

MESTRADO INTEGRADO
MEDICINA

Perturbação de personalidade antissocial: quais os limites no diagnóstico e eficácia terapêutica?

Ana Beatriz Ramos Santos

M

2022



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR



Perturbação de personalidade antissocial: quais os limites no diagnóstico e a eficácia terapêutica?

Dissertação de candidatura ao grau Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Ana Beatriz Ramos Santos

Aluna do 6º ano de Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

E-mail: anabrsantoss@gmail.com

Orientadora: Paula Cristina Cardoso Valente

Médica Especialista em Psiquiatria, Assistente Hospitalar Graduada, Hospital Magalhães Lemos – Hospital de Dia

E-mail: paulavalente62@gmail.com

Co-orientadora: Maria Alice Soares Lopes

Médica Especialista em Psiquiatria, Assistente Hospitalar Sénior no Centro Hospitalar Universitário do Porto – Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

E-mail: maslopes@icbas.up.pt

Junho 2022

Resumo

Segundo o DSM-5, a Perturbação de Personalidade Antissocial (PPAS) caracteriza-se por um padrão de comportamento marcado pela violação dos direitos dos outros. Estes indivíduos caracterizam-se pela incapacidade de sentir empatia e estabelecer relações íntimas, uma vez que procuram a gratificação e poder através da exploração dos que os rodeiam. Falham também em comportar-se de acordo com normas éticas e as leis da cultura em que se inserem, com um impacto na sociedade desproporcionalmente grave quando considerada a prevalência da perturbação.

A população que apresenta comportamento antissocial é constituída por indivíduos muito diferentes entre si, com diversos subtipos de personalidade e comorbilidades associadas. Por ser uma população tão heterogénea, surgem implicações no diagnóstico e tratamento e, por este motivo, a definição do que se enquadra no diagnóstico de Perturbação da Personalidade Antissocial tem sido alvo de debate, com alguns autores a defender que os critérios de focam mais nas características do comportamento do que na personalidade.

O modelo atual contemplado no DSM-5 apresenta-se como um modelo inespecífico e uniformiza os comportamentos sociais num único grupo homogéneo, recebendo diversas críticas quanto à sua utilidade clínica. De forma a colmatar algumas limitações do modelo, o DSM-5 inclui na secção III um modelo alternativo que define as PP na base da disfunção demonstrada pelo indivíduo nos diversos contextos da sua vida e especifica os traços de personalidade esperados para cada PP. O novo modelo inclui um especificador de psicopatia, adquirindo maior eficácia na identificação de PPAS na população.

Infelizmente, o novo modelo proposto apresenta novas limitações que fazem questionar a pertinência do novo especificador e a apresentam uma definição insatisfatória dos traços incluídos no PID-5 e da sua correlação com o diagnóstico de PPAS.

O tratamento da PPAS é desafiante tanto ao nível de melhoria clínica do doente como para os profissionais de saúde que podem desenvolver processos de contratransferência que podem prejudicar a sua capacidade terapêutica. Um plano de tratamento adequado implica conhecer características da personalidade do doente que vão influenciar a sua resposta ao tratamento bem como a gravidade da perturbação. Assim, é importante conhecer estratégias terapêuticas e compreender o seu grau de eficácia nos diversos níveis de gravidade desta doença.

Palavras-Chave

Perturbações de Personalidade; Comportamento Antissocial; Perturbação de Personalidade Antissocial; Personalidade Psicopata; Diagnóstico Psiquiátrico; Psicoterapia

Abstract

According to the DSM-5, Antisocial Personality Disorder is characterized by a pattern of behavior marked by the violation of the rights of others. These individuals are characterized by the inability to empathize and establish intimate relationships, as they seek gratification and power through the exploration of those around them. They also fail to behave in accordance with ethical norms and the laws of the culture in which they live, with a disproportionately serious impact on society when considering the prevalence of the disorder.

The population that exhibits antisocial behavior is made up of very different individuals, with different personality subtypes and associated comorbidities. Because it is such a heterogeneous population, some implications for diagnosis and treatment arise and, for this reason, the definition of what fits in the diagnosis of PPAS has been subject of debate, with some authors defending that the criteria focus more on the behavioral characteristics than personality.

The current model contemplated in the DSM-5 presents itself as a non-specific model and standardizes social behaviors in a single group, receiving several criticisms regarding its clinical utility. In order to overcome some of the limitations, the DSM-5 includes in section III an alternative model that defines the PP on the basis of the dysfunction demonstrated by the individual in the different contexts of their life and specifies the expected personality traits for each Personality Disorder. The new model also includes a psychopathy specifier, making it more effective in identifying PPAS in the general population.

Unfortunately, the new model has its own new limitations that raise questions about the relevance of the new specifier and present an unsatisfactory definition of the traits included in PID-5 and their correlation with the diagnosis of PPAS.

The treatment of PPAS is challenging both in terms of clinical improvement of the patient and for health professionals who may develop countertransference processes that may impair their therapeutic ability. An adequate treatment implies knowing the patient's personality traits that will influence its response as well as the severity of the disorder. Thus, it is important to know therapeutic approaches and understand their degree of effectiveness in the different levels of severity of this disease.

Keywords

Personality Disorders; Antisocial Behavior; Antisocial Personality Disorder; Psychopathic Personality; Psychiatric Diagnosis; Psychotherapy

Símbolos e Acrónimos

DSM-5	5ª edição do <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
MAPP	Modelo Alternativo de Perturbações de Personalidade
PC	Perturbação de Conduta
PCL	<i>Psychopathy Checklist</i>
PCL-R	<i>Psychopathy Checklist Revised</i>
PID-5	<i>Personality Inventory for DSM-5</i>
PP	Perturbação de Personalidade
PPAS	Perturbação de Personalidade Antissocial
PPN	Perturbação de Personalidade Narcisista
Tri-PM	Triarchic Psychopathy Measure

Índice

Palavras-Chave	ii
Símbolos e Acrónimos	v
Índice de tabelas	vii
1. Introdução	1
1.1 Metodologia	3
2. Perturbação de personalidade antissocial	3
2.1. Psicopatia	6
2.2. Diagnóstico diferencial da perturbação de personalidade antissocial	8
3. Limitações no diagnóstico da perturbação de personalidade antissocial.....	9
3.1. Baixa especificidade	9
3.2. Uniformização do fenótipo antissocial.....	9
3.2. Conceptualização insuficiente da psicopatia	10
3.3. Definição insatisfatória da disfunção e dos traços de personalidade no PID-5	12
3.4. Distanciamento de modelos prévios já validados.....	13
4. Tratamento da personalidade antissocial	14
4.1. Fatores de mau prognóstico associados ao doente.....	15
4.2. Fatores de mau prognóstico associados ao terapeuta	16
4.3. Abordagens terapêuticas da personalidade antissocial.....	18
5. Conclusão	21
6. Referências.....	23

Índice de tabelas

Tabela i Dimensões de avaliação de disfunção de personalidade segundo o Modelo Alternativo ¹	25
Tabela ii Definição dos traços de personalidade associados ao especificador da psicopatia, como definidos no PID-5 ¹	26

1. Introdução

A perturbação de personalidade antissocial é uma perturbação caracterizada por comportamentos que ignoram e violam os direitos dos outros, manifestando frequentemente desprezo, manipulação, agressividade e a incapacidade de comportar de acordo com normas sociais e leis estabelecidas¹. São indivíduos que procuram sensação de recompensa de forma excessiva e apresentam um pobre controlo de impulsos².

Desde o século XIX que é descrita uma subpopulação nos hospitais psiquiátricos que apresenta comportamentos antissociais sem alterações significativas na capacidade de pensamento racional, atribuídos a impulsividade e raiva ou défices de causa hereditária na capacidade de internalização da moral². Mais tarde, já no século XX, Cleckley caracteriza o indivíduo antissocial como uma forma severa de psicopatologia emocional mas que o mesmo indivíduo consegue disfarçar com uma “máscara de sanidade”³. O construto de personalidade antissocial descrito por Cleckley viria a ser desenvolvido e a tornar-se naquilo que é hoje aceite como o conceito de psicopatia². Este autor propões critérios adaptativos e mal adaptativos no diagnóstico da psicopatia, com diferentes autores a considerar diferentes traços de personalidade como mais ou menos importantes na sua caracterização, tornando por vezes difícil a distinção entre psicopatia e personalidade antissocial^{2,4}.

