



A PSIQUIATRIA E A MEDICALIZAÇÃO DOS ANORMAIS: O PAPEL DA NOÇÃO DE TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISOCIAL

PSYCHIATRY AND THE MEDICALIZATION OF ABNORMALS: THE ROLE OF THE NOTION OF ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER

LA PSIQUIATRIA Y LA MEDICALIZACIÓN DE LOS ANORMALES: EL PAPEL DE LA NOCIÓN DE TRANSTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL

Myriam Raquel Mitjavila¹
Priscilla Gomes Mathes²

Resumo:

O artigo analisa a trajetória recente do conceito de transtorno de personalidade antissocial (TPA) no campo da psiquiatria enquanto categoria nosológica que revela algumas das principais tendências contemporâneas dos processos de medicalização da vida social. Examina-se, em particular, seu desenvolvimento como resultado do protagonismo que alcançou a noção de transtorno nos processos de expansão do campo de objetos da psiquiatria, e apresentam-se quatro hipóteses sobre o desenvolvimento do TPA como categoria diagnóstica, as quais se referem aos seguintes aspectos: transferência para o campo da medicina psiquiátrica de funções de controle social de certos comportamentos; perfil dos modelos etiológicos em torno da constituição da personalidade antissocial; definição da família, especialmente da família em contextos de pobreza urbana, como agente patogênico, e caráter moral dos critérios consagrados nos manuais e instrumentos utilizados para o diagnóstico de TPA.

Palavras-chave: Medicalização. Transtorno de personalidade antissocial. Psiquiatria. Saber médico. TPA.

Abstract:

This article analyses the recent trajectory of the concept *antisocial personality disorder* in the field of psychiatry. This is a relatively new concept, a nosological category which discloses some of the principal contemporary tendencies of the process of medicalization of social life. We scrutinize in particular the development

¹ Doutora em Sociologia pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Associada da Universidade Federal de Santa Catarina e Editora-Chefe do Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Profissões e Instituições - NEPPI / UFSC, Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: myriam@cse.ufsc.br

² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas (PPGICH/DICH/UFSC). Mestre em Serviço Social na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: priscillagmathes@gmail.com



of the mentioned concept as the result of the protagonist character achieved by the notion of disorder in the processes of expansion of the field of psychiatry. We also present four hypothesis related to the *antisocial personality disorder*, defined as a diagnostic category, which are related to the following aspects: the transference of functions of social control of different types of behaviors to the field of medicine; the profile of the etiological models about the constitution of the antisocial personality; the definition of the family as a pathogen agent in contexts of poverty; and the moral character of the enshrined handbooks and instruments used for the diagnosis of the *antisocial personality disorder*.

Keywords: Medicalization. Antisocial personality disorder. Psychiatry. Medical knowledge.

Resumen:

El artículo analiza la trayectoria reciente del concepto de trastorno de personalidad antisocial (TPA) en el campo de la psiquiatría en tanto categoría nosológica que revela algunas de las principales tendencias contemporáneas de los procesos de medicalización de la vida social. Se examina, en particular, su desarrollo como resultado del protagonismo alcanzado por la noción de trastorno en los procesos de expansión del campo de objetos de la psiquiatría, y se presentan cuatro hipótesis en torno al desarrollo del TPA como categoría diagnóstica, las cuales se refieren a los siguientes aspectos: transferencia para el campo de la medicina psiquiátrica de funciones de control social de ciertos comportamientos; perfil de los modelos etiológicos de la constitución de la personalidad antisocial; definición de la familia en contextos de pobreza urbana como agente patógeno, y carácter moral de los criterios consagrados en los manuales e instrumentos utilizados para el diagnóstico de TPA.

Palabras-clave: Medicalización. Trastorno de personalidad antisocial. Psiquiatría. Saber médico. TPA.

Com este artigo pretende-se discutir o estatuto alcançado pela noção de Transtorno de Personalidade Antissocial (TPA) na psiquiatria contemporânea. Embora seja uma noção cujas origens remetem à psiquiatria das primeiras décadas do século XX, sua transformação em entidade nosológica, definida a partir de critérios e padrões diagnósticos de alcance internacional, revela algumas tendências recentes da participação da psiquiatria na medicalização de objetos sociais.

Atualmente, a expressão “transtorno de personalidade antissocial”, bem como outras relativamente equivalentes (psicopatia, sociopatia e transtorno da personalidade dissocial), costuma ser definida 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, p.656).

