

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Sara Isabel Apolinário Viegas

PSICOPATIA VS SOCIOPATIA:
COMPORTAMENTO, TRAÇOS
PSICOLÓGICOS, GENÉTICA,
DESENVOLVIMENTO E TRATAMENTO
UMA REVISÃO DE LITERATURA

VOLUME 1

Dissertação no âmbito do Mestrado em Medicina Legal e Ciências
Forenses orientada pelo/a Professor/a Doutor/a Francisco
Manuel Andrade Corte-Real Gonçalves

setembro de 2022

1 Resumo

O Transtorno de Personalidade Antissocial e a Psicopatia são dois transtornos de personalidade com impacto negativo significativo na vida do indivíduo e na sociedade. Estes indivíduos são caracterizados pelos comportamentos antissociais e desregrado pelas normas da sociedade.

Estes distúrbios encontram-se muitas vezes correlacionados sendo de difícil de distinguir clinicamente um psicopata de um indivíduo com transtorno de personalidade antissocial, pois os critérios de diagnóstico são comuns para ambas patologias, sendo que alguns autores consideram ser a mesma patologia.

O presente estudo é uma revisão sistemática de literatura, com metodologia de leitura integral de artigos após pesquisa inicial em bases de dados com palavras chaves e critérios de exclusão e inclusão.

Ambos distúrbios têm manifestações na infância que pode prosseguir para a vida adulta, caracterizado por uma patogênese multifatorial. Estes indivíduos são impulsivos e tendencialmente violentos.

Atualmente, não existe correlação direta entre genoma e fenótipo específico destes transtornos, mas existe correlação entre alterações genéticas e o aumento de níveis de agressão e impulsividade. Não existem, atualmente, tratamentos com capacidade de cura apenas de uma possível reabilitação.

Há necessidade de continuar a investigação realizada nesta área para melhor se compreender estes indivíduos e como ajudá-los.

Palavras chave: Psicopatia, ASPD, tratamento, genética, comportamento, desenvolvimento

2 Abstract

Psychopathy and Antisocial Personality disorder are two personality disorders with significant impact for the life of these individuals and the society. These individuals are characterized for antisocial behaviours and disregard for the society norms.

These disorders are many times correlated being hard to clinical distinguish a psychopath from an individual with antisocial personality, as the diagnostical criteria are common for both pathologies, even some authors say they are the same pathology.

The present article is a systematic review of literature, which started with research in data bases with key-words and exclusion and inclusion criteria for articles, and then proceeded with full reading of the selected articles.

Both disorders start in early childhood and can continue through adulthood being characterized by multifactorial pathogenesis. These individuals are impulsive and tendentially violent.

Nowadays, there is no direct correlation between genome and a specific phenotype of these disorders, but there is a correlation between genetic alterations and the increase in aggression levels and impulsiveness. As of today, there are no effective treatments to cure these pathologies, treatments only serve to control the symptoms and a possible rehabilitation.

There's a necessity in continue the research done in this area for a better understanding of these individuals and how to help them.

Keywords: Psychopathy, ASPD, treatment, genetics, behaviour, development

3 Índice Geral

1	Resumo.....	i
2	Abstract	i
3	Índice Geral	ii
4	Índice de Tabelas.....	iii
5	Lista de abreviaturas.....	iv
6	Contextualização teórica	5
6.1	Sociopatia	5
6.2	Psicopatia.....	6
6.3	Distinção entre ASPD e Psicopatia	7
6.4	Relação com a Medicina Legal e Ciências Forenses.....	7
7	Metodologia	8
8	Resultados e Discussão	9
8.1	Desenvolvimento /progressão do distúrbio	9
8.1.1	Sinais precoces	11