A perturbação de personalidade antissocial tem uma prevalência de 0,2%-3,3% na população geral, podendo chegar aos 80% nas prisões, com maior prevalência nos homens e apresenta uma tendência na melhoria de comportamentos antissociais entre os 45-65 anos, apesar de manterem comportamentos interpessoais desajustados^{1,5}.

Os indivíduos que cumprem critérios para PPAS e Psicopatia parecem apresentar maior probabilidade, para adotar comportamentos agressivos e recidivas violentas quando comparados com outros indivíduos encarcerados^{1,6}. Pelo referido anteriormente, o diagnóstico de perturbação de personalidade antissocial tem aplicação forense na determinação do risco do indivíduo se manter uma ameaça para a sociedade e consequentemente na pena que este recebe⁷.

Além do impacto na criminalidade, a perturbação de personalidade antissocial está associada a comorbilidades como a perturbação de abuso de substâncias, depressão major, perturbação bipolar e alguns autores associam ainda a taxas de morte mais elevadas por causas naturais e não-naturais⁵. Estes indivíduos têm dificuldade em manter relações interpessoais e um emprego estável⁵.

Assim, a PPAS está associada a custos monetários elevados para a sociedade, pelos danos físicos e emocionais que causam nas suas vítimas e propriedade, sobre utilização dos serviços públicos como a saúde e justiça, perda de oportunidades de emprego, ruptura familiar e problemas associados ao abuso de substâncias⁸. Um estudo refere que os custos de adultos com história de perturbação de conduta têm um custo 10 vezes mais elevado ao longo da vida ao estado e estes têm cerca de 50% de probabilidade de desenvolver PPAS⁸.

O impacto de PPAS na sociedade é então altamente desproporcional à sua prevalência, pelo seu comportamento agressivo, e o diagnóstico desta perturbação tem valor prognóstico quanto à probabilidade de recidiva violenta e de reabilitação do indivíduo com comportamento antissocial^{4,5}.

Apesar da importância do correto diagnóstico, o modelo atual apresentado na quinta edição do *Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) para o diagnóstico PPAS é alvo de diversas críticas quanto à sua capacidade de definir e identificar adequadamente a PPAS e a psicopatia, demonstrando-se insuficiente².

Embora seja importante a mitigação de comportamentos antissociais nestes indivíduos, não existe atualmente um tratamento eficaz para a perturbação da personalidade antissocial, em particular nas suas formas mais graves^{3,4,9}.

Portanto, urge a necessidade de desenvolvimento de critérios de diagnóstico que sejam sensíveis e específicos na identificação da perturbação de personalidade antissocial em todos os seus níveis de gravidade e fenótipos, bem como abordagens terapêuticas verdadeiramente eficazes de forma a capacitar o indivíduo para se inserir na sua comunidade e diminuir o risco que este representa^{4,5}.

Esta revisão bibliográfica tem como objetivo sintetizar o conhecimento atual relativo às limitações atuais no diagnóstico e tratamento da personalidade antissocial e psicopatia.

Devido à multiplicidade de correntes de pensamento relativas à personalidade antissocial e psicopatia, nesta revisão é considerado o DSM-5 como referência atual na definição e diagnóstico de personalidade antissocial e psicopatia. Assim, estão reunidas neste trabalho as principais críticas aos modelos apresentados no manual referido, de forma a clarificar se os critérios apresentados são suficientes na identificação de todos os casos de personalidade antissocial em todos os seus níveis de gravidade.

Após a apresentação das principais lacunas no diagnóstico, serão apresentadas as dificuldades inerentes ao tratamento, do ponto de vista do psicoterapeuta e do ponto de vista do indivíduo antissocial, bem como estratégias que apresentam potencial na mitigação dos sintomas.

1.1 Metodologia

Esta tese caracteriza-se como uma pesquisa de base bibliográfica, o que implica a definição de bases de dados para pesquisa de artigos bem como a definição de critérios para a seleção dos mesmos.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados PsycINFO e PubMed, recorrendo aos termos de pesquisa “psychopathy AND treatment”, “psicopathy AND diagnosis”, “antisocial personality disorder AND treatment” e “antisocial personality disorder AND treatment”. Foram selecionados artigos em inglês, publicados entre 2002 e 2022.

Da pesquisa realizada, foram excluídos todos os artigos que se referem a perturbações de personalidade no geral ou agrupadas no *Cluster B* por sobre representação da perturbação de personalidade *borderline*, artigos referentes à etiologia da perturbação de personalidade antissocial e artigos que cujo objeto de estudo é a eficácia terapêutica nas comorbilidades e não na PPAS ou traços importantes associados à perturbação.

Além da pesquisa acima mencionada, foram considerados trabalhos de autores de renome cuja pesquisa científica tem valor indispensável na compreensão atual da patologia, como Hervey M. Cleckley, Otto Kernberg, Robert Hare e J. Reid Meloy.

2. Perturbação de personalidade antissocial

Uma perturbação de personalidade (PP) é caracterizada por um conjunto de comportamentos mal adaptativos manifestados de forma estável, inflexível e transversal a diferentes contextos da sua vida, e não pode ser causado por uso de substâncias ou outras condições médicas¹. O indivíduo com uma PP revela um comportamento que não se adequa à cultura em que se insere e manifesta-se nos diferentes contextos da sua vida, com consequência ao nível dos mesmos¹.

Em particular, a PPAS é uma perturbação de personalidade do *Cluster B*, incluída no DSM-5, caracterizada por uma enorme dificuldade em se comportar de acordo com normas sociais e de abuso do outro para próprio prazer¹.

O diagnóstico de PPAS implica a presença de diagnóstico de Perturbação de Conduta (PC) a partir dos 15 anos, uma vez que é conhecido que quase 80% dos indivíduos desenvolvem sintomas até

aos 11 anos e se não os apresentarem até aos 15 não vão desenvolver PPAS^{1,5}. A gravidade da PC é o principal fator preditivo para comportamentos violentos na vida adulta⁷.

O DSM-5 apresenta, na secção II, um modelo categorial para o diagnóstico de perturbações de personalidade que se manteve inalterado relativamente à edição anterior do manual¹. Assim, segundo este modelo, para ser oficializado o diagnóstico de perturbação de personalidade antissocial têm de estar presentes, pelo menos, três dos seguintes critérios:

1. Incapacidade de se comportar de acordo com normas sociais e respeitar leis; manifestado pela elevada prevalência de comportamentos criminosos;
2. Falsidade, enganando os outros para obter prazer ou proveito próprio;
3. Impulsividade na tomada de decisões;
4. Irritabilidade e agressividade;
5. Desprezo pela segurança do próprio e dos outros manifestado pela adoção de comportamentos sexuais de risco, condução acima do limite de velocidade, abuso de substâncias, outros;
6. Irresponsabilidade consistente manifestada pela incapacidade de manter um emprego ou cumprir com responsabilidades financeiras;
7. Ausência de remorso, manifestada pela indiferença ou racionalização de comportamentos que magoam os outros¹.

O modelo apresentado na secção II é um modelo que tem sido alvo de críticas por apresentar limitações quanto à sua sensibilidade e especificidade¹. Num esforço para ultrapassar algumas das insuficiências apresentadas pelo modelo descrito, é desenvolvido um modelo alternativo para o diagnóstico de PP (MAPP), incluído na secção III “Modelos e Medidas Emergentes” do DSM-5¹.

O modelo alternativo mantém a necessidade dos critérios gerais para o diagnóstico de perturbação de personalidade, mas vem acrescentar a de disfunção no funcionamento de personalidade, que é avaliada como um contínuo de forma a estabelecer a sua gravidade (Critério A)¹. Esta disfunção é avaliada na dimensão do próprio, quanto à identidade e *self-direction* e na dimensão interpessoal, quanto à empatia e intimidade (Tabela I)¹. Só está presente o diagnóstico de perturbação de personalidade antissocial se o indivíduo evidenciar disfunção moderada ou grave em pelo menos duas das áreas referidas¹.

Além da introdução da avaliação quantitativa relativa à disfunção de personalidade, o modelo alternativo implica a presença de seis ou mais dos seguintes traços de personalidade (Critério B):

1. Manipulação

2. Indiferença/Insensibilidade
3. Falsidade
4. Irritabilidade e agressividade
5. Adoção de comportamentos de risco
6. Impulsividade
7. Irresponsabilidade¹.

Os traços de personalidade propostos no MAPP, para cada PP, estão descritos no Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) desenvolvido na secção III¹.

A população passível de ser diagnosticada com perturbação de personalidade antissocial apresenta diversos níveis de gravidade caracterizados no trabalho de Kernberg em seis níveis, descritos de seguida do mais ligeiro para o mais grave com implicações na probabilidade de sucesso terapêutico^{10,11}.

O sexto nível, o menos grave, refere-se ao comportamento antissocial adotado por indivíduos com uma neurose sintomática e estes não seriam, tecnicamente, considerados indivíduos com uma perturbação de personalidade antissocial¹⁰.

No quinto nível, encontram-se doentes com personalidades *borderline* sem verdadeiras características antissociais ou narcisistas mas que, devido a processos de dissociação, adotam comportamentos que de outra forma não tolerariam, mantendo o sentimento de remorso pelos mesmos¹⁰.

O quarto nível inclui a personalidade narcisista sem comportamentos antissociais e é caracterizado pela negação da responsabilidade das próprias ações, dissociando-se das mesmas de forma a proteger-se de sentimentos de ansiedade e culpa¹⁰.

No terceiro nível de gravidade, encontra-se o doente *borderline* que é desonesto com o psicoterapeuta e demonstra vergonha, omitindo ou negando comportamentos mas que não apresenta um evidente comportamento antissocial¹⁰. Este doente ainda demonstra capacidade de estabelecer relações e consciência das consequências punitivas das suas ações¹⁰.

O segundo nível, apresenta-se com indivíduos com personalidade narcisista com comportamentos antissociais, chamados de narcisistas malignos, com características paranoides e manifestação de raiva no seu comportamento antissocial^{10,12}. São indivíduos que rapidamente justificam e racionalizam o seu comportamento sádico e abusivo mas revelam ainda um ligeiro grau de consciência relativamente ao mesmo¹⁰. Apresentam a capacidade de estabelecer algumas relações leais e profundas com os indivíduos que consideram poderosos e cujos valores eles idealizam¹².

No primeiro nível, o de maior gravidade, encontra-se o indivíduo com personalidade antissocial psicopata¹⁰. Este indivíduo é apenas capaz de se identificar na sua sensação de grandiosidade que impõe perante os outros, através de comportamentos violentos e controlo sádico com o único objetivo de obter prazer^{10,12}. É um indivíduo que reconhece as regras morais mas não as internaliza e não se comporta de acordo¹⁰.

2.1. Psicopatia

A psicopatia é caracterizada pela incapacidade de sentir empatia, culpa ou lealdade perante outros, descrita por Cleckley como uma grave patologia emocional disfarçada por uma fachada de boa saúde mental^{2,4}.

Os indivíduos psicopatas apresentam um estilo de vida antissocial crónico, incapaz de estabelecer relações interpessoais ou experiência afetiva profunda, mas também por um subgrupo que revela características como o charme, a inteligência e a ausência de ansiedade, delírios evidentes e pensamento irracional, que permite esconder os traços antissociais^{2-4,13}. São indivíduos com uma estrutura de pensamento paranoide que desenvolvem uma defesa psicopática que impede a internalização de um sistema de valores, seja ele qual for¹². Muitos indivíduos psicopatas são excelentes comunicadores e são capazes de perceber as vulnerabilidades dos outros, que utilizam para proveito próprio^{4,13}. Desta forma, pode-se dividir os indivíduos psicopatas em dois grandes grupos: (A) Psicopatas primários, com níveis mais elevados de ansiedade e maior tendência a comportamentos impulsivos¹⁴. É este segundo grupo que constitui uma maior parte da população criminosa e (B) Psicopatas secundários, também conhecidos como psicopatas bem sucedidos, capazes utilizar as suas características adaptativas como a baixa ansiedade e menor impulsividade nas suas relações interpessoais de forma a esconder as suas características antissociais¹⁴.

Efetivamente, uma das grandes novidades do MAPP é que este considera, dentro da perturbação de personalidade antissocial, a variante psicopática que se apresenta por indivíduos com uma marcada ausência de ansiedade, menor evitamento de convívio social (*“low withdrawal”*) e adoção de comportamentos de procura de atenção (*“attention seeking”*) (Tabela II)¹. O indivíduo psicopata, é um indivíduo que por possuir as características referidas, adquire estabilidade emocional e adota um comportamento marcado pela ousadia e ausência de vulnerabilidade, tornando-se assertivo e dominante sobre o outro¹.

Com a inclusão do especificador da psicopatia, torna-se possível incluir no diagnóstico características interpessoais e afetivas com vantagem adaptativa que não eram anteriormente consideradas, como a ousadia, sentimento de grandiosidade e sedução^{14,15}.

A identificação adequada de indivíduos psicopatas é importante uma vez que esta se apresenta como a forma mais grave de personalidade antissocial, apresentando um comportamento predatório na escolha das suas vítimas e não demonstram a excitação que acompanha os atos de agressividade na maior parte das pessoas, ignorando o medo e a dor que infligem na sua vítima^{3,4,16}. Ademais, por não se importarem com as consequências dos seus comportamentos disfuncionais, não o corrigem, o que vai ter implicações significativas na eficácia do tratamento⁴.

Na população criminal, a escala PCL-R de Hare é a mais frequentemente utilizada para a determinação do diagnóstico e da sua gravidade⁴.

Existe um modelo recente e amplamente aceite da conceptualização The Triarchic Psychopathy Measure (Tri-PM) que considera três construtos fenotípicos passíveis de ser distinguidos entre si^{2,13}:

1. Desinibição: que reflete a propensão para comportamentos impulsivos, bem como a necessidade de gratificação imediata, evidenciada por comportamentos irresponsáveis, tendência para ingressar em atividades violentas ou de consumo de substâncias¹³. É uma característica que apenas define um psicopata quando associada a maldade ou ousadia¹³.
2. Ousadia: reflete a capacidade de manter ou recuperar rapidamente a calma em situações de stress elevado, alta autoconfiança e eficácia nas interações sociais¹³. Indivíduos com marcada ousadia manifestam dominância sobre o outro, audácia e propensão a comportamentos arriscados, resiliência e incapacidade de aprender com as consequências das próprias ações¹³.
3. Maldade: apresenta-se pela ausência de empatia, desprezo por relações próximas com o outro, arrogância, procura por experiências excitantes através de comportamentos destrutivos e procura de poder recorrendo a atos cruéis predatórios¹³.

As três características do Tri-PM poderão ser combinadas entre si de forma a originar diferentes subgrupos de psicopatas com comportamentos diferentes².

2.2. Diagnóstico diferencial da perturbação de personalidade antissocial

É importante referir os diversos diagnósticos diferenciais que devem ser excluídos aquando do diagnóstico desta perturbação¹.

A perturbação de personalidade antissocial pode ser aparente um indivíduo com perturbação de abuso de substâncias e, de facto, os dois diagnósticos podem estar presentes¹. As características que podem ajudar a diferenciar são a idade de início dos sintomas, que tem que ser obrigatoriamente antes dos 15 anos na perturbação de personalidade antissocial¹. Quando ambas as perturbações estão presentes desde a infância ou início da adolescência, ambos os diagnósticos são feitos ainda que alguns traços antissociais se devam ao consumo da substância em questão¹.

As perturbações de personalidade têm traços comuns que podem causar sobreposição de sintomas, especialmente perturbações pertencentes ao mesmo *cluster*¹. Assim, a perturbação de personalidade narcisista, histriónica e *borderline* fazem parte da lista de diagnósticos diferenciais¹.

A perturbação de personalidade narcisista manifesta-se por relações superficiais, sedução, ausência de empatia e abuso do outro¹. No entanto, não é caracterizada pela impulsividade, mentira e agressividade nem é habitual a presença de distúrbio de conduta na infância e adolescência associadas à personalidade antissocial¹. Os indivíduos antissociais também podem não necessitar de tanta admiração e reconhecimento pelos outros nem demonstram sentir inveja dos outros como o indivíduo narcisista¹.

Na perturbação de personalidade histriónica, está presente a impulsividade, a superficialidade, a procura por experiências excitantes, irresponsabilidade, sedução e manipulação. No entanto, a manipulação é utilizada com o objetivo de obter afeto, em contraste com o indivíduo antissocial que procura a sensação e poder ou prazer¹. Os histriónicos não costumam adotar comportamentos antissociais de agressividade e manifestam as suas emoções de forma exagerada¹.

Em comparação com a perturbação de personalidade *borderline*, o indivíduo antissocial manipula para proveito próprio enquanto o *borderline* procura afeto e atenção¹. A perturbação de personalidade *borderline* está associada a mais instabilidade emocional e menos agressividade que a perturbação de personalidade antissocial¹.

Apesar da perturbação de personalidade paranoide não pertencer ao *Cluster B*, pode apresentar características sobreponíveis com a sintomatologia da perturbação de personalidade antissocial¹. Os indivíduos com personalidade paranoide podem apresentar comportamentos antissociais mas

raramente procuram explorar e obter poder a partir do outro¹. São frequentemente motivados por desejo de vingança¹.

3. Limitações no diagnóstico da perturbação de personalidade antissocial

Neste capítulo são discutidas diversas limitações dos modelos referidos na secção II e secção III do DSM-5, bem como algumas soluções propostas na mitigação dos mesmos.

3.1. Baixa especificidade

O modelo atual apresenta várias limitações ao nível dos *thresholds* que definem a presença de uma característica compatível com a PPAS, considerados por alguns autores como arbitrários¹⁷. Uma das consequências é a falta de especificidade, manifestada pela elevada taxa de comorbilidade entre as diferentes perturbações de personalidade, especialmente as que estão agrupadas no *cluster B*¹⁸.

De forma a melhorar a especificidade, tem-se desenvolvido critérios com *cut-offs* mais bem definidos que complicam as listas de critérios e requerem julgamento dicotómico por parte do psicoterapeuta, dificultando a sua utilização na prática clínica e sem sucesso no aumento do grau de confiança no diagnóstico¹⁸.

Assim, os modelos dimensionais, como o MAPP, apresentam-se como uma solução mais eficaz na avaliação e conceptualização de PP, melhorando a capacidade de identificação de características centrais da perturbação bem como as suas alterações ao longo do tempo¹⁷.

3.2. Uniformização do fenótipo antissocial

O DSM-5 tem evoluído de forma a centrar o diagnóstico de PPAS em comportamentos observáveis, nomeadamente na criminalidade, resultando numa uniformização das características do indivíduo antissocial, ignorando a heterogeneidade deste grupo^{2,4}.

O aumento do foco no comportamento criminoso e tendências desinibitórias pode levar ao diagnóstico errado de indivíduos que adotam comportamentos antissociais violentos por força do meio em que se inserem, mas mantém capacidade de sentir remorso, culpa ou empatia⁴. É

frequente o diagnóstico ser feito com base num único ato violento prévio sem que o indivíduo apresente todos os critérios necessários, resultando num diagnóstico retrospectivo que não se mantém ao longo do tempo.⁷.

A própria escala PCL-R de Hare, amplamente utilizada, não inclui características como a baixa ansiedade e irracionalidade e o charme e sedução são apresentados como características negativas que refletem intensão desonesta¹³. Esta representação terá sido admitida pela sobre representação da psicopatia na população criminal e não avalia de forma tão eficaz os traços adaptativos.

Ainda, os três traços incluídos no especificador da psicopatia do MAPP exibem perfis diferentes, especialmente a procura por atenção, desta forma, a população que tem critérios para o diagnóstico de PPAS é altamente heterogénea, o que constitui um problema na tomada de decisões clínicas como a escolha de tratamento e previsões como para o risco de atos violentos e suicídios¹⁵.

Assim, foco no comportamento violento ignora a existência de subgrupos de indivíduos psicopatas que assumem comportamentos antissociais de manipulação e abuso do outro sem que este se expresse na forma de um crime objetivável⁴. Uma parte destes indivíduos pode apresentar características antissociais como uma mais-valia no ambiente corporativo, uma vez que avançam na carreira profissional à custa da manipulação e aproveitamento dos outros⁴. São indivíduos com *scores* mais altos na avaliação das capacidades de comunicação, cuja aptidão para a manipulação pode ser confundida com persuasão⁴. A ausência de emoções como a empatia ou remorso garante-lhes a imagem de um indivíduo forte e racional, capaz de tomar decisões difíceis, atitude essa respeitada em ambiente corporativo⁴.

O MAPP, baseado em traços de personalidade, tem a vantagem de criar um maior equilíbrio entre o comportamento desviante e as características afetivas e interpessoais que um determinado indivíduo apresenta¹⁵.

3.2. Conceptualização insuficiente da psicopatia

Uma das grandes críticas ao modelo de diagnóstico atual é a ausência de uma conceptualização de psicopatia¹⁵.

O modelo alternativo exposto na secção III do DSM-5 surge como uma tentativa de incluir um subgrupo de indivíduos antissociais com uma clara ausência de sentimento de empatia e indiferença perante o outro, e quando comparado ao modelo atual, apresenta maior eficácia na deteção da psicopatia^{6,19}.

Apesar da maior sensibilidade, conceptualização de PPAS com o especificador da Psicopatia fica ainda aquém do Tri-PM que é largamente aceite como definição da psicopatia^{1,13}. A pertinência da inclusão do especificador prende-se com a inclusão de características que representam a ousadia considerada central na definição da psicopatia²⁰. No MAPP o psicopata apresenta-se com baixo evitamento de convívios sociais e por comportamentos que tentam chamar a atenção dos outros, no entanto, estes traços, descritos de acordo com o PID-5, são maus indicadores da ousadia descrita no modelo triárquico da psicopatia^{6,20}.

Já quando associada a características presentes no Critério B, há estudos que demonstram uma relação positiva entre a propensão para correr riscos e a manipulação à ousadia^{15,19}. No entanto, uma vez que apenas estes dois traços manifestam essa relação positiva, alguns autores consideram que ser insuficiente para uma boa identificação desta característica no Psicopata²¹. Outros estudos identificam uma forte relação que os traços de personalidade coerentes com uma PPAS incluídos no PID-5 têm com a maldade e desinibição associadas à psicopatia no Tri-PM¹⁹. Estes resultados põem em questão a pertinência deste especificador, argumentando que não aumentam a sensibilidade na deteção do indivíduo com características psicopáticas²¹.

Além disso, alguns autores defendem que a grandiosidade é um traço de personalidade fulcral na Psicopatia mas este está já atribuído à PP Narcisista (PPN) e a sua associação à PPAS aumentaria drasticamente a taxa de comorbilidade entre as duas perturbações²². A inclusão de ansiedade, depressão e grandiosidade nos critérios de diagnóstico da PPAS poderia servir para unir os conceitos de perturbação de personalidade antissocial e psicopatia^{19,22}.

A verdade é que existem outros estudos que relacionam positivamente a baixa ansiedade e a procura por interação social demonstrada pelo psicopata com o comportamento ousado, argumentando boa sensibilidade do especificador da psicopatia para a identificação do psicopata^{15,19,21}.

Desta forma, os resultados são conflituosos quanto à capacidade deste especificador da psicopatia ser adequado na identificação do aspeto da ousadia associado à psicopatia^{15,21}.

De notar que alguns estudos falham em relacionar os resultados obtidos com a escala PCL-R com o comportamento ousado, ainda que uma das limitações desta escala seja precisamente na identificação de comportamentos pro-sociais que o psicopata pode demonstrar, resultando na sua exclusão de alguns modelos e medidas de psicopatia, levantado de novo a questão da pertinência deste especificador²⁰.

Além disso, a ausência de ansiedade e a ousadia são frequentemente associadas a comportamentos mal adaptativos que predispõem à agressividade, mas, de facto, existe evidência que podem estar associados a comportamentos pro-sociais e estabilidade emocional que pode traduzir-se numa redução do risco de comportamentos agressivos^{6,19,20}.

Desta forma, a separação de uma variante psicopática não parece acrescentar valor na previsão de comportamento agressivo e deve ser revista a precisão da determinação de traços de personalidade mal adaptativos pelo PID-5 no que diz respeito à deteção de ousadia e imunidade ao stress⁶. A separação da variante psicopática também não acrescenta valor quanto à decisão terapêutica⁶.

O termo psicopata pode, inclusivamente, induzir em erro e fazer acreditar que a disfunção é maior quando na verdade tem o efeito oposto^{19,20}.

3.3. Definição insatisfatória da disfunção e dos traços de personalidade no PID-5

No especificador da psicopatia no MAPP, o evitamento de contactos sociais e a ansiedade são tratados como o seu reverso, o que deixa implícito que a sua ausência implica a presença do traço oposto, como por exemplo a ausência de ansiedade implica a presença de ousadia¹⁵.

Alguns autores defendem que o MAPP tem uma pior performance na identificação da psicopatia do que na identificação da PPAS, causada pela descrição unipolar dos traços de personalidade no PID-5, tornando o modelo inadequado na identificação da Psicopatia, sendo este o motivo pelo qual existe uma distinção entre os dois diagnósticos é uma inadequação no diagnóstico da psicopatia²².

Este problema poderia ser ultrapassado ao incluir no PID-5-Tri, uma escala que engloba os traços de personalidade incluídos no PID-5 para a personalidade antissocial e o especificador da psicopatia, ambos os polos das características mencionadas sendo que um *score* mais alto de uma dada característica representa a presença da mesma em vez de um *score* mais baixo representar a presença do traço oposto¹⁵. Isto seria necessário para várias características do PID-5, refletindo uma limitação na listagem de traços que foi incluída¹⁵.

Os domínios da personalidade incluídos no PID-5 estão também mal definidos, com os domínios de desinibição e antagonismo parecem sobreponíveis em determinados traços, como demonstrado em estudos anteriores que referem que o antagonismo correlaciona igualmente com impulsividade (domínio da desinibição) e insensibilidade (domínio do antagonismo) não havendo, portanto, uma

discriminação clara de ambos os domínios, que são centrais no diagnóstico da perturbação de personalidade antissocial¹⁵.

O MAPP propõe o Critério A que implica disfunção em pelo menos uma de duas áreas do funcionamento do *self* e pelo menos uma de duas áreas do funcionamento interpessoal e o tipo de disfunção está caracterizado para cada perturbação de personalidade²². O problema é que algumas destas descrições são altamente específicas e comparáveis entre perturbações de personalidade distintas e por vezes a sua diferenciação é muito subtil, sendo que requerem alguma dedução da parte do psicoterapeuta sobre a dinâmica que leva à disfunção referida²². Desta forma, é altamente complexa e pouco confiável qualquer distinção que possa ser feita entre os descritores da disfunção para cada indivíduo²².

Por fim, a própria descrição das disfunções *self* e interpessoais são muito idênticas à descrição dos diversos traços de personalidade e portanto a avaliação independente da disfunção da personalidade é perdida e analisada como uma referência da presença do traço de personalidade²².

O facto de o modelo de diagnóstico atual tem uma elevada variedade inter-entrevistador quanto ao diagnóstico, evidencia a baixa confiança que os critérios atuais permitem no mesmo⁷.

3.4. Distanciamento de modelos prévios já validados

O MAPP, apesar de vir resolver alguns dos problemas do modelo atual, afasta-se de modelos de avaliação da personalidade previamente estudados e validados como o *Five Factor Model (FFM)*²². Apesar de alguns traços serem sobreponíveis, a verdade é que, dos 37 traços de personalidade considerados no FFM, apenas foram incluídos 25, divididos em 5 domínios, no PID-5 o que limita a sua comparação e interpretação à luz da literatura já existente para o FFM, que incorporava de forma mais completa as diversas características da personalidade²². Desta forma, as conclusões respetivas à avaliação da personalidade, etiologia e tratamento das perturbações têm um menor grau de confiança quando à sua precisão²².

Não só foram considerados menos traços de personalidade, como a descrição dos mesmos é considerada insuficiente por diversos autores²². De acordo com o FFM, a PPAS seria marcada por elevados níveis de raiva, hostilidade, impulsividade, procura por estímulos excitantes e baixos níveis de confiança, frontalidade, altruísmo, gentileza, obediência, auto-disciplina e ponderação²². Destes traços, o DSM-5 só considera sete que cobrem oito das facetas do FFM, sendo eles a raiva,

hostilidade, impulsividade, procura por estímulos excitantes, frontalidade (em reverso), altruísmo (em reverso), gentileza (em reverso), obediência (em reverso) e deliberação (em reverso)²². No entanto, não são considerados traços do FFM que caracterizam a perturbação de personalidade antissocial como a confiança (em reverso), altruísmo (em reverso), submissão (em reverso) e autodisciplina (em reverso), sendo que dois destes traços existem no PID-5 (desconfiança e distratibilidade) e deveriam, por isso, estar incluídos na descrição desta perturbação²².

A distratibilidade, em particular, não foi atribuída a mais nenhuma perturbação de personalidade e a desconfiança parece estar apenas incluída no diagnóstico de perturbação de personalidade esquizotípica, possivelmente para reduzir a taxa de comorbilidades²². O baixo nível de submissão e baixo nível de altruísmo não são sequer considerados no PID-5 o que é relevante uma vez que ambas parecem correlacionar-se altamente com perturbação de personalidade antissocial²². Desta forma, apenas sete dos onze traços de personalidade característicos da perturbação de personalidade antissocial foram considerados, tornando este modelo num modelo incompleto na descrição desta perturbação²².

4. Tratamento da personalidade antissocial

Alguns dos nomes mais proeminentes no estudo da psicopatia como Cleckley e Hare referem que a psicopatia é muito difícil, senão impossível, de tratar⁹. Esta descrença na eficácia terapêutica da psicopatia pode ter contribuído para o abandono na procura de novas estratégias⁹. No entanto, há estudos que demonstram eficácia na redução de sintomas antissociais com recurso a abordagens terapêuticas^{9,23}

A gravidade da sintomatologia está associada a menor probabilidade de sucesso uma vez que o resultado da psicoterapia depende da capacidade de o doente estabelecer relações com o terapeuta e é frequente haver resistência da sua parte ao tratamento bem como uma taxa mais elevada de abandono do tratamento^{10,12,23}. Desta forma, a pré-condição essencial ao tratamento é a segurança de que o doente concordou com o abandono do seu comportamento antissocial e que está disposto a manter uma linha de comunicação aberta com o terapeuta e a família de forma a monitorizar o seu comportamento¹².

Alguns indivíduos tem um grau de psicopatia tão elevado que pode ser mais benéfico não tratar e esta decisão deve ser tomada considerando a probabilidade de o doente aderir ao tratamento ou o perigo que este constitui para o profissional de saúde^{10,23}. Alguns estudos referem inclusivamente

a maior probabilidade de recidiva com o tratamento da psicopatia²⁴. O tratamento em ambulatório está contraindicado quando o comportamento sádico do psicopata resultou em dano severo ou morte da vítima, na total ausência de remorso, quando este apresenta consistentemente justificação ou razão para o seu comportamento, QI superior ou inferior a dois desvios-padrão, incapacidade de formar conexões emocionais em qualquer momento da sua vida até então, medo experienciado pelo psicoterapeuta na ausência de um comportamento evidente que possa provocar o processo de contratransferência e por fim, qualquer indivíduo que obtenha um *score* igual ou superior a 30 na escala PCL^{9,10,23}. Uma classificação superior a 30 na escala PCL diagnostica o indivíduo como psicopata¹⁰.

Assim, o terapeuta deve avaliar o grau de perigo que este doente representa para si mesmo e para os outros, o grau de honestidade exibido pelo mesmo bem como a motivação para a mudança e observar cuidadosamente a comunicação verbal, de baixa confiança, e não verbal do doente, bem como os processos de contratransferências que pode desenvolver durante o processo¹².

4.1. Fatores de mau prognóstico associados ao doente

A gravidade da patologia é, em si mesma, o principal fator de mau prognóstico associado ao doente^{10,23}.

O doente pode apresentar padrões de manipulação do terapeuta de forma a proteger a sua idealização de grandiosidade, sentido prazer quando o consegue fazer com sucesso, e este comportamento deve ser identificado^{10,12}. É um fenómeno mais comum nas formas de psicoterapia em que os objetivos são definidos pelo doente e pode ser mitigado recorrendo a estratégias em que o clínico guia o tratamento pelos dados apresentados pelo doente¹⁰.

A mentira e o engano intencionais servem para acalmar a ansiedade persecutória bem como para alimentar a sensação de grandiosidade, desvalorizando o terapeuta quanto ao seu conhecimento da verdade e revela a negação da agressividade enraizada^{10,12}. É importante distinguir o engano consciente da negação inconsciente e colocar no doente a responsabilidade de convencer o terapeuta de que está a ser honesto¹⁰.

O psicopata é ainda capaz de imitar e simular comportamentos e estados afetivos, sendo importante fazer questões sobre a emoção e o reconhecimento da mesma, uma vez que o psicopata não compreende as dimensões afetivas^{10,12}. Esta simulação pode ser utilizada como uma oportunidade de explorar o delírio de grandiosidade sentido pelo doente e confrontar a ausência

de significado que estes estados afetivos representam para si¹⁰. Ainda assim, a psicoterapia só faz sentido se for pressuposta a capacidade de o psicopata sentir emoções genuínas, ainda que seja um leque restrito que geralmente corresponde a raiva, ódio, sadismo, tédio ou prazer desdenhoso¹⁰.

O narcisismo maligno, ainda que menos grave que a psicopatia, condensa impulsos agressivos e grandiosos, bem como o sadismo egossintónico, resultando em comportamentos potencialmente danosos para o psicoterapeuta quando este desafia a integridade e controlo exercido pelo indivíduo, resultando em ameaças de abandono do tratamento^{10,12}. Este indivíduo pode tentar manipular o terapeuta recorrendo a automutilação ou tentativa de suicídio, na fantasia de que se se destruir, destrói também o terapeuta^{10,12}. É também capaz de desvalorização verbal e agressões físicas e/ou psicológicas que manifestam o seu lado sádico, geralmente motivadas por inveja que cria no doente a dificuldade de reconhecer a experiência e potenciais contribuições que o terapeuta tem para oferecer^{10,25}. O controlo sádico é característico da psicopatia e praticamente não é tratável¹⁰. É então relevante perceber o peso da patologia do superego no indivíduo a ser tratado de forma a identificar a presença ou não de narcisismo patológico¹².

Os doentes com PPAS apresentam por vezes transferências paranoides que os impossibilitam de contextualizar a sua experiência com as experiências mais neutras ou positivas do terapeuta e desenvolvem a crença de que este o está a atacar, é mal intencionado ou indigno de confiança²⁵. Quando estão presentes processos de transferência paranoides, o estabelecimento de uma aliança terapêutica é extremamente difícil²⁵.

4.2. Fatores de mau prognóstico associados ao terapeuta

A psicoterapia a indivíduos com comportamentos antissociais graves apresenta processos de contratransferência marcados, manifestados pelo sentimento de medo, raiva, sensação de controlo por parte do psicopata, diminuição da auto estima ou até mesmo a visualização de imagens sadomasoquistas e é importante que o clínico as consiga identificar em si mesmo^{10,26}.

Assim sendo, a contratransferência vai apresentar-se de diversas formas que comprometem o tratamento:

1. Nihilismo terapêutico: é a reação mais comum e é fruto do estereótipo de que estas classes de pessoas não têm tratamento, ignorando as diferenças individuais e a personalidade antissocial como um contínuo de manifestações¹⁰. Há uma identificação do clínico com o

- doente no sentido em que o psicopata desvaloriza e desumaniza os outros, resultando no profissional de saúde a adotar o mesmo tipo de atitude perante o doente¹⁰.
2. Ilusão de cooperação no tratamento: É a reação de contratransferência oposta ao niilismo terapêutico¹⁰. Quando o psicoterapeuta tem um desejo enorme que haja progresso terapêutico no doente e o segundo se adapta às expectativas do primeiro e o manipula, convencendo-o que se formou uma relação entre ambos favorável à evolução do indivíduo psicopata¹⁰. É uma reação mais insidiosa pela natureza manipuladora do comportamento do doente, que simula a vontade, pensamentos, emoções e/ou comportamentos do psicoterapeuta¹⁰.
 3. Medo de dano ou agressão: É necessário distinguir medo real de medo provocado por contratransferência, reconhecendo que não são mutuamente exclusivos¹⁰. Para isso, é importante reconhecer a diferença entre agressão predatória ou afetiva, sendo que a primeira suporta a hipótese de que o medo seja de um perigo real¹⁰. Esta reação é despoletada pela natureza predatória e a organização grandiosa do próprio no indivíduo psicopata^{10,12}.
 4. Negação e mentira: O psicoterapeuta pode por vezes sentir-se atraído pela história contada pelo doente ou até identificar-se com o prazer que este demonstra, fazendo com que perca a sua objetividade, negando o perigo que o indivíduo psicopata constitui e recusando apresentar queixa do mesmo quando este assume atos que põem em perigo o clínico¹⁰. A negação é então a reação mais comum ao sentimento de ansiedade provocado por indivíduos violentos¹⁰. Ao não reconhecer o perigo causado pelo indivíduo, a relação terapêutica é comprometida¹⁰. Também por medo da reação do doente psicopata, o psicoterapeuta pode adotar um comportamento de manipulação perante o indivíduo que se apresenta perante si, alterando o tratamento ou com interpretações vagas e enganadoras e por fim, recusando determinadas intervenções¹⁰.
 5. Culpa: o terapeuta pode sentir-se culpado por não conseguir obter melhorias no comportamento do indivíduo que pode resultar em desistência do tratamento ou excesso de atenção ao doente¹⁰. Por outro lado, a culpa pode surgir após uma ameaça do indivíduo psicopata de cometer um crime que o terapeuta sabe que este é capaz de cometer¹⁰.
 6. Desvalorização e perda de identidade profissional: porque o clínico espera ver melhorias no comportamento do doente e mede a sua competência com base nestas melhorias, pode acabar por se sentir desvalorizado, projetando no doente sentimentos de indiferença, raiva ou submissão¹⁰. Esta desvalorização pode resultar em niilismo terapêutico¹⁰.
 7. Ódio: o psicopata pode fazer o terapeuta enfrentar os seus próprios impulsos destrutivos¹⁰.

8. Suposição de complexidade psicológica: o terapeuta pode assumir que o doente apresenta a mesma estrutura psicológica porque este se consegue mostrar lógico e coerente, especialmente no início¹⁰. No entanto estes indivíduos não apresentam uma divisão tripartida da personalidade (id, ego e super-ego) mas sim uma divisão bipartida entre o próprio e o objeto.¹⁰

Através da identificação de aspetos normais preservados na personalidade do doente, o terapeuta pode confrontar a identificação do doente com as partes sádicas primitivas e antissociais¹².

4.3. Abordagens terapêuticas da personalidade antissocial

A terapêutica da PPAS, nos casos mais ligeiros, assenta maioritariamente na psicoterapia, especialmente quando focadas na mitigação dos fatores de risco apropriados^{2,23}.

Alguns estudos de terapia comportamental revelam resultados moderadamente positivos, nomeadamente nas abordagens que se focam na recompensa e aprendizagem pelas contingências^{2,24,27}. Esta estratégia é ineficaz na psicopatia².

Um estudo revela que 91% dos indivíduos apresentava melhorias de comportamento em regimes intenso de psicoterapia em que este se encontrava quatro vezes por semana com o terapeuta durante pelo menos um ano, evidenciando a necessidade de psicoterapia intensiva no tratamento da PPAS⁹. Os resultados mais positivos aconteciam ao nível do comportamento manipulador, aumento da empatia e remorso e ainda nas relações interpessoais⁹. Os resultados eram mais significativos quando o doente era integrado em programas intensivos que incluíam terapia de grupo e tratamento de familiares⁹. As técnicas terapêuticas que apresentaram melhor resultado foram técnicas orientadas para a ação, terapia racional emotiva comportamental, terapia de papel fixo e psicodrama⁹. A intensidade do esquema terapêutico deve ser proporcional ao grau de risco que o doente apresenta de cometer um crime²³. O conhecimento das condições que promovem ou impedem evolução positiva no tratamento, como por exemplo um contexto familiar problemático ou abuso de substâncias, permite uma abordagem mais direcionada e está associada a um melhor prognóstico²³.

Otto Kernberg propõe a psicoterapia focada na transferência para o tratamento das PP, cujo o objetivo é a modificação da disfunção da personalidade²⁵. Com esta abordagem, o terapeuta deve identificar um foco de intervenção em cada sessão que pode variar sempre que o doente apresenta um comportamento disruptivo, que vai explorar usando técnicas adequadas consideradas neste

modelo²⁵. Inicialmente devem ser estabelecidas condições necessárias para o tratamento, criada uma relação terapêutica entre o doente e o terapeuta e minimizados os riscos de abandono do tratamento, explorando os motivos que provocam ansiedade no doente²⁵. Esta relação é estabelecida mais facilmente com doentes neuróticos e extremamente difícil em doentes com PP estabelecidas, em particular a PPN e a PPAS²⁵. Inicia-se depois uma fase que dura um a três anos e tem como objetivo explorar e trabalhar a relação do indivíduo com o objeto que causa conflitos paranoides e depressivos²⁵. Idealmente, quando os objetivos estabelecidos são atingidos, o tratamento para por uma fase de terminação que frequentemente não acontece pois as frustrações do doente levam à interrupção do tratamento²⁵.

Um caso de estudo avaliou a eficácia da terapia focada nos esquemas, que coloca ênfase na origem dos comportamentos mal adaptativos na infância e permite aceder ao lado vulnerável do doente²⁴. Esta forma de terapia pressupõe uma capacidade, ainda que mínima, de sentir empatia e criar relação com o terapeuta, que não era evidente no doente em questão²⁴. Antes do tratamento, o doente tinha cometido um crime sexual violento sobre o qual não assumia responsabilidade, colocando a culpa na vítima e do qual resultou uma sentença de 3 anos²⁴. Apresentava inicialmente um *score* de 28,4 na escala PCL-R, sendo que um *score* de 30 é o *cut-off* para o diagnóstico da psicopatia. O processo terapêutico deste doente durou quatro anos, com uma sessão por semana, com mais três de *follow-up*, com resultados positivos evidenciados por uma redução no *score* de psicopatia avaliado pela escala PCL-R apresentou uma redução marcada²⁴. Após os quatro anos de intervenção psicoterapêutica, o indivíduo demonstrava empatia, sentimentos de vergonha e culpa, uma capacidade de autocritica adequada de melhores capacidades de comunicação²⁴. Ele foi capaz de desenvolver relações íntimas e familiares funcionais, formar a sua própria família e cuidar adequadamente do filho e ainda manter um emprego²⁴. O esquema utilizado consistiu no treino inicial de controlo de impulsos agressivos, através de confrontação empática e estabelecimento de limites por parte da terapeuta²⁴. Esta estratégia permitiu compreender a base motivacional do comportamento do doente, especialmente quanto à sua necessidade de controlo e oferecer estratégias para o controlo dos gatilhos do comportamento agressivo²⁴. Foram posteriormente analisados fatores de risco e cenários que culminaram no crime cometido de forma a que o doente assumisse a responsabilidade pelas suas ações²⁴. Foi, adicionalmente incorporado o tratamento para abuso de substâncias²⁴. Esta primeira fase durou um ano²⁴. Uma vez conquistada uma relação de confiança com o doente, iniciou-se a segunda fase que durou durante o segundo ano de seguimento²⁴. Nesta fase foi introduzida terapia *du Milieu* e psicomotora que pretendia treinar o doente a reconhecer o aumento de tensão sentida quando este se encontrava em “modo de ataque”, provocado pelo terapeuta²⁴. O objetivo foi treinar o doente a travar o sentimento de

excitação causado pelo conflito²⁴. A fase final, nos últimos dois anos, consistiu na participação de diversos exercícios em que era proposto que o doente imaginasse episódios traumáticos de forma a confrontar os mesmos, reconciliação com o crime cometido e uma fase de reintrodução do doente na sociedade²⁴. Durante os quatro anos, foram várias as vezes em que a terapeuta teve que estabelecer novos objetivos de forma a manter o doente motivado a continuar a terapia bem como uma contínua posição de empatia para com o doente²⁴. O *score* obtido, após o tratamento, na escala PCL-R foi de 14, refletindo uma franca melhoria nos sintomas psicopáticos²⁴. Este estudo apresenta o primeiro caso de sucesso no tratamento da psicopatia²⁴.

Um estudo realizado numa população de indivíduos, com um elevado *score* na escala PCL-R, que cometeram crimes sexuais defende a utilização de técnicas que façam o doente perceber os benefícios de aprender a controlar a excitação desviante, como por exemplo manter-se fora da prisão, relações íntimas mais saudáveis e melhor autoestima²⁸. Estas técnicas têm uma baixa eficácia em manter o criminoso sexual com personalidade psicopática motivado para a sua reabilitação²⁸.

Existem ainda abordagens farmacológicas para controlo sintomático²⁹. Os antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina melhoram traços adaptativos presentes nos psicopatas como o charme social e interpessoal bem como ousadia, independentemente da sua ação antidepressiva, reduzindo ao mesmo tempo características mal adaptativas como a impulsividade e a externalização²⁹. Um estudo preliminar aponta para um efeito positivo da Sertralina ainda que indivíduos com *scores* mais elevados de Psicopatia pareçam menos suscetíveis²⁹.

Outro estudo avaliou a eficácia de 100-350mg de Clozapina na redução dos sintomas de psicopatia numa amostra de sete doentes avaliados com *scores* elevados de Psicopatia³⁰. Todos apresentaram uma redução dos sintomas ao fim de sete semanas com maior benefício ao nível do comportamento impulsivo disfuncional e mitigação da raiva e incidentes violentos³⁰. Foi observada também uma diminuição nos comportamentos auto-lesivos e participação mais ativa em sessões de psicoterapia e trabalho ocupacional e vocacional³⁰. Dos sete indivíduos observados, três foram inclusivamente transferidos para instituições de menor nível de segurança³⁰.

Um estudo avaliou o efeito da Tiagabina na mitigação de comportamentos agressivos em dez pessoas com história de comportamento social e abuso de substâncias³¹. O estudo apresenta resultados ligeiros e levanta a questão do potencial da tiagabina na redução da agressividade, tão central na definição de personalidade antissocial³¹.

Uma revisão apresenta resultados discretos mas levantam a hipótese de a Fenitoína reduzir a frequência de atos agressivos bem como a gravidade dos mesmos⁸. Os outros fármacos avaliados nesta revisão (Desipramina, Nortriptilina, Bromocriptina, Amantadina) não revelam qualquer efeito positivo no comportamento antissocial⁸.

5. Conclusão

A definição de perturbação de personalidade antissocial tem sofrido no último século alterações relativamente à sua conceptualização e aplicação de critérios definidos sem que exista ainda um consenso, o que tem consequências diretas na capacidade de diagnóstico. São muitas as críticas deixadas por vários investigadores ao modelo atual de diagnóstico incluído no DSM-5 e o MAPP não surge como uma resposta suficientemente satisfatória para colmatar as limitações do modelo atual, ainda que aumente a sensibilidade no diagnóstico da psicopatia.

Uma vez que esta patologia tem implicações importantes ao nível da sociedade, é de elevada importância o desenvolvimento de critérios eficazes no diagnóstico da PPAS e os modelos atuais não são ainda satisfatórios relativamente aos critérios que apresentam, com sobreposição entre si, e à sua utilização clínica, sendo observável uma elevada variabilidade inter-entrevistador, mesmo entre clínicos experientes.

Os modelos de diagnóstico apresentados também não consideram, de forma adequada, a variabilidade entre os indivíduos que apresentam critérios de PPAS ao nível do seu fenótipo e da gravidade do mesmo, o que diminui a sua eficácia na identificação correta de todos os indivíduos, especialmente daqueles que apresenta comportamentos adaptativos mais evidentes.

Relativamente ao tratamento, as estratégias psicoterapêuticas atuais são insuficientes, com constrangimentos ao nível do terapeuta e do doente, que prejudicam a sua eficácia ainda que nos níveis de gravidade menos graves existam resultados que comprovam melhoria de comportamentos antissociais. Quanto às estratégias farmacológicas, apesar de diversas tentativas para identificar fármacos eficazes no tratamento da PPAS, até à data não existe um fármaco indicado.

De notar que todos os artigos analisados relativos ao tratamento da personalidade antissocial apresentavam deficiências ao nível do método científico, com ausência de grupos de controlo, tamanho da amostra muito reduzido e muitas vezes no contexto forense ou de outras patologias

como perturbação de abuso de substâncias, o que impede a generalização dos resultados à população geral com elevado grau de confiança, especialmente relativamente ao tratamento da personalidade antissocial.

6. Referências

1. Association AP. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: Artmed Editora, 2014.
2. Brazil IA, van Dongen JD, Maes JH, Mars R, Baskin-Sommers AR. Classification and treatment of antisocial individuals: From behavior to biocognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2018;91:259-277.
3. Cleckley HM. The mask of sanity. *Postgraduate medicine* 1951;9(3):193-197.
4. Babiak P, Hare RD, McLaren T. Snakes in suits: When psychopaths go to work: Harper New York, 2007.
5. Black DW. The natural history of antisocial personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2015;60(7):309-314.
6. Dunne AL, Lloyd C, Lee S, Daffern M. Associations between the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, alternative model of antisocial personality disorder, psychopathic specifier, and psychopathy-related facets with aggression in a sample of incarcerated males. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2020;11(2):108.
7. Edens JF, Kelley SE, Lilienfeld SO, Skeem JL, Douglas KS. DSM-5 antisocial personality disorder: Predictive validity in a prison sample. *Law and Human Behavior* 2015;39(2):123.
8. Khalifa NR, Gibbon S, Völlm BA, Cheung NH, McCarthy L. Pharmacological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020(9).
9. Salekin RT. Psychopathy and therapeutic pessimism: Clinical lore or clinical reality? *Clinical psychology review* 2002;22(1):79-112.
10. Meloy JR. The psychopathic mind: Origins, dynamics, and treatment: Rowman & Littlefield, 1988.
11. Gillman R, D. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies: By Otto F. Kernberg. New Haven/London: Yale University Press, 1984. *Psychoanalytic Quarterly* 1986;55:502-508.
12. Kernberg OF. Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies: Yale University Press, 1993.
13. Patrick CJ, Fowles DC, Krueger RF. Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Development and psychopathology* 2009;21(3):913-938.
14. Lasko EN, Chester DS. What makes a “successful” psychopath? Longitudinal trajectories of offenders’ antisocial behavior and impulse control as a function of psychopathy. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2020.
15. Drislane LE, Sellbom M, Brislin SJ, et al. Improving characterization of psychopathy within the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM–5), alternative model for personality disorders: Creation and validation of Personality Inventory for DSM–5 Triarchic scales. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2019;10(6):511.
16. Coid J, Ullrich S. Antisocial personality disorder is on a continuum with psychopathy. *Comprehensive psychiatry* 2010;51(4):426-433.
17. Few LR, Lynam DR, Maples JL, MacKillop J, Miller JD. Comparing the utility of DSM-5 Section II and III antisocial personality disorder diagnostic approaches for capturing psychopathic traits. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2015;6(1):64.
18. Westen D, DeFife JA, Bradley B, Hilsenroth MJ. Prototype personality diagnosis in clinical practice: A viable alternative for DSM–5 and ICD–11. *Professional Psychology: Research and Practice* 2010;41(6):482.
19. Wygant DB, Sellbom M, Sleep CE, et al. Examining the DSM–5 alternative personality disorder model operationalization of antisocial personality disorder and psychopathy in a

- male correctional sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2016;7(3):229.
20. Miller JD, Lamkin J, Maples-Keller JL, Sleep CE, Lynam DR. A test of the empirical profile and coherence of the DSM–5 psychopathy specifier. *Psychological assessment* 2018;30(7):870.
 21. Strickland CM, Drislane LE, Lucy M, Krueger RF, Patrick CJ. Characterizing psychopathy using DSM-5 personality traits. *Assessment* 2013;20(3):327-338.
 22. Lynam DR, Vachon DD. Antisocial personality disorder in DSM-5: Missteps and missed opportunities. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2012;3(4):483.
 23. Hildebrand M, De Ruiter C. Psychopathic traits and change on indicators of dynamic risk factors during inpatient forensic psychiatric treatment. *International journal of law and psychiatry* 2012;35(4):276-288.
 24. Chakhssi F, Kersten T, de Ruiter C, Bernstein DP. Treating the untreatable: A single case study of a psychopathic inpatient treated with Schema Therapy. *Psychotherapy* 2014;51(3):447.
 25. Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF, Yeomans FE. *Psychodynamic therapy for personality pathology: Treating self and interpersonal functioning*: American Psychiatric Pub, 2018.
 26. Colli A, Tanzilli A, Dimaggio G, Lingardi V. Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry* 2014;171(1):102-108.
 27. Duggan C. A treatment guideline for people with antisocial personality disorder: Overcoming attitudinal barriers and evidential limitations. *HeinOnline*; 2009:219.
 28. Abracen J, Looman J, Langton CM. Treatment of sexual offenders with psychopathic traits: Recent research developments and clinical implications. *Trauma, Violence, & Abuse* 2008;9(3):144-166.
 29. Dunlop BW, DeFife JA, Marx L, Garlow SJ, Nemeroff CB, Lilienfeld SO. The effects of sertraline on psychopathic traits. *International clinical psychopharmacology* 2011;26(6):329.
 30. Brown D, Larkin F, Sengupta S, et al. Clozapine: an effective treatment for seriously violent and psychopathic men with antisocial personality disorder in a UK high-security hospital. *CNS spectrums* 2014;19(5):391-402.
 31. Gowin JL, Green CE, Alcorn JL, Swann AC, Moeller FG, Lane SD. Chronic tiagabine administration and aggressive responding in individuals with a history of substance abuse and antisocial behavior. *Journal of psychopharmacology* 2012;26(7):982-993.

Anexo 1: Tabelas

Tabela 1 Dimensões de avaliação de disfunção de personalidade segundo o Modelo Alternativo¹.

Próprio	
Identidade	Self-direction
• Experiência do próprio bem delimitada • Estabilidade da auto-estima • Precisão da auto-valorização • Capacidade de sentir e regular um largo leque de emoções	• Estabelecimento e tentativa de alcançar vários objetivos • <i>Standards internos construtivos e pró-sociais</i> • Auto-reflexão adequada
Interpessoal	
Empatia	Intimidade
• Compreensão da experiência e emoção do outro • Compreensão da consequência do próprio comportamento no outro	• Profundidade e duração de relações interpessoais • Procura por proximidade • Respeito pelo outro

Tabela ii Definição dos traços de personalidade associados ao especificador da psicopatia, como definidos no PID-5¹.

Traços específicos do especificador da psicopatia		
Traço	Domínio	Definição
Ansiedade	Afetividade negativa	Sensação de nervosismo, tensão ou pânico em determinadas situações, preocupação com o futuro.
<i>Withdrawal</i>	Distanciamento	Preferência pela solidão, reticência em contextos sociais, pouca iniciativa no contacto social
<i>Attention Seeking</i>	Antagonismo	Adoção de comportamentos com objetivo de atrair atenção e tornar o próprio no foco da atenção e admiração do outro.