A partir de uma pesquisa que envolveu a análise de uma amostra de manuais de psiquiatria e de artigos publicados em periódicos científicos (MITJAVILA, 2010), foram examinadas algumas características do papel medicalizador dessa categoria diagnóstica, e suas conexões com processos sociopolíticos 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 estender de maneira considerável os domínios da medicina muito além do campo que no passado era delimitado em função do conceito de doença ou patologia.

A IDEIA DE TRANSTORNO COMO ELEMENTO CENTRAL DOS PROCESSOS CONTEMPORÂNEOS DE MEDICALIZAÇÃO DA VIDA SOCIAL: O CASO DOS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

No campo da saúde mental, as ideias médicas sobre loucura e periculosidade, bem como sobre o normal e o patológico, converteram-se em peças-chave da trajetória da medicina como profissão, especialmente no que se refere a potencializar sua capacidade para expandir, de maneira infinita, o universo de seus objetos de intervenção, cada vez mais sociais e decididamente biopolíticos. (FOUCAULT, 1977).

No presente artigo, propõe-se que uma função similar pode ser atribuída à noção de “transtorno”. Embora se trate de um termo que não costuma ser definido

com precisão no campo da medicina em geral, e da psiquiatria em particular, vem ganhando espaço como categoria nosológica. Isso pode ser constatado, por exemplo, na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS (1993). Nela, o termo transtorno é utilizado, apenas, no capítulo que se refere aos “Transtornos Mentais e Comportamentais” permanecendo ausente na classificação das doenças de caráter somático.

Um conjunto composto de quase uma centena de condições mentais (F00 a F99) recebe, nesse manual, o *status* de transtorno, envolvendo diferentes tipos de manifestações comportamentais consideradas anormais (decorrentes de doenças orgânicas, de anomalias do desenvolvimento, transtornos psicóticos, neuróticos e outros) entre os quais se encontra aquele grupo que interessa para os fins do presente artigo: o composto pelos chamados “Transtornos de Personalidade e do Comportamento do Adulto”.

Em todos os casos, os transtornos mentais são definidos nesse manual como “a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais” (OMS, 1993, p.5).

Trata-se, evidentemente, de uma definição notadamente abrangente e de baixa especificidade. Idêntico perfil exibe a seguinte definição de Morana (2008) sobre os transtornos de personalidade:

Estes transtornos incluem grande variedade de condições e de padrões de comportamento importantes para a clínica, e são considerados perturbações caracterológicas e comportamentais, que se manifestam desde a infância e a adolescência. Com frequência estão associados ao desempenho pessoal e ao relacionamento interpessoal mais amplo, que se traduzem por comportamentos inadequados, tais quais: litígio, desemprego, comportamento violento, acidentes, uso de drogas, suicídio, homicídio, dentre outras condutas que podem ser delituosas (MORANA, 2008, p. 27).

Abrangência extremamente ampla e baixa especificidade estariam nos informando algo relevante: a concessão de uma licença aos psiquiatras das áreas clínica e forense para definir o que é um desvio comportamental e quando merece ser objeto de uma intervenção psiquiátrica, sem que para isso se faça necessário tipificá-lo como doença. Não constituindo doenças propriamente ditas, os transtornos de personalidade são frequentemente definidos como

anomalias do desenvolvimento psíquico, sendo considerados, em psiquiatria forense, como perturbação da saúde mental. Esses transtornos envolvem a desarmonia da afetividade e da excitabilidade com integração deficitária dos impulsos, das atitudes e das condutas, manifestando-se no relacionamento interpessoal. (MORANA; STONE; ABDALLA-FILHO, 2006, p.S75)

Dessa forma, na medicina psiquiátrica, os “transtornos de personalidade” aglutinam um conjunto de anormalidades que geram bastante controvérsia, e revelam como a noção de *transtorno* não substitui, mas supera a noção de doença ou patologia, aumentando, dessa forma, o campo de objetos que se convertem, de maneira crescente, em alvo do olhar e a prática médicas.

Não são poucos os psiquiatras que consideram que os transtornos de personalidade não deveriam ser objeto de atendimento especializado, na medida em que são vistos como patologias permanentes e refratárias a tratamento (MORANA, STONE, ABDALLA-FILHO, 2006). Mesmo existindo essa controvérsia, a psiquiatria não abre mão de medicalizar esses comportamentos, os quais permanecem como objeto desse saber, ainda que refratários a tratamento e não caracterizados efetivamente como doenças.

Etimologicamente, personalidade provém da palavra grega *persona*, significando máscara, e no campo científico médico-psicológico os traços de personalidade podem ser entendidos como padrões persistentes na forma de perceber e se relacionar com o ambiente e consigo mesmo (DSM IV-TR, 2002, p.642). De forma geral, transtornos de personalidade “podem ser definidos como estilos da personalidade que exibem reações consistentemente inapropriadas, mal-adaptativas ou deficientes frente o sistema social no qual o indivíduo está inserido.” (CARVALHO, 2008, p.vii). Ainda assim, é assegurado ao transtorno de personalidade sua permanência como objeto da psiquiatria.

De fato, todos os indivíduos portadores de transtorno de personalidade podem ser vistos pelos leigos como pessoas problemáticas e de difícil relacionamento interpessoal. As atitudes podem ser turbulentas e baseadas num imediatismo de satisfação. Basicamente, os indivíduos diagnosticados como portadores de transtornos de personalidade costumam desafiar os padrões de comportamento aceitos na sociedade, o que os converte, também aos olhos da psiquiatria, em “anormais”.

O DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) é o manual diagnóstico mais extensamente adotado pelos psiquiatras nos âmbitos nacional e internacional e define o perfil dos transtornos de personalidade como resultado de

um padrão persistente de vivência íntima e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo e se manifesta em pelo menos duas das seguintes áreas: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal ou controle de impulsos (Critério A). Este padrão persistente é inflexível e abrange uma ampla faixa de situações pessoais e sociais (Critério B) e provoca sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (Critério C). O padrão é estável e de longa duração, podendo seu início remontar à adolescência ou começo da idade adulta (Critério D). O padrão não é mais bem explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental (Critério E), nem é decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (...) ou de uma condição médica geral (...) (Critério F). (DSM-IV-TR, 2002, p.656-657).

O atualmente denominado “transtorno antissocial de personalidade” (OMS, 1993) ou “transtorno da personalidade antissocial” (DSM-IV-TR, 2002) corresponde a um dos onze subtipos de transtorno de personalidade reconhecidos internacionalmente pela medicina psiquiátrica, quais sejam: (i) transtorno de personalidade paranoide; (ii) transtorno de personalidade esquizoide; (iii) transtorno de personalidade esquizotípica; (iv) transtorno de personalidade antissocial; (v) transtorno de personalidade *borderline*; (vi) transtorno de personalidade histriônica; (vii) transtorno de personalidade narcisista; (viii) transtorno de personalidade esquiva; (ix) transtorno de personalidade dependente; (x) transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva; (xi) transtorno de personalidade sem outra especificação. A seguinte seção destina-se a discutir algumas dimensões do perfil e funções discursivas dessa categoria diagnóstica.

A PSIQUIATRIZAÇÃO CRESCENTE DA MALDADE E OUTROS DESVIOS SOCIAIS

Desde suas origens, a psiquiatria tem sido convocada para explicar e intervir na administração de um amplo leque de comportamentos individuais, caracterizados por representar algum grau de ameaça à ordem social. O percurso que vai da *manie sans délire* de Pinel, passando pela figura do “criminoso nato” de Lombroso

(DARMON, 1991) e a noção de “personalidades psicopáticas” de Kraepelin, até a formulação do “transtorno de personalidade antissocial” como categoria diagnóstica que integra o DSM-IV, exprime a maneira como o saber psiquiátrico foi firmando categorias e instrumentos que delineiam os contornos da ingerência médica sobre o controle de um conjunto significativamente amplo de comportamentos socialmente considerados como transgressores ou desviados.

Como já mencionado acima, a medicalização desse tipo de comportamentos alcançou o mais alto grau de institucionalização a partir da formulação e adoção internacional da noção de “transtorno mental”, em substituição do conceito de “doença mental” que prevalecera em períodos precedentes.

Até então, o conjunto de sintomas e sinais que hoje são mais claramente etiquetados como TPA, era objeto de controvérsias entre psiquiatras em todo o mundo, levando em consideração o fato de não se tratar de uma patologia ou doença reconhecível enquanto tal, e sim de um tipo de desvio ou sociopatia.

Mas, a partir do momento em que tais manifestações do comportamento passam a ser definidas em termos de transtorno, em virtude do triunfal ingresso da própria noção de transtorno no repertório nosológico da psiquiatria, a categoria TPA começa a se afincar de maneira sólida no campo do saber psiquiátrico.

No que se refere ao TPA, a literatura especializada tende a traçar o perfil de seus portadores nos seguintes termos:

Os aspectos psicológicos destes indivíduos são caracterizados pelo desprezo às obrigações sociais e por uma falta de consideração com os sentimentos dos outros. Exibem um egocentrismo patológico, emoções superficiais, falta de autopercepção, pobre controle da impulsividade (incluindo baixa tolerância para frustração e limiar baixo para descarga de agressão), irresponsabilidade, falta de empatia com outros seres humanos, ausência de remorso, ansiedade e sentimento de culpa em relação ao seu comportamento anti-social (...) e sua anormalidade consiste especificamente em anomalias do temperamento e do caráter, determinando uma conduta anormal configurando uma menos valia social. (SERAFIM, 2003, p.56).

Frequentemente, associa-se o TPA ao comportamento criminal, fundamentalmente àquele que envolve o uso da violência física. Nesse sentido, vale a pena ilustrar a percepção dessa associação através de uma referência de pesquisa comentada pelas autoras deste artigo em outro trabalho (MITJAVILA; MATHES, 2012). Trata-se de um levantamento realizado por Rigonatti (1999 *apud*

SERAFIM, 2003) em um grupo de detentos da Penitenciária Estadual de São Paulo que haviam sido condenados por homicídio e/ou estupro. Nessa pesquisa não foram achadas correlações estatisticamente significativas entre doença mental e comportamento criminal, porém, de acordo com os pesquisadores, os resultados apontariam para uma alta prevalência do TPA nessa população já que atingiria 96% dos homicidas e 84% dos estupradores. Validar e generalizar esses resultados equivaleria a afirmar que o transtorno mental estaria na origem da quase totalidade dos homicídios e a maior parte dos estupros, sugerindo dessa forma a inexistência de limites absolutos para o avanço dos processos de medicalização de objetos nesta área.

PSIQUIATRIA E CONTROLE SOCIAL EM CONTEXTOS DE MODERNIDADE TARDIA

Historicamente, os processos de medicalização da vida social ocorreram por meio de estratégias diversificadas, sendo uma delas a que Crawford (1980) caracteriza como a transferência para o campo de competências da medicina de objetos que anteriormente se encontravam sob a jurisdição de outras instituições. Perguntamo-nos por que e como esse amplo conjunto de comportamentos considerados problemáticos, e que hoje são tipificados como TPAs, se ampliou e se estabeleceu de maneira mais sólida em períodos recentes da história da psiquiatria.

Nesse sentido, podem ser aventadas algumas hipóteses. A primeira delas diz respeito à correlação entre essa expansão do saber psiquiátrico e o declínio, e em muitos sentidos a falência, das instituições sociais em suas funções de controle social dos comportamentos individuais. Uma das características da modernidade tardia consiste precisamente em uma mudança estrutural das relações entre agentes e estruturas sociais, no sentido do enfraquecimento da capacidade das instituições para controlar comportamentos individuais, impulsionando processos de individualização social (LASH; WYNNE, 1992; ROSANVALLON, 1995; BECK, 1997).

O declínio do papel regulador de mecanismos institucionais localizados nas esferas do estado e da comunidade, que teoricamente garantiam a proteção dos indivíduos e seus direitos, mas também da sociedade com relação aos indivíduos ameaçadores, conduz à imposição aos indivíduos do autocontrole comportamental (BECK, 1997). Sob essas condições, o saber médico aparece, mais uma vez, como

o recurso socialmente mais eficiente para o governo dos indivíduos desgovernados, transgressores, imorais, cruéis, assassinos, enfim, “antissociais”. Da mesma forma que a psiquiatria foi convocada para dar respostas à criminalidade no século XIX, é hoje novamente mandatada para arbitrar o destino social daqueles indivíduos incapazes de se autogovernar.

Com efeito, na trajetória recente da noção de TPA, é possível observar a crescente importância que adquirem alguns atributos que informam sobre essa (in)capacidade relativa das instituições para exercer o controle das condutas individuais. Assim, por exemplo, no DSM-III (1980), o TPA é classificado, junto a outros três tipos de transtornos de personalidade (*borderline*, histriônico e narcisista) em uma das três categorias que compõem o Eixo II (transtornos do desenvolvimento), a qual é definida em função da adjectivação de alguns atributos de seus portadores, caracterizados como “impulsivos, erráticos e imprevisíveis”. Trata-se, evidentemente, de um tipo de descrição que pretende justificar a impossibilidade de se exercer qualquer classe de controle social ou de prevenção dos comportamentos anormais que compõem o perfil dos assim diagnosticados.

A atribuição de um caráter ingovernável aos portadores de TPA não constitui uma novidade no pensamento da psiquiatria; na verdade, trata-se de uma percepção que passa a experimentar uma renovação de suas funções discursivas. Representaria, portanto, uma permanência na trajetória de um conceito que sedimentou, aparentemente, a partir do momento em que a impulsividade dos indivíduos diagnosticados como portadores de personalidades antissociais ou psicopáticas passou a ser definida em termos de *acting out*, traço que é objeto de definições como as seguintes:

Estas anomalias do comportamento se manifestam sob o modelo de um impulso freqüentemente agressivo, ou de atos mais complexos, às vezes mesmo sob o modelo de um “acting out” que escapa, de certo modo sub-repticiamente, à vontade e à consciência do indivíduo. Estes atos involuntários, nocivos ou perigosos para os outros, constituem delitos ou crimes quando, segundo o estatuto jurídico (Código Penal) que regulamenta o sistema dos impedimentos e das penas em todas as sociedades organizadas, eles transgridem a lei (EY; BERNARD; BRISSET, 1985, p. 1211).

O crime se produz quando um indivíduo, em resposta a impulsos de ordem biológica, psicológica e social, encontra-se numa situação tal que a execução do delito se lhe afigura como saída inevitável ou necessária (não estamos dizendo que o crime é um acontecimento de caráter fatalista, que o

agente do delito é exculpável porque não lhe restava outra alternativa; o crime é, na maioria dos casos, um transtorno da personalidade, não da inteligência: o criminoso – imputável – escolhe mal a sua conduta, não por estar subjugado a forças que não domina, mas porque não tinha perfeita noção de como controlá-las) (ARAUJO; MENEZES, 2003, p. 235).

Há dois elementos dessas definições que adquirem a condição de “marcadores sociais” de um tipo de anormalidade medicalizável: (i) o caráter ingovernável do comportamento dos diagnosticados como portadores de TPA, no sentido de falta de controle dos impulsos antissociais; e (ii) seu caráter estrutural, no sentido de ser o *acting out* apresentado como um traço bastante permanente e imutável e, ao mesmo tempo, revelador da natureza anormal e perigosa destes indivíduos, afastando-se, dessa forma, a possibilidade de considerar o TPA como uma condição circunstancial nas trajetórias biográficas dos indivíduos.

Um indício dessa tendência pode ser encontrado nas variações experimentadas pela nomenclatura nosológica no 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 mutação que responde tanto às transformações induzidas pela radicalização da experiência da modernidade – no sentido acima apontado de um debilitamento 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.

Portanto, a segunda hipótese que pode ser formulada, a partir da análise preliminar do material empírico que vem sendo utilizado, refere-se precisamente a que as abordagens mais recentes do TPA caracterizam-se por um tipo de

posicionamento etiológico oposto ao sustentado pela psicopatologia dinâmica, ao realçar o papel de fatores biológicos e psico-afetivos, em detrimento de variáveis socioambientais, na constituição desse tipo de desvio comportamental.

Embora se perceba certa tendência da psiquiatria contemporânea a reconhecer o caráter multifatorial (EY; BERNARD; BRISSET, 1985; ARAÚJO; MENEZES, 2003; SERAFIM, 2003) da etiologia do TPA, envolvendo fatores tanto biológicos como psicológicos e sociais, a tradição biologicista inaugurada no passado a partir das contribuições de Lombroso e de Morel teria recentemente experimentado um ressurgimento que se manifesta na atribuição de um papel etiológicamente relevante aos fatores de cunho individual e familiar em detrimento de interpretações que possam privilegiar o papel do meio social na constituição das personalidades transtornadas.

Nesse sentido, entre outros, destacam-se os elementos vinculados à carga instintiva inata, principalmente no que tange a agressividade.

As alterações fisiológicas e bioquímicas, de um modo geral, mas principalmente relacionadas ao funcionamento cerebral, permanentes ou transitórias, que encontrem expressão na conduta do indivíduo, como ocorre nas patologias relacionadas com alterações da neurotransmissão, tão estudadas atualmente, fazem parte destes fatores. Os problemas funcionais como as epilepsias, bem como problemas cerebrais estruturais de qualquer ordem, desde os infecciosos como a neurolues até os tumores, podem constituir-se em elementos de periculosidade (SORDI; KNIJNIC, 2003, p. 910).

Ao mesmo tempo, a literatura sobre o tema costuma reconhecer a relevância etiológica, seja de forma independente ou associada aos fatores biológicos, dos processos intrapsíquicos e afetivo-vinculares na constituição dos transtornos de personalidade em geral e do transtorno de personalidade antissocial em particular. O tipo de narrativa predominante nos manuais de psiquiatria responde ao modelo interpretativo do TPA que se apresenta no excerto a seguir.

A qualidade, calorosa ou indiferente destas respostas parentais, refletidas sobre a criança, são fortemente determinantes de normalidade ou de patologia do desenvolvimento da auto-estima. (...) É neste permanente jogo de transferências que a criança desenvolve a capacidade de regular internamente a auto-estima e que, progressivamente, representações mentais de si e dos outros (Self e Objecto), se delimitam na via da separação e da individualização. (CORDEIRO, 2003, p. 27)

Nesse sentido, uma terceira hipótese pode ser aventada com relação ao papel atribuído à família na etiologia do TPA: sua consideração como o âmbito patogênico por excelência. Porém, os aspectos da estrutura e dinâmica familiar que são destacados na literatura sobre o tema refletem o predomínio de visões fortemente ideológicas e estereotipadas sobre a família e seu papel etiológico. Assim, são frequentes as referências ao caráter negativo daqueles atributos do espaço familiar que se afastam do modelo idealizado de família nuclear, organizado em torno de papéis de gênero e de relações intergeracionais instituídos como normais nas sociedades ocidentais modernas.

Em particular, atribui-se um papel etiológico marcadamente relevante à família em situação de pobreza urbana, especialmente no que diz respeito a seu papel desencadeante do TPA:

Las evidencias actuales son definitivas a la hora de plantear el importante papel que juegan los factores genéticos en la causalidad del TPAS. Pero también debe tenerse en cuenta que diversos factores ambientales pueden modular la predisposición genética, determinando si un individuo finalmente desarrolla o no dicho trastorno. La existencia del TPAS en los padres se ha visto asociada significativamente con trastornos de conducta en la infancia. Cadoret y Stewart (74), utilizando diseño con niños adoptivos, investigaron la relación entre la carga genética, los factores ambientales y la evolución clínica del trastorno de atención con hiperactividad (ADHD), la agresividad, y la personalidad antisocial en el adulto, en una muestra de 283 varones adoptados. La existencia de un padre biológico juzgado como delincuente o con penas criminales predecía un incremento en ADHD en sus hijos adoptados, así como un incremento del diagnóstico de personalidad antisocial en el adulto. En la misma muestra (75), dos factores ambientales aumentaban significativamente la personalidad antisocial en los adoptados: problemas de alcohol o conductas antisociales en la casa adoptiva, y nivel socioeconómico bajo del hogar adoptivo cuando el adoptado procedía de un padre (DELGADO *et al*, 1994, p. 626).

Nossa quarta hipótese refere-se ao caráter marcadamente axiológico das categorias diagnósticas do TPA definidas nos manuais e instrumentos padronizados que circulam no âmbito internacional, reproduzindo nesse território um padrão cognoscitivo que a psiquiatria evidenciou desde suas origens. Esse caráter moral dos critérios diagnósticos obedeceria menos aos conteúdos ou aspectos semânticos das categorias nosológicas que à estrutura da linguagem que as transporta. Assim, em virtude de seu caráter difuso e genérico, os enunciados utilizados na descrição dos critérios diagnósticos convertem-se em um tipo de meio idôneo para transportar e aplicar livremente critérios de normalidade / anormalidade sobre o comportamento social. Esse traço pode ser observado, por exemplo, em alguns dos critérios para o

diagnóstico de TPA que são apresentados no DSM-IV-TR (2002), tais como “irresponsabilidade extrema” (critério A6) e suas manifestações nos âmbitos laboral e financeiro.

Com independência de qualquer consideração de natureza técnica acerca da validade das medições com esse tipo de categorização (o que não pertence ao âmbito da nossa análise sociológica), deve-se dizer que esses instrumentos estariam atualizando o papel da autonomia como uma característica secular do saber médico em um duplo sentido: autonomia da profissão para criar suas próprias regras, e autonomia de cada médico para utilizar os instrumentos de categorização, em função de critérios predominantemente axiológicos (FREIDSON, 1978).

COMENTÁRIOS FINAIS

Os discursos da psiquiatria em torno de um conjunto de comportamentos agrupados sob o rótulo de TPA estariam experimentando algumas transformações que não podem ser reduzidas a um mero processo de formalização de conceitos e instrumentos. Trata-se, sim, de movimentos que refletem tanto as estratégias do saber médico para garantir uma posição privilegiada no coração das instituições contemporâneas como as transformações institucionais mais amplas do espaço social onde essas estratégias se desenvolvem.

O caráter difuso e moral das categorias formuladas pela psiquiatria para descrever e realizar as classificações diagnósticas de um numeroso grupo de desvios comportamentais de cunho social demonstra ter sobrevivido secularmente, embora sua persistência não seja tão evidente devido a seu desdobramento em instrumentos e sistemas de classificação pretensamente cada vez mais sofisticados e formalizados.

Já no início do século XX, a medicina era mais do que uma área técnico-científica, pois ela também se preocupava com questões do âmbito social e, ainda, moral, configurando-se como uma verdadeira ciência do campo social (REBELO, 2004). Contemporaneamente, a própria normalidade continua a ser, em grande medida, um produto dos saberes biomédicos e motor dos processos medicalizadores. a partir de uma crescente patologização do estatisticamente normal. Com isso, a “fronteira entre a normalidade e a anormalidade se torna mais

tênue e também se desloca, estendendo a esfera sobre a qual atuam os chamados ‘imperativos da normalidade’” (MALUF, 2010, p.49-50).

A partir dessa ampliação do universo de objetos da psiquiatria que a noção de transtorno propicia, constata-se a existência de um conjunto de elementos que sugerem tanto a permanência de antigas categorias conceituais da psiquiatria quanto à reatualização de algumas delas e, ainda, o surgimento de novos parâmetros para avaliar comportamentos e práticas que representam algum grau de ameaça à vida cultural e social. Assiste-se, dessa forma, a um tipo de psiquiatria que tem sido definida como “psiquiatria ampliada”:

Essa psiquiatria ampliada, essa medicalização das condutas, dos sofrimentos e dos desvios, que teve seu início no século XIX, parece ter persistido por muito mais que meio século. Parece não ter desaparecido completamente quando olhamos para a proliferação de patologias mentais ocorrida nos últimos 30 anos. Quiçá esse mesmo esquema explicativo, essa transformação epistemológica que permitiu que a psiquiatria expandisse seu espaço de intervenção para a quase totalidade dos comportamentos humanos, permita-nos compreender o marco histórico que, ainda hoje, legitima a medicalização do não-patológico (CAPONI, 2009, p.546).

No entanto, o processo de formalização dos critérios diagnósticos não implicou a supressão da aproximação clínica, baseada na interação interpessoal; pelo contrário, adquiriu uma nova função: resguardar a autonomia do psiquiatra, proporcionando-lhe os códigos (amplos, ideológicos) que os instrumentos padronizados, como o DSM, se encarregarão de instituir, atribuindo-lhes, dessa forma, o sempre venerado caráter científico.

Essa autonomia, que decorre da sobrevivência da clínica como um tipo de racionalidade que moldou a medicina desde suas origens, cumpre um papel fundamental na institucionalização do papel social da medicina que um psiquiatra brasileiro define nos seguintes e hercúleos termos:

(...) dentre os deveres morais do psiquiatra forense está o de contribuir ao aprimoramento da norma e do tecido social. Assim, cabe a ele, em cada laudo, parecer, documento ou texto que apresenta à sociedade, a defesa de um bem moral: a proteção do doente mental, vítima indefesa de abusos; a do cidadão diferente, na medida em que não representa a maioria cultural, social, religiosa ou étnica; e a da coletividade, que legitimamente deve se defender dos que lhe possam acarretar perigo. (TABORDA, 2004, p. 27).

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M. A. S.; FLORES-MENDOZA, C. E.; GONTIJO, D. F. Evolução do DSM quanto ao critério categorial de diagnóstico para o distúrbio da personalidade antissocial. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, 2009.

ARAÚJO, C. T. L.; MENEZES, M. A. Execução penal, exame criminológico e apreciação dos indicadores de potencial criminógeno. In: RIGONATTI, Paulo Sérgio; SERAFIN, A.P.; BARROS, E.L.de. **Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003, pp. 229-245.

BECK, U. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: BECK, U.; GIDDENS, A.; LASH, S. (orgs). **Modernização reflexiva**. São Paulo: Editora da Unesp, 1997. cap.1, p.11-68.

CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12/10/2011. Doi: 10.1590/S0103-73312009000200016.

CARVALHO, L. de F. Construção e validação do inventário dimensional dos transtornos da personalidade. 2008. **Dissertação de mestrado**, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

CORDEIRO, J. C. D. **Manual de psiquiatria clínica**. Lisboa: Fundação de Calculstre Gulbenkian, 2003.

CRAWFORD, R. Healthism and the medicalization of everyday life. **International Journal of Health Services**, 3 (10), 1980, p.365-387.

DARMON, P. **Médicos e assassinos na Belle Époque**: a medicalização do crime. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1991.

DELGADO, M *et al.* Locos o malos? Una revisión del trastorno de personalidad antisocial o disocial. **Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.** vol. XIV, n.o 51, 1994, pp. 611-632.

DSM-III. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico estatístico de transtornos mentais**. 4.ed. rev. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, C. **Manual de psiquiatria**. São Paulo: Masson, 1985.

FERREIRA, S. A. T. **A evolução do conceito de depressão no século xx**: um análise da classificação da depressão nas diferentes edições do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria (DSMS) e possíveis repercussões destas mudanças na visão de mundo moderna. Vol.10, N. 2. Abr/Jun, 2011. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=117

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**. I: A vontade de saber. Rio de Janeiro, Graal, 1977.

FREIDSON, E. **La profesión médica**. Barcelona: Ediciones Península, 1978.

LASH, S.; WYNNE, B. Introduction. In: BECK, U. **Risk society**. Towards a new modernity. London: Sage Publications, 1992.

MALUF, S. W. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (org). **Gênero, saúde e aflição**: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

MITJAVILA, M. R. A periculosidade criminal: olhares da medicina psiquiátrica na contemporaneidade. In: CAPONI, S.; VERDI, M. (Org.). **Medicalização do sofrimento**: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. 1ed. Florianópolis: Editora da UNISUL, 2010, v. 1, p. 163-180.

MITJAVILA, M. R.; MATHES, P. G. Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos. **Physis**. Rio de Janeiro. Artigo Aceito, 2012.

MORANA, H. C. P. Identificação do ponto de corte para a escala PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) em população forense brasileira: caracterização de dois subtipos da personalidade; transtorno global e parcial. **Tese de doutorado**. São Paulo, Universidade de São Paulo, 2008.

MORANA, H. C. P.; STONE, M. H.; ABDALLA-FILHO, E. Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers. **Rev. Bras. Psiquiatr.**. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000600005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 17/10/2012. Doi: 10.1590/S1516-44462006000600005.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

REBELO, F. P. A penitenciária de Florianópolis e a medicalização do crime (1935-1945). Florianópolis, 151f. **Dissertação de mestrado** - Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

ROSANVALLON, P. **La nueva cuestión social**. Repensar el Estado providencia. Buenos Aires - Argentina, Manantial, 1995.

SERAFIM, A. P. Aspectos etiológicos do comportamento criminoso: parâmetros biológicos, psicológicos e sociais. In: RIGONATTI, P. S.; SERAFIM, A. P.; BARROS, E. L. **Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003, pp. 49-64.

SORDI, R. E.; KNIJNIK, J. Periculosidade. In: CATALDO NETO, A.; GAUER, G.; TABORDA, J. G. Exame pericial psiquiátrico. In: TABORDA, M.; CHALUB, E.; ABDALLA-FILHO e cols. **Psiquiatria forense**. Porto Alegre, Artmed, 2004, p.43-67.

TABORDA, J. G. Exame pericial psiquiátrico. In: TABORDA, M. CHALUB, E. ABDALLA-FILHO e cols. **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre, Artmed, 2004, p.43-67.

VENÂNCIO, A. T. A. A construção social da pessoa e a psiquiatria: do alienismo à "nova psiquiatria". **Physis**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311993000200005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 05/10/2012. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311993000200005>

Dossiê:
Recebido em: Setembro/2012
Aceito em: Outubro/2012