

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM TÉCNICAS
LABORATORIAIS EM SAÚDE

Aldeyse de Moura Cavalheiro

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL:
tratamento e repercussão social

Rio de Janeiro

2011

Aldeyse de Moura Cavalheiro

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL:
tratamento e repercussão social

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio como requisito parcial
para aprovação no curso de nível médio
com habilitação em Análises Clínicas.

Orientadora: Maria Cecília Carvalho

Rio de Janeiro

2011

Aldeyse de Moura Cavalheiro

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL:
tratamento e repercussão social

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio como requisito parcial
para aprovação no curso de nível médio
com habilitação em Análises Clínicas.

Aprovado em 31/11/2011

BANCA EXAMINADORA

(Dra. Maria Cecília de Araújo Carvalho – FIOCRUZ / EPSJV / LABORAT)

(Ms. Angélica Ferreira Fonseca – FIOCRUZ / EPSJV / LABORAT)

(Dr. Felipe Rangel de Souza Machado – FIOCRUZ / EPSJV / LABORAT)

*Dedico este trabalho ao Diego pelo
infinito apoio, motivação e desvelo
durante a elaboração do mesmo.*

AGRADECIMENTOS

Ao longo destes três anos de formação acadêmica, encontrei muitas pessoas especiais que tornaram o percurso mais agradável e memorável, proporcionando-me alegrias, experiências e conhecimento. Deste modo, eu gostaria de agradecer à oportunidade que me foi dada de crescimento pessoal e amadurecimento e a todos que de algum modo contribuíram para a construção da minha identidade.

Agradeço imensamente à minha família, meu pai, minha mãe e minha irmã, pela incrível capacidade de acreditar em mim, por me guiar em minhas escolhas, além de todos os esforços e dedicação sem medida para que eu concluísse mais esta etapa da minha vida.

Agradeço ao Diego pelo carinho, cuidado, compreensão, apoio, reflexões e opiniões dedicados a mim durante todos os momentos desta jornada. Obrigada por ser meu porto seguro, por todos os sacrifícios e pelas doces palavras e abraços que me trouxeram a calma em momentos de crise.

Agradeço a todos os meus amigos queridos que cultivei, que foram de máxima importância nas memórias que levo deste enorme aprendizado que foi a EPSJV. Quero agradecer especialmente àqueles que se fizeram presentes a cada momento feliz, insano e desesperado. À Maysa, por ter sido a minha primeira, e até o final, grande amiga, por suas brilhantes idéias que iluminaram o meu caminho e por toda a ternura. Agradeço também à Ana Beatriz que sempre foi uma amiga tenra, inocente e meiga, que com um carinho inestimável nunca deixou um olhar de tristeza passar despercebido. À Michele, que sempre me deixava mais feliz com toda alegria que irradia dela. E ao Gabriel, pela sagacidade, pelas risadas e por suas opiniões nada conservadoras.

E, por fim, à minha orientadora, pelos ensinamentos e incentivos durante a árdua tarefa de elaboração deste trabalho.

*“Nada nem ninguém é mais importante
do que nós próprios. E não devemos
negar-nos nenhum prazer, nenhuma
experiência, nenhuma satisfação,
desculpando-nos com a moral, a religião
ou os costumes”.*
(Marquês de Sade)

RESUMO

O objetivo deste estudo foi abordar as possibilidades de tratamento existentes para os indivíduos portadores do Transtorno de Personalidade Antissocial. Para tal, foi feita uma revisão bibliográfica do tema, iniciando-se por uma busca acerca da evolução do conceito da psicopatia, nomenclatura esta que perdurou por muito tempo, até que fosse reavaliada para a delimitação nominal de Transtorno de Personalidade Antissocial. Em seguida, estabeleceu-se a caracterização clínica do transtorno, tendo por base o DSM-IV e o CID-10, e verificou-se algumas divergências em cada manual psiquiátrico. Quanto aos estudos apresentados sobre a neurobiologia do Transtorno de Personalidade Antissocial, foi constatado comprometimento das estruturas do córtex pré frontal e da amígdala. A análise das possibilidades de tratamento existentes revelou que apesar de haverem estudos sobre a terapêutica do transtorno, ainda são escassos e preliminares. Há duas abordagens específicas: administração de psicotrópicos para sintomas específicos e psicoterapias. Os resultados da recente terapia dialética comportamental tem obtido maior eficácia; esta baseia-se no controle afetivo negativo e aceitação de que estes indivíduos são os únicos responsáveis por suas ações. Tais resultados ratificam a necessidade de mais estudos sobre esta terapia, uma vez que traz uma nova perspectiva sobre o transtorno, não mais de uma condição inata e refratária a tratamento, que poderia diminuir os índices de criminalidade e diversas outras consequências sociais provocadas por estes indivíduos portadores do transtorno.

Palavras-Chave: Psicopatia. Transtorno de Personalidade Antissocial. Neurobiologia. Diagnóstico. Tratamento. Psicotrópicos. Terapia Dialética Comportamental.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 DESENVOLVIMENTO	10
2.1 GÊNESE DOS CONCEITOS DE PSICOPATIA E TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISOCIAL.....	10
2.2 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISOCIAL.....	15
2.2.1 Transtornos de Personalidade.....	15
2.2.2 Caracterização do Transtorno de Personalidade Antissocial.....	17
2.2.3 Neurobiologia do Transtorno de Personalidade Antissocial.....	21
2.3 TERAPÊUTICAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISOCIAL....	26
2.3.1 Diagnóstico PCL-R do Transtorno de Personalidade Antissocial.....	26
2.3.2 Interação Biológico-Social.....	30
2.3.3 Tratamentos do Transtorno de Personalidade Antissocial.....	32
3 CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

O transtorno de personalidade antissocial consiste num conjunto de características de personalidade que se manifestam nas relações interpessoais (com ênfase nas afetivas), no modo de vida no ambiente social e nos comportamentos. Os últimos incluem: egocentrismo, ausência tanto de empatia como de remorso, individualismo, impulsividade, irresponsabilidade, manipulação, e tendência a violar normas sociais, morais ou ainda, leis criminais (Hare, 1991, tradução nossa).

Dessarte, tais indivíduos podem adotar um comportamento cruel, violento e frio. Segundo dados estatísticos liberados pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV, aproximadamente 1 a 3% da população mundial possuem o transtorno de personalidade antissocial. Entre os carcerários, este número chega a 20% (Narloch apud Morana, 2006). Apesar da maioria não se tornar violenta, os indivíduos com o transtorno tendem a agir inescrupulosamente e, o que é pior, impunemente, afetando as pessoas ao seu redor. Contudo, o aspecto construtivo disso para a ciência é que o aumento da criminalidade tem engendrado um interesse significativo em estabelecer os processos neurofisiológicos do transtorno e as possibilidades de tratamento e de profilaxia do crime.

O desenvolvimento do conhecimento da neurociência, juntamente com os progressos em neuroimagem e ações dos neurotransmissores permitem avanços no que tange à fisiopatologia e etiologia do transtorno. No entanto, o desenvolvimento de abordagens efetivas de tratamento representa um desafio maior, tanto que existem autores que chegam a afirmar a impossibilidade de tratamento, ao menos, na atualidade.

Além do mais, o determinismo de um diagnóstico que já exclui uma cura, dito como um transtorno inato, permanente e independente das vivências, submete o indivíduo a uma vida díspar, na qual sua única chance de conservar-se em liberdade é dominando a dissimulação, fingindo sentimentos e emulando uma pessoa diferente do que ela mesma. Significa dizer que estes indivíduos não são aptos a conviver em sociedade e, caso excedam os limites da liberdade, não estão aptos a serem reintegrados a ela, uma vez que está determinado que não há como fazê-los adquirir respeito às normas sociais e, em última instância, ao corpo social em geral.

Não obstante, não se podem ignorar os casos de experiências que tem apresentado resultados preliminares positivos. É de suma importância inquirir os fatores

que exercem influência no indivíduo para possibilitar a identificação de tratamentos eficazes e o porquê daqueles ineficazes. Isto poderia diminuir os índices de criminalidade, não apenas de modo remediativo ou repressivo, como também preventivo e não se restringindo unicamente aos casos que tem deslinde criminal, uma vez que poderia ter efeitos positivos sobre as dificuldades de adaptação e relacionamento interpessoal destes indivíduos, dificuldades estas que são capazes de provocar verdadeiras crises familiares e são expressas em violações dos direitos alheios e uma vivência em sociedade artificial, já que essas pessoas não conseguem, de fato, adequar-se às normas desta.

Este estudo propõe-se a discutir as possibilidades de tratamento do transtorno de personalidade antissocial, no campo científico da atualidade. Especificamente propõe-se a estudar a gênese dos conceitos de psicopatia e de transtorno de personalidade antissocial; definir o transtorno de personalidade antissocial, apresentando as principais manifestações sintomáticas descritas pela literatura; discutir a relação entre os fatores biológicos e sociais na compreensão do transtorno; e, por fim, analisar a importância da busca na medicina por tratamentos e em que aspectos estes atuariam. Para tal, basear-se-á em relatos científicos sobre as experiências de tratamentos psicoterápicos e químicos, comparando com as recentes proposições, consultas ao CID 10 e DSM IV, além de uma revisão bibliográfica de autores neurocientistas, tanto aqueles especializados no estudo do transtorno quanto aqueles especializados na neurobiologia das emoções.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 GÊNESE DOS CONCEITOS DE PSICOPATIA E TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISOCIAL

A medicina, inegavelmente, não se trata de uma ciência descontextualizada e unitária. Ela constrói-se continuamente a cada reestruturação social e alteração no plano fático e valorativo, estando este desenvolvimento intrinsecamente ligado ao determinado momento histórico em que ela se situa. Inicialmente, a medicina consistiu na abordagem clínica, que se baseava no olhar sobre os sintomas e a caracterização nominal destes, e que, posteriormente, se dissiparia frente ao surgimento da chamada anatomopatologia – configuração da doença ligada à localização corporal. A partir daí, foram criados inúmeros instrumentos e técnicas cirúrgicas, juntamente com uma reforma hospitalar que objetivava uma intervenção no espaço físico a fim de diminuir o adoecimento por microorganismos (Bezerra, 2001).

Apesar de tudo, a ciência médica ainda consistia, essencialmente, numa prática terapêutica curativa, evidenciando-se a carência de uma medicina de cunho mais preventivo, de maneira que visasse adiantar-se às causas e lograsse prevenir a instauração das doenças ao atacar as suas fundamentais origens. O cerne da preocupação da medicina passa a ser, então, não apenas a inexistência da patologia, mas uma saúde que consistiria num estado de bem estar físico, mental e social pleno (Bezerra, 2001).

É nesse novo contexto, à altura do século XVIII, que a loucura ultrapassa a condição de alienação e de ausência da razão e configura-se como um processo patológico, ou seja, como uma doença mental específica, que requer, portanto, conhecimentos e técnicas específicas. Os loucos, até então, representavam um problema social e, por isso, eram enclausurados indiscriminadamente em espaços de isolamento – os asilos – junto a outras minorias como órfãos, epiléticos, pobres, libertinos, velhos e aleijados, período este conhecido como o “Grande Enclausuramento”. Desde o momento em que começa a ocorrer a referida transformação do olhar médico acerca da concepção da saúde, tais indivíduos passam também a ser inseridos numa nova ótica terapêutica, cujo objetivo é o da reinserção destes à sociedade após o controle da loucura, pretensão esta favorecida pelos processos produtivos da época que se encontravam em plena Revolução Industrial, demandando farta mão-de-obra (Bezerra,

2001).

A psiquiatria se estabelece como especialidade da medicina entre o fim do século XVIII e início do XIX, sendo considerada por alguns efetivamente a primeira delas, na medida em que se configurou como uma “medicina especial” (Russo et al, 1992). Seus especialistas, inicialmente chamados de alienistas, eram considerados verdadeiras autoridades quando o assunto era a loucura (Cristina, 2002), muito embora, vale ressaltar, à época desse movimento de concretização da psiquiatria como ramo autônomo da medicina, o termo loucura tinha uma delimitação muito vaga, pois referia-se a um grupo amplamente variado de “alterações do entendimento e do comportamento” (Russo et al, 1992). Apenas com as observações contínuas destes alienistas, efetuadas mediante a sua presença intensiva junto aos internos dos asilos, foi possível realizar a identificação e nomeação das diversas formas de loucura. Tendo se encontrado numa fase de defasagem, num primeiro momento, perante o método anátomo-clínico, a psiquiatria alcança a sua maturidade como especialidade tal como as outras com o advento de sua experiência clínica (Russo et al, 1992).

Hoje, com mais de duzentos anos de existência como especialidade médica, os avanços atingidos e que ainda estão sendo galgados progressivamente pela psiquiatria são inúmeros. Exemplos disso são o aprimoramento das técnicas de visualização das estruturas do cérebro e a evolução das pesquisas acerca de sua bioquímica, logrados graças às constantes inovações nos métodos de produção de imagens (Russo et al, p. 97). Os progressos na psicofarmacoterapia também vêm sendo notáveis, viabilizando o surgimento de um enorme feixe de possibilidades na escolha do medicamento apropriado para cada perturbação, fator de importante valia para os critérios categoriais das nosografias. Junto a tais processos, a convergência da psiquiatria com os demais campos da medicina parece-nos ser uma sólida tendência atual, sendo possível vislumbrá-la na presença de profissionais da área em hospitais gerais, assim como em propostas de instalação de unidades psiquiátricas nestes locais. Todas essas sequências contínuas de fatores estão intimamente relacionadas à fase atual do campo que é chamada de remodelização da psiquiatria (Russo et al, 1992).

Após esse, muito breve, panorama geral sobre o desenvolvimento da medicina e da psiquiatria, é possível compreender de forma mais clara em que contexto se formaram os pilares da gênese e da evolução do conceito de psicopatia e de sua vinculação inarredável ao transtorno de personalidade antissocial.

É importante assinalar que os primeiros relatos descritos na literatura sobre a

observação da psicopatia datam desde Pinel, que é considerado o grande precursor da psiquiatria moderna.

Segundo Bercherie, já no século XVIII, Philippe Pinel usava o termo “insanidade sem delírio” para descrever o comportamento daqueles denominados psicopatas. Sobre tais indivíduos, ele descrevia que “as funções do entendimento permaneciam intactas e só subsistiam (os sintomas) à alteração da afetividade e à excitação, amiúde furiosa” (Bercherie, 1989, p.36). Pinel descreveu o caso de um adolescente que, num acesso de fúria, atirou uma mulher dentro de um poço. Ao estudá-lo, não encontrou nenhum sinal de loucura (Morana e Mendes-Filho apud Murray, 1997).

Prichard, em 1835, analisando a conduta antiética e antissocial de alguns criminosos, cunhou a expressão “insanidade moral” a fim de descrevê-los. Em 1860, Morel escreveu sobre os “maníacos instintivos”, indivíduos que apresentavam desde muito cedo sinais de depravações das tendências morais e que constituíam um exemplo do conceito de “degenerações” proposto por ele. Tal termo dizia respeito a desvios daquilo que seria considerado o comportamento exemplar de humanidade (Rebouças, 1982) e que poderiam ser adquiridos precocemente ou transmitidos hereditariamente, degradingando, eventualmente, na extinção da linhagem (Carvalho, 1995).

Lombroso, na década de 1880, atribui a certos indivíduos a caracterização de “criminosos natos”, sendo suas personalidades intimamente relacionadas a uma possível tendência inata ao crime e que possuiriam estigmas corporais (expressão facial e simetria corporal) que os distinguiriam a apenas a um olhar das demais pessoas. Esta teoria, que vincula o dito psicopata a uma conduta criminosa, vem sendo, desde então, um empecilho ao estudo e conhecimento social dos indivíduos com o transtorno de personalidade antissocial em razão do preconceito e medo que passaram a imiscuir-se nas análises acerca do tema. (Henriques, 2009).

Durante o século XIX, o termo “psicopata” consistia num conceito genérico que apenas qualificava as pessoas como doentes mentais, sem estabelecer qualquer ligação entre a palavra e a personalidade antissocial, entendimento este que persiste até hoje nos meios leigos em geral. Foi a escola alemã que paulatinamente acoplou o termo “psicopatia” aos conceitos de “personalidade” e “constituição” (Henriques, 2009).

Kurt Schneider, em 1887, classifica as personalidades psicopáticas como um grupo dentro das personalidades anormais, no qual seus integrantes sofrem em razão de sua anormalidade e/ou provocam o sofrimento alheio. Ele prossegue, distinguindo dentre as personalidades psicopáticas os psicopatas insensíveis, que seriam aqueles “destituídos de compaixão, vergonha, sentimento de honra, arrependimento, consciência, [...] frios, impulsivos e brutais”. Schneider concebia, ainda, a psicopatia como uma variação da conduta do homem-médio, podendo tanto possuir um caráter negativo (antissociabilidade) quanto positivo (inteligência acima do normal - genialidade) e, a partir daí, faz uma importante distinção entre as personalidades anormais (e, por conseguinte, as psicopáticas) e o caráter da morbidade, posto que “não

há nenhum fundamento para relacioná-las a enfermidades ou malformações” (Schneider, 1978, p. 42).

Kraepelin, na década de 1890 instituiu a primeira tipologia clínica de “personalidades psicopáticas”, baseada na conceituação de Lombroso, e que estava relacionada a um caráter negativo, compreendendo sete espécies: excitáveis, instáveis, impulsivos, egocêntricos, mentirosos mórbidos e defraudadores, antissociais e querelantes (Rebouças, 1995). Ademais, Kraepelin, juntamente com Birnbaum e Gruhle, fez uma distinção entre psicopatias e psicose. Segundo eles, as psicopatias seriam resultado de uma predisposição constitucional que poderia ou não ser desencadeada durante a vida do indivíduo, dependendo de toda uma gama de fatores sociais e biológicos. Nestes indivíduos, as psicopatias nunca progrediriam a uma psicose, embora pudesse haver comorbidade, não havendo nenhuma etiologia comum entre ambos. Esta classificação contribuiu para um “direcionamento do conceito de psicopatia rumo ao antissocial” (Henriques, 2009).

O estreitamento do conceito de psicopatia em torno da personalidade antissocial foi efetivamente traçado, sobretudo, por Hervey Cleckley, em sua obra, “The Mask of Sanity” (1941). Nela, o autor afirma que a psicopatia é uma forma particular de doença mental, uma vez que os indivíduos que a possuem não manifestavam os clássicos sintomas das psicoses, conferindo-lhes uma aparente normalidade. Ademais, foi Cleckley o primeiro a efetivamente teorizar que a psicopatia poderia ser derivada de um déficit biológico (Gao et al, 2009). É dele, portanto, a confecção do conceito moderno de psicopatia, tendo sido ele responsável por ter efetuado a delimitação clínica da psicopatia enquanto personalidade antissocial (Henriques, 2009).

Segundo Cleckley, os psicopatas possuíam uma compreensão dos sentimentos humanos negativamente afetada, na qual a racionalidade permaneceria intacta, mas seriam incapazes de vivenciar ou compreender os diversos aspectos emocionais do homem. Cleckley descreveu a etiologia dos psicopatas em dezesseis grupos, sendo eles:

- 1) Encanto superficial e boa “inteligência”
- 2) Ausência de delírios e outros sinais de pensamento ilógico
- 3) Ausência de “nervosismo” ou manifestações psiconeuróticas
- 4) Falta de confiabilidade
- 5) Negligência no tocante à verdade e sinceridade
- 6) Falta de remorso ou vergonha
- 7) Comportamento anti-social não motivado pelas contingências
- 8) Mau julgamento e falha ao compreender através da experiência
- 9) Egocentrismo patológico e incapacidade de amor
- 10) Pobreza geral na maioria das reações afetivas

- 11) Perda específica de esclarecimento interior (*insight*)
 - 12) Não reatividade afetiva nas relações interpessoais em geral
 - 13) Comportamento extravagante e inconveniente, sob a ação de bebidas ou não
 - 14) Suicídio raramente praticado
 - 15) Vida sexual impessoal, trivial e mal integrada
 - 16) Falha em seguir qualquer plano de vida
- (Cleckley, 1988, p. 337-364, tradução nossa)

Atualmente, todas as pesquisas sobre o transtorno de personalidade antissocial baseiam-se nas observações de Cleckley, considerado pelo corpo cientista um brilhante clínico, cujas caracterizações há setenta anos atrás forneceram os alicerces para a construção da clínica atual do transtorno e a existência de um exame confiável não apenas no diagnóstico, como também em predizer o risco de reincidência criminal, da violência e do tratamento cabível (Hare e Neumann, 2008).

No entanto, a controvérsia sobre o porquê de a etiologia de Cleckley não poder ser por si só um método diagnóstico se deve à inexistência de um método que defina quantas dessas características propostas por ele são exigidas para garantir um diagnóstico preciso. Cleckley aparentemente acreditava que a psicopatia era uma clínica muito bem definida, e, sem embargo, acrescentava que haveria manifestações inconsistentes, talvez mais leves ou limitadas, do padrão psicopata (Cleckley, 1988, p. 188-189).

2.2 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL

2.2.1 Transtornos de Personalidade

Os estudos sobre a prevalência dos transtornos de personalidade sofrem grandes variações diante das diferenças nos critérios adotados em cada pesquisa e, no entanto, mesmo considerando as estimativas mais baixas, eles encontram-se entre os transtornos psiquiátricos de maior frequência em todo o mundo (Miguel, Gentil, Gattaz, 2011).

A definição de um transtorno de personalidade (TP) é difícil, caracterizando-se, pois, basicamente como o antônimo do que se consideraria a personalidade normal, em outras palavras, sem transtorno. O termo personalidade, em si, deriva da palavra grega

*persona*¹, a qual se refere à máscara usada pelos atores no teatro. Muito embora a personalidade seja vulgarmente considerada apenas como os gostos, preferências e a moral do indivíduo, a *persona*, na verdade, representa a própria identidade do personagem.

Os TP não são considerados propriamente doenças. Tratam-se de “anomalias do desenvolvimento psíquico, sendo considerados perturbações da saúde mental.” Esses transtornos manifestam-se no relacionamento interpessoal e na “desarmonia da afetividade e da excitabilidade com integração deficitária dos impulsos, das atitudes e das condutas” (Morana, Stone e Abdalla-Filho, 2006).

Os critérios diagnósticos psiquiátricos propostos pelo DSM-IV-TR e pela CID-10 são os mais utilizados na atualidade e ambos trabalham com uma estrutura categorial.

O DSM-IV-TR aborda os TP a partir de uma estrutura politética (uma série de apreensões), pautada em critérios operacionais, essencialmente descritivos, mas que não apresentam relação hierárquica entre si. O diagnóstico é obtido através da constatação de um número mínimo de critérios positivos, a ser estabelecido consensualmente por um painel de especialistas. Além disso, o DSM-IV-TR estabelece que os TP se manifestam precocemente, comprometem os elementos estruturais da personalidade e acompanham o indivíduo ao longo da vida (Miguel, Gentil, Gattaz, 2011):

Um padrão persistente de vivência íntima e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é invasivo e inflexível, tem início na adolescência ou no início da idade adulta, é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo, e se manifesta em pelo menos duas das seguintes áreas: cognição, afetividade, funcionamento interpessoal ou controle dos impulsos. (APA, 1994)

O CID-10 apesar de semelhante ao DSM-IV, uma vez que também se apresenta em um modelo categorial, irá definir um transtorno de personalidade como “uma perturbação grave da constituição do caráter e das tendências comportamentais do indivíduo, usualmente envolvendo varias áreas da personalidade e quase sempre associado à considerável ruptura pessoal e social”. Além disso, exprime que estas condições não são resultado de uma lesão ou doença cerebral ou, ainda, de outro transtorno psiquiátrico (apesar de poder haver comorbidade, os transtornos não estariam intrinsecamente interligados).

¹ Fonte: <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/historia-do-teatro/teatro-grego-5.php>

As seis diretrizes gerais que o CID-10 estabeleceu para caracterização dos TP são:

- Atitudes e condutas marcadamente desarmônicas, envolvendo várias áreas de funcionamento cognitivo, por exemplo, afetividade, excitabilidade, controle dos impulsos, modos de percepção e de pensamento e estilo de relacionamento com os outros.
- O padrão anormal de comportamento é permanente, de longa duração e não limitado a um episódio de doença mental.
- O padrão anormal de comportamento é invasivo e claramente mal-adaptativo para uma ampla série de situações pessoais e sociais.
- As manifestações previamente listadas sempre aparecem durante a infância ou adolescência e continuam pela idade adulta.
- O transtorno leva a angústia pessoal considerável, mas isso pode se tornar aparente apenas tardiamente em seu curso.
- O transtorno é usual, mas não invariavelmente associado a problemas significativos no desempenho ocupacional e social.

2.2.2 Caracterização do Transtorno de Personalidade Antissocial

Quanto ao transtorno de personalidade antissocial, ambas as nosografias retrocitadas baseiam-se em Cleckley, mas, comparando-as, é possível identificar diferenças significativas entre elas.

Primeiramente, a CID-10 define o TP antissocial como: transtorno de personalidade, usualmente vindo de atenção por uma disparidade flagrante entre o comportamento e as normas sociais predominantes. E este é caracterizado por:

- A) Indiferença insensível pelos sentimentos alheios

- B) Atitude flagrante e persistente de irresponsabilidade e desrespeito por normas, regras e obrigações sociais
- C) Incapacidade de manter relacionamentos, embora não haja dificuldade em estabelecê-los
- D) Muito baixa tolerância à frustração e um baixo limiar para descarga de agressão, incluindo violência
- E) Incapacidade de experimentar culpa ou de aprender com a experiência, particularmente punição
- F) Propensão marcante para culpar os outros ou para oferecer racionalizações plausíveis para o comportamento que levou o paciente a conflito com a sociedade

Pode também haver irritabilidade persistente como um aspecto associado. Transtorno de conduta durante a infância e adolescência, ainda que não invariavelmente presente, pode dar maior suporte ao diagnóstico (OMS, 1993, p.199-200).

O DSM-IV, por sua vez, descreve as características mais claras e facilmente observáveis desse transtorno como: violações recorrentes das normas sociais, incluindo mentiras, furtos, vadiagem, inconsistência no trabalho e condutas irresponsáveis que expõem terceiros ou a si mesmos a riscos desnecessários.

Os critérios diagnósticos do DSM-IV para o TP antissocial são:

- A) Um padrão global de desrespeito e violação dos direitos alheios, que ocorre desde os 15 anos, indicado por, no mínimo, três dos seguintes critérios:
 1. Incapacidade de adaptar-se às normas sociais com relação a comportamentos lícitos, indicada pela execução repetida de atos que constituem motivo de detenção;
 2. Propensão para enganar, indicada por mentir repetidamente, usar nomes falsos ou ludibriar os outros para obter vantagens pessoais ou prazer;
 3. Impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro
 4. Irritabilidade e agressividade, indicadas por repetidas lutas corporais ou agressões físicas;
 5. Desrespeito irresponsável pela segurança própria ou alheia;
 6. Irresponsabilidade consistente, indicada por um repetido fracasso em manter um comportamento laboral consistente ou de honrar obrigações financeiras;
 7. Ausência de remorso, indicada por indiferença ou racionalização por ter ferido, maltratado ou roubado alguém.
- B) O indivíduo tem, no mínimo, 18 anos de idade.

C) Evidências de Transtorno de Conduta (caracterizado por “agressão a pessoas e animais”, “destruição de patrimônio”, “defraudação ou furto” e “sérias violações de regras”) antes do 15 anos de idade.

D) Ocorrência do comportamento antissocial não se dá exclusivamente durante o curso da esquizofrenia ou episódio maníaco (APA, 2002, p.660).

Uma análise da estrutura do TP antissocial empregada pelo DSM mostra que é pautada em duas dimensões: uma que agrupa as características associadas à indiferença emocional, e outra a um estilo de vida nômade e socialmente desviante. O risco de TP antissocial aumenta quando já há relato de transtorno de conduta na infância, histórico familiar de ocorrência do transtorno, abusos domésticos e dependência de substâncias (Miguel, Valentim, Gattaz, 2011).

Como pode ser observado, em ambas as nosografias em análise, as tipologias para o transtorno antissocial são de caráter negativo. Não obstante essa convergência, Robert Hare, um dos autores mais tradicionais e prestigiados no estudo da personalidade antissocial, é um dos principais críticos da estruturação do conceito de TP antissocial como é proposto pelo sistema classificatório do DSM. Ele argumenta que o reducionismo dos critérios a sinais concretos e características comportamentais objetiváveis e evidenciáveis exclui a possibilidade de apreensão de sinais sutis – características psicológicas – cuja subjetividade é imprescindível ao entendimento e diagnóstico do indivíduo (Hare, 2009; Miguel, Gentil, Gattaz, 2011). “São sintomas derivados do que Hare denominou insensibilidade e que Schneider nomeou como ‘frieza de alma’” (Miguel, Gentil, Gattaz, 2011). Suas características mais importantes são: individualismo e egocentrismo, ausência de remorso ou empatia, compreensão idiossincrática das normas sociais, atos manipulativos e uso de encanto superficial e agressividade em prol de seus interesses (Miguel, Gentil, Gattaz, 2011). No CID-10, estes aspectos subjetivos seriam melhor levados em consideração nos critérios diagnósticos.

Portanto, Hare faz uma difícil distinção entre a psicopatia e o transtorno de personalidade antissocial tal como está descrito nos manuais psiquiátricos. Ele afirma que a partir do DSM-II, “psicopatia”, do modo como foi apresentado por Cleckley, havia se tornado sinônimo de transtorno de personalidade antissocial. Para ele, as diferenças fundamentais entre os conceitos são no que diz respeito às relações afetivo-interpessoais, que não são incluídas no diagnóstico do DSM, mas que, ainda assim, não deixam de ser constatadas na avaliação do transtorno e, ainda, a existência de uma

subdivisão do transtorno leve e o transtorno severo, sendo este último mais consistente com a conceituação de psicopatia (Morana e Mendes-Filho, 2001). Não obstante, no Reino Unido o termo “psicopatia” é delineado somente para o transtorno antissocial, e na Europa é empregado para todos os transtornos específicos da personalidade (Morana e Mendes-Filho apud Murray, 1997). Deste modo, não há um consenso quanto ao uso do termo “psicopatia” ou “transtorno de personalidade antissocial”, embora sejam observações de uma mesma patologia clínica.

Um ponto interessante de ser atentado é o de que ambas as tipologias, sendo negativas, acentuam a correlação do TP antissocial a figuras criminosas, em função dos comportamentos transgressores aos quais são associados. Sem contar com o fato de que ao longo do desenvolvimento do conceito de psicopatia predominou entre os autores a ideia de um desvio de caráter avaliado segundo os moldes morais e éticos da sociedade, deslocando o problema da caracterização de uma patologia, uma etiologia clínica, para o da divergência entre modos de convivência, uma etiologia social (Morana e Mendes Filho, 2001, p. 106). O CID-10 confirma esta visão ao definir os transtornos de personalidade como “a expressão característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo de estabelecer relações consigo próprio e com os outros” (OMS, 2000, p.351).

Dito isso, pode-se configurar o transtorno de personalidade antissocial - englobando tanto o DSM-IV quanto o CID-10 e as considerações de Hare – como um conjunto de características de personalidade que se manifestam nas relações interpessoais (com ênfase nas afetivas), no modo de vida no ambiente social e nos comportamentos. Estes últimos incluem: egocentrismo, ausência tanto de empatia como de remorso, individualismo, impulsividade, irresponsabilidade, manipulação, e tendência a violar normas sociais, morais ou ainda, leis criminais (Gao et al apud Hare, 1991).

Portanto, estes indivíduos podem, de fato, adotar um comportamento cruel, violento e frio, cujo reflexo pode ser observado nos números da população carcerária, dentro da qual representam o alarmante número de 20%, segundo estimativas de Hare (Morana e Mendes-Filho apud Hare, 1995). Além disso, um estudo no Brasil em 1994 diagnosticou 23% da população prisional com o TP antissocial (Morana e Mendes-Filho apud Oliveira e Teitelbaum, 1994). Outro estudo, em uma prisão espanhola, feito pela OMS, constatou que 79% daquele contingente atendia aos critérios do diagnóstico do transtorno (Morana e Mendes-Filho apud Riesco, 1998).

Ainda assim, segundo dados estatísticos do DSM-IV, cerca de 70% dos indivíduos diagnosticados não se tornam criminosos violentos ou assassinos, logrando viver em sociedade, motivo esse pelo qual não se deve estigmatizar estes indivíduos com a marca da delinqüência. É também interessante observar a atração por posições de poder nutridas por eles, como aquelas em grandes corporações, e que, não poucas vezes, conseguem efetivamente alcançar favorecidos por sua personalidade calculista. É o que Robert Hare chama de ‘Cobras de Terno’.

Ressalte-se que a incapacidade de empatia nada tem a ver com alterações na noção de realidade destes indivíduos. Eles conseguem entender o que os outros sentem do ponto de vista intelectual, mas não são capazes de se pôr no lugar dos outros, pois não experienciam as mesmas emoções, apenas as chamadas proto-emoções, que são sensações de prazer, euforia e dor menos intensas que o normal.

Um dos pacientes entrevistados por Hare parece confirmar tal premissa: “Quando assaltei um banco, notei que uma caixa começou a tremer e a outra vomitou em cima do dinheiro, mas não consigo entender por quê. Na verdade, não entendo o que as pessoas querem dizer com a palavra ‘medo’” (Hare, 1993).

Jack Abbott, também diagnosticado com o transtorno, escreveu em seu livro ‘No Ventre da Besta – Cartas da Prisão’: “Existem emoções que eu só conheço de nome. Posso imaginar que as tenho, mas na verdade nunca as senti” (Narloch apud Jack Abbott, 1982).

Em 2001, o psiquiatra Antonio Serafim colocou presos de uma penitenciária em São Paulo para assistir a cenas violentas tais como: corpos decapitados, crianças esqueléticas com moscas nos olhos, torturas com eletrochoque, gemidos desesperados. Cada um ouvia, por um fone, sons desagradáveis, como gritos de desespero. Só de imaginar cenas assim, a reação de pessoas comuns é ter alterações fisiológicas como acelerar as batidas do coração, intensificar a atividade cerebral e enrijecer os músculos. “Os criminosos comuns tiveram reações físicas de medo. Já os identificados como psicopatas não apresentaram sequer variação de batimento cardíaco.” (Narloch, 2006).

Um caso particularmente alarmante que demonstra tal insensibilidade para com o próximo e os efeitos profundamente negativos que a mentira patológica daqueles que portam o transtorno podem provocar é aquele sobre Alessandro Marques Gonçalves. Formado em direito, resolveu fingir que era médico: forjou documentos e conseguiu trabalho em três grandes hospitais paulistas. Foi capaz de enganar pacientes, chefes e até a própria mulher, que esperava um filho dele sem fazer ideia de nada. Quando foi

desmascarado, em fevereiro de 2006, Alessandro já tinha aleijado pelo menos 23 pessoas, além de ser suspeito da morte de três pessoas. O delegado que o interrogou afirmou: “Ele usa termos técnicos e fala com toda a naturalidade. Realmente parece um médico. Também acha que não está fazendo nada de errado e diz, friamente, que queria fazer o bem aos pacientes”.

2.2.3 Neurobiologia do Transtorno de Personalidade Antissocial

A neurociência vem tentando, já há certo tempo, localizar a origem do transtorno de personalidade antissocial. A maioria dos especialistas, hoje, defende uma causa genética como a provocadora de alterações bioquímicas no cérebro dos indivíduos com o transtorno, afetando o campo cognitivo e o das emoções. O argumento se sustenta em face dos inúmeros casos estudados nos quais o transtorno esteve presente nos indivíduos independentemente do seu contexto familiar, educacional, etc. (Del Ben apud McGuffin e Thapar, 1992). Uma problemática que contesta esta teoria é o fato de que parte da estrutura do cérebro vai se formando durante a vida e as vivências estão sempre a desenvolvê-lo. Além do mais, aqueles que sofriam agressões ou qualquer perturbação na infância, tendem a se tornar mais violentos, pois essas engendram influências na formação da personalidade do indivíduo (Morana, Abdalla-Filho e Stone, 2006). Sendo assim, não seriam os genes responsáveis pelo transtorno, mas sim pela predisposição, não podendo ser descartada a influência que a inserção social possui na evolução do transtorno.

Nenhum fator específico pode ser determinado como a causa do TPAS, mas, segundo Homes et al, a combinação de alguns deles poderiam tender ao desenvolvimento do comportamento antissocial, assim como: a predisposição genética como fator substancial; a exposição intra-uterina a álcool e drogas; maus-tratos durante a infância, negligência e cuidados parentais inconsistentes; e dificuldades de aprendizado e desempenho escolar insatisfatório (Del Ben apud Homes et al, 2001). Porém, o que se observa é a ausência de estudos que explorem de forma mais aprofundada a relação entre experiências de vida e o transtorno de personalidade antissocial.

Retornando ao enfoque do tópico, os estudos neurobiológicos do transtorno demonstram que a psicopatologia relacionada a um comprometimento nos processos cognitivos e emocionais está associada a anormalidades no cérebro. Dados de

neuroimagem nestes indivíduos demonstram, majoritariamente, deficiências estruturais e funcionais na amígdala e no córtex pré-frontal, principalmente nas regiões órbito-frontal e ventromedial (Del Ben, 2005).

O córtex pré-frontal é a região da porção frontal do córtex cerebral, sendo considerada a “sede” da personalidade (Esperidião-Antonio apud Lent, 2005), que está diretamente envolvida nos processos de memória, trabalho, concentração, avaliação das conseqüências dos atos, raciocínio e empatia. Grande parte das funcionalidades acima possui estreito vínculo com as emoções, uma vez que a avaliação das conseqüências, o raciocínio de forma contingente e a empatia tornam-se possíveis graças à inferência emocional, que pondera, em associação com a razão, a gravidade de uma ação, além do reconhecimento do sentimento do outro a ponto de conseguir colocar-se em seu lugar. A região órbito-frontal atua em conjunto com a pré-frontal além de apresentar interligações com a amígdala e o hipocampo, e está relacionado com o comportamento social regulado pelas emoções e experiências passadas (Herculano-Houzel, 2005).

A função das regiões do córtex ainda não são inteiramente determinadas. Porém, estudos demonstram que a região ventromedial tem implicações no processar do risco e do medo e, ainda, segundo António Damásio, com a tomada de decisões, em conjunto com a região órbito-frontal. Esta estaria associada também aos julgamentos das punições e dos méritos (Gao et al, 2009).

Uma série de estudos confirma significantes reduções do volume de massa cinza da região pré-frontal em pacientes com TPAS (Del Ben, 2005). Entende-se então que os déficits na região pré-frontal contribuem para um mau-julgamento de decisões, da monitoração de erros, uma desregulação emocional e um julgamento moral comprometido.

Na amígdala também foram encontradas reduções em seu volume. Esta estrutura tem um grande papel no processo de memória emocional e processamento de respostas às experiências emocionais e comportamentais. Ela é ativada em situações agressivas ou de natureza sexual, além de ser responsável pela associação entre estímulos e recompensas (Esperidião-Antonio et al, 2008). O seu comprometimento, com relação ao transtorno de personalidade antissocial, poderia predispor afeto superficial e falta de empatia (Gao et al, 2009).

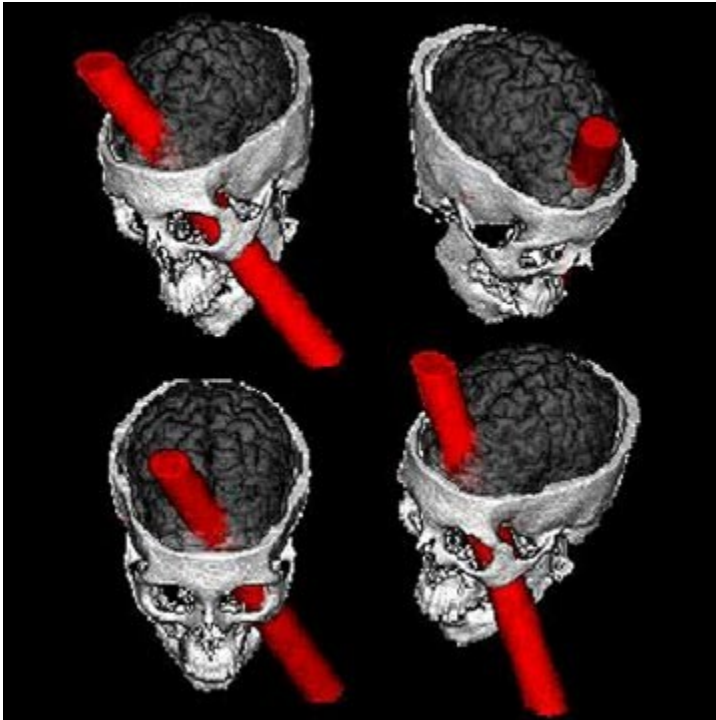
Em verdade, desde o caso de Phineas Gage (século XIX) que as lesões no lobo frontal têm sido associadas ao desenvolvimento do comportamento antissocial. Eis o caso: Phineas Gage trabalhava com construção de estradas de ferro no EUA.

Descreviam-no como uma pessoa equilibrada e sistemática, além de um profissional responsável e habilidoso. Um dia, Phineas sofreu um acidente em uma das explosões de rotina de seu trabalho, sendo atingido por uma barra de ferro que atravessou seu cérebro, entrando pela face esquerda, abaixo da órbita e saindo pelo topo da cabeça (figura abaixo). Surpreendentemente, ele permaneceu consciente após o acidente e após dois meses estava quase que milagrosamente recuperado, sem déficits motores e com a linguagem e memória preservada. A única coisa que mudou foi sua personalidade. Phineas tornou-se uma pessoa impaciente, desrespeitoso, incapaz de adequar-se às normas sociais e de planejar o futuro. Acabou por romper vínculos afetivos duradouros e não conseguiu mais fixar-se em um emprego (Damásio, 1994). A partir desse caso e estudos posteriores, vem sido associado lesões pré-frontais e, mais especificamente da região ventromedial do córtex pré-frontal, a comportamento impulsivo, agressivo e inadequação social, estando em consonância com as características clínicas e fisiopatológicas observadas no TPAS. E casos como esse, de pacientes que desenvolveram a chamada “psicopatia adquirida” (Gao et al apud Damásio, 1985), possibilitam um aprofundamento do estudo de como o comprometimento das regiões supracitadas contribuem para o desenvolvimento do transtorno.

Simulação da lesão cerebral sofrida por Phineas Gage

INCLUDEPICTURE

"http://1.bp.blogspot.com/_4xW6ztZM89k/TJk0aI25C3I/AAAAAAAAAB4/axGJKY2Jytc/s1600/



Fonte: Damásio, 2005.

Há ainda o estudo sobre os sistemas de neurotransmissão. Os neurotransmissores são responsáveis por conduzir as informações, através de sinapses – propagações do impulso nervoso – do cérebro para o restante do corpo e vice-versa. Basicamente, a análise sobre o papel de um determinado neurotransmissor em funções fisiológicas e patológicas pode ser feita por meio do uso de drogas que ativam ou bloqueiam receptores específicos, pré e/ou pós sinápticos. Pesquisas têm constatado que o principal neurotransmissor relacionado ao transtorno de personalidade antissocial é a serotonina que é associada à inibição de comportamentos. A disfunção da função serotoninérgica foi demonstrada tanto em animais (Del Ben apud Cherek e Lane, 1999) quanto em populações humanas com diagnóstico de personalidade antissocial (Del Bem apud Dolan et al., 2001), resultando na falta de inibição e sendo, portanto, a possível origem

do comportamento agressivo e impulsivo. A disfunção da serotonina também ocorre em vários outros transtornos mentais, tais como depressão, transtornos de ansiedade ou relacionados ao controle do impulso (Del Ben, 2005).

Adicionalmente, estudos mostram que indivíduos com o TPAS possuem uma redução dos níveis do hormônio cortisol (Gao et al apud van Honk e Schutter, 2006). Este tem como função fornecer energia durante momentos de estresse, além de estar relacionada com potencialização dos estados de medo, sensibilidade para com punições, além de comportamentos de fuga (Gao et al, 2009).

De um modo geral, os estudos são consistentes com a descrição clínica do transtorno. No entanto, algumas questões metodológicas devem ser levadas em conta. Diferenças conceituais e de nomenclatura podem interferir nos resultados, havendo a necessidade de estudos com grupos mais homogêneos, sem comorbidades e com foco em comportamentos mais específicos (Del Ben apud Séguin, 2004). Ademais, visto que boa parte dos estudos é feito com populações carcerárias (criminosos violentos), as alterações descritas podem se aplicar mais especificamente com a agressividade ou mesmo condições psicológicas derivadas do encarceramento, e não com a condição específica de transtorno de personalidade antissocial.

2.3 TERAPÊUTICAS DO TRANSTORNO

2.3.1 Diagnóstico do Transtorno de Personalidade Antissocial

No que diz respeito ao diagnóstico dos transtornos de personalidade, é possível encontrar dificuldades em seu sistema de identificação devido à complexidade e subjetividade própria dos TP. Um fator de agravamento disso é o desinteresse por parte dos estudiosos, uma vez que atualmente os transtornos desse tipo, em especial o antissocial, são ditos como permanentes e refratários ao tratamento (Miguel, Valentim, Gattaz, 2011).

O exame diagnóstico também enfrenta divergências quanto a sua composição. Enquanto alguns profissionais dão ênfase a testes padronizados, outros valorizam entrevistas e o acompanhamento das manifestações emocionais do paciente. Entrementes, é necessário para o diagnóstico uma minuciosa investigação da vida do paciente, constatando a existência ou não de uma conduta anormal característica de um TP. Além disso, pode acontecer de o profissional confundir estados afetivos de outros transtornos com os do antissocial (Abdalla-Filho, Morana e Stone, 2006).

Nesse sentido, segundo Morana et al (2006), um caso que necessita especial atenção é o diagnóstico de transtorno neurótico que pode apresentar várias semelhanças ao antissocial. O principal diferencial, afirmam, concentrar-se-ia em determinar se o indivíduo receia causar a si mesmo danos devido a “insucessos da vida”, característica típica do neurótico, enquanto o antissocial culparia aos outros pelos seus insucessos.

Além disso, tanto em um exame pericial, quanto durante terapias, os portadores do TP antissocial, sendo essencialmente indivíduos manipuladores, podem tentar exercer um controle sobre sua própria fala, conduzindo as respostas dissimuladamente e dificultando a investigação diagnóstica. Diante desse possível obstáculo, um elemento complementar importante poderia ser a entrevista com familiares, já que estes poderiam

fornecer dados fidedignos sobre o comportamento do indivíduo e da evolução do transtorno.

O diagnóstico mais confiável que existe atualmente é o proposto por Robert Hare: PCL-R (*Psychopathy Checklist Revised*), que é uma escala criada especialmente para a constatação de psicopatia e que não apenas propicia o diagnóstico, como também avalia a probabilidade de recidiva. Trata-se de um *checklist* de 20 itens, que, recentemente foi validado no Brasil por Hilda Morana, e considera as relações afetivo-interpessoais que não são incluídas no diagnóstico do DSM. O PCL-R inicia-se por uma entrevista semi-estruturada, incluindo avaliações sistemáticas de tendências e traços da personalidade próprios desta condição. Tal sistema exige uma exímia investigação da vida do indivíduo, porém, nunca prescindindo apenas da entrevista deste, sempre sendo salutar coletar dados de pessoas que, de algum modo, fossem próximas a ele (Morana e Mendes-Filho apud Hare 1998). Estabeleceu-se uma pontuação de 0 a 2 pontos para cada item, na qual 0 indica que tal característica certamente não estava presente; 1 indicando incerteza se a característica se aplica ou não; e 2 indicando que certamente se aplicava; totalizando, no final, 40 pontos. A pontuação de corte não é rigidamente estabelecida, mas sendo obtido um resultado acima de 30 pontos, constatar-se-ia, em princípio, um psicopata típico (Morana, Abdalla-Filho e Stone, 2006). São estes os itens:

- Interpessoal
 - 1) Eloquência/charme superficial
 - 2) Grandioso senso de auto-estima
 - 4) Mentira patológica
 - 5) Controle/manipulação
- Afetivo
 - 6) Ausência de remorso ou culpa
 - 7) Afeto superficial
 - 8) Insensibilidade/falta de empatia
 - 11) Comportamento sexual promíscuo
 - 16) Falha em assumir responsabilidade
 - 17) Muitos relacionamentos conjugais de curta duração
- Estilo de Vida
 - 3) Necessidade de estimulação

- 9) Estilo de vida parasitário
 - 13) Ausência de metas realísticas a longo prazo
 - 14) Impulsividade
 - 15) Irresponsabilidade
 - Antissocial
 - 10) Frágil controle comportamental
 - 12) Problemas comportamentais precoces
 - 18) Delinqüência juvenil
 - 19) Revogação da liberdade condicional
 - 20) Versatilidade criminal
- (Hare, Neumann, 2009, tradução nossa)

Hare, em seu livro *Without Conscience* (1993), descreve mais detalhadamente esses fatores, alguns mencionados abaixo (tradução nossa):

- 1) Além de serem pessoas volúveis, esses indivíduos podem apresentar-se bem e ser simpáticos, divertidos e encantadores, além de possuírem facilidade em convencer os outros de histórias improváveis.
- 2) São narcisistas e egocêntricos, vêem a si mesmos como o centro do universo, justificando seus atos em estarem vivendo de acordo com suas próprias regras. “Não é que eu não siga a lei. Eu sigo minhas próprias leis. Eu nunca violo minhas regras.”. Além disso, alegam possuir objetivos específicos, mas demonstram pouco interesse no que diz respeito às qualificações necessárias (item 13).
- 3) Muitos descrevem cometer crimes por entusiasmo ou excitação, por não tolerarem a monotonia. Quando questionado se cometeu tais atos perigosos apenas por diversão, um dos pacientes respondeu: “Claro, muitas coisas. Mas o que eu acho mais excitante é andar pelos aeroportos com drogas. Cristo! Que adrenalina!”.
- 4-5) Parecem não se incomodar com a possibilidade ou mesmo a certeza de serem descobertos na mentira. Quando isto ocorre, eles simplesmente mudam sua história para que permaneça mais consistente com a mentira. O resultado é uma série de discursos contraditórios e confusos. Não obstante, parecem bem orgulhosos de sua capacidade de mentir.
- 6) Apresentam impressionante falta de remorso ou culpa diante dos efeitos de suas ações aos outros, completamente calmos sem arrependê-se pela dor causada, ou assumir responsabilidade por seus atos (item 16). Eles costumam ter aprimoradas

desculpas para seu comportamento e muitas vezes chegam a negar o ocorrido. Quando Hare perguntou a um de seus pacientes se ele possuía algum arrependimento por esfaquear uma vítima de roubo, ele respondeu: “Fala sério! Ele passa alguns meses no hospital e eu preso aqui. Se eu quisesse matá-lo eu teria cortado sua garganta. Esse é o tipo de cara que eu sou; eu lhe dei uma folga”.

8) Muitas das características desses indivíduos estão associadas à profunda ausência de empatia por outra pessoa. Se eles mantêm quaisquer laços com outra pessoa é apenas por comodidade ou interesse, sendo completamente indiferentes a essas pessoas. Uma das pacientes permitiu que seu namorado molestasse sua filha de 5 anos porque “ele me deixou exausta, eu não estava pronta para mais sexo naquela noite”. E a mulher não conseguia entender porque o serviço social levou a filha dela.

10) Irritam-se facilmente com insultos ou grosserias. Nestes indivíduos os controles inibitórios do comportamento são fracos e qualquer provocação já é suficiente para uma reação exagerada. Sendo assim, eles tem um temperamento forte e podem reagir com súbita violência, ameaças ou insultos. Contraditoriamente, rapidamente esquecem-se da situação e agem como se nada tivesse acontecido.

14) Não costumam pesar muito as possíveis conseqüências de suas ações, seus atos são impulsivos, de satisfação imediata. Desse modo, respostas como “Eu fiz porque me deu vontade” são comuns, como ilustra o exemplo do marido de uma paciente: “Ela levantou-se e saiu da mesa, e essa foi a última vez que eu a vi por dois meses”.

Quanto à confirmação do diagnóstico, Daderman e Kristiansson (apud Abdalla-Filho, 2004) afirmam que 30 pontos é preconizado como o limite para o diagnóstico. Entretanto, em estudo recente, Morana et al, estabeleceu dois tipos de personalidades antissociais, através da análise de um grupo de criminosos classificados com o transtorno. Os estudiosos, baseados nas pontuações obtidas pelos testes, adotaram as seguintes nomenclaturas: transtorno global e transtorno parcial. As faixas de correspondência nos exames foram: não criminoso (0 a 12 pontos), transtorno parcial (12 a 23) e transtorno global (23 a 40). Este estudo é de importância considerável, uma vez que aponta a existência de uma modalidade atenuada do transtorno, de certo modo, poder-se-ia dizer, limítrofe. Em última análise, a relevância deste estudo consta na diferenciação do risco de reincidência criminal dentre a população de criminosos com o transtorno (Morana, Abdalla-Filho e Stone, 2006).

É importante ressaltar que grande parte dos estudos é feito com populações carcerárias, isto, pois, como já seria de se esperar, a prevalência de psicopatas na prisão

é significativamente maior e grande parte das informações sobre a conduta do indivíduo já estão disponíveis. Cerca de metade dos prisioneiros dos EUA preenche os critérios do DSM para o transtorno e, em pacientes de hospitais psiquiátricos de segurança máxima, o número fica em torno de 40% (Del Ben apud Coid e Cordess, 1992). Contudo, isso não significa dizer que não haja estudos à comunidade extracarcerária.

Segundo Hare e Neumann (2008), durante todo o desenvolvimento do PCL e todos os seus subtipos (por exemplo, o PCL-R é mais utilizado em populações criminais, enquanto o PCL:SV, em indivíduos não psicopáticos), foram levadas em consideração todas as informações clínicas de Cleckley relevantes para o diagnóstico, tornando o PCL coerente com este e levando em conta, ainda, as pesquisas de posteriores estudiosos da área.

2.3.2 Interação biológico-social

Aristóteles (384 a.C. – 322 a.C.) dizia que uma coisa é o que é devido a sua forma, e a essência dessa forma seria a sua função. Desse modo, a partir do conhecimento sobre a estrutura de uma forma seria possível entender como esta funcionaria. Na ciência atual, em especial, na psiquiatria/psicologia, a explicação de um fenômeno através de sua estrutura envolve um debate crítico sobre a necessidade da identificação biológica ou o conhecimento psicológico-social do indivíduo.

Sabe-se que o ser humano, desde o momento do nascimento, já possui todas as células nervosas que constituem o cérebro. O desenvolvimento das neurociências parte do princípio de que todo e qualquer comportamento pode ser explicado através apenas das bases biológicas do ser, ou seja, que qualquer sentimento e sensação é puramente resultado da ação dos neurônios, corrente esta que, no campo da psiquiatria e saúde mental, é chamada de reducionismo. No entanto, não há comprovações de que exista, de fato, esse determinismo genético sobre a natureza biológica e social do indivíduo. Os antirreducionistas, corrente oposta, não negam a importância dessas bases biológicas para a existência de estados subjetivos, mas afirmam que estes decorreriam essencialmente de uma interação entre a mente e o ambiente social (Bezerra, 2011).

Changeux, por exemplo, afirma que as inúmeras possibilidades de conexões do cérebro tornam dispensáveis a diferenciação entre atividade neuronal e atividade mental, uma vez que as relações interpessoais seriam apenas a consequência do

desenvolvimento do cérebro, “o desabrochar do neocortex²” (Carvalho apud Serpa, 1997).

Outro adepto do pensamento reducionista é Mohl, que faz a proposição de que a psicoterapia deveria ser considerada como “um tratamento biológico, que age através de facilitação sináptica interneuronal, regulação fisiológica externa, processamento da memória hipocampal sobre problemas biológicos, como déficits na interação gene-ambiente ou facilitação sináptica errônea” (Carvalho apud Scheinkman, 1993). No entanto, assumir esta nova concepção significaria se desvincular das próprias concepções basilares da psicoterapia – cujo radical da palavra provém do grego *psykhē*: psique, alma, mente – as quais assumem a existência da mente como um processo racional-emocional precipuamente subjetivo.

Para os antirreducionistas, embora as células nervosas do cérebro já existam no momento em que nascemos, estas células irão formar inúmeras, talvez infinitas, conexões umas com as outras criando diferentes redes nervosas, de acordo com as interações que o indivíduo formará com o ambiente (epigênese). Deste modo, como afirma Prochiantz, estas conexões (correspondentes às sinapses) formarão a história do indivíduo, isto é, o desenvolvimento do cérebro, ainda que iniciada por fatores genéticos, traz as marcas individuais de cada um, que não pode deixar de ser também a história de sua cultura, de seu grupo social, etc (Carvalho apud Serpa, 1997).

Dentro deste grande campo de discussões insere-se o debate específico sobre o transtorno de personalidade antissocial e a difícil correlação entre a existência ou não de uma interação biológica e social na manifestação e evolução do transtorno e, principalmente, sobre como deve ser a abordagem de tratamentos, seguindo uma linha farmacológica, em uma tentativa de reabilitar o funcionamento cerebral na perspectiva dos reducionistas, ou seguindo uma linha psicoterápica, de acordo com a vertente antirreducionista, ou, quem sabe, ainda, ambos os métodos em conjunto.

Desse modo, dado o pouco conhecimento científico atual e as divergências de opiniões e pensamentos sobre a natureza do transtorno, a existência de uma abordagem terapêutica efetiva apresenta-se como um grande desafio. Ademais, diferentemente do que ocorre com grande parte dos indivíduos que sofrem de transtornos mentais e/ou, ainda, infratores, os ditos psicopatas aparentam sofrer muito pouco com aflições pessoais, mal vêem seus erros em suas atitudes e comportamentos e apenas procuram

² Recebe este nome, pois no processo evolutivo é a região do cérebro mais recentemente evoluída e, portanto, a mais complexa.

por tratamento quando se trata de seus próprios interesses, como por exemplo, a fim de conquistar liberdade condicional, o que institui uma problemática a mais (Morana, Stone e Abdalla-Filho, 2006).

2.3.3 Tratamentos do Transtorno de Personalidade Antissocial

Grande parte do corpo psiquiátrico acredita que, na atualidade, não haja possibilidade de tratamento para estes indivíduos, visto que o conhecimento científico do transtorno é muito limitado, a tecnologia é recente e o cérebro é um órgão ainda pouco conhecido, sendo extremamente complexo realizar um estudo sobre sua fisiopatologia. No entanto, essa perspectiva é deveras simplista e muitas vezes mascara um debate moral sobre a responsabilidade social, limitando quem seria merecedor ou não de tratamento. Portanto, as abordagens de tratamento ainda representam um grande desafio.

Hugo Marientán (1998) define duas orientações doutrinárias sobre os motivos determinantes para a ocorrência da psicopatia. A primeira seria a intrínseca, que designa a psicopatia como "constituição especial", considerando o seu surgimento vinculado a fatores genéticos e, portanto, sem muitos prospectos de cura. Por outro lado, a segunda posição está relacionada ao aspecto social, denominada extrínseca, e atribui o aparecimento da condição às disparidades econômicas e educacionais. Segundo o autor, cada uma dessas vertentes embasou a forma com que dois institutos especiais trataram seus internos, cujo contingente constituía-se em 35% de psicopatas: o primeiro, que adotou uma disciplina mais rígida e autoritária, e o segundo, com um ambiente mais favorável aos relacionamentos interpessoais, "disciplina do amor" (visões intrínseca e extrínseca, respectivamente). Tal experiência parece ser de significativa importância, já que em ambos os casos as taxas de reincidência de atos antissociais acabou sendo semelhante, sem embargo o tratamento aplicado (Morana e Mendes-Filho, 2001).

Contudo, em um estudo feito por Barry et al (apud Morana, Stone e Abdalla-Filho, 2006), com 48 casos de indivíduos diagnosticados com o transtorno de personalidade antissocial, apenas 21 pacientes (44%) não responderam ao tratamento³

³ Não foi possível encontrar qual foi o tratamento estabelecido, por falta de fonte disponível.

após um ano de tentativa. Foi sugerido por esses autores que a resposta negativa teria relação com antecedentes prisionais, não aceitação em realizar o tratamento e baixa motivação para com o tratamento.

Adshead (2001, tradução nossa), estabeleceu um modelo constituído de 7 fatores para checar a viabilidade do tratamento dos transtornos de personalidade e afirma, ainda, que pode ser estendido a qualquer enfermidade. São eles:

- 1) A natureza e a gravidade da patologia
- 2) O grau de envolvimento do transtorno em outras esferas biológicas e sociais, bem como o seu impacto no funcionamento de diferentes setores de sua vida
- 3) A saúde prévia do paciente, a existência de comorbidade e fatores de risco
- 4) O momento da intervenção diagnóstica e terapêutica
- 5) A experiência e a disponibilidade da equipe terapêutica
- 6) Disponibilidade de unidades especializadas no atendimento de condições especiais
- 7) Conhecimento científico sobre esse transtorno, bem como atitudes culturais em relação à concepção do tratamento.

À primeira vista, o fator 5 pode parecer o mais deslocado do transtorno antissocial, no entanto, se os profissionais que lidam com os pacientes não aceitam o transtorno como uma condição patológica ou não possuem experiência ao lidar com esse tipo de transtorno, a dificuldade da condução do tratamento será maior. Ademais, os portadores do TP antissocial demandam excessiva atenção e são, muitas vezes, considerados irritantes e de difícil manejo.

A questão é que os tratamentos que alguns profissionais logram realizar obtêm resultados muito restritos, pois se baseiam apenas no controle de sintomas específicos, tal como a agressividade. Contudo, o emprego de psicofármacos é muito controlado pelo risco de dependência. Ainda assim, segundo Davidson (2002), os princípios do tratamento do transtorno são como os de qualquer condição crônica. A administração de substâncias farmacológicas no alívio de alguns sintomas pode obter resultados positivos. A lógica para a intervenção farmacológica se deve à associação dos traços da personalidade a bases biológicas, como o comprometimento da região cerebral do córtex pré-frontal.

Davison afirma que o lítio em particular reduz o comportamento agressivo. Os anticonvulsivos, por sua vez, são usados no tratamento de sintomas de instabilidade de humor, irritabilidade e impulsividade. Outrossim, em pacientes borderline, a

impulsividade e agressividade tem sido tratadas com o uso de inibidores seletivos da recaptção serotonina (ISRS) e podem ser viáveis também no TPAS, uma vez que estes indivíduos também apresentam reduções nos níveis de serotonina, sendo possivelmente uma das condições da impulsividade e agressividade (Miguel, Valentim, Gattaz, 2011). Entretanto, o estudo dos efeitos da medicalização é complexo, pois o mapeamento da ação da droga naqueles com os transtornos de personalidade é difícil de ser realizado efetivamente, ou seja, de modo válido e confiável (National Collaborating Centre for Mental Health apud Markovitz, 2001).

A farmacologia aplicada às doenças mentais se trata de um fenômeno relativamente recente. A partir dos anos de 1970, inicia-se a remodelização da psiquiatria, cumprindo, por fim, seu objetivo de tornar-se uma especialidade médica. Segundo Detre, com os novos avanços científicos (como o mapeamento da atividade elétrica do cérebro, a tomografia e a ressonância magnética), tornava-se clara a associação entre cérebro e mente. Comprovou-se que eventos comportamentais provocam alterações biológicas, causando mudanças nos terminais sinápticos e é nesse sentido que Detre acredita que a fronteira entre o biológico e o comportamental passa a mostrar-se inexistente (Carvalho, 1995).

As psicoterapias vem dando poucos resultados diante do comportamento desses indivíduos, pois, convincentes em suas mentiras, enganam facilmente o profissional que não é especializado no transtorno. Muitos terapeutas, inclusive, recusam-se a trabalhar com estes pacientes (Morana, Stone, Aballa-Filho, 2006). Em 1993, foi desenvolvida por Marsha M. Linehan uma psicoterapia experimental, a terapia dialética comportamental, baseada em tratamentos de pacientes suicidas crônicos na década de 1970 (Miguel, Gentil e Gattaz, 2011). Inicialmente foi aplicada para dependentes de substâncias graves e transtornos *borderline*⁴, tendo sido bastante eficaz no controle de ambos, mas tem sido ampliada a outros pacientes com transtornos de personalidade, ainda que especificamente ao TP antissocial não haja estudos concluídos (Morana, Stone, Aballa-Filho, 2006). Numa explicação resumida, esse modelo permite aos pacientes uma regulação mais efetiva dos estados afetivos negativos e relacionamentos interpessoais, além de motivar o paciente a dar continuidade ao tratamento (Nunes-Costa et al, 2009). O método tem surtido resultados positivos nos outros transtornos além do

⁴ São raros os estudos sobre possibilidades de tratamento dos TP, sendo estes quase que exclusivamente sobre o transtorno de personalidade *boderline*. Acredita-se que muitos dos princípios do modelo *boderline* possam ser aplicados a outros transtornos de personalidade, mas este potencial de generalização ainda não foi constatado.

borderline, como o da bulimia e o da depressão, entre outros (Morana, Stone, Aballa-Filho, 2006).

A proposta desse modelo dialético consta fundamentalmente em um antagonismo entre mudança e aceitação dos fatos frustrantes⁵, para “se ter uma vida que vale a pena ser vivida”, através de cinco objetivos específicos (Linehan e Dimeff, 2008):

- 1) Aumentar a motivação do paciente para mudança
 - 2) Melhorar as habilidades do paciente
 - 3) Desenvolvimento e generalização de novos comportamentos
 - 4) Estruturar o ambiente
 - 5) Melhorar as capacidades do terapeuta e mantê-lo motivado
- (Linehan e Dimeff, 2008, tradução nossa)

A lógica dialética baseia-se em estratégias como o princípio *mindfulness*, no qual o processo de aceitação dependeria de atenção no presente momento, não assumir maus julgamentos e focar-se na eficácia do tratamento. Além disso, a terapia dialética comportamental (TDC) busca superar alguns dos maiores problemas que dificultam o tratamento, incluindo precário compromisso com o tratamento, partindo tanto do paciente quanto do terapeuta. Em verdade, o terapeuta individual de cada paciente torna-se a principal personagem da evolução ou não do tratamento. Fica sob sua responsabilidade o desenvolvimento e manutenção do plano de tratamento para o paciente. A terapia deverá iniciar-se com a diminuição de comportamentos de risco, depois atentando a comportamentos que interfiram na adesão e no sucesso do tratamento e, por fim, capacitar os pacientes com um conjunto de estratégias comportamentais que lhes permitam regular de forma efetiva os efeitos negativos (Linehan e Dimeff, 2008).

O uso da TDC em comportamentos antissociais pode ser atribuído ao foco que ela direciona a comportamentos “*life-threatening*”⁶ (tanto suicida como homicida) e aos

⁵ A aceitação dos fatos frustrantes encontra correspondência à abordagem filosófica adotada pelos Alcoólicos Anônimos e também muito presente em programas como o Doze Passos (Twelve-steps Programs). Ela é expressa na Serenity Prayer, uma oração originalmente sem nome criada pelo teólogo Reinhold Niebuhr: “Deus, conceda-me a serenidade para aceitar as coisas que eu não posso mudar, a coragem para mudar as coisas que eu posso e a sabedoria para saber a diferença” (Linehan e Dimeff, 2008).

⁶ Que são capazes de produzir riscos à vida (tradução nossa).

que interferem no tratamento ou, ainda, em razão da motivação que o terapeuta deve ter e a vontade de ambos o terapeuta quanto o paciente em prosseguir com o tratamento (Linehan e Dimeff, 2008).

McCann et al (2000) adaptaram a TDC para pacientes condenados à encarceramento com severos transtornos mentais. Os autores descrevem algumas razões para as quais a terapia dialética pode ser aplicada de forma eficaz a populações forenses. Primeiramente, dados empíricos validam a eficiência da terapia em transtornos de personalidade *borderline*, desse modo, a enorme incidência de transtornos de personalidade nestes grupos pode ser melhor conduzida com o tratamento a partir da TDC. Em segundo lugar, Wong e Hare afirmam que programas cognitivo-comportamentais são mais eficientes em reduzir a reincidência criminal do que outras, menos estruturadas, e a terapia dialética é um tratamento cognitivo-comportamental. Ademais, a TDC possui uma abordagem sistemática que reduz comportamentos agressivos e impulsivos tão fortemente presente nestes grupos. Finalmente, a atenção especial treinada dos terapeutas é essencial na condução do tratamento.

As principais modificações nessa adaptação do modelo padrão incluem: expansão da categoria de comportamentos *life-threatening* (especificamente relacionados à violência e homicídio); atenção específica para a gravação honesta (sem quaisquer omissões) dos comportamentos dos pacientes descritos por eles próprios⁷; testes de aquisição de *skills*⁸; ter como alvo a insensibilidade dos pacientes antissociais; e a inclusão de um novo nível de grupo de treinamento de *skills* (designado para aumentar a empatia pelas vítimas e prevenir reincidência de comportamentos violentos.

O mais incomum sobre as mudanças é que os próprios pacientes com o TPAS contribuíram para as modificações. (Macan et al, 2000). Foi feito um estudo piloto de vinte meses conduzido com trinta e cinco pacientes comparando a TCD modificada com a que Linehan e Demiff (2008) chamam de “tratamentos usuais”, no qual aproximadamente 50% dos pacientes foram diagnosticados com o transtorno de personalidade *borderline* e os outros 50% possuía o transtorno de personalidade

⁷ Isto deixa claro que um dos pilares da terapia dialética seja a motivação do paciente em favor do tratamento, pois parte integral deste advém do próprio paciente. Quando este deixa a unidade de internação, o indivíduo deve entender a importância de continuar com seus relatórios diários sobre seus comportamentos, a fim de evitar problemas, como reincidências que poderiam ter sido prevenidas se ele revisasse seus comportamentos anormais.

⁸ Skills: habilidades adquiridas como o *mindfulness*, treinamento de tolerância de estresse, de regulação das emoções e eficiência interpessoal.

antissocial. O grupo foi dividido em 21 pacientes recebendo tratamento pela terapia dialética comportamental e os outros 14 recebendo o “tratamento usual”. Em comparação, o grupo com TCD obteve significativa redução nos problemas de adaptação interpessoal e de conflito interno (maladaptive coping⁹), ao mesmo tempo em que houve o aumento nos níveis de entrosamento e estabilidade emocional. Além disso, este grupo mostrou redução em relação à depressão, hostilidade, paranóia e comportamentos psicóticos. (Macan et al, 2000).

Ademais, analisando a viabilidade desta psicoterapia, a partir de Adshed (2001), fora as questões que não dependem de características inatas do transtorno (que constituiriam um agravante à dificuldade de estabelecimento de um tratamento), no que tange aos moldes deste tratamento, a terapia dialética comportamental atinge a resolução de questões como o envolvimento do transtorno nos diferentes setores da vida do paciente e a experiência e disponibilidade dos profissionais, fatores estes que contribuem para que o tratamento possa ser bem sucedido, ficando à mercê apenas de condições externas, como o conhecimento científico do transtorno, existência de comorbidade, etc.

Desse modo, um maior espectro do uso da terapia dialética comportamental tem se provado útil como forma de tratamento de transtornos de personalidade e, em especial, do transtorno de personalidade antissocial, além de melhorias na custódia forense de internos.

Wong e colegas, em um recente estudo, propuseram um programa que prevenisse a recaída, baseado menos no desenvolvimento da empatia ou efetivas mudanças na personalidade do indivíduo, mas mais direcionado à conscientização do dele, assim como trazer-lhe a percepção de que eles são os únicos responsáveis pelos seus comportamentos e que há outros meios, mais lícitos, de satisfazer suas necessidades e vontades. Há indicações recentes de que este tipo de programa poderia reduzir a reincidência pós-cárcere (Hare apud Wong, 2007). Nesse sentido, a terapia dialética comportamental mostra-se eficaz por focalizar-se no alcance dessa perspectiva pró-social.

O maior interesse no corpo científico no estudo do transtorno de personalidade antissocial e, principalmente, em desenvolver tratamentos eficazes se deve em grande parte ao foco sobre o transtorno antissocial trazido pelas mídias, como os psicopatas no cinema, ou ainda devido a casos marcantes de assassinatos, nos quais os autores foram

⁹ Fonte: [http://en.wikipedia.org/wiki/Coping_\(psychology\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Coping_(psychology))

diagnosticados com o transtorno, divulgados exaustivamente nos jornais, revistas, entre outros veículos, além do conhecido fato de que estes indivíduos sejam muito propensos ao crime, representando, em estimativas mais baixas, 20% da população carcerária, ou em estudos isolados, chegando a aproximadamente 80%, tal como supracitado.

3 CONCLUSÃO

O transtorno de personalidade antissocial apresenta conseqüências sociais graves, tendo como principal exemplo as condutas antissociais constantemente associadas ao crime (em especial, o transtorno global). Hare, em seu livro *Without Conscience* (1993), argumenta que vivemos em uma “sociedade camuflada”, visto que alguns traços psicopatas tais como egocentrismo, falta de interesse/preocupação com os outros, superficialidade, manipulação, dentre outros, são tolerados e, mais ainda, muitas das vezes, estimulados e valorizados. Sendo assim, de fato, torna-se simples que estes indivíduos vivam infiltrados em diversos estratos sociais, segregando famílias, fraudando empresas, o governo, etc., causando quase sempre grande sofrimento às vítimas que cruzam seu caminho. A prevalência do transtorno ecoa entre 1 a 3% da população mundial, mas as possibilidades de haver números superiores dos ditos psicopatas camuflados pela sociedade são grandes.

É neste contexto que a busca por um tratamento toma sua importância, no sentido tanto de reduzir a criminalidade e violência, quanto permitir que estes indivíduos conservem sua liberdade e possam viver em sociedade sem causar tantos infortúnios a quem convive com eles, diferentemente do contexto atual, no qual o determinismo da inexistência de uma cura atesta que aqueles que falharem, por si próprios, em adequar-se às normas sociais (condição esta caracterizada como um aspecto da patologia destes indivíduos) serão levados à cárcere, e, com a alta probabilidade recidiva, podem ser mantidos nas instituições por tempo indeterminado, como medida preventiva do Estado.

No presente momento a disponibilidade de tratamentos para o transtorno de personalidade antissocial ainda ser muito limitada, visto que a psicoterapia, apesar de parecer surtir melhores resultados para esses indivíduos, ainda é experimental para esse grupo; o tratamento através de psicofármacos sofre dos mesmos problemas da psicoterapia, uma vez que estudos controlados sobre os transtornos de personalidade são raros, e os poucos existentes concentram-se no *borderline*, e manejam apenas o controle de sintomas isolados (faltando evidências de que sejam úteis no tratamento de aspectos globais), sem contar a grande possibilidade de dependência dessas substâncias por parte dos pacientes e irregularidade do uso dos psicotrópicos.

Esses tratamentos existentes, seja por via de psicofármacos ou de psicoterapias, visam não a transformação especificamente da personalidade do sujeito, o que parece

ser uma alternativa utópica, mas induzem a mudanças tanto na dinâmica neural quanto em uma percepção que permite ao indivíduo encontrar um melhor nível de adaptação consigo mesmo e com o meio.

A efetivação destes tratamentos representaria um importante avanço na medicina/psiquiatria e poderia reduzir significativamente as conseqüências sociais causadas por estes indivíduos e, em especial interesse do Estado, a redução dos índices de criminalidade e violência.

REFERÊNCIAS

ADSHEAD, Gwen. **Murmurs of Discontent: treatment and treatability of personality disorders.** *Advances in Psychiatric Treatment.* 2001 (7); p.407-415.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-IV**, 1994. ed. 4. Disponível em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm_janela.php?cod=197>. Acesso em: 05 nov. 2011.

BERCHERIE, Paul. **Os fundamentos da Clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

BEZERRA, Benilton J. et al. **Cidadania e Loucura – políticas de saúde mental no Brasil.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2001. ed. 7; p. 75-102.

BEZERRA, Benilton. **Entrevista.** Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Entrevista&Num=27>>. Acesso em: 20 mai. 2011.

CARVALHO, Maria Cecília A. **Sobre a Formação Teórico-Clínica de Médicos Psiquiatras: Um Estudo na Rede de Saúde de Niterói.** 1995. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Departamento de Psicologia da PUC/RJ.

CARVALHO, Maria Cecília A. **Subjetividade e Cultura: O Sujeito da Biologia.** 1998. (Não Publicado).

CLECKLEY, Hervey M. **The Mask of Sanity: An Attempt to Clarify Some Issues About the So-Called Psychopathic Personality.** 1988; ed. 5; 485 p. Disponível em: <http://www.cassiopea.org/cass/sanity_1.Pdf>. Acessado em 20 set.2011.

CRISTINA, Ana. **Cadernos IPUB – Ciência e saber no campo da saúde mental.** Rio de Janeiro: Editora Rebouças, 2002.

DAMÁSIO, Antonio. **O Erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano.** São Paulo: Companhia das letras: 2005; 330 p.

DAVISON, S. E. **Principles of managing patients with personalities disorders.** *Advances in Psychiatric Treatment.* 2002; v. 8; p. 1–9.

DEL-BEN, C.M. **Neurobiologia do Transtorno de Personalidade Antissocial.** *Revista de Psiquiatria Clínica* 2005; v. 32, n.1; p. 27-36.

ESPERIDIÃO-ANTONIO, V. et al. **Neurobiologia das emoções.** *Revista Psiquiátrica Clínica*, 2008. v.35; n.2; p55-65.

GAO, Yo et al. **The Neurobiology of Psychopathy: A Neurodevelopmental Perspective**. Canadá: The Canadian Journal of Psychiatry. 2009; v. 54, n. 12, p. 813-823.

HARE, Robert; NEUMANN, Craig. **Psychopathy: Assessment and Forensic**. The Canadian Journal of Psychiatry. 2009; v. 54, n. 12, p. 791-802.

HARE, Robert. **Psychopathy and Antisocial Personality Disorder: a case of diagnostic confusion**. Psychiatric Times, 2009; v.13, n.2, p. 39-40.

HARE, Robert. **This Charming Psychopath: How to Spot Social Predators Before They Attack** (trechos do livro **Without Conscience**, 1993). Disponível: <<http://aftermath-surviving-psychopathy.org/index.php/2011/02/24/this-charming-psychopath-how-to-spot-social-predators-before-they-attack/>>. Acessado em: 25 nov. 2011.

HARE, Robert. **Psychopathy as a Clinical and Empirical Construct**. Annual Review of Clinical Psychology. 2008 (4); p. 217-246.

HENRIQUES, Rogério Paes. **De H. Cleckley ao DSM-IV-TR: a evolução do conceito de psicopatia rumo à medicalização da delinquência**. São Paulo, 2009: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 12, n. 2.

HERCULANO-HOUZEL, Suzana. **O cérebro em transformação**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005. 221p.

LINEHAN, Marsha M; RIZVI, Shireen. **Dialectical Behavior Therapy for Personality Disorders**. Journal Focus, 2005; v. 5; n. 3; p. 489-494.

MIGUEL, Euripedes; GENTIL, Valentim. GATTAZ, Wagner. **Clínica Psiquiátrica**. Barueri, SP: Editora Manole, 2011. p. 1051-1064.

MORANA, Hilda; STONE, Michael; ABDALLA-FILHO, Elias. **Transtornos de Personalidade, Psicopatia e Serial Killers**. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2006; v.28, p S74-S79.

MORANA, Hilda; MENDES FILHO, Ruy B. **Revisão sobre os transtornos de personalidade**. In: MORAES, Talvane de. Ética e Psiquiatria Forense. Rio de Janeiro, 2001: Ed. IPUB/CUCA, p. 103-133.

MORANA, Hilda. **PCL-R – Pshycopathy Checklist Revised**. Revista de Criminologia e Ciências Penitenciárias, 2001; ano 1; n.1.

NARLOCH, Leandro. **Seu amigo psicopata**. Revista Superinteressante, 2006; n. 228. Disponível em: <<http://super.abril.com.br/ciencia/seu-amigo-psicopata-446474.shtml>> Acessado em: 8 mai. 2011.

NUNES-COSTA, A. R.; LAMELA, D. P. V.; GIL-COSTA, L. **Teoria e Eficácia da Terapia Comportamental Dialética na Bulimia Nervosa e no Transtorno da**

Compulsão Alimentar Periódica. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2009; v.58; n.2; p122-127.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças – CID-10.** Artmed: 1993. ed. 10.

REBOUÇAS, Luiz G. S. **Evolução do Conceito de Psicopatia.** Revista do Imesc 1982; ano 5; n.3; p. 10-16.

RUSSO, June et al. **Duzentos anos de psiquiatria.** Editora UFRJ: Rio de Janeiro, 1992.

SCHNEIDER, Kurt. **Personalidades Psicopáticas.** Psicopatologia Clínica. São Paulo: Mestre Jou, 1978; 3ed, cap. 2.