8.1.2	Trajetórias de desenvolvimento	11
8.1.3	Fatores Psicossociais	12
8.1.4	Fatores ambientais e genéticos	12
8.2	Comportamento	13
8.2.1	Afiliação e cognição social	13
8.2.2	Agressão	16
8.2.3	Comorbilidades	18
8.3	Traços de Personalidade	20
8.3.1	Sociopatia	20
8.3.2	Psicopatia	20
8.4	Biologia e Genética	20
8.4.1	Genes associados a comportamentos violentos.....	21
8.5	Tratamento.....	22
8.5.1	Sociopatia	23
8.5.2	Psicopatia	23
8.5.3	Eficácia do tratamento.....	24
9	Conclusões	28
9.1	Limitações	29
9.2	Estudos Futuros	29
10	Apêndices	30
10.1	Apêndice 1. Prisma Flow Diagram.....	Erro! Marcador não definido.
10.2	Apêndice 2. Tabela resumo de diferenças entre Psicopatia e ASPD.....	30
11	Bibliografia.....	30

4 Índice de Tabelas

Tabela 1	Tabela resumo de características de ASPD e Psicopatia.....	30
----------	--	----

5 Lista de abreviaturas

DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ASPD Distúrbio de Personalidade Antissocial

CU Callous Unemotional

PCL-R Psychopathy Checklist-Revised

ART Treino de Substituição de Agressão

PMT Terapia Psicomotora

6 Contextualização teórica

Os distúrbios de personalidade podem ser contextualizados como combinações ou configurações de variações extremas de traços de personalidade correspondentes com o modelo de 5 fatores: neuroticismo, extroversão, abertura a experiências, afabilidade, e consciência^{1,2}.

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* define distúrbio de personalidade como um padrão duradouro de experiência interna e comportamento que desviasse marcadamente das expectativas da cultura do indivíduo³.

Neste trabalho o foco vai ser dirigido apenas a dois distúrbios de personalidade a psicopatia e o Distúrbio de Personalidade Antissocial (ASPD), comumente designado por sociopatia. É importante referir que psicopatia não é o mesmo que sociopatia, no entanto nos dias de hoje, ainda existam investigadores que dizem ser o mesmo⁴. Indivíduos que se enquadram no diagnóstico de ASPD não preenchem os critérios para o diagnóstico de psicopatia, embora possuam características semelhantes⁵.

6.1 Sociopatia

A sociopatia consiste no chamado transtorno de personalidade antissocial, como referido anteriormente, que se manifesta em indivíduos aparentemente normais e dificilmente curáveis⁶. É uma categoria demasiado heterogénea e inclusiva, sobrepondo-se a outras patologias como a psicopatia⁷.

O ASPD é utilizado para descrever indivíduos com um padrão de desrespeito e violação dos direitos dos outros que começa na infância ou adolescência e continua na vida adulta⁷⁻¹⁰.

Este distúrbio é caracterizado por deficiente reconhecimento facial de medo e tristeza, assim como outras. Estes achados indicam uma forma alterada de processar emoções e estímulos externos e podem explicar o porquê de reforço negativo falhar no tratamento¹¹. Callous Unemotional (CU) está muito associado a ASPD¹¹. O ASPD é um problema psiquiátrico sério associado com consequências graves, devido ao mau

controle emocional e comportamental^{1,12}. Encontra-se também associado a distúrbios de humor e de uso de substâncias^{1,3,7,8,13}.

O diagnóstico de ASPD é realizado atendendo aos critérios estabelecidos pelo DSM-5, entre os quais inclui comportamentos como a prática repetida de atos que são motivo de prisão, repetição de mentiras, lutas ou assaltos, desrespeito pela própria segurança e de outros, falha repetida em manter um comportamento de trabalho consistente, e mal tratar outros^{7,14}. Para se fazer este diagnóstico é necessário que os comportamentos anteriormente referidos tenham início antes dos 15 anos de idade, e apenas os indivíduos com mais de 18 anos podem ter um diagnóstico de ASPD^{9,13}.

6.2 Psicopatia

A psicopatia é um transtorno de personalidade composto por dois grupos de sintomas: emocional e interpessoal, e estilo de vida antissocial⁵. Existem 16 características associadas à psicopatia: charme superficial e boa inteligência; ausência de delírios e outros sinais de pensamentos irracionais; ausência de nervosismo ou manifestações psiconeuróticas; não confiabilidade; insinceridade e falsidade; falta de remorso, vergonha ou culpa; comportamento antissocial motivado inadequadamente, julgamento pobre e falha em aprender com as experiências; egocentrismo patológico e incapacidade de amar; pobreza na maioria das reações afetivas; perda específica de compreensão interna; falta de reatividade afetiva nas relações interpessoais; comportamento extravagante e inconveniente; suicídio dificilmente praticado; vida sexual impessoal, trivial e pouco integrada; falha em seguir qualquer plano de vida^{5,7,8,11,15-18}.

Tem três domínios interligados: a) domínio interpessoal (narcisismo) que consiste em grandiosidade-manipulação caracterizado por habilidades manipulativas e verbais, charme superficial, egocentricidade e loquacidade; b) domínio afetivo (CU) consiste na ausência de emoções, na falta de empatia e remorsos, com emoções passageiras; e c) domínio comportamental (impulsividade) consiste nos traços impulsivos e audazes, que incluem irresponsabilidade, tendência para o aborrecimento, procura de algo novo e comportamentos antissociais^{11,20}.

A psicopatia é uma das personalidades mais estudadas, devido ao impacto negativo que está associado a esta perturbação, nomeadamente a forte relação com comportamentos criminais. A identificação de indivíduos que são responsáveis por agressões sistemáticas e que se caracterizam por serem cruéis, irresponsáveis e por não terem vida emocional real, nem sintomas de enfermidade mental, possuem todos os indicadores para se inserirem num diagnóstico de psicopatia^{14,19,21}.

A psicopatia manifesta-se através de uma série de condutas que são o resultado de fatores biológicos e da personalidade relacionados, por sua vez, com antecedentes genéticos e familiares, a par de outros fatores ambientais^{4,16,22}.

A psicopatia não é reconhecida nos critérios de diagnóstico do DSM 5^{7,19}. O *gold standard* de diagnóstico de psicopatia é *Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)*⁸.

6.3 Distinção entre ASPD e Psicopatia

Psicopatia é um termo associado a ASPD, e há muito debate sobre a relação entre os dois. O ASPD tende a focar no comportamento antissocial, enquanto que a psicopatia foca na desregulação emocional. Existe algum consenso em que a psicopatia corresponde a ASPD com desregulação emocional severa⁸.

Embora alguns indivíduos diagnosticados com ASPD apresentem traços psicopáticos, outros não têm, sugerindo que apesar dos traços semelhantes entre psicopatia e ASPD, os processos psicobiológicos subjacentes podem diferir⁷.

Para se distinguir psicopatia de ASPD é necessário uma avaliação de traços interpessoais afetivos em adição a critérios de comportamento, enquanto que o ASPD é primariamente diagnosticado com base em comportamento⁷.

6.4 Relação com a Medicina Legal e Ciências Forenses

A avaliação do risco que uma pessoa representa torna-se um fator de grande importância para prevenir a violência e os comportamentos antissociais e criminosos^{2,4}. A psicopatia sempre esteve associada ao risco de violência e criminalidade^{4,5,18}. Os psicopatas permanecem mais ativos criminalmente ao longo das suas vidas do que a generalidade dos ofensores, mesmo sabendo-se que passam uma grande parte dela reclusos, havendo evidência clínica e empírica que sugere que, à medida que

envelhecem, os psicopatas não se tornam menos psicopatas, mas antes modificam o seu padrão de conduta antissocial para outros procedimentos mais consentâneos com as suas capacidades físicas⁴. A cada 25 pessoas uma sofre de transtorno de personalidade antissocial, ou seja, 4% da população sofre deste transtorno²².

A psicopatia pode ser dividida em leve, moderado ou grave. Na psicopatia leve um indivíduo aplica pequenos golpes, coloca-se no papel de vítima, culpa sempre os outros, fazem parte do nosso convívio, manipulam com uso da sua inteligência, sedução e mentiras, não preenchem todos os critérios. Na psicopatia moderada os golpes são maiores, sentimento de tédio, sintomas de depressão, de transtorno de ansiedade e enjoam facilmente das coisas, procuram novas atividades e dificilmente as concluem. Na psicopatia grave o indivíduo apresenta perigo para a sociedade, comprometem a integridade física da vítima, ceifam a sua vida de forma fria e planeada, demonstrando ter prazer em enganar, torturar, matar e planejar as suas ações para provocar o maior sofrimento possível²².

A psicopatia é um preditor forte de recidivas criminal e agressão premeditada. ASPD é altamente co mórbido com abuso de substâncias, encontrando-se relacionados a comportamentos agressivos e criminais⁸.

7 Metodologia

Uma revisão de literatura sistemática é um documento desenvolvido com o principal intuito de sintetizar diversas descobertas científicas de forma sistemática, transparente e reproduzível. Desta forma tem a capacidade de identificar, colecionar e avaliar o estado de informação referente a determinado assunto. Utilizando métodos sistemáticos e explícitos na revisão dos diversos artigos, possíveis viés podem ser minimizados, uma vez que se fornecem descobertas fiáveis, das quais se podem retirar conclusões e tomar decisões^{23,24}.

A metodologia da revisão de literatura foi realizada tendo como base *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) 2009 Flow Diagram*. O PRISMA Flow Diagram descreve o fluxo de informação através das diferentes fases de uma revisão sistemática. Tendo este diagrama como base, é possível mapear o

número de artigos identificados, incluídos e excluídos e quais os motivos das exclusões²⁵.

A pesquisa dos artigos utilizados foi realizada recorrendo a diversas bases de dados eletrónicas, PubMed, Google Scholar, por meio de palavras-chave relacionadas com o tema em estudo: *psychopathy, sociopathy, ASPD, treatment, genetic, behaviour*. Para além das bases-dados referidas, também foram realizadas pesquisas manuais nas referências bibliográficas dos artigos encontrados nas bases de dados eletrónicas. No apêndice 1 encontra-se o Prisma Flow Diagram utilizado.

Para a seleção de artigos, utilizou-se como ponto de partida a data de publicação do artigo, sendo que se preferiu os artigos mais recentes, tendo-se incluído artigos publicados entre 2011 e 2021. Os critérios de exclusão foram artigos com data de publicação anterior a 2011, artigos focados noutros distúrbios de personalidade, artigos focados na neurobiologia dos distúrbios.

A apreciação dos artigos passou pela sua leitura integral, acompanhada pelo preenchimento de uma tabela de síntese. A tabela foi desenvolvida anteriormente à leitura dos artigos, de maneira a concentrar todas as informações consideradas importantes e indispensáveis à avaliação dos mesmos: data de publicação, tema abordado, conceitos-chave e a sua definição, os métodos realizados, métodos estatísticos, resultados, conclusões, relação com as restantes literaturas, pontos fracos e fortes e possíveis falhas.

Uma vez que o presente artigo se trata de uma Revisão Sistemática da Literatura, não houve qualquer tipo de abordagem ou implicação a nível ético.

8 Resultados e Discussão

8.1 Desenvolvimento /progressão do distúrbio

Tanto a psicopatia como ASPD demonstram ter fatores genéticos, fatores socioeconómicos e ambientais negativos no seu desenvolvimento^{9,18,22,26}.

A maioria dos criminosos violentos sofreu algum tipo de abuso na sua infância ou adolescência nesta fase a estrutura mental ainda se encontra vulnerável. Associa-se a

vivência de abuso ao comportamento violento, o meio social interfere no padrão de comportamento futuro^{9,22,27-29}.

A relação parental é importante para o desenvolvimento da personalidade quando esta é conturbada, pode resultar em trauma que aflora na adolescência por comportamentos delituosos²⁸.

Podem ser observados problemas de ASPD desde a pré-escola. A infância influencia a prevalência do mesmo⁷.

O abuso físico emergiu como um preditor de ASPD e psicopatia, por este incutir sentimentos de hostilidade, desprezo e desconfiança de figuras adultas de autoridade, características estas que levam ao estilo de personalidade que entre outros sintomas, é dominado por irritabilidade, