeja abolir esta parte maldita, é ela própria uma sociedade perversa, e essa é uma problemática paradoxal.

Assim, a psiquiatria não saberia como lidar com a questão do gozo do mal, que uma questão típica e inerentemente humana, da qual não poderemos jamais nos livrar, mas estabelecer concepções menos restritas. A visão psiquiátrica, que vem tendo mais adesão do século XX para cá, traz-nos uma nova gama de paradigmas a serem analisados quando colocamos em pauta a questão do mal enquanto um problema biológico que faz o cérebro não conseguir ser bom.

O primeiro estudo feito sobre psicopatas, como aponta a psiquiatra Ana Maria Beatriz (2008) em “Mentes Perigosas – O Psicopata Mora ao Lado” foi publicado em 1941, que foi o livro *The Mask of Sanity*, por um psiquiatra norte americano chamado Hervey Clackley. E foi neste primeiro estudo que o psicólogo norte-americano Robert Hare em 1991, que também estudava psicopatia, criou a escala Hare, que funciona hoje como um *checklist* comportamental para identificação deste indivíduo socialmente perigoso por ser psicopata. É o método mais utilizado pela psiquiatria para identificar psicopatas, ainda que hajam descobertas do campo neurobiológico, os apontamentos para diagnósticos se baseiam estritamente em questões de cunho moral.

Aqui já percebemos uma forte tensão entre os paradigmas psicanalítico e psiquiátrico, tendo em vista que a psiquiatria parece interpretar o comportamento maldoso, pelo menos de forma extrema e patológica, apenas em um grupo seletivo de indivíduos, cerca de 4% da população mundial (SILVA, 2008). Como chegar a esse número tendo como base os preceitos da psiquiatria sobre o Transtorno de Personalidade Antissocial se a própria psiquiatria ainda não encontrou um consenso diagnósticos.

Uma das problemáticas é que os preceitos utilizados para diagnóstico, tem forte conteúdo moral sobre o que deve ou não pertencer à uma boa conduta humana. E ainda que codificado em manuais médicos, como o DSM e o CID, é preciso entender que esses parâmetros devem ser considerados de forma crítica, pois se transformam culturalmente. Além disso, os parâmetros muitas vezes podem ser abrangentes, e presentes em um grande número de pessoas em diferentes graus, sendo difícil aferir exatamente em que nível se apresenta de fato e que relação isso tem com sua história de vida de cada um.

Por essa mesma razão a autora e psiquiatra também aponta que esses critérios diagnósticos precisam de cautela e os indivíduos com essa patologia devem encaixar-se de forma significativa neste perfil (SILVA, 2008). As características que da história diagnóstica da medicalização do TPA serão abordadas na próxima sessão deste trabalho, mas estão majoritariamente associadas aos seguintes preceitos:

Mentir, trapacear e manipular são talentos inatos dos psicopatas. Com uma imaginação fértil e focada sempre em si próprios, os psicopatas também apresentam uma surpreendente indiferença à possibilidade de serem descobertos em suas farsas. (SILVA, 2008:76).

Além da problemática diagnóstica que se coloca como pertencente ao campo da neutralidade científica, algumas questões sociais passam a ser inseridas no campo psiquiátrico. Ou seja, o exercício reflexivo, tão caro às ciências da humanidade, passa a ganhar uma nova explicação. Não cabendo aqui discernir qual é a melhor ou mais correta, mas sim ponderar sobre estas categorias, aferindo que comportamentos foram cooptados pelo campo psiquiátrico.

Além disso, a representação simbólica e midiática fica completamente associada a ideia monstruosa de um ser humano exclusivamente mau. Não obstante, livro que no Brasil mais popularizou a imagem do psicopata e o qual estamos descrevendo o olhar da psiquiatria, foi também um alicerce para a construção dos vilões de novelas, mostrando como essa simbologia chega a ter um aspecto caricato por meio de uma idealização midiática.

A produção narrativa dos meios de comunicação, especialmente o jornalismo, sobre casos de violência costuma ser reduzida à estrutura de um romance policial. Os enredos são marcados pela existência sintetizada dos personagens-padrão: mocinho, bandido e vítima. Essa forma romântica de noticiar reforça os mecanismos de criminalização de um lugar culturalmente estabelecido como desordem e reafirma, conseqüentemente, a existência da anormalidade dos sujeitos. A leitura desses discursos enquadrada por este esquema prefigurado sobre a violência não permite outras formas de compreensão do fenômeno que não a de idealizar a monstruosidade (Brasiliense, 2014; *sem paginação*)

Complexos problemas políticos, que são agora considerados como desviantes e patológicos, tem um longo histórico permeado por questões de desigualdade social, racial e de

gênero. Ganham, contudo, uma explicação mediante as classificações de diagnósticos da psiquiatria, no trecho:

Eles geralmente estão envolvidos em transgressões sociais como tráfico de drogas, corrupção, roubos, assaltos à mão armada, estelionatos, fraudes no sistema financeiro, agressões físicas, violência no trânsito etc. Porém, na maioria das vezes não são descobertos e nem penalizados pelos seus comportamentos ilícitos (SILVA, 2008:129).

Por serem comportamentos de conteúdo moral, a psiquiatria também se preocupou em responder esta questão, tentando explicar que nosso cérebro teria uma moralidade inata (SILVA, 2008). E, em função disto, os seres humanos que não teriam traços de psicopatia presentes no TPA, saberiam distinguir de forma inata aquilo que é certo do errado, e quando ultrapassamos esse limite de forma inescrupulosa e sem pensar no outro, isto poderia significar um traço patológico. Como fruto de uma atividade neurobiológica funcional do cérebro, a psicopatia poderia, mas apenas parcialmente e de forma não tão esclarecida nesta obra, ser castrada pela cultura e educação. (SILVA, 2008).

Ainda que esses aspectos sejam levados minimamente em consideração, não há cura para o transtorno. Segundo o próprio manual de classificação utilizado pela autora como base o DSM – IV- TR na qual “a psicopatia tem um curso crônico, no entanto pode tornar-se menos evidente à medida que o indivíduo envelhece, particularmente a partir dos 40 anos de idade.” (SILVA, 2008:173) Assim, a perspectiva do livro é quase a de incitação de um medo social por essas pessoas malignas, cuja maldade seria singular, diferente da que habitaria nas pessoas “normais”.

Já a leitura da Etnopsiquiatria nos traz mais uma possibilidade, não apenas de uma outra percepção sobre o debate da moralidade que conduz os parâmetros da ideia de maldade em nossa sociedade. Mas, sobretudo, nos auxilia num sentido epistemológico. Sentido este de compreensão mais complexa sobre o estudo cultural das questões médicas e dos fenômenos psicopatológicos. O Antropólogo François Laplantine (1998), em sua obra “Aprender Etnopsiquiatria” nos tópicos especiais para pensarmos sobre a relação entre as psicopatologias e as culturas nas quais estão inseridas. O próprio autor esclarece no trecho:

Para responder a essas diferentes situações, nas quais os campos psicológico e psicopatológico encontram o da cultura, é que a Etnopsiquiatria se constitui menos, como veremos, por acumulação de conhecimentos do que por ruptura epistemológica com o espírito de ortodoxia da psiquiatria e da sociologia clássica. Dessa prática dos confins, originada de um incessante vaivém entre a cultura dos outros e a cultura a qual pertencemos, entre o psiquismo doente e o psiquismo que encontrou equilíbrio por meio de múltiplas sublimações culturais possíveis, podemos, provisoriamente, propor a seguinte definição: a Etnopsiquiatria é o estudo das relações entre as condutas psicopatológicas e as culturas nas quais se inscrevem (LAPLANTINE, 1998).

Essa mesma obra, o autor traz importantes incitações analíticas também quando cita Geza Róheim, relatando importante crítica Etnopsicanalítica que recai sobre a Antropologia Cultural. Sendo a mesma incapaz de perceber aquilo que apesar de ser socialmente reprimido, não deixa de estar presente na civilização. Ou seja, essa reflexão fundamental para entendermos que o fenômeno psicopatológico pode não ser unicamente cultural. De forma que o psiquismo e o social jamais poderiam estar separados, devendo haver uma necessidade de superação desta dicotomia. Sobretudo, na perspectiva da Etnopsiquiatria, todo dogmatismo epistemológico deve ser superado no intuito de uma produção de conhecimento mais completa e multidisciplinar (LAPLANTINE, 1998).

É o que, em certo sentido, este trabalho pretende trazer. Evidentemente, isso não nos isenta de uma postura crítica. A categoria de humano, colocada pelos atuais manuais de classificação como o CID e DSM, levam-nos a refletir como, na verdade, a noção de doença, normalidade e patologia não são categorias de fato universais. Pois ainda que o fenômeno psicopatológico ocorra em todas as sociedades, ele vai se apresentar de maneira mais ou menos singular em cada uma delas. Como forma de exemplificar isto o autor cita o caso de a esquizofrenia não aparecer como caso clínico em sociedades antes entendidas como “tradicionais”, como também não aparece na psiquiatria francesa até então. (LAPLANTINE, 1998:37).

A Etnopsiquiatria, enquanto disciplina, pode inclusive nos ajudar a compreender como outras sociedades apreendem as noções de doença mental e o tratamento que é dado dentro de suas concepções nosológicas e etiológicas. No caso da maldade, patologicamente empreendida pela sociedade como psicopatia, o autor problematiza a forma como os preceitos morais que conduzem a formulação dos sintomas. Pois aquilo que nós consideramos como mal e perverso, em outras sociedades pode não ter a mesma conotação.

É o caso, como cita o autor, da cultura dos *Iks*, que são uma população de antigos caçadores nômades de Uganda, agora sedentarizados. O autor nos coloca alguns exemplos que causariam horror aos olhos ocidentais, mas que para esta etnia é considerado como constituinte de um comportamento que se estabelece dentro das normas.

Os velhos conseguem, penosamente, obter alimento, pois os adultos e as crianças confiscam-no deles em meio a hilaridade geral. Outro traço do humor ikiano, que também suscita hilaridade dos pais e dos mais velhos, consiste em expor as crianças aos perigos, por exemplo, deixa-las queimarem-se caindo sobre brasas incandescentes. O homem que vai roubar algum alimento, longe de procurar dividi-lo, ficará com todo ele para si, sabendo que sua mulher e sua família farão o mesmo (LAPLANTINE, 1998:95).

O abandono da psiquiatria por aspectos humanos está associado a uma descrença na psicanálise, psicodinâmica ou fenomenologia, que seriam perspectivas que humanizariam a psiquiatria. A dimensão existencial de reconhecimento do sofrimento e da dor, bem como do próprio mal no mundo e nos sujeitos passa a ter significado em termos de transtornos provenientes de processos químicos no cérebro.

O sintoma é a própria doença ou, mais propriamente, o transtorno mental; a intervenção química nos processos cerebrais substitui ou toma a dianteira sobre o tratamento psicanalítico, isto é, sobre o tratamento pela palavra – em que o paciente era levado reconhecer o seu sofrimento, ou seja, dar-lhe proporção e sentido existencial. Com a popularização das novas terapias de base química dissemina-se uma percepção de que não precisamos dar significado ao nosso sofrimento, mas silenciá-lo radicalmente. A consequência mais radical da privatização do sofrimento é o seu emudecimento, sua transformação em um conjunto de sintomas que podem ser objeto de tratamento bioquímico. (FERREIRA, 2014, sem paginação).

Dentro do que aqui foi abordado, percebe-se que a maldade não tem apenas diferentes abordagens, como diferentes interpretações em cada sociedade. A transgressão social às normas existe, mas se constitui de forma muito diferente. Não só em uma mudança de contexto social, ou seja, como determinado comportamento é interpretado em outras sociedades, mas também como esse mesmo comportamento teve diferentes variações de abordagens históricas.

4 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL: CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO NA PSIQUIATRIA

4.1 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL: ESTUDANDO A HISTÓRIA CONCEITUAL DA PERSONALIDADE PSICOPÁTICA

A imagem que hoje temos sobre o psicopata, ou mesmo sobre as representações do Transtorno de Personalidade Antissocial, seja esta imagem midiática ou médica, parece ter suas raízes em antigas formulações sobre o que seria um indivíduo criminoso. Para nos reportarmos a ancestralidade histórica da construção desta categoria nosológica, utilizaremos como base discursiva uma série de artigos sobre o tema e que parecem estar em correspondência. Tal discussão é necessária para que assim possamos esclarecer como os manuais médicos, em especial a série de DSM's, continuam este antigo projeto e, em certa medida, se desprendem de algumas antigas noções.

A definição psicopatológica deste transtorno não se constitui como um desafio recente, pois desde seu princípio, ainda no século XIX, estava associada a ideia do louco ou mesmo do criminoso, estereótipos que foram influenciados por aspectos sociais, morais e científicos. Mais especificamente, o conceito de psicopatia surgiu em 1809, com um trabalho de Pinel, no qual introduziu o conceito de “mania sem delírio” em que os atos de agressividade ou anormalidade eram justificados. Para Rush, tais atos seriam provenientes de uma insensibilidade congênita que não havia sido identificado (SOEIRO et GONÇALVES, 2010:228).

Tal concepção inicial se configura como grande paradoxo da ideia do psicopata até os dias de hoje, pois como de fato podemos compreender um *louco* que não apresenta aspectos psicóticos, e que, ao contrário disso, parece ter plena consciência de seus atos moralmente maldosos? Até então os estudos pareciam atribuir a causas inatas, ainda que não identificadas de forma eficaz, as explicações aos fenômenos desviantes de indivíduos considerados anormais, porém lúcidos.

A atribuição de fatores ditos ambientais como explicação e possibilidade de tratamento para os fenômenos considerados como antissociais associados a figura do psicopata se deram apenas posteriormente. Dentre os autores dos artigos considerados para a produção deste capítulo, Soreio e Gonçalves (2010), em “O *estado de arte* do conceito de psicopatia”, que

pontuaram a partir de Prichard que se desenvolveram escolas educativas para indivíduos, geralmente ainda jovens, que apresentavam um comportamento moralmente desviante.

As ideias de Prichard foram facilmente colocadas em xeque, porque a ideia de uma insanidade que fosse decorrente da moral não pareceu satisfatória para a época. Não por acaso, o psiquiatra alemão Koch, já em fins do século XIX, responde estas ideias da escola ambientalista propondo a noção de uma “perturbação na personalidade”, tal qual a noção de “inferioridade psicopática”, ambas relacionadas à ideia de enfermidade psíquica associada a questões congênitas.

Mais próximo ainda da atual definição estaria a proposta por Kraepelin, que utilizou um termo válido até hoje, o de “personalidade psicopática”, especialmente em seu “Tratado de Psiquiatria” (1915), que aqui já apresentavam subdivisões com treze categorias que buscavam não simplesmente compreender, mas classificar condutas desviantes consideradas imorais ou anormais (SOEIRO et GONÇALVES, 2010).

A definição de uma *personalidade psicopática*, ou seja, de uma personalidade perturbada, parece permanecer atualmente, haja vista a semelhança com a definição atual utilizada pela psiquiatria biológica da noção de *transtorno*¹². Nesse momento a psicopatia passa a ser melhor subdividida, tendo agora uma série de quesitos classificatórios de cunho moral, que buscavam auxiliar a visão médica e científica sobre o assunto. Nesse sentido, foi com Schneider que estas importantes demarcações classificatórias ganharam corpo, além de melhor diferenciar a ideia de doença mental distinta de psicopatia (SOEIRO et GONÇALVES, 2010).

O autor considerou ser errado definir doença como doença mental uma perturbação que tem por base traços psíquicos (Cantero, 1993). A sua classificação baseava-se, então, nos traços disposicionais associados ao estudo da personalidade e das vivências que determinavam o desenvolvimento da mesma. Nesta perspectiva, a psicopatia está relacionada com desvios quantitativos das características normais da personalidade, salientando-se, desta forma, a importância dos aspectos predisposicionais (Gonçalves, 1999). Este conjunto de indicadores está na base da sua tipografia das personalidades psicopáticas. Schneider (1923/1955), classificou as personalidades psicopáticas em 10 categorias distintas: (1) Hipertímicos; (2) Depressivos; (3) inseguros; (4) Fanáticos; (5) Carentes de valor; (6) Lábeis de humos; Explosivos; (8) Apáticos; (9) Abúlicos; (10) Asténicos. Apesar desta tipologia, o autor chamou ainda a atenção para a identificação de diversas combinações com gradações diferentes. Segundo Gonçalves (1999), este trabalho corresponde a

¹² Tal discussão é melhor aprofundada com Mitjavila e Mathes (2012).

uma tentativa de precisão do diagnóstico da psicopatia, que teve já o contributo de outros autores como Koch e Kraepelin (SOEIRO et GONÇALVES, 2010: 229).

Este breve, porém, necessário, resumo das categorias e estudos que preconizavam a atual ideia que temos sobre o Transtorno de Personalidade Antissocial se mostra como essencial não apenas para a delimitação do diagnóstico, por demonstrar que os indicadores morais permearam a história desta psicopatologia e suas implicações diagnósticas. Poderíamos nos perguntar o que significa um indivíduo *carente de valor*, ou *lábel de humor*, ou mesmo *fanático* em que sentido?

Todas estas implicações reverberam a ideia inicial de uma forte dificuldade, tanto da comunidade científica, quanto dos profissionais, em lidar com esta categoria diagnóstica de forma técnica, pois suas variações históricas foram confusas¹³. Como, por exemplo, outras áreas da medicina, que conseguem visualizar os problemas do corpo humano em relação a uma ideia orgânica de funcionamento que é muito mais objetivo. A tentativa da psiquiatria em se constituir como uma ciência que atenderia a ideias médicas, de objetividade e racionalidade precisas, se mostra particularmente difícil quando visualizamos a história das transformações e categorizações da personalidade psicopática.

Ainda em meio a tal efervescência científica em torno desta noção conceitual do que seria este comportamento, percebemos que a preocupação parecia ir além da simples produção científica em torno deste tema. Os traços morais e políticos do contexto social parecem estar ainda mais evidentes, de forma quase concomitante, em outro marco importante nesta história conceitual, pois foi também no século XIX que Cesare Lombroso, um médico italiano, com sua teoria do *homem delinquente*, surgiu como uma resposta a demandas da sociedade naquele momento histórico (HENRIQUES, 2009: *sem paginação*).

Ainda que com diversas modificações nestas concepções até a atualidade, os estudos sobre a psicopatia apresentam sempre os estudos de Lombroso (1976) como um marco

¹³ “Pichot (1978, citado por Soeiro, 2006) ao procurar fazer um ponto de situação relativamente à definição de psicopatia, identificou a influência de duas posições distintas na sua caracterização: uma das posições baseava-se no trabalho de Pritchard (1985, citado por Gonçalves 1999a) e do seu conceito de insanidade moral, e a outra no trabalho de Schneider (1923/1955), relativo ao termo de “personalidade psicopática” (Gonçalves, 1999b). Para Pichot, a confusão surgiu quando a perspectiva inglesa recorreu ao termo germânico e lhe atribui um significado que nem sempre lhe era aplicado, já que para Schneider a psicopatia não resultava forçosamente de uma inadequação social. Segundo Pichot, esta confusão no uso dos termos acabou por influenciar a elaboração das classificações nosológicas das doenças mentais” (SOEIRO et GONÇALVES, 2010: 230).

fundamental. A busca por estereótipos do que seria um *homem delinquente* surgia como uma resposta a demanda da crescente criminalidade do final do século XIX nos grandes centros urbanos europeus. A medicalização de condutas maldosas que pudessem apresentar ameaças a ordem social se constituía enquanto parte de um momento histórico no qual a ciência começava a surgir como resposta à uma série de fenômenos diversos, que não se prendiam simplesmente à criminologia.

Segundo HENRIQUES (2009), este momento é essencial para a história da medicalização do transtorno, pois é aqui que a associação ente delinquência, crime, e a justificação desta conduta como de origem biológica tem início.

Portanto, deve-se à escola de psiquiatria alemã, por meio de Koch, a introdução do termo "psicopatia" na sua acepção moderna. Vale ressaltar que, no século XIX, a expressão "psicopata" (do grego: *psyché* = alma; *pathos* = paixão, sofrimento) era utilizada pela literatura médica em seu sentido amplo, para designar os doentes mentais de modo geral, não havendo ainda uma ligação entre a psicopatia e a personalidade antissocial. As tipologias negativas de Kraepelin acerca das "personalidades psicopáticas" (termo cunhado por ele na sétima edição de seu Tratado de Psiquiatria, que data de 1904) contribuiriam para o direcionamento do conceito de psicopatia rumo ao antissocial. Com a crescente influência da psicanálise e da fenomenologia no campo psiquiátrico ocidental a partir da segunda metade do século XX, durante o pós-guerra, os conceitos germânicos sobre psicopatia tiveram um declínio de importância, em vista da maior ênfase concedida aos fatores externos na formação da subjetividade (HENRIQUES, 2009, sem paginação).

Lombroso colocava como causa o fato de alguns indivíduos serem biologicamente propensos para o crime e à barbárie, ainda que pudesse conter influências sociais, ou ambientais, como eram colocadas por Prichard, estas não se mostravam suficientes para explicação de tal fenômeno. O que é interessante, porque ainda que buscasse causas biológicas, a associação que era estabelecida se configurava como um fenômeno eminentemente político.

Há indícios de que essa teoria do 'criminoso nato' deveu seu sucesso muito mais a sua utilidade política para a associação entre criminalidade e pobreza e ao cientificismo peculiar à *belle époque* do que ao rigor metodológico de Lombroso, mas o clima inicialmente receptivo a suas ideias logo deu margem a um embate direto com intelectuais franceses, sob a liderança de Gabriel Tarde, que se contrapunham ao determinismo biológico da antropologia criminal italiana. Nas edições subsequentes de *O homem delinquente*, Lombroso passou a considerar que fatores sociais poderiam condicionar a manifestação da criminalidade inata mais precoce ou tardiamente, entretanto,

ele manteve a tese da determinação biológica em última instância (Morel, 1997, p. 157) Contudo, havia uma limitação incontornável na tese da criminalidade atávica, que decorria precisamente de seu absoluto essencialismo biológico, pois quando era aplicada nos tribunais, apenas permitia definir a ‘temibilidade’ do criminoso nato, ou seja, o mal que inevitavelmente causaria à sociedade (ALMEIDA,2013:1064).

Não obstante, podemos concluir que mediante a adoção da compreensão psicopatológica como algo inato, e os fatores ambientais como meros indicadores subsequentes, o que restaria a estes sujeitos se não a retaliação, prisão ou morte? Apesar da aparente viabilidade conceitual e aceitação pelo campo criminológico e psiquiátrico da época, esta perspectiva foi paulatinamente colocada em xeque.

Até agora, nos detemos a explicar as primeiras e mais importantes abordagens conceituais que influenciaram as percepções atuais em torno do tema. Mas foi no século que as associações qualitativas contemporâneas se fomentaram, especialmente no que diz respeito as perspectivas clínicas que embasaram não apenas as questões jurídicas, mas também médicas, com um aprofundamento classificatório que visava melhor compreender comportamentos individuais que desviavam as normas daqui que era considerado um padrão de comportamento da espécie humana. Ou seja, o século XX representaria também um estreitamento estruturado pelo meio psiquiátrico que começaria a transmutar a ideia de psicopatia na direção do que hoje é concebido como *personalidade antissocial*¹⁴.

A atual imaginário do psicopata como um ser frio, calculista e insensível, ou seja, do louco são, lúcido e consciente, é mais diretamente associado a Cleckley (1903-1984), em sua obra A Máscara da Sanidade (*The Mask of Sanity*, referente ao título em inglês), que teve sua primeira edição em 1941e trata especificamente das características de uma psicopatologia que tem uma máscara que aparenta normalidade, sanidade, reflexividade e lucidez. Marcava-se assim o diferencial maior deste construto psicopatológico, o louco que de alguma maneira é consciente, representa o mal a outrem, tem ciência de seus atos e planeja majestosamente os mesmos, sua deficiência estaria alojada do que Cleckley intitularia como “demência semântica”.

O que quer dizer que em um nível cognitivo o psicopata não apresentaria nenhum déficit, mas em um nível emocional apresentaria uma inabilidade no trato das emoções, de

¹⁴ Como afirma Henriques (2009), Almeida (2013) e Soreio e Gonçalves (2010).

entender como sua conduta maldosa causa danos a outrem. E mesmo compreendendo o dano que isto poderia causar, não conseguiria sentir culpa por seus atos. Em função disto, Cleckley (1941/1976), criou questionários da personalidade, que fora orquestrado como um trabalho descritivo proveniente da análise do perfil psicológico de quinze de seus pacientes.

Cleckley (1988 apud HENRIQUES, 2009) elegeu 16 itens que buscavam auxiliar os profissionais da área a identificar tais indivíduos com este prejuízo na compreensão dos sentimentos alheios. Caso fosse desmascarado, e sua conduta colocada em evidencia, o mesmo não apresentaria nenhum sinal de culpa ou remorso. Os requisitos para identificação clínica naquele contexto poderiam ser elencados da seguinte maneira:

1. Aparência sedutora e boa inteligência
2. Ausência de delírios e de outras alterações patológicas do pensamento
3. Ausência de *nervosidade* ou manifestações psiconeuróticas
4. Não confiabilidade
5. Desprezo para com a verdade e insinceridade
6. Falta de remorso ou culpa
7. Conduta antissocial não motivada pelas contingencias
8. Julgamento pobre e falha em aprender através da experiencia
9. Egocentrismo patológico e incapacidade para amar
10. Pobreza geral na maioria das relações afetivas
11. Perda específica de *insight* (compreensão interna)
12. Não reatividade afetiva nas relações interpessoais em geral
13. Comportamento extravagante e inconveniente, algumas vezes sobre a ação de bebidas, outras não
14. Suicídio raramente praticado
15. Vida sexual impessoal, trivial e mal integrada
16. Falha em seguir qualquer plano de vida (CLECKLEY, 1988, p. 337-338)

Apesar de até aqui a compreensão dos indivíduos psicopatas esteja associada enormemente a questões de cunho biológico, as descrições estabelecidas contêm parâmetros diagnósticos presentes em uma série de indivíduos, e mesmo que verificado em casos clínicos, não tinha condições de demonstrar a relação direta com aspectos do funcionamento cerebral, como tenta atualmente fazer a psiquiatria. Mesmo que nesta época tal relação ainda não tivesse sido elaborada, as classificações aqui foram listadas com uma razão simples: vigoram até a

atualidade e podem ser vistas nas recentes publicações, já no século XX e XIX, tanto no CID-10 (1993), assim como no DSM IV-TR (APA, 2002).

4.2 ABORDAGEM DAS CLASSIFICAÇÕES NOSOLÓGICAS NOS MANUAIS MÉDICOS

Todo esse processo já demonstra o início da criação de categorias nosológicas, denotando também como o campo médico psiquiátrico passava a dominar o campo psicopatológico, além de possuir um discurso que adentrava na cultura, e de forma subsequente na subjetividade dos sujeitos, também por meio de categorias de linguagem, não só do que era entendido como doença e loucura, mas também da sua associação com a ideia de crime. Esse processo incipiente, se comparado com agora, de medicalização, tem caráter racional, e seu *modus operandi* já incrusta características de ramificação e subdivisões presentes, de forma bem mais complexa, nos manuais de classificação de doenças mentais da atualidade.

A associação americana de psiquiatria produziu seu primeiro manual classificatório de transtornos mentais em 1918, com, até então, 22 diagnósticos. Pouco mais de 20 anos depois, em 1934, este primeiro manual passa por uma revisão, mas ainda presa aos parâmetros diagnósticos mais comuns que eram encontrados nos hospitais psiquiátricos do início do século XX. Segundo Almeida (2013), durante a segunda guerra mundial, algo em torno de 90% dos casos encontrados não constavam neste manual, o que levaria as forças armadas e a associação de veteranos a criar classificações mais específicas para a área.

Em 1948 a Organização Mundial de Saúde publicou o CID – 6, com uma parte reservada às doenças mentais. Na tentativa de unificar as nomenclaturas das doenças mentais, surge, em 1952, o primeiro DSM, com uma quantidade não tão elevada de classificações, sendo 106 o total. Neste momento históricos as categorias da psicodinâmica e da psicanálise ainda estavam presentes, tais quais a ideia de psicose e neurose (DUNKER et al., 2011).

Atualmente, "psicopatia" (ou "sociopatia") é sinônimo de "personalidade antissocial", que denota uma disposição permanente do caráter no sentido da agressividade, da crueldade e da malignidade, determinando inexoravelmente o mal de outrem - trata-se do que outrora se designava por "perversidade", caracterizando a perversão social. Já as perversões sexuais são chamadas de "parafilias", designando um padrão de comportamentos sexuais desviantes para com a moral de uma dada cultura, dentre os quais se destacam, nas sociedades industriais modernas: voyeurismo, exibicionismo, fetichismo, sadismo sexual, masoquismo sexual, frotteurismo, pedofilia, zoofilia etc. Nas nosografias psiquiátricas atuais, CID-10 e DSM-IV-TR, a psicopatia agrupa-se entre os transtornos da personalidade, sendo denominada "transtorno da personalidade antissocial". Enquanto isso, as parafilias agrupam-se entre os transtornos da esfera sexual. Tratando-se da classificação multiaxial proposta pelo DSM, a psicopatia (eixo II) e as parafilias (eixo I) aparecem em lócus diferentes, o que sugere uma

diferença qualitativa, de natureza, entre elas.⁶ Supõe-se, nesse caso, que a psicopatia e as parafilias sejam entidades nosológicas autônomas e qualitativamente distintas entre si (HENRIQUES, 2009: *sem paginação*).

O forte conteúdo moral presente nestes critérios nosológicos¹⁵, tais como: irresponsabilidade, propensão a enganar, e incapacidade de adequar-se às normas sociais com relação a comportamentos considerados lícitos, são exemplos claros de como estes parâmetros estão relacionados ao que consideramos contextualmente como comportamento desviante e moralmente recriminável em nossa sociedade. Tal observação traz a diferença que o campo psiquiátrico tem em relação a outros campos médicos, tais quais a cardiologia, dermatologia etc., pois não é possível estabelecer critérios neutros de classificação nestes casos. Ou seja, o exercício reflexivo, tão caro às ciências da humanidade, passa a ganhar uma nova explicação.

De forma ainda mais destrinchada:

Um padrão global de desrespeito e violação dos direitos alheios, que ocorre desde os 15 anos, indicado por, no mínimo, três dos seguintes critérios: (1) incapacidade de adequar-se às normas sociais com relação a comportamentos lícitos, indicada pela execução repetida de atos que constituem motivo de detenção (2) propensão para enganar, indicada por mentir repetidamente, usar nomes falsos ou ludibriar os outros para obter vantagens pessoais ou prazer (3) impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro (4) irritabilidade e agressividade, indicadas por repetidas lutas corporais ou agressões físicas (5) desrespeito irresponsável pela segurança própria ou alheia (6) irresponsabilidade consistente, indicada por um repetido fracasso em manter um comportamento laboral consistente ou de honrar obrigações financeiras (7) ausência de remorso, indicada por indiferença ou racionalização por ter ferido, maltratado ou roubado alguém B. O indivíduo tem no mínimo 18 anos de idade. C. Existem evidências de Transtorno da Conduta [caracterizado por "agressão a pessoas e animais", "destruição de patrimônio", "defraudação ou furto" e "sérias violações de regras"] com início antes dos 15 anos de idade. D. A ocorrência do comportamento antissocial não se dá exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia ou Episódio Maníaco (APA, 2002, p. 660) (HENRIQUES, 2009, *sem paginação*).

Ainda no sentido de elucidar como a medicalização do mal e sua classificação enquanto um Transtorno de Personalidade Antissocial se deu, é necessário analisar historicamente dentro de um processo social maior, para que assim possamos verificar como se deu o marco da criação

¹⁵ DSM – IV - TR (1994).

das primeiras classificações de doenças mentais referentes a indivíduos com comportamentos desviantes. Categorias que, progressivamente, essencialmente por meio da psiquiatria francesa, alemã e britânica já no século XX, colocavam as estruturas que fundamentariam o diagnóstico do que hoje entendemos como psicopata.

A seguir, trataremos da evolução do conceito de TPA ao longo da história dos DSM's através de uma revisão da bibliografia especializada, bem como nos próprios manuais, especificamente no que se refere a este transtorno. Nossa análise se ancora em uma bibliografia que nos ajuda na condução da análise e interpretação do conteúdo presente nas configurações nosológicas, se estendem apenas até o DSM-IV-TR. Também elucidaremos limitações ou problematizações que não foram encontradas na bibliografia produzida sobre o tema até esta quarta edição. A quinta e última versão publicada do manual, o DSM-V, será analisado apenas com base no próprio manual e nas mudanças que aconteceram torno das noções dos Transtornos de Personalidade.

Na primeira versão mais simplificada desta série de manuais, o DSM-I (1952), o então intitulado *Distúrbio de Personalidade Sociopática* tinha quatro perfis psicológicos nos quais poderia ser identificado, sendo estes: reação antissocial, reação dissocial, desvio sexual, e vício. Até a terceira edição do manual, as categorias psicodinâmicas e psicanalíticas ainda eram visadas como legítimas neste contexto social. Esta pontuação é mais uma vez necessária para compreendermos, neste caso, que a noção de *distúrbio* apontava para uma categoria que via o doente como não enquadrado no acordo de regras socioculturais estabelecidos na sociedade em questão.

Tal definição mostra o desalinhamento de alguns indivíduos em relação as normas sociais vigentes, sendo os mesmos considerados doentes em relação a sua falta de adequação ao meio. Para Almeida (2013) a definição até então adotada poderia ser inclusive sita como *sociológica*, pois não estava centrada em uma procura por traços biológicos que seriam a causa do distúrbio, mas sim no estabelecimento da relação de determinada conduta com o meio social. Daí então o caráter *antissocial*, pela não adequação as normas de uma *boa* conduta.

A má conduta seria descrita da seguinte maneira: *frieza afetiva; hedonismo; irresponsabilidade; e impossibilidade de construção de laços sociais com grupos ou pessoa*. Tal conteúdo nos possibilita uma série de reflexões pertinentes. Se um indivíduo não se sente inserido socialmente, não estabelece laços e não se sente parte de uma sociedade no sentido dos valores estabelecidos, por que razão iria ter um comportamento responsável ou empático com ou que vise a coletividade? A conduta antissocial é algo intrínseco a sociedade, os indivíduos

não apreendem simplesmente todas as normas e as reproduzem, uma série de fatores outros podem estar correlacionados, seja no processo de socialização, seja numa combinação de fatores psicossociais.

No que se refere a manifestação *dissocial*, o indivíduo não apenas não se identifica, como simplesmente despreza conscientemente as normas sociais de conduta do comportamento social. Tal desprezo pelas normas pode gerar um certo tipo de liberdade a este indivíduo a ponto do mesmo infringir as regras, inclusive do ponto de vista jurídico, o que o faria apresentar um comportamento criminoso.

O ano de 1968 marca a publicação da segunda publicação desta série de manuais, o DSM-II e do CID-8. A ideia da revisão se deu em função da necessidade de unificação das categorias nosológicas, assim como a criação de outras novas categorias diagnósticas, totalizando agora 182. Esta reedição é elaborada com base em muitas das categorias de Kraepelin e sua abordagem psicodinâmica, o que implica uma interpretação mais aberta dos sintomas em relação aos distúrbios específicos (DUNKER, 2011 *apud* ALMEIDA, 2013).

Já no tocando a que se refere especificamente este trabalho, o *distúrbio de personalidade sociopática* passa a ser reconfigurado como *personalidade antissocial*. Ainda que com a mudança na terminologia, o sentido empregado ainda era associado as condições sociais que implicariam nas questões psíquicas, no caso, indivíduos “não socializados” (ALMEIDA, 2013).

A ideia de não socializado parece impossível, haja vista que uma vez que um indivíduo pertence e convive em uma sociedade, vai ser socializado. Entretanto, a noção faz alusão a falhas na socialização que conduziam a uma conduta considerada benévola, ou ao menos que não infringissem os direitos alheios. As características eram ligadas a Cleckley, tais como: *frieza afetiva; irresponsabilidade; impulsividade; incapacidade de sentir culpa ou aprender através da punição.*

A classificação explicava textualmente “mera história de repetidas ofensas sociais ou legais não é o suficiente para justificar estes diagnósticos”; sendo assim, o diagnóstico de personalidade psicopática não devia ser aplicado a criminosos. Eles haviam sido socializados, no entanto, conforme padrões de socialização segundo os quais os meios socialmente legítimos (por exemplo, trabalhar) não eram os únicos aceitos para alcançar as metas socialmente valorizadas (por exemplo, ter dinheiro). Nesse aspecto, o DSM-III é absolutamente coerente com as teorias sociológicas da época, tais como o estrutural-funcionalismo de Merton (1970) e os estudos sobre subculturas criminais de Cohen (1955). É desse alinhamento teórico com a sociologia que

parece decorrer a reclassificação do distúrbio de personalidade sociopática com reações dissociadas do DSM-I como ‘comportamento dissociado’ no DSM-II, classificado como um tipo de desajuste social sem manifestações psiquiátricas (ALMEIDA, 2013: 1068).

Como explicitado pela bibliografia aqui abordada, bem como a produção no que diz respeito a questão mais ampla dos estudos sobre as reedições dos DSM’s, a tem com marco importante a terceira reedição. Não apenas por retirar a categoria “homossexualidade” do que estava presente no DSM – II, mas por se desvincular das categorias psicanalíticas e psicodinâmicas, nas quais a leitura sociológica era mais aproximada.

O DSM- III surge com a proposta de ser um instrumento que se pretende não ser teórico, objetivo e categorial, onde a noção de *transtorno* começa a ser amplamente utilizada. Em meio a tal transformação é preciso colocar uma questão em pauta: de onde se originam tais categorias se não de algum viés teórico de compreensão da realidade e do comportamento humano?

Ainda que algumas categorias, tais quais as nosologias referentes as perversões sexuais, ou desvios sexuais, tivessem de ser reelaboradas, a mudança completa de paradigma se apresenta como um novo desafio que perdura até a atual reedição. Ainda que tenhamos uma natureza comum por sermos da mesma espécie, a conduta humana varia contextualmente e não pode ser descrita por simplesmente uma perspectiva individual.

Em razão desta mudança, a compreensão sobre o transtorno é transformada tanto no DSM – III, quanto no DSM – IV, mesmo com a intenção de unificar categorias, permanece a confusão conceitual entre *psicopatia*; *sociopatia*; *transtorno dissociado de personalidade*. Todas as definições, ainda que com palavras diferentes, designavam a mesma categoria¹⁶.

Por assim dizer, Almeida (2013) descreve como se deu a passagem da compreensão da psicopatia como um ato com condicionantes sociais, para sua medicalização pelo meio psiquiátrico. Em síntese:

A partir da reconstituição histórico-conceitual realizada até aqui, procurou-se destacar que há poucos pontos de contato entre a teoria sociológica sobre a

¹⁶ “Segundo Hare (2003); a classificação de Tasp é insatisfatória, pelo fato de demandar uma subdivisão implícita entre os sujeitos diagnosticados na população em geral e aqueles submetidos à justiça criminal. Ao defender o diagnóstico que sua escala visa mensurar, esse autor afirma: ‘O fato é que *psicopatia* é um dos construtos clínicos com melhor validação no âmbito da psicopatologia e, presumivelmente, o construto clínico mais importante para o sistema de justiça criminal” (ALMEIDA, 2013: 1069).

criminalidade e o desvio social e a discussão psiquiátrica da psicopatia, sendo o diagnóstico mais diretamente relacionado a condutas antissociais ou criminais. Até o fim do século XIX, o debate entre esses dois domínios teóricos era relativamente intenso, mesmo que de modo conflitivo, como se observou entre os sociólogos franceses liderados por Tarde e a antropologia criminal italiana. Contudo, a cisão epistemológica entre a sociologia científica de Durkheim e a psicologia parecem ter levado a um desinteresse progressivo por parte da sociologia e das ciências sociais em geral com relação às discussões psicológicas e psiquiátricas. Por outra parte, após a publicação do DSM-III e seus sucessores, a intenção explícita do manual de desconsiderar relações sociais e com a sociedade de um modo geral leva as classificações psiquiátricas a um extremo reducionismo, especialmente no que se refere à psicopatia, pois o crime deixa de ser percebido como um ato socialmente condicionado para se tornar um indicador objetivo, um conjunto de sintomas do transtorno antissocial de personalidade, o que significa um franco reducionismo individual de comportamentos considerados criminosos (ALMEIDA,2013:1070).

Adiante descrevemos como é possível perceber as variações contextuais de algumas definições diagnósticas fundamentais do transtorno mediante as reedições do DSM. Também atentamos para os aspectos mais gerais que parecem prevalecer ao longo destas classificações, ainda que com as mudanças contextuais.

4.3 PROBLEMATIZAÇÕES SOCIOJURÍDICAS SOBRE O TRATO DA LEI COM O PSICOPATA

Haja vista tamanha complexidade na história conceitual do Transtorno de Personalidade Antissocial, as implicações jurídicas também são encobertas por tamanhas problematizações. As concepções mais recentes sobre este transtorno conferidas pelo meio psiquiátrico, trazem uma série de problematizações para o meio jurídico.

Nesse sentido, o trabalho de Mitjavila e Mathes(2012) levantam importantes contribuições para o debate aqui proposto, ao passo que as autoras repousaram suas análises nos manuais médicos psiquiátricos, especificamente até o DSM – IV. As autoras não se prenderam simplesmente as qualificações morais presentes nas categorias nosológicas utilizadas nos manuais, como também com as repercussões sociais provenientes da medicalização dos atos de maldade. Como bem delimitado pelas mesmas, a preocupação recai no seguinte sentido:

...foram examinadas algumas características do papel medicalizador dessa categoria diagnóstica, e suas conexões com os processos sócio-políticos e culturais que caracterizam as tecnologias de poder nas sociedades tardo-modernas. Em particular, examina-se a categoria TPA como uma das manifestações do desenvolvimento da noção de “transtorno”, enquanto categoria nosológica eficiente para entender de maneira considerável os domínios da medicina muito além do campo que no passado era delimitado em função do conceito de doença ou patologia (MITJAVILA et MATHES, 2012: *sem paginação*).

A perspectiva das autoras parece bastante similar a adotada neste trabalho, no sentido de interpretar a ideia deste transtorno como uma manifestação da medicalização dos atos de maldade e dos desvios sociais, ou seja, busca mostrar como nossa sociedade moderna e ocidental encontra nos meios médicos explicações para condutas que ameaçam a ordem social por não se constituírem enquanto comportamentos aceitos enquanto normativos.

Definido como “um padrão global de desrespeito e violação dos direitos alheios, que se manifesta na infância ou no começo da adolescência e continua na idade adulta” (DSM-IV-TR, 2002), este transtorno é correntemente reconhecido como *psicopatia*, mas seu sentido é bastante similar a outros termos, tais como *sociopatia*, *transtorno da personalidade dissocial* ou, como exploramos neste trabalho, o Transtorno de Personalidade Antissocial.

A ideia de “transtorno”, enquanto substituto da noção de “doença mental”, torna mais abrangente, e assim possível, a concepção deste controverso perfil mental, pois, por ser mais abrangente e não lidar especificamente com a ideia do “louco”, ou do “doente”, sublima minimamente as contradições históricas aqui já enumeradas. Além disso, torna o saber psiquiátrico o campo mais legítimo para lidar com este fenômeno, ainda que a falta de clareza e consenso persista.

A preocupação das autoras está para além da medicalização desta conduta desviante, atribuindo importância à associação entre esta categoria e o comportamento criminoso, haja vista que uma das características preponderantes atribuídas a este transtorno seja o do comportamento violento. Ou seja, a noção de transtorno demarca uma expansão ainda maior e mais recente do campo psiquiátrico sobre a vida, como bem referenciado na passagem:

Nesse sentido, a transposição da barreira que o conceito de doença estabelecia para definir as fronteiras da medicina pode ser em grande medida parte atribuída à noção de transtorno. Esta última amplificou notoriamente as possibilidades de colonização médica do espaço social, ao abarcar, assim, praticamente todas as áreas da existência humana (FOUCAULT, 1977; MENEDEZ, 1984; ILLICH, 1987; CONRAD, 1992), passando eventualmente a incluir todas as suas manifestações consideradas anômalas (desvio estatístico) e/ou anormais (desvio normativo ou axiologicamente atribuído) (CANGUILHEM, 1986) (MITJAVILA et MATHES, 2012: *sem paginação*).

Toda a leitura das autoras se insere em um quadro mais geral de tentativa de controle, por parte do meio psiquiátrico, das condutas desviantes inseridas em um contexto de modernidade tardia.

O que levantaria algumas hipóteses: a primeira diria respeito à correlação entre essa expansão do saber psiquiátrico e ao mesmo tempo o declínio das instituições sociais que controlavam os comportamentos individuais; a segunda estaria relacionada a como o saber psiquiátrico fora convocado para significar indivíduos transgressores ou que seriam incapazes de se autogovernar; a terceira hipótese estaria associada a família, onde se desenvolveria o TPA e o comportamento criminoso, e, por consequência, os indicadores de periculosidade criminal; a quarta hipótese é associada pelas autoras ao caráter tido como *axial* das categorias para o diagnóstico de TPA, ou seja, seu conteúdo moral, problema que se evidencia quando olhamos a trajetória histórica desta psicopatologia (MITJAVILA et MATHES, 2012).

Todas perspectivas apontam para um declínio do poder de antigas instituições no controle de condutas individuais, e o indivíduo que não controla seus impulsos é reconhecido como perigoso, especialmente segundo a visão da psiquiatria forense.

Em períodos recentes, parece ganhar força a definição de *acting out* como um traço relativamente permanente de revelador de periculosidade dos portadores de TPA, e não como uma condição circunstancial do indivíduo. Um indício dessa tendência pode ser encontrado nas variações experimentadas pela nomenclatura nosológica do trânsito do DSM I para o DSM II: enquanto no DSM I o atual TPA era definido como “reação antissocial”, no DSM II passou a ser designado como personalidade antissocial. Se o termo reação em si mesmo indicava a necessária participação de fatores ambientais na etiologia de comportamentos antissociais (FERREIRA, 2011), o substantivo “personalidade” estaria nos indicando a passagem para uma percepção médica do caráter errático de certos indivíduos como um estado permanente, como uma essência que os define independentemente de qualquer condição que possa provir do meio físico ou social. Não se trata de uma simples mudança terminológica e sim de uma mudança que responde às transformações induzidas pela radicalização da experiência da modernidade, - no sentido acima apontado de uma deliberação das funções de controle social das instituições – como à perda progressiva de influência de perspectivas teóricas que, no campo da psiquiatria, apareciam predominantemente representadas pela psicanálise e pela psicopatologia dinâmica (VENÂNCIO, 1993; ALVARENGA; FLORES – MENDOZA; GONTIJO, 2009), e atribuíam a fatores não exclusivamente individuais e familiares algum papel etiológico na produção de distúrbios mentais. (MITJAVILA et MATHES, 2012: *sem paginação*).

As associações do campo sociojudiciário¹⁷ e o campo da saúde mental também são encontrados nesta presente revisão através do trabalho de Mathes e Silva (2012). O campo judiciário está mais relacionado a psiquiatria forense do que a psiquiatria de caráter clínico, ainda que estes campos estejam intimamente correlacionados.

A psiquiatria forense trabalha, por exemplo, com o conceito de *psicopatia*, enquanto a psiquiatria clínica mais convencional adota a noção de Transtorno de Personalidade Antissocial, uma distinção muito mais de nomenclatura do que de compreensão geral sobre o transtorno.

¹⁷ “em termos de seu papel de articulação entre o social e o jurídico, na medida que o direito é concebido como meio para a satisfação de necessidades acompanhando nesse sentido, a formulação de políticas. Portanto, justiça e políticas não constituem campos de análise separados. Sua institucionalidade materializa-se em mecanismos de regulação social, a partir dos pressupostos que sustentam a funcionalidade do controle social nas sociedades modernas, em função dos quais deve existir algum tipo de correspondência entre normas jurídicas e normas sociais.” (MITJAVILA, 2006: 82).

De forma que a psiquiatria forense é o âmbito no qual tanto a medicina, quanto os símbolos e imaginários socioculturais e a justiça estão intrinsicamente transpassados (MORANA et al, 2006).

As ideias médicas sobre loucura e a periculosidade, sobre o normal e patológico convertem-se em elementos decisivos na trajetória da medicina como profissão, especialmente no que se refere à ampliação indefinida de seus objetos de intervenção, cada vez mais sociais e biopolíticos (Mitjavila, 2006; Foucault, 1978) As práticas profissionais (discursivas e não-discursivas) da psiquiatria forense encontram-se estreitamente relacionadas com a construção dos modelos etiológicos e terapêuticos e a divisão sociotécnica do trabalho sobre as relações entre doença mental e criminalidade. Estudos disponíveis sobre origens e trajetórias da psiquiatria forense no espaço política institucional, simultaneamente associados a loucura e a criminalidade demonstram a significativa presença dos quadros de referência teóricos e ideológicos oriundos de movimentos como o higienismo (MATHES et SILVA, 2012: 531).

A repercussão de todas estas ambivalências e contradições sobre o tema estará dada no campo sociojurídico, não apenas na compreensão da sociedade civil mediante os atos de delito, como também na decisão judicial em relação as penas. São as definições da psiquiatria que embasam toda e qualquer definição sobre um indivíduo considerado criminoso. Se ele é um indivíduo diagnosticado com o transtorno e com chances ínfimas de tratamento, haja vista um defeito cerebral, ele deve ser internado ou preso? Como definir a melhor forma de tratar estes indivíduos?

As escalas de mensuração destes comportamentos não parecem suficientes para delimitação diagnóstica precisa, o que pode ser perigoso, especialmente em países com altos índices de violência entres jovens infratores como no caso do Brasil. Um possível apontamento que devemos fazer é que se esse diagnóstico é feito apenas com bases nestes parâmetros morais dos testes, podemos diagnosticar e definir o futuro de muitos indivíduos que em verdade estão em um contexto violento ou tem concepções sobre um que seria um “bom comportamento” de forma distinta do que propõe a psiquiatria. Em resumo:

Eis aqui o último capítulo da história iniciada pela cisão radical entre sociologia e psicologia ante os comportamentos social ou individualmente patológicos, desviantes ou propriamente criminais: a criação de escalas individuais de mensuração de psicopatia ou ‘risco (de reincidência criminal)’, como a PCL-R. Tais escalas atualmente tornaram-se o instrumento

privilegiado para a tomada de decisões quanto à administração da justiça criminal nos EUA, Canadá e boa parte da Europa e o mesmo risco potencial representado por indivíduos com comportamentos desviante. (Arrigo, Shipley, 2001). Uma análise mais atenta permite identificar um efeito preocupante da definição da categoria de Tasp. Uma vez que os atos criminosos passam a ser considerados uma característica comportamental, não mais uma forma de confronto com a sociedade, conforme DSM – III e seus sucessores, o que acaba ocorrendo é uma “patologização” da criminalidade, uma vez que as escalas de mensuração de psicopatia como a PCL-R são aplicadas massivamente em indivíduos encarcerados e acabam sendo indicadas pelos psiquiatras como um construto útil para a administração do sistema de justiça criminal (Morana, Câmara, Arboleda, Florez) (ALMEIDA, 2013: 1069).

Fora isso também podemos entender que, por se tratar de um campo sociojurídico, a dimensão social de compreensão destes indivíduos irá permear a visão de policiais, membros de uma comunidade e profissionais da saúde, bem como os diversos cidadãos. Isso quer dizer que a forma de uma sociedade significar o mal será baseada numa ideia patológica de doença que pode, em diversos casos, mascarar antigos e profundos problemas em nossa sociedade.

4.4 O DSM – V E A SESSÃO III

Todo o material de revisão bibliográfica sobre a história conceitual, do hoje medicalizado Transtorno de Personalidade Antissocial, presente até este momento se limitou a quarta edição do DSM, o DSM- IV. A quinta e última versão publicada em 2013, não foi trabalhada nas publicações encontradas pela revisão bibliográfica, especialmente no que concerne ao Transtorno de Personalidade Antissocial. Isto porque os critérios diagnósticos continuam os mesmos no DSM – IV e no DSM - V, bem como a própria concepção mais geral sobre o transtorno.

Ou seja, em parte a ideia do manual persiste em seguir sua proposta enquanto instrumento ateuórico e distante tanto da psicanálise quanto da psicodinâmica, mas algumas mudanças no conteúdo desta última edição devem ser analisadas do ponto de vista da sociologia, especialmente no que se refere as colocações enunciadas em uma nova parte do manual, a Sessão III.

Portanto, a divisão de grupos continua a mesma no DSM-IV e DSM-V, em que o Grupo A é constituído pelos transtornos de personalidade: paranoide, esquizoide e esquizotípica. Já no Grupo B se agrupam: transtornos de personalidade antissocial, borderline, histriônica e narcisista. O último grupo, grupo C, tem três tipos de transtorno: dependente, obsessivo-compulsivo e transtorno de esquiva. A mudança do DSM-V, em função do acréscimo da sessão III como modelo alternativo para os critérios apresentados na Sessão II, surge como uma resposta as questões socioculturais e políticas que colocavam em voga as concepções sobre o transtorno e seus parâmetros diagnósticos.

Estas problematizações que já nos referimos anteriormente neste trabalho, são minimamente contornadas e discutidas pelo adendo no modelo alternativo para o grupo de transtornos da personalidade, que agora visa uma concepção sobre o funcionamento da personalidade, bem como os traços patológicos mais marcantes de cada transtorno e no qual encontra-se inserido o Transtorno de Personalidade Antissocial.

Também no sentido de tentar minimizar as deficiências diagnósticas e categoriais dos manuais de classificação até a quarta edição, foi criada uma Escala de Nível de Funcionamento da Personalidade e mais de vinte e cinco requisitos que indicam traços de personalidade com características patológicas.

Toda a questão da medicalização do mal naturalizada pelo meio psiquiátrico e personificada pelo Transtorno de Personalidade Antissocial mediante seus diversos componentes morais de classificação, nos fazem perceber este fenômeno com total relação a ideia de mal que preconizamos em nossa sociedade. A relação destes parâmetros de classificação moral com o contexto social gerou uma série de problematizações e críticas como as já abordadas aqui. Em função disto, também nesta mesma sessão III do DSM - V, foi inserida uma atualização no tópico sobre “Formulação Cultural”, e no subtópico “Esboço de Formulação Cultural” (DSM- V, 2013, p. 749-750). Na introdução, algumas ponderações relevantes sobre os conceitos de cultura, raça e etnia são trabalhadas em termos gerais:

Cultura refere-se a sistemas de conhecimento, conceitos, regras e práticas que são aprendidos e transmitidos de geração a geração(...) Raça é uma categoria de identidade culturalmente construída que divide a humanidade em grupos com base em diversos traços físicos superficiais atribuídos a algumas características biológicas intrínsecas hipotéticas(...) Etnia é uma identidade de grupo culturalmente construída usada para definir pessoas e comunidade(...) Cultura, raça e etnia estão relacionadas a desigualdades econômicas, racismo e discriminação, que resultam em disparidades de saúde. Identidades cultural, étnica e racial podem ser fontes de força e apoio grupal que melhoram a resiliência, mas também podem levar a conflitos psicológicos, interpessoais e intergeracionais ou a dificuldades na adaptação que requerem avaliação diagnóstica (DSM-V, 2013).

Assim, o DSM-V (2013) não apenas atualiza as questões de natureza social, política e cultural, como apresenta um modelo de Entrevista de Formulação Cultural (EFC), baseada neste “Esboço de formulação Cultural”, já presente no DSM-IV (2000) e atualizado no DSM-V (2013). Este esboço se baseia, de forma resumida, nos seguintes tópicos:

Identidade cultural do indivíduo: Descreve os grupos de referência racial, étnica ou cultural do indivíduo que podem influenciar suas relações com os outros, seu acesso a recursos e seus desafios, conflitos ou situações ao longo do desenvolvimento e atuais. (...) Conceituações culturais de sofrimento: Descreve os construtos culturais que influenciam como o indivíduo vivencia, compreende e comunica seus sintomas ou problemas aos outros (...) Estressores psicossociais e características culturais de vulnerabilidade e resiliência: Identifica os principais estressores e apoios no ambiente social do indivíduo (os quais podem incluir tanto acontecimentos locais quanto distantes) e o papel da religião, da família e de outras redes sociais (p. ex., amigos, vizinhos, colegas de trabalho) na oferta de apoio emocional, instrumental e informacional.(...) Aspectos culturais do relacionamento entre o indivíduo e o clínico: Identifica diferenças na situação cultural, de linguagem e social entre um indivíduo e um clínico que podem causar dificuldades na comunicação e influenciar o

diagnóstico e o tratamento. Vivências de racismo e discriminação na sociedade podem impedir o estabelecimento de confiança e segurança no encontro diagnóstico clínico. (...) Avaliação cultural geral: Resume as implicações dos componentes da formulação cultural identificados em seções anteriores do Esboço para o diagnóstico e outras questões ou problemas clinicamente relevantes, bem como para o manejo apropriado e para a intervenção terapêutica (DSM-V, 2013, p. 750).

Devemos demonstrar um avanço no que diz respeito a um olhar mais geral e múltiplo, que leva em considerações questões culturais e étnicas sobre os transtornos presentes no DSM com base neste esboço que fundamenta a Entrevista de Formulação Cultural. Este esboço foi a fase para um grupo de dezesseis perguntas baseadas que formam uma entrevista de caráter semiestruturado¹⁸, e que podem ser utilizadas com qualquer indivíduo, baseia-se nos “valores, orientações e práticas do indivíduo, experiências desenvolvimentais e contextos sociais, e por último a influência da família, amigos e membros da comunidade” (DSM-V, 2013, p. 750).

E é justamente por meio destas entrevistas que os psiquiatras podem ter certo auxílio para a avaliação do impacto da cultura no quadro de funcionamento e prejuízos da personalidade dos pacientes. A entrevista, no entanto, funciona como um recurso para situações específicas, não se trata de um novo protocolo, mas uma nova possibilidade de atuação. Deve, portanto, ser utilizada nas seguintes ocasiões:

Dificuldade na avaliação diagnóstica devido a diferenças significativas na origem cultural, religiosa ou socioeconômica do clínico e do indivíduo; Incerteza quanto à adequação entre sintomas culturalmente peculiares e critérios diagnósticos; Dificuldade em julgar a gravidade ou o prejuízo da doença; Discordância entre o indivíduo e o clínico quanto ao curso do atendimento; Adesão e comprometimento limitados do indivíduo ao tratamento (DSM-V, 2013, p. 751).

Todas as informações presentes nestas entrevistas devem colaborar com as observações clínicas mais restritas sobre as categorias diagnósticas de determinado indivíduo. Além de toda abordagem cultural destas entrevistas, o capítulo seguinte conta com ponderações sobre os conceitos culturais de sofrimento, contendo, inclusive, um apêndice com um glossário sobre os conceitos culturais de sofrimento (DSM-V, 2013 p. 758). O que do ponto de vista geral do manual também parece ser uma mudança significativa e que entra em contato com os diversos

¹⁸ Para melhor visualização da construção das Entrevistas de Formulação Cultural ver: TABELAS COMPLETAS NO DSM-V (2013) da página 151 até a pág. 157.

problemas levantados por este trabalho no âmbito das consequências de uma visão limitada sobre as psicopatologias seus múltiplos aspectos.

Entretanto, é necessário dizer que para o caso específico do TPA, estes modelos que relativizam a visão restrita da psiquiatria biológica não atendem a complexidade presente no diagnóstico do TPA, tendo em vista que este indivíduo, quando diagnosticado, é percebido como incapaz de sofrer com suas ações danosas a outrem. Daí sua especificidade etiológica. Como entender o sofrimento do psicopata no sentido da ausência empatia, como é focado pelo manual? Nos parece um entrave ainda não solucionado para esta psicopatologia especificamente. Mais uma vez retornamos ao problema inicial, como encarar um processo psicopatológico de uma personalidade considerada transtornada, mas que não sofre e nem mesmo se arrepende pelo mal causado?

O próximo tópico trata especificamente de um modelo alternativo para os Transtornos de Personalidade, em que se encontra inserido o Transtorno de Personalidade Antissocial. De forma mais abrangente, as características gerais para o aparecimento de algum Transtorno de Personalidade apresentados nesta sessão enquanto prejuízos no funcionamento da personalidade são:

A. Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade (self/interpessoal). **B.** Um ou mais traços de personalidade patológicos. **C.** Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo são relativamente inflexíveis e difusos dentro de uma ampla faixa de situações pessoais e sociais. **D.** Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo são relativamente estáveis ao longo do tempo, podendo seu início remontar no mínimo à adolescência ou ao começo da idade adulta. **E.** Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo não são mais bem explicados por outro transtorno mental. **F.** Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo não são unicamente atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica (p. ex., traumatismo craniano grave). **G.** Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo não são mais bem entendidos como normais para o estágio do desenvolvimento de um indivíduo ou para seu ambiente sociocultural (DSM- V, 2013, p. 761).

A ideia de funcionalidade da personalidade parece ter o papel principal para a precisão diagnóstica, juntamente com a noção de traços de personalidade patológicos. Ou seja, o indivíduo não é concebido por inteiro como doente, mas sim apresentando traços ou prejuízos na personalidade. A busca é muito mais por prejuízos do que por sintomas. É comum que alguns

indivíduos possam ter traços que atendam aos critérios de Transtorno de Personalidade, mas que não tenham os critérios para os subtipos, ou que tenha critérios em comorbidade.

O funcionamento da personalidade está associado a alguns elementos elencados na seguinte tabela presente nesta mesma sessão III do manual:

Tabela 1: Elementos de funcionamento da personalidade.

| |
|--|
| <p>Si mesmo (Self):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identidade: Vivência de si como único, com fronteiras claras entre si mesmo e os outros; estabilidade da autoestima e precisão da autoavaliação; capacidade para, e habilidade de regular, várias experiências emocionais. 2. Autodirecionamento: Busca de objetivos de curto prazo e de vida coerentes e significativos; utilização de padrões internos de comportamento construtivos e pró-sociais; capacidade de autorrefletir produtivamente. <p>Interpessoal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Empatia: Compreensão e apreciação das experiências e motivações das outras pessoas; tolerância em relação a perspectivas divergentes; entendimento dos efeitos do próprio comportamento sobre os outros. 2. Intimidade: Profundidade e duração do vínculo com outras pessoas; desejo e capacidade de proximidade; respeito mútuo refletido no comportamento interpessoal. |
|--|

Fonte: DSM-V.

Esta tabela elenca as características gerais de funcionamento da personalidade de forma plena. O diagnóstico de algum Transtorno de Personalidade pode vir do mal funcionamento de um ou mais destes aspectos. No caso específico do TPA, o prejuízo estaria colocado na interpessoalidade, na intimidade e especialmente na empatia, conclusão possível em função dos critérios presentes tanto na quarta quanto na quinta edição¹⁹. Assim, em cada tipo específico de transtorno um prejuízo específico (ou mais em caso de comorbidade) será definido.

É preciso pontuar que a percepção sobre o comportamento desviante e sobre o mal continua como um princípio dificultador no processo diagnóstico, não apenas por compreender o mal em sentidos muito restritos e ligados a nossos princípios morais, mas porque esta compreensão se combina com antigos preceitos da história do desenvolvimento desta psicopatologia, alguns problemas sociais continuam em evidencia.

¹⁹ Falha em se adequar a um comportamento lícito e ético, falta de preocupação com outros, egocentrismo, insensibilidade, auto direcionamento na empatia e na intimidade etc (DSM-V, 2013, p. 763).

Aspectos como presenter na categorização diagnósticas do TPA são de fato moralmente em nossa sociedade e tempo histórico, mas do ponto de vista patológico, ou mesmo de prejuízos e mal funcionamento da personalidade, se tornam características sociologicamente questionáveis por reforçar alguns estereótipos. Vejamos a seguinte explanação baseada nos manuais, quando estas características diagnósticas são combinadas com as “taxas de prevalência”, podemos incorrer no erro de reafirmar diversas desigualdades sociais e problemas políticos são justificados pelas “características associadas que apoiam o diagnósticos”.

Prevalência Taxas de prevalência de 12 meses de transtorno da personalidade antissocial, utilizando critérios de DSMs anteriores, situam-se entre 0,2 e 3,3%. A mais alta (maior do que 70%) está entre as amostras mais graves de indivíduos do sexo masculino com transtorno por uso de álcool em clínicas especializadas em abuso de substância, prisões ou outros ambientes forenses. A prevalência é maior em amostras afetadas por fatores socioeconômicos (i.e., pobreza) ou socioculturais (migração) adversos (DSM-V, 2013, p. 661).

O que explica a taxa de prevalência do transtorno em homens com baixo nível socioeconômico e em situação de encarceramento? Ainda que esta questão de raça não esteja explicitamente elaborada nesta questão, será implicitamente conjecturada, haja vista que a população carcerária no Brasil é majoritariamente negra. Ou seja, para além de uma compreensão sobre o sofrimento no mundo e ideias gerais sobre raça e etnia, os estudos que quantificam um perfil social mais propenso a prevalência do transtorno também deve ser questionada. E se os dados são de fatos verdadeiros, deveríamos refletir em maior profundidade sobre as influências do meio social para a formação de traços psicopáticos? Por que nossa sociedade produz estes comportamentos? O desenvolvimento posterior desta pesquisa possivelmente irá abarcar estas questões. Deixamos de forma simplificada um quadro didático que resume os pontos importantes do desenvolvimento do quadro psicopatológico do TPA mediante cada reedição dos DSM's.

Tabela 2: Resumo do Desenvolvimento histórico dos DSM's

| | |
|------|--|
| 1952 | A primeira edição, o DSM-I relata o “Transtorno de Personalidade Sociopata” sob a então influência do behaviorismo. |
| 1968 | Lançamento do DSM-II e o Transtorno de Personalidade Antissocial começa a ser fortemente caracterizado como uma conduta em que os sujeitos são, frios, calculistas e sem capacidade alguma de exercer empatia. |
| 1980 | É o ano do marco na história dos <u>DSM's</u> , em que era lançado o DSM-III, com subclassificações que excluem as noções da psicanálise e há uma subdivisão do transtorno. |
| 1994 | Como característica mais marcante o transtorno ganha um recorte de gênero, sendo o sexo masculino o mais acometido pela prevalência do transtorno, bem como indicadores socioeconômicos e de imigração. |
| 2013 | Taxação fixa da patologia por meio de diversas subdivisões axiais e pouco espaço para o erro na escolha do diagnóstico, inserção da sessão III com discussão sobre formulação cultural e sofrimento psíquico. |

Fonte: Elaborada pelo autor.

5 DA PSICOPATOLOGIA À TEORIA SOCIAL

5.1 DIMENSÕES APOLÍNEAS E DIONISÍACAS DE UMA PSICOPATOLOGIA DA LUCIDEZ E A RELAÇÃO DESTA COM A SEGURANÇA E A INSEGURANÇA ONTOLÓGICA

A reflexão que até o momento fizemos sobre medicalização do mal como pertencente à medicalização do desvio social, tanto na visão da psicanálise, etnopsiquiatria e psiquiatria sobre o TPA, vulgarmente codificado como psicopatia, assim como as próprias concepções gerais no âmbito da filosofia referentes às significações do mal no mundo, nos servirão de escopo para uma série de dimensões não exploradas pela pesquisa sociológica sobre aspectos de reflexividade e bestialidade presentes neste perfil psicopatológico. Ou seja, vamos agora elucidar alguns pontos importantes não apenas para a Sociologia enquanto disciplina, mas para a Teoria Social de forma mais geral.

Aqui nos é importante elucidar o fato de que o indivíduo classificado como psicopata/sociopata ou com Transtorno de Personalidade Antissocial, apresenta um comportamento de um indivíduo consciente, que entende o funcionamento da sociedade e das relações sociais e que, ainda assim, permanece em uma posição de observação do jogo social, com o simples objetivo de mentir, trapacear, tirar vantagem de situações e pessoas (como já mencionado nos capítulos anteriores deste trabalho). Além disso, aqui também nos cabe refletir sociologicamente sobre o nível de integração e desintegração destes sujeitos²⁰ classificados por boa parte do campo psiquiátrico como naturalmente maus, bem como seu grau de inserção, pertencimento, ação no ordenamento normativo e moral dentro de uma sociedade.

E, sobretudo, nos questionar as possíveis causas ou influências que nossa sociedade promove para o surgimento de destes comportamentos que demonstram um nível maior de segurança ou insegurança ontológica. Haja vista que, como vimos anteriormente, se coloca como um quadro patológico que tem forte relação com o contexto social no qual está inserido. Seja pela compreensão da psicanálise do sujeito perverso, seja o psicopata classificado pela psiquiatria, ou até mesmo pelo sujeito não diagnosticado, o enfoque recai em indivíduos capazes de utilizar sua liberdade e autonomia para realizar atrocidades que dificultam a

²⁰ Sujeito aqui no sentido empregado por Foucault, em que um indivíduo reconhece uma identidade como sua, *sujeito* como demonstração das forças de poder de um determinado momento histórico.

dinâmica do jogo social ordenado, que podem ter uma influência primeva da ausência ou da presença do sentimento ontológico de pertencimento ao mundo.

Tal inferência significa, simplesmente, que estamos diante da constituição de novas formas adaptativas de segurança ontológica. O surgimento de novos sofrimentos psíquicos, por exemplo, não revela necessariamente a precariedade dessa segurança; mostra-se mais, na realidade, como reconfiguração do jogo de autonomia e dependência da existência concreta nas sociedades contemporâneas. Os dois lados desse “jogo” são umbilicalmente vinculados: a dependência, em relação a constructos sociais que enquadram normativamente a trajetória do indivíduo, é o reverso, sempre contingente e variável, da autonomia, em relação à liberdade de escolhas pessoais e ao relativo autocontrole da existência individual nas sociedades modernas (Giddens, 1989; Peters, 2014).

Ou seja, neste último momento, não estamos apenas preocupados em ponderar sobre as problemáticas inerentes a medicalização do mal que pode ser encarnada pelo TPA, e sim nas reflexões sociofilosóficas da própria figura do perfil psicopático em relação a sociedade e seu nível de segurança, autonomia e reflexividade no mundo. Tal argumentação também não nos restringe simplesmente a entender que as características aqui abordadas estariam presentes apenas em um indivíduo diagnosticado, mas sim como estas dimensões estão em maior ou menor nível presentes na própria condição humana²¹. No intuito de instrumentalizar a argumentação, precisamos compreender qual o sentido filosófico das dimensões trazidas por Nietzsche na figura de Apolo e Dionísio, e muito bem estruturada por PETERS (2017) em seu estudo sobre a ordem social e esquizofrenia. Como percebemos no trecho:

Na sua première, Nietzsche se debruçou em detalhe sobre essa dialética interna da criatividade ao estabelecer sua famosíssima distinção entre os princípios apolíneo e dionisíaco no desenvolvimento da arte: sob o signo de Apolo, encontramos “aquela libertação mensurada, aquela liberdade em face das emoções mais selvagens, aquela sapiente tranquilidade do deus plasmador” (NIETZSCHE, 1992, p. 29), enquanto a embriaguez de Dioniso estraçalha “todas as rígidas e hostis delimitações que a necessidade, a arbitrariedade ou a ‘moda impudente’ estabeleceram entre os homens” (Ibid., p. 31). A apresentação opositiva dos dois princípios reflete sua “luta incessante”, uma produtiva discórdia que estimula novas criações artísticas de ambos os lados. O filósofo reconhece, entretanto, que o processo está eivado de reconciliações periódicas entre os dois movimentos, do que dá testemunho precisamente a tragédia ática como uma síntese “miraculosa” (Ibid., p. 27) entre tais formas de arte (PETERS, 2017, p. 291 a 292).

²¹ Percepção semelhante à da psicanálise, como abordado anteriormente no segundo capítulo deste mesmo trabalho.

Se tomamos como base esta experiência analítica polarizada, mas ao mesmo tempo separada apenas como um constructo abstrato, perceberemos que muitas psicopatologias permanecem neste trânsito entre, em termos bastante gerais, reflexividade, na figura de Apolo, e características de bestialidade, pelas características arquetípicas de Dionísio. A imagem do psicopata, principalmente construída pela mídia (mas embasada pela psiquiatria neurobiológica), em certo sentido, apresenta características de muita frieza e sagacidade provenientes de uma postura reflexiva com o mundo e com a dinâmica social, de racionalidade mediante o jogo, como também de bestialidade referente a potencialidade de seus atos maus. Pois é justamente por perceber como as regras do jogo se articulam e como os sujeitos tendem a representa-las e incorpora-las que o mesmo conseguiria realizar suas ações maléficas. Os aspectos de bestialidade são provenientes da lucidez em relação ao jogo social.

Tal capacidade pode ser compreendida como habilitadora no seu aspecto mais perverso, sendo descrita pela psiquiatria como uma inteligência avançada, uma habilidade quase que de meta-análise sobre uma visão da construção da realidade social em seus aspectos objetivos e subjetivos²². Em outro sentido, o psicopata parece transitar de forma exagerada para o espectro oposto, pois o mesmo pode apresentar atitudes extremamente impulsivas na tentativa de obtenção de um prazer imediato. Estaríamos falando de aspectos dionisíacos, observáveis quando o psicopata age de forma inescrupulosa e violenta a ponto de causar a morte de pessoas em série²³, ou mesmo mortes cruéis não seriadas, encaradas pelos mesmos de forma tão bestial para que nem sequer apresenta aspectos de remorso, empatia ou qualquer tipo de culpa.

Um caso específico para nos ajudar a instrumentalizar a discussão, por ser permeado pelos múltiplos sentidos da medicalização do mal e suas dimensões filosóficas abordadas até aqui, pode ser verificado no documentário *Child of Rage* (“A ira de um anjo” em tradução livre para o português). O documentário apresenta a história de Beth Thomas e seu irmão Jonathan, Beth era uma menina de seis anos de idade adotada por uma família cristã. Ao mostrar as sessões de terapia gravadas com os relatos da criança sobre os acontecimentos brutalmente perversos que a mesma cometia, sem apresentar, em princípio, nenhum remorso ou consciência de uma ação danosa.

A criança, que havia sido molestada diversas vezes pelo seu pai biológico na sua mais tenra infância, antes mesmo de seus seis anos de idade, relata ao seu psicólogo que gostava de causar dor

²² No sentido proposto por BERGER, P.; LUCKMANN (1985) em *A construção Social da Realidade*.

²³ Para melhor descrição da perfil psicológico do serial-killer ver MORANA(2006) “Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers” disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000200003&lng=pt&nrm=iso%3E.%20acessos%20em%2015%20ago.%202018.

ao irmão, além de molesta-lo sexualmente, bater sua cabeça contra o chão de cimento na tentativa de mata-lo e roubar as facas da casa para esfaquear os pais adotivos. Ainda que categorizada com um alto grau de psicopatia, a mesma é submetida a diversas sessões de terapia e um trabalho convicto de conversão psicológica incentivado pelos pais adotivos, que levam a criança para um centro de ressocialização para crianças com conduta tão desviante quanto a apresentada pela menina.

Para além das cenas chocantes dos relatos da criança, o mais estarrecedor é perceber analiticamente sua radical mudança quando passa a ser submetida a outras condições contextuais, com fortes regras, influências morais, valorização pessoal por atos considerados bons com influências religiosas. No centro de reabilitação no qual Beth é internada, ela precisa realizar tarefas que incluem o cuidado com animais e as relações de afeto são incentivadas, assim como obedecer a regras e criar convicção em uma fé religiosa. A menina parece ser tratada com muito amor e valorizada quando bem-comportada. O resultado ainda na infância é de um comportamento totalmente pró social, e a criança demonstra arrependimento por seus atos egoístas e perversos cometidos anteriormente. Atualmente a menina que teve história retratada projetada no documentário tornou-se enfermeira de uma unidade neonatal, parece levar uma vida completamente normal para o que consideramos um ser pró-social, ou seja, com conduta social benévola para com a sociedade.

A reflexão social e psicológica que aqui nos é permitida, para além de um questionamento diagnóstico ou mesmo de veracidade documental, é que as características apresentadas por indivíduos que possuem um perfil psicopático podem representar, do ponto de vista sociológico e filosófico, diversas questões dignas de análise quando pensamos a formação da personalidade e a relação desta com um contexto social e subjetivo de cada indivíduo.

Analiticamente, podemos distinguir o processo de constituição do ego do processo de socialização. Haveria aqui, inclusive, uma divisão de trabalho entre a psicologia e a sociologia, com a psicologia social fazendo a ponte entre as duas ciências. Na verdade, percebendo a questão por outro ângulo, a distinção não seria apenas analítica, mas também real. Os dois processos, embora não sejam propriamente separados, possuem lógicas distintas na vida social. A distinção seria, nesse sentido, menos analítica do que histórica. Seria o efeito histórico de uma formação social, a modernidade, na qual a individualidade se constitui na disjunção – embora seja sempre possível estabelecer homologias – entre estruturas da personalidade e estruturas sociais (Perrusi, 2003). Na contemporaneidade, rompeu-se a “cumplicidade ontológica” entre individualidade, subjetividade e sociedade (PERRUSI, 2015, p. 142-143).

Seja a história de Beth ou de um criminoso do mais alto nível em uma prisão, geralmente estes casos trazem consigo uma série de aspectos que devem ser levados em conta ao estudarmos comportamentos que não são pró-sociais, ou em favor do ordenamento moral de determinada cultura. A problemática que sugerimos se coloca da seguinte maneira: o sentimento, mediante um sofrimento como o abuso sexual paterno constante e violento, pode causar sentimentos de desintegração e desfiliação social? Como pensar em uma conduta moral adequada as regras quando alguém não se sente integrado socialmente? O sentimento de insegurança ontológica em função de um mundo imprevisível e inseguro poderia causar a sensação de desfiliação associada ao comportamento maléfico?

Ao que tudo indica Beth fora submetida a um processo severo de (re)soalização, em que sua conduta moral passou a ser melhor simbolizada e os sentimentos e afetos melhor incorporados. É possível então estabelecermos uma correlação bastante estreita entre internalização das regras sociais e um perfil psicopatológico perverso ou maligno, psicopático no seu sentido mais técnico. A segurança ontológica é vivida como um sentido de verdade pela maioria dos seres humanos que vivem inseridos em determinada cultura, pode ser desestabilizada mediante contextos de forte crise e estabilizada por estruturas fortes de socialização mobilizada por afetos, disciplina, ou integração nos seus mais diversos aspectos, não se reduzindo a um quadro patológico sem tratamento ou sem possibilidade mínima de mudança.

Não queremos reduzir o problema psicopatológico a questões de socialização, mas demonstrar que possivelmente esta conexão é mais uma vez perceptível. Um importante ponto é que o sentimento de desfiliação parece não causar sofrimento ao psicopata justamente por as normas sociais, seja por uma razão cognitiva, fisiológica ou social, não serem de fato internalizadas na conduta comportamental destes indivíduos.

Para Giddens, portanto, tanto a aquisição de referenciais ontológicos estáveis pela criança quanto a manutenção desses referenciais pelo indivíduo adulto dependem de uma experiência que combina o contato com a materialidade dos objetos às rotinas de interação com outros. A crucialidade da rotinização do ambiente socioexperencial para a mitigação da insegurança ontológica teria sido demonstrada a contrario, de acordo com o sociólogo britânico, em “situações críticas” (GIDDENS, 1979, p. 123; 2003, p.70) nas quais os alicerces que ordinariamente organizavam a ação e a interação cotidianas foram dissolvidos ou severamente enfraquecidos (PETERS, 2017, p. 27 a 28).

Dessa maneira, a problematização sociológica que aqui nos debruçamos levanta diversos questionamentos tanto sobre integração/filiação/associação quanto fragmentação/desfiliação/desassociação. Para o que aqui foi dissertado, percebemos que não há evidências sólidas de que o comportamento humano possa ser conduzido apenas por uma explicação na neuroquímica cerebral. O que se percebe, não apenas pelo caso empírico, mas por toda discussão teórica mais geral, é que os indivíduos se sentem, a depender de seu contexto de social e subjetivo de socialização, mais ou menos integrados, e que isto é uma variável fundamental para pensar a conduta que compreendamos como “boa” ou pró-social, e a “má” conduta, ou antissocial. A socialização se constitui como um processo contínuo de formação do ego, que tem maior força na infância, mas que perdura por toda a vida e que às vezes não estão completamente integrados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fenômeno da medicalização do mal nos traz algumas considerações finais importantes. A primeira delas diz respeito ao fato do campo da saúde, em especial o médico psiquiátrico, ter amplificado seus domínios a um nível subjetivo profundo, na maneira como os próprios sujeitos se significam e significam os outros. Neste sentido, os perigos da medicalização do mal sinalizam o reforço de estereótipos do que seria um indivíduo perigoso e delinquente, tal qual os estereótipos presentes nos modelos classificatórios presentes na última reedição do manual, que associam a prevalência dos transtornos em homens com baixo nível socioeconômico sem levar em conta a complexidade apriorística que o Transtorno de Personalidade Antissocial carrega na sua história e na atualidade. Este é um dos impactos do ponto de vista objetivo.

De forma mais ampla, o fenômeno da medicalização do mal mostra como a naturalização desta conduta como pertencente a uma classe muito particular de categorias do comportamento humano, que mesmo não sendo considerada atualmente como absolutamente patológica, recebe uma tradução neurobiológica que por vezes acaba solapando, ainda que em alguma medida, o comportamento humano compreendido como mal, quando nossa investigação mostrou que seus sentidos são múltiplos, seja do ponto de vista filosófico ou mesmo de outras abordagens, tais quais a psiquiatria, psicanálise e etnopsiquiatria. A visão da etnopsiquiatria que aqui levantamos, parece uma crítica tão contundente e produtora, que os aspectos étnicos e culturais ganham espaço na sessão III da última reedição dos DSM's sobre a questão geral dos Transtornos de Personalidade que foi problematizada também neste trabalho, como forma de demonstrar que os aspectos socioculturais e políticos precisam ser levados em conta no processo diagnóstico.

Mesmo sabendo que este trabalho não tem como pressuposto assumir uma visão específica para colocá-la como correta, a visão psicanalítica parece levar em conta um olhar mais global e filosófico sobre o mal no mundo, em nós mesmos e em seu aspecto mais próximo ao patológico. Para Gonzalbo (2006), a perversidade se configura como “um dos impulsos do coração humano” (p. 184) e é intrínseca e inerente à sociedade e à natureza da vida humana, ainda que por vezes, quando em seu mais alto grau, seja irreversível e incontrolável. Ainda que não seja suficiente para resolver as complicações diagnósticas presentes na corrente psiquiátrica de matriz biológica, se mostra mais eficiente na não estigmatização de alguns

indivíduos enquanto criminosos natos, por exemplo. Como nos esclarece mais uma vez Fernando Gonzalbo (2006), no ocidente impera uma linguagem religiosa que tem sua estrutura baseada em uma ideia messiânica, que pressupõe um ordenamento moral para o mundo. A fé, neste sentido, está associada a necessidade de um mundo inteligível e que coloca a visão do sofrimento como em termos de justiça e na experiência do sacrifício.

Toda sociedade precisa significar e encontrar símbolos culturais para tentar transcender a dor, o sofrimento e o mal no mundo e em nós mesmos. O problema é que este anseio deveras primário presente na história do mundo e elaborado ao longo da história da filosofia e presente em diversas problematizações sociológicas e psicológicas, acaba por muitas vezes essencializar uma gama muito complexa de problemas e naturaliza-los a ponto de delimitar determinados indivíduos e concepções sobre o mal em pequenas molduras. Causando impactos cruéis, como encarceramento, estigmatização de indivíduos em situação de vulnerabilidade, e uma explicação limitada a problemas históricos e políticos muito antigos. Esperamos com esta dissertação levantar pontos de reflexão importantes, não apenas para a comunidade acadêmica, como também para a conduta diagnóstica que assumimos institucionalmente e para os problemas políticos relacionados a uma visão estreita do problema. Estudar o mal é também estudar a vida, a morte, o desejo e a vontade latente de viver plenamente uma felicidade que nunca parece plenamente alcançável.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. M. 2013. **Descontinuidades e ressurgências: entre o normal e o patológico na teoria do controle social.** Rio de Janeiro : s.n., 2013. pp. 1057-1078.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2000. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4th ed., Text Revision). Washington, DC : s.n., 2000.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2013. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition** (DSM-V). Arlington : s.n., 2013.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 1980. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition** (DSM-III). Arlington : s.n., 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. 1968. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-II 2th. ed.** 1968.
- ANDRADE, M. 2010. **A banalidade do mal e as possibilidades da educação moral: contribuições arendtianas.** Rio de Janeiro : Rev. Bras. Educ., 2010. pp. 109-125.
- BEATRIZ, A. M. 2008. **Mentes Perigosas – O Psicopata Mora ao Lado.** s.l. : Fontanar, 2008.
- BECKER, H. 2008. **Outsiders: Estudos de Sociologia do Desvio.** Rio de Janeiro : Jorge Zahar Editora, 2008.
- BRASILIANSE, D. **Assassinos de que natureza?.** Rio de Janeiro : Epos, 2014.
- BERRIOS, G. E. 2008. **Classificações em psiquiatria: uma história conceitual.** São Paulo : s.n., 2008, Rev. psiquiatr. clín., Vol. 35, pp. 113-127.
- CONRAD, P. & SCHNEIDER, J. W. 1992. **Deviance and Medicalization: from Badness to Sickness.** Philadelphia : Temple University Press, 1992.
- CONRAD, P. 2007. **The Medicalization of Society: on the transformation of human conditions into treatable disorders.** Baltimore : The John Hopkins University Press, 2007.
- CONRAD, P. **Medicalization and Social Control.** Massachusetts : Annual Reviews, 1992, Vol. 18.
- CONRAD, P. **The Shifting Engines of Medicalization.** 2005, Journal of Health and Social Behavior
- DUNKER, C. & KIRYLLOS, N. 2011. **A crítica psicanalítica do DSM-IV –breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria.** São Paulo : Rev. Latinoam. Psicopat., 2011.
- FERREIRA, J. 2014. **Sofrimento e Silêncio: apontamentos sobre sofrimento psíquico e consumo de psicofármacos.** Forum Sociológico. 2014, Vol. 24, pp. 121-128.

- FOUCAULT, M. 1999. **Ditos & escritos. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise.** Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1999. Vol. 01.
- FUCHS, T. **The tacit dimension.** Philosophy, Psychology & Psychiatry. 2001, Vol. 8, 4.
- GONZALBO, F. E. **In the Eyes of God: a Study on the Culture of Suffering.** Austin : First University of Texas Press Edition, 2006.
- HENRIQUES, R. P. De H. **Cleckley ao DSM-IV-TR: a evolução do conceito de psicopatia rumo à medicalização da delinquência.** São Paulo : Rev. Latinoam. Psicopat., 2009.
- LAPLANTINE, F. **Aprender Antropologia .** São Paulo : Editora Brasiliense, 1998.
- MATHES, P. G. & SILVA, F. B. **Saúde Mental e o Campo Sociojurídico: o "estado da arte do debate" com a Reforma Psiquiátrica.** São Paulo : s.n., 2012.
- MITJAVILA, M. R. & MATHES, P. G. **Transtorno de Personalidade Antissocial: análise da trajetória recente do conceito de Psiquiatria.** 2012.
- NEIMAN, S. **Evil In Modern Thought: an alternative history of philosophy.** New Jersey : Princeton University Press, 2002.
- PERRUSI, A. **Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos: Saúde mental e individualidade contemporânea.** 2015, Vol. 27, pp. 139-159.
- PETERS, G. **Do existencialismo sociológico à epistemologia insana: a.** Rio de Janeiro : s.n., 2017.
- Pub., NY :Ambrose Video. **Child of rage : a story of abuse.** Home Box Office ; producer, Gaby Monet ; in association with the National Committee for Prevention of Child Abuse. , 1990.
- ROSE, N. **Beyond Medicalisation.** 2007.
- ROUDINESCO, E. **A Parte Obscura de Nós Mesmos: uma História dos Perversos.** Rio de Janeiro : Jorge Zahar Editora, 2008.
- SILVA, A. B. B. **Mentes Perigosas: o Psicopata Mora ao Lado.** Rio de Janeiro : Editora Objetiva, 2008.
- SOEIRO, C. & GONÇALVES, R. A. **O Estado da Arte do Conceito de Psicopatia.** 2010.
- SZASZ, T. **Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man.** New York : Syracuse University Press, 1991.
- SZASZ, T. **The Medicalization of Every Day Life.** New York : Syracuse University Press, 2007.
- ZORZANELLI, R. T. e CRUZ, M. G. A. **O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970.** Interface. Setembro de 2018, Vol. 22, 66, pp. 721-731.

ZORZANELLI, R, BEZERRA JUNIOR, B. & COSTA, J. F. A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea. Rio de Janeiro : GARAMOND, 2014.