

FACERES  
CURSO DE MEDICINA

HUMBERTO FRANCISCO ARANTES NETO

Revisão literária sobre o transtorno de personalidade antissocial

São José do Rio Preto

2017

Humberto Francisco Arantes Neto

Revisão literária sobre o transtorno de personalidade antissocial

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como exigência parcial  
para obtenção do grau de bacharel em  
Medicina a FACERES – São José do  
Rio Preto.

São José do Rio Preto

2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVÊNACIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Arantes Neto, Humberto Francisco

**Revisão literária sobre o transtorno de personalidade antissocial** / Humberto Francisco Arantes Neto. -- São José do Rio Preto, 2017.

xx f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) - FACERES, 2017

Orientador: Ester Franco de Souza Freitas Silva

1. Transtorno de personalidade. 2. Antissocial. 3. Transtorno de personalidade antissocial. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Humberto Francisco Arantes Neto

Revisão literária sobre o transtorno de personalidade antissocial

Trabalho apresentado aos docentes do curso de medicina da faculdade FACERES para obtenção do grau de bacharel em Medicina.

Aprovado em \_\_ / \_\_ / \_\_

Banca examinadora

Professor Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Professor Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Professor Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Agradeço a Dra. Ester Franco de Souza Freitas Silva, por me orientar, guiar meus passos, pela paciência e dedicação, sempre amorosa e disponibilizando seu tempo para me ajudar.

Agradeço ao Dr. Antonio Siqueira Junior, pelo conhecimento, incentivo e pela amizade, que tenho muito apreço.

Agradeço ao Dr. Toufic Ambar Neto, por disponibilizar uma estrutura que me auxiliasse com minhas pesquisas e desenvolvimento acadêmico.

Agradeço ao Dr. Rômulo Santos, por seus conselhos, ensinamentos e amizade.

Aos meus amigos, que sempre me apoiaram mesmo em momentos ausêntes.

A minha irmã, Maíra Navarro de Padua Arantes por me ensinar a questionar e duvidar, tanto da literatura quanto da minha capacidade.

Aos meus familiares por mesmo distantes, torcerem pela minha felicidade, independente de qual rumo eu decida tomar.

**Resumo:** Este artigo tem como objetivo revisar a literatura atual, sobre o transtorno de personalidade antissocial (TPA), utilizando artigos acadêmicos e livros. A definição de personalidade se dá de maneira não palpável, apenas subjetiva, na qual devemos nos apegar, para conseguir diferenciar, o patológico do não patológico. A sociedade tem papel fundamental, nessa definição, uma vez que tudo e todos aqueles que não são vistos de maneira comum, são tidos como estranhos, doentes ou patológicos. O DSM (manual diagnóstico e estatístico de doenças mentais) e o CID (classificação internacional de doenças) possuem maneiras distintas de classificar e diagnosticar a mesma patologia, ambos apresentando seu foco no sintoma, e não sua intensidade. Os transtornos de personalidade, muitas vezes, se sobrepõem, dificultando seu diagnóstico único. O TPA mesmo sendo uma patologia, muito abordada pela mídia, é pouco frequente, epidemiologicamente estática com maior prevalência em homens. Seu tratamento é a psicoterapia, como medida primária, seguida pelo uso de psicofármacos, para o tratamento sintomático, mesmo o tratamento não apresentando melhora completa dos sintomas, ele representa uma melhora significativa na vida do paciente. Conclui-se que mesmo na atualidade, falta muito para desvendarmos a personalidade por completa, assim podendo alcançar a elucidação completa do quadro e seu tratamento ideal.

**Palavras-chave:** Transtorno de personalidade antissocial; Transtorno de personalidade; Transtorno de personalidade dissocial; TPA.

## **Lista de tabelas**

Tabela 1 – Modelo de personalidade: fatores de temperamento e de caráter

Tabela 2 – Categorias diagnósticas de transtorno de personalidade e seus critérios a partir do DSM-V (2013)

Tabela 3 – Categoria de transtornos específicos de personalidade, CID-10 (1993)

## **Lista de abreviaturas e siglas**

TP – transtorno de personalidade

TPA – transtorno de personalidade antissocial

IRSS – inibidor de recaptção seletiva de serotonina

NESARC – National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions



## Sumário

Introdução.....	01
Desenvolvimento.....	01
• Definição de personalidade.....	01
• Definição de transtorno de personalidade.....	02
• Subdivisões ou tipos de transtornos de personalidade.....	03
• Epidemiologia do TPA.....	05
• Critérios diagnósticos para o TPA.....	06
• Diagnóstico diferencial.....	09
• Tratamento .....	09
Conclusão.....	10
Referências.....	11

## **Introdução**

Com a atual popularização dos transtornos de personalidade, por conta da mídia, muitas informações errôneas são transmitidas ao público seja ele acadêmico ou não. Levando a uma supervalorização destes transtornos, transmitindo a imagem de que ele é algo comum e muitas vezes benéfico.

Este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão sobre a literatura do transtorno de personalidade antissocial, utilizando de informações coletadas a partir de artigos científicos e livros do meio. Levantando questões quanto a definição de personalidade, transtorno de personalidade, subdivisões dos transtornos de personalidade, epidemiologia, critérios diagnósticos, diagnósticos diferenciais, tratamentos atuais e sua eficácia.

A personalidade de um indivíduo é única e de difícil modelagem, trazendo grandes desafios para os profissionais da saúde, quanto as patologias associadas a ela.

## **Desenvolvimento**

### **Definição de personalidade**

A origem da palavra personalidade vem do grego *persona*, que se refere as máscaras usadas pelos atores do teatro grego clássico, identificando o personagem. A palavra personalidade tem seu papel na descrição da identidade do indivíduo, conjunto único que diferencia um indivíduo de outro, atualmente a personalidade vai além dos propósitos de identificação e descrição de pessoas e preocupa-se também com sua função e estrutura, ela é uma interface para o relacionamento do sujeito com o ambiente e a sociedade, particularmente importante para as relações interpessoais.

Cattell, durante a década de 1940, dividiu a personalidade em cinco grandes fatores, esses que ao decorrer de vários anos continuaram imutáveis, são eles o Neuroticismo (agrega os traços associados à expressão de afetos negativos e à instabilidade emocional), Extraversão (reúne os traços associados à expressão de afetos positivos, busca interação com o meio e com seus semelhantes), Conscienciosidade (descreve traços associados à adoção de escrúpulos morais, sentimentos de responsabilidade e preocupação com o futuro em oposição a um espírito livre, inconsequente e impulsivo), Cordialidade (representa o conjunto de traços que caracterizam a afabilidade, a tolerância e a cooperação em contraste com a agressividade e a competitividade) e a Abertura (reúne os traços que representam facilidade para aceitar novas ideias e raciocínio não convencional em oposição ao conservadorismo e ao apego às tradições).

Gray e Eysenck, durante as décadas de 1960 a 1970, defendem o modelo psicobiológico. Gray defende dois pilares para a personalidade de um indivíduo,

inibição e de iniciação do comportamento. Eysenck com um pensamento semelhante, descreveu um fator de inibição ligado aos afetos negativos (neuroticismo) e outro de iniciação ligado aos afetos positivos (extraversão/Extroversão?). Futuramente se nota a emergir um fator não-idependente dos afetos e relacionado à impulsividade e à não conformidade as regras (psicoticismo). Assim nasce o modelo tri-fatorial, uma base sólida na teoria psicobiológica da personalidade, três pilares, que conduzem e definem nossas expressões afetivas e reações comportamentais em um padrão de respostas emocionais, preferências e comportamentos motivados.

Apesar de um modelo forte, ambas as teorias apresentam falhas, havendo a necessidade de uma nova teoria, na qual houvesse uma integração das duas, foram realizadas revisões onde Cloninger, Waller e Telengen se destacam, criando a visão moderno sobre a personalidade, dividindo-se em temperamento (porção que reúne as disposições inatas do indivíduo, que tem determinação predominantemente genética e estabilidade temporal), oposição ao caráter (condição que reúne traços derivados do aprendizado conceitual, moldado ao longo do desenvolvimento biográfico e que apresentam maior flexibilidade temporal).

A maioria dos modelos atuais, contempla três fatores de temperamento e três fatores de caráter (Tabela 1)

<b>Tabela 01.1. Modelo de personalidade: fatores de temperamento e caráter</b>
<b>1. Fatores temperamentais</b>
Afetividade negativa
Afetividade positiva
Impulsividade
<b>2. Fatores de caráter</b>
Relação do eu com si mesmo (identidade)
Relação do eu com o semelhante (cordialidade, cooperatividade)
Relação do eu com a realidade ampliada (abertura, espiritualidade etc.)

### **Definição de transtorno de personalidade**

Kraepelin, acreditava que na personalidade residia os fatores pré-morbidos dos transtornos psiquiátricos. Sua teoria defendia que haveria manifestações ao longo do desenvolvimento, mesmo que sutis, marcando um ponto de fragilidade, podendo se manifestar caso um agente ou contexto atuassem nesse ponto. Kraepelin acreditava que os transtornos de personalidade (TP), derivava de um continuum, onde a personalidade normal, o TP e a doença mental, estariam alinhadas, avançando do normal ao

patológico, “uma perspectiva dimensional de que os transtornos da personalidade representam variantes mal-adaptativas de traços de personalidade que se fundem imperceptivelmente com a normalidade e entre si.” (DSM-V)

Com o surgimento da psicanálise e o behaviorismo, nos dois terços iniciais do sec XX, conflitos com o próprio conceito de personalidade surgiram. Porém a consolidação clínica e teórica dos TPs surgiram, posteriormente, com Kurt Schneider, comprometido com a fenomenologia na década de 1970. Schneider definiu o conceito de personalidade anormal, que se difere de uma personalidade normal quantitativamente e de maneira extrema em algumas de suas características. Essa definição só se tornaria patológica se o indivíduo não fosse capaz de ajustar esse extremismo de sua personalidade ao meio, levando o mesmo ao sofrimento ou sofrimento de outras pessoas ao seu redor, sendo assim definida a personalidade psicopática.

A partir do DSMIII em 1980, se atribuiu o conceito de TP ao constructo de personalidade instituído por Schneider, até os dias atuais, com algumas modificações em edições futuras do DSM. Schneider optou por uma abordagem prototípica, diferente das classificações atuais que usam critérios operacionais, descrevendo dez perfis.

A definição de acordo com o DSM-V: “Um transtorno da personalidade é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo.”

### **Subdivisões ou tipos de transtornos de personalidade**

O DSM-V e o CID-10 são os critérios diagnósticos mais utilizados na atualidade, ambos partindo de uma estrutura categorial, tanto para pesquisa quanto para manejo clínico, a escolha do critério varia de serviço ou opinião profissional.

O DSM-V divide os TPs em três grandes grupos, com base em semelhanças descritivas. O grupo A compreende os transtornos de personalidade paranóide, esquizoide e esquizotípica. Os indivíduos nesse grupo dividem características excêntricas, podendo apresentar comportamento considerado fora do habitual. No grupo B estão incluídos os transtornos de personalidade antissocial, borderline, histriônica e narcisista. Os indivíduos do grupo B geralmente são vistas como emotivas, dramáticas ou erráticas, com dificuldade do controle emocional. O grupo C inclui os transtornos de personalidade esquiva, dependente e obsessivo-compulsivo, tendo em comum características como tendência à ansiedade, à cautela e ao medo. (tabela 02)

É comum o paciente apresentarem transtornos de personalidade de diversos grupos, concomitantemente.

<b>Tabela 01.2 Categorias diagnósticas de TP e seus critérios a partir do DSM-V (2013)</b>		
<b>Grupo</b>	<b>Características comuns</b>	<b>Transtorno de personalidade</b>
A	Distanciamento afetivo Excentricidade	Paranóide Esquizoide Esquizotípica
B	Impulsividade Instabilidade emocional	Antissocial Boderline Histriônica Narcisista
C	Ansiedade Esquiva de dano	Esquiva Dependente Obsessivo-compulsiva

O CID-10 define transtornos de personalidade como, um conjunto de estados e comportamento que tendem a persistir e são a expressão da maneira como o indivíduo interage e se relaciona consigo próprio e com os outros. Esses estados e comportamentos podem ter início durante o desenvolvimento individual, sob influência conjunta de fatores sociais e constitucionais, mas há casos em que o aparecimento dos mesmos pode ser visto mais tardiamente durante a vida. O modelo do CID-10 divide os transtornos quanto a transtornos específicos de personalidade (F60), transtornos mistos e outros transtornos de personalidade (F61) e as modificações duradouras da personalidade (F62), estas representam comportamentos enraizados e duradouros, que se manifestam de maneira inflexível às situações pessoais e sociais. “Eles representam desvios extremos ou significativos das percepções, dos pensamentos, das sensações e particularmente das relações com os outros em relação àquelas de um indivíduo médio de uma dada cultura. Tais tipos de comportamento são geralmente estáveis e englobam múltiplos domínios do comportamento e do funcionamento psicológico. Frequentemente estão associados a sofrimento subjetivo e a comprometimento de intensidade variável do desempenho social.” (CID-10)

Vamos nos ater aos transtornos específicos de personalidade (tabela 03), cuja definição é todo e qualquer distúrbio grave da constituição e das tendências comportamentais do

indivíduo, onde não há relação com patologia orgânica, estrutural, outra afecção cerebral ou outro transtorno psiquiátrico. Rotineiramente acompanhado por angústia e desorganização social. Seu início ocorre em idade de desenvolvimento (infância ou adolescência) e persiste durante idade adulta, de maneira duradoura.

<b>Tabela 1.03 Categorias de transtornos específicos de personalidade, CID-10 (1993)</b>
<b>F60.0:</b> Personalidade paranoica
<b>F60.1:</b> Personalidade esquizoide
<b>F60.2:</b> Personalidade dissociada
<b>F60.3:</b> Transtorno de personalidade com instabilidade emocional
<b>F60.4:</b> Personalidade histriônica
<b>F60.5:</b> Personalidade anancástica
<b>F60.6:</b> Personalidade ansiosa (esquiva)
<b>F60.7:</b> Personalidade dependente
<b>F60.8:</b> Outros transtornos específicos da personalidade
<b>F60.9:</b> Transtornos não especificado da personalidade

### **Epidemiologia do TPA**

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

Fora realizada uma revisão dos métodos utilizados pelo NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions), em 2010, revelando novos índices epidemiológicos, gerando dados que correlacionam o TPA, e outros TPs, com a prevalência em amostras da população norte americana e britânica, além disso houve também a relação com o gênero e uso de substâncias.

Estimativas de prevalência utilizando amostras da população, sugerem que o grupo A, possui 2,1%, o grupo B possui 5,5%, o grupo C 2,3%, e transtornos de personalidade em geral possuem a estimativa de 9,1%, indicando assim uma patologia frequente e de difícil diagnóstico, por colega não especializado na área psiquiátrica. Dentre essa

revisão o único TP que não sofreu alteração de valor foi o TPA, que se manteve com 3,8%.

Em relação ao gênero foi percebida uma incidência maior em homens do que mulheres, em transtornos de personalidade, de maneira geral, apresentando um valor de 1,33 (odds ratio, maior que 1, indica que homens são mais diagnosticados do que mulheres). O TPA possui maior incidência em homens, com um valor de 3,12 (odds ratio), o Transtorno de personalidade narcisista e esquizóide são os outros dois TPs que possuem maior incidência com o sexo masculino.

Também foi notado o maior consumo de substâncias por parte dos pacientes diagnosticados com transtorno de personalidade, com um consumo 5,01x maior de álcool, 12,24x maior de drogas ilícitas e 3,57x maior de tabaco, quando comparado com uma pessoa sem TP. Quando diminuímos essa visão para apenas o TPA, esses números sofrem aumentos significativos. O paciente com TPA tem um consumo de álcool 7,28x, de drogas 15,59x e de nicotina 5,68x maior que o paciente sem TPs.

### **Critérios diagnóstico para o TPA**

Primeiramente precisamos identificar um TP, há 06 critérios de acordo com o DSM-V para que se possa diagnosticar um paciente com transtorno de personalidade, são eles:

A. Um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo. Esse padrão manifesta-se em duas (ou mais) das seguintes áreas:

1. Cognição (i.e., formas de perceber e interpretar a si mesmo, outras pessoas e eventos).
2. Afetividade (i.e., variação, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional).
3. Funcionamento interpessoal.
4. Controle de impulsos.

B. O padrão persistente é inflexível e abrange uma faixa ampla de situações pessoais e sociais.

C. O padrão persistente provoca sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. O padrão é estável e de longa duração, e seu surgimento ocorre pelo menos a partir da adolescência ou do início da fase adulta.

E. O padrão persistente não é mais bem explicado como uma manifestação ou consequência de outro transtorno mental.

F. O padrão persistente não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica. (DSM-V)

O diagnóstico de TP é difícil, levando em conta que se deve analisar a personalidade do paciente, excluindo fatores estressores ou estados mentais mais transitórios, observando a estabilidade dos traços de personalidade do indivíduo em diversas situações.

Difícilmente haverá um diagnóstico em primeira consulta, podendo ser necessário, várias consultas espaçadas para análise mais crítica do mesmo. O indivíduo nem sempre vê sua personalidade como algo problemático, sendo necessário utilizar de fontes externas para obtenção de informação (familiares, amigos e etc.)

As características dos transtornos de personalidade, tendem a ser evidentes na adolescência ou no início da vida adulta, mantendo um padrão persistente de pensamento, comportamento e sentimento, estável ao longo do tempo. Transtornos de personalidade como o de borderline e antissocial, tendem a ficar menos evidentes ou desaparecer com o envelhecimento, diferente dos outros transtornos de personalidade. Para que o transtorno seja diagnosticado em uma pessoa com menos de 18 anos, as características devem se manter por pelo menos 01 (um) ano. A única exceção é o transtorno da personalidade antissocial, que não pode ser diagnosticado em indivíduos com menos de 18 anos.

Depois de estabelecido o transtorno de personalidade, vamos nos ater apenas ao transtorno de personalidade antissocial (DSM-V) ou transtorno de personalidade dissocial (CID-10), apontando seus sinais, sintomas e critérios diagnósticos de acordo com o sistema de categorização do DSM-V e o CID-10.

O transtorno de personalidade antissocial, critério apresentado pelo DSM-V, é um padrão geral de desrespeito e violação dos direitos dos outros, que ocorre a partir dos 15 anos. Indicado por no mínimo, 03 (três) dos seguintes critérios (critério A):

1. Incapacidade de adaptar-se às normas da sociedade, em relação a comportamentos lícitos, indicada pela execução repetida de atos que constituem motivo de punição legal
2. Propensão à falsidade, indicada por mentir desenfreadamente, uso de nomes falsos ou enganar os outros para ganho próprio, seja por questões materiais ou prazer
3. Impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro
4. Irritabilidade e agressividade, indicada por repetidas agressões físicas e conflitos corporais
5. Desrespeito pela segurança própria ou alheia
6. Irresponsabilidade consistente, indicada por falha repetida em manter conduta no trabalho ou honrar obrigações financeiras



7. Ausência de remorso, indicado pela indiferença ou racionalização por ter ferido, maltratado ou roubado alguém.

O indivíduo deve ter no mínimo 18 anos (critério B). Ter evidências de transtorno de conduta antes dos quinze anos de idade (critério C), agressão a pessoas, animais, destruição de propriedade, fraude, roubo ou violação a regras, são comportamentos característicos de um desvio de conduta. A ocorrência do comportamento antissocial não se dar exclusivamente durante o curso da esquizofrenia ou episódio maníaco (critério D)

De acordo com a CID-10, o quadro de transtorno de personalidade dissocial (F60.2), é caracterizado por um desprezo das obrigações sociais e falta de empatia com o outro. Um desvio do comportamento e normas sociais, não havendo mudança do comportamento após situações adversas ou punitivas. Baixa tolerância à frustração e alta agressividade, muitas vezes com reações violentas. Existe uma tendência a culpar os outros ou racionalizar, para justificar seus comportamentos.

Transtorno da personalidade antissocial é um padrão de desrespeito e violação dos direitos dos outros, que se inicia na infância ou no início da adolescência e que continua na vida adulta, o TPA, já foi outrora descrito como psicopatia, sociopatia ou transtorno de personalidade dissocial. O paciente com TPA carece de empatia, tendendo a insensibilidade, cinismo e desdém ao sentimento, direito e sofrimento alheio. Donos de uma personalidade arrogante, inflada, autoconfiante ou convencidos. Propensos a prisões sucessivas e abuso de substâncias, lícita e ilícitas, sem sinais de arrependimento, ou racionalização precária de seus atos. Podem ter histórico de vários parceiros sexuais, sem nunca ter mantido uma relação monogâmica, onde há irresponsabilidade e exploração do conjuge. Indivíduos com TPA tem maior chance de sofrerem de uma morte prematura e violenta, do que a população geral.

Pacientes com TPA, podem apresentar outros transtornos psiquiátricos associados como, transtornos de ansiedade, transtornos de depressão, transtorno por uso de substância, transtornos de sintomas somáticos, transtorno de jogo patológico e outros transtornos de controle de impulso associados. Apresentam critérios que podem ser enquadrados em outros TPs, como borderline, histriônica e narcisista.

Se o desvio de conduta ocorrer antes dos 10 anos de idade, com associação de déficit de atenção/hiperatividade, aumenta a probabilidade de que o indivíduo venha a possuir um TPA quando adulto. Abuso ou negligência infantil, paternidade/maternidade instável, errática ou disciplina inconsistente podem aumentar a chance de um desvio de conduta vir a se tornar um TPA na vida adulta.

O desenvolvimento da doença tem um curso crônico que diminui de intensidade, se tornando menos evidente, após o envelhecimentos, apresentando remissão na quarta década de vida.

Quando se há um parente de primeiro grau diagnosticado com TPA, há um aumento do risco para o indivíduo de desenvolver a doença, principalmente se o familiar diagnosticado for do sexo feminino. Quando há histórico familiar o risco de desenvolver sintomas somáticos e uso de substâncias é aumentado. O risco de desenvolver TPA por parte dos indivíduos do sexo masculino, é maior do que o do feminino. O desenvolvimento de um transtorno de personalidade possui fatores genéticos e ambientais, tanto filhos de sangue como adotivos, possuem risco aumentado, quando um dos pais possui TPA.

Quando se está investigando um quadro de TPA, sempre se deve levar em conta o contexto social e econômico do indivíduo, para que o quadro não seja confundido com uma estratégia de sobrevivência, do mesmo, em relação ao meio hostil em que vive.

### **Diagnóstico diferencial**

Há 3 grandes diagnósticos diferenciais para o TPA, sendo eles o transtorno por uso de substância, esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar. Quando há um transtorno por uso de substância o mesmo deve ter tido seus sinais presentes na infância e mantidos até a fase adulta do indivíduo. Os sinais de TPA podem estar presentes durante o curso de uma crise esquizofrênica ou bipolar, não podendo ser assim diagnosticado o TPA. Outros transtornos de personalidade, podem ser confundidos com o quadro antissocial, pelo fato de apresentarem aspectos parecidos, quando há critérios para mais de um transtorno, ambos devem ser diagnosticados.

Indivíduos com comportamento criminoso não associado a um transtorno de personalidade, deve ser diferenciado, quando não é acompanhado pelas características de personalidade que são parte desse transtorno. Deve haver traços da personalidade inflexíveis, mal adaptativos, persistentes, que causem sofrimento ou prejuízo funcional, quando presentes será possível associar o TPA ao quadro.

### **Tratamento**

Há pouco material e trabalhos realizados na área de transtornos de personalidade, mesmo na atualidade, não havendo grandes mudanças nas abordagens mais recentes, a psicoterapia é utilizada como linha de frente do tratamento e os fármacos são reservados para controle sintomático.

A utilização de psicoterapia, têm se mostrada eficiente no tratamento dos transtornos de personalidade, uma vez que o mesmo é um desvio do caráter do indivíduo, a psicoterapia se insere como um modelo capaz de alterar os padrões de funcionamento psíquico, visando uma melhor adaptação do temperamento do indivíduo ao meio. Pode se utilizar de varias modalidades da psicoterapia, sendo as principais: psicanálise, terapia interpessoal, terapia cognitiva e a terapia cognitiva comportamental. A escolha

de qual modalidade seguir, deve ser feita a partir de melhor adaptação ao método pelo paciente.

Há uma resistência muito grande por parte dos portadores de transtornos de personalidade à mudança, mesmo através das experiências de vida, punitivas ou não, gerando um desafio no tratamento dos transtornos de personalidade, podendo levar a um sentimento de frustração, profissionais, familiares e o próprio paciente, decorrente de um tratamento de longa duração, com mudanças muitas vezes mínimas.

Existe controvérsia sobre a efetividade da psicoterapia no TPA.

O TPA tende a melhorar com o passar dos anos, com melhora significativa na quarta década de vida, o que pode ser acelerado, se um tratamento psicoterápico for estabelecido previamente.

Não existe guidelines, diretrizes ou algoritmos seguros para simplificar o tratamento e as condutas a serem tomadas pelo profissional, mas é de suma importância criar uma relação de confiança com o paciente, para que ele se sinta a vontade para discutir suas angustias e sentimentos, sem sofrer julgamento pelo mesmo, muitas vezes o tratamento é realizado por mais de um profissional, sendo assim importante o estreitamento entre os mesmo, com trocas de informações e opiniões sobre o paciente, considerando que a relação de confiança com um profissional pode ser maior do que pelo outro, o que pode expor uma tentativa de manipular o tratamento por parte do indivíduo.

A psicofarmacologia é utilizada como tratamento coadjuvante, nos transtornos de personalidade, tendo sua função unicamente para o controle sintomático. Os inibidores de recaptção seletiva de serotonina (IRSS, principalmente fluoxetina e paroxetina) possuem efeito positivo no controle da impulsividade e agressividade. Lítio e estabilizadores de humor são usados no controle da impulsividade, principalmente quando associada à labilidade afetiva, mas oferece risco devido sua faixa terapêutica estreita, quando utilizados em pacientes com ideação suicida. Lamotrigina e topiramato são utilizados para controle da raiva e irritabilidade, estudos sugerem uma melhor eficácia desses medicamentos, quando associados ao gênero do paciente, utilizando a lamotrigina no sexo feminino e o topiramato no sexo masculino. A utilização de benzodiazepínicos deve ser evitada, decorrente a associação do TPA com o transtorno de abuso de substância.

## **Conclusão**

Esse artigo teve como objetivo levantar dados sobre o transtorno de personalidade antissocial, utilizando da literatura atual, podendo-se notar que grande parte do material, utilizou do DSM-V e o CID-10, para embasamento. Mostrando assim, uma grande limitação acadêmica nesse meio quanto a fontes de informação especializada. Ainda falta muito para que possamos compreender a personalidade humana como um todo, e

muito mais, para que possamos moldá-las para que sejam aceitas socialmente e assim evitem perdas e sofrimento por parte dos pacientes e seus familiares.

A própria definição de personalidade, já é um grande desafio, levando que é algo subjetivo, e não tátil, sendo hoje utilizado o método onde é considerado: o temperamento e o caráter do indivíduo, para sua definição. Toda e qualquer desvio da linha socialmente aceita, é considerado um transtorno na personalidade do indivíduo, o que difere se é considerado uma patologia ou não, é a capacidade do indivíduo de superar esse desvio, quando não, é considerado patológico, se persistente e estável ao longo do tempo, levando ao sofrimento ou perda.

Há uma diferença na abordagem dos transtornos psiquiátricos de personalidade, quanto ao material escolhido para se utilizar de base, seja ele o DSM-V ou CID-10, sua primeira diferença já é notada quanto as subdivisões dos TPs. O DSM-V utiliza de grupos, onde as semelhanças entre os quadros são utilizados para facilitar essa divisão, enquanto o CID-10, utiliza de de categorias específicas.

Pode se notar, que mesmo com a falta de alteração da epidemiologia, o paciente com TPA, está mais intimamente ligado com o uso de substâncias nocivas como o álcool, tabaco e drogas ilícitas.

O diagnóstico do transtorno de personalidade antissocial de acordo com o DSM-V deve ser realizado, enquadrando o paciente em quatro critérios, sendo o critério A, uma série de 07 características nas quais o paciente deve se enquadrar no mínimo em 03; possuir mais de 18 anos de idade (critério B), ter evidências de transtornos de conduta antes dos quinze anos de idade (critério C) e não apresentar tais comportamentos durante crise de esquizofrênia ou mania. O CID-10 possui uma abordagem diferente, mais direta, quanto a personalidade do indivíduo, com TPA, caracterizando-a de maneira centrada e sem muitas variações dentro do mesmo quadro, diferente do DSM-V, com ênfase no desprezo das obrigações sociais e falta de empatia com o outro, que não sofre alteração após situações adversas ou punitivas.

O tratamento utilizado, é a psicoterapia, não havendo uma linha correta a se seguir, devendo se adaptar, a melhor resposta do paciente, sendo importante o trabalho conjunto do psiquiatra com o psicólogo, para troca de informações sobre o paciente, visto que por conta de sua personalidade manipuladora, ele pode tentar conduzir seu tratamento, de maneira incorreta. Mesmo sendo controversa a eficácia, da psicoterapia, ela tem se mostrado, o mais próximo, de um resultado esperado como satisfatório. O uso de psicofármacos deve ser apenas para efeitos sintomáticos.

## Referências

Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. REVISED NESARC PERSONALITY DISORDER DIAGNOSES: GENDER, PREVALENCE, AND

COMORBIDITY WITH SUBSTANCE DEPENDENCE DISORDERS. *Journal of personality disorders*. 2010;24(4):412-426

Rosa MD, Vicentin MC. Os intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade. *Rev psicol polít*. 2010;10(19):107-124

Soares MH. Estudos sobre transtornos de personalidade Antissocial e Borderline. *Acta Paul Enferm* 2010;23(6):852-858

Hauck Filho N, Teixeira MAP, Dias ACG. Psicopatia: o construto e sua avaliação. *Aval Psicol*. 2009 Dez;8(3):337-346.

Morgado AF, Coutinho ESF. Dados de epidemiologia descritiva de transtornos mentais em grupos populacionais do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1985 Sep;1(3):327-347

Vasconcellos SJL, Gauer GJC. A abordagem evolucionista do transtorno de personalidade anti-social. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*. 2004 Abr;26(1):78-85

Del-Ben CM. Neurobiologia do transtorno de personalidade anti-social. *Rev Psiq Clín*. 2005;32(1):27-36

Tripicchio A. O Psicopata sob o prisma da Psicologia Evolucionista. 2007 jun 28. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/2007/06/28/o-psicopata-sob-o-prisma-da-psicologia-evolucionista/>

Antoniazzi AS, Dell'Aglio DD, Bandeira DR. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*. 1998;3(2):273-294

Nunes LM. Crime – psicopatia, sociopatia e personalidade anti-social. *Rev Faculdade de ciências humanas e sociais*. ISSN 1646-0502. 2009;6:152-161

García K, Costa Junior M. Conduta anti-social e consumo de álcool em adolescentes escolares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2008;16(2):299-305. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000200020>

Formiga NS, Aguiar M, Omar A. Busca de Sensação e Condutas Anti-Sociais e Delitivas em Jovens. *Psicologia ciência e profissão*. 2008;28(4):668-681

Formiga NS. FIDEDIGNIDADE DA ESCALA DE CONDUTAS ANTI-SOCIAIS E DELITIVAS AO CONTEXTO BRASILEIRO. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 2003;8(3):133-138

Davoglio TR, Argimon IIL. AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS ANTI-SOCIAIS E TRAÇOS PSICOPATAS EM PSICOLOGIA FORENSE. *Aval psicol*. 2010 Abr;9(1):1111-1118

Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(3):106-115

- Pacheco JTB. A construção do comportamento anti-social em adolescentes autores de atos infracionais: uma análise a partir das práticas educativas e dos estilos parentais [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004
- Bordin IAS, Offord DR. Transtorno da conduta e comportamento anti-social. Rev Bras Psiq. 2000 Dec;22(2);12-15
- Costa JBP, Valerio NI. Transtorno de personalidade anti-social e transtornos por uso de substâncias: caracterização, comorbidades e desafios ao tratamento. Temas psicol. 2008 Jun;16(1);119-132
- Nunes CHSS., Nunes MFO, Hutz CS. Uso conjunto de escalas de personalidade e entrevista para identificação de indicadores de transtorno anti-social. Aval psicol. 2006 Dez;5(2);171-178
- Nunes CHSS, Hutz CS. Construção e Validação da Escala Fatorial de Socialização no Modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade. Psico-USF. 2006;11;147-155
- Rocha FF, Lage NV, Sousa KCA. Comportamento anti-social e impulsividade no transtorno de personalidade anti-social. Rev Bras de Psiq. 2009 Set;31(3);291-292
- Carvalho LF, Bartholomeu D, Silva MCR. INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DOS TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE NO BRASIL. Aval psicol. 2010 Ago;9(2);289-298.
- Bartholomeu D, Nunes CHSS, Machado AA. Traços de personalidade e habilidades sociais em universitários. Psico-USF. 2008;13(1);41-50.
- Vasconcelos TC, Gouveia VV, Pimentel CE, Pessoa VS. Condutas desviantes e traços de personalidade: testagem de um modelo causal. Estud psicol. 2008;25(1);55-65
- Marinho ML, Caballo VE. Comportamento anti-social infantil e seu impacto para a competência social. Psic Saúde & Doenças. 2002;3(2);141-147
- Moraes PAC, Dalgalarro P. Mulheres encarceradas em São Paulo: saúde mental e religiosidade. J Bras Psiquiatr. 2006;55(1);50-56
- Brebner J. The personality theories of H.J. Eysenck and J.A. Gray: a comparative review. Personality and individual differences. 2000 Jun;28(6);1191-1192
- NatrielliFilho DG, Enokibara M, Szczerbacki N, Natrielli DG. Fatores de risco envolvidos no desenvolvimento da psicopatia: uma atualização. Diagn Tratamento. 2012;17(1);9-13
- Alvarenga MAS, Flores-Mendoza CE, Gontijo DF. Evolução do DSM quanto ao critério categorial de diagnóstico para o distúrbio da personalidade antissocial. J Bras Psiquiatr. 2009;58(4);258-266

Laranjeira R, Dualibi SM, Pinsky I. Álcool e violência: a psiquiatria e a saúde pública. Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(3);176-177

Morana HCP. Identificação do ponto de corte para a escala PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) em população forense brasileira: caracterização de dois subtipos de personalidade; transtorno global e parcial [tese]. São Paulo, USP; 2003

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

DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais. 4.ed.rev. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

DSM-V. Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais. 5.ed. Porto Alegre: ARTMED, 2013.

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

Alvarenga PG, Andrade AG. Fundamentos em Psiquiatria. 1.ed. Barueri, SP: Manole; 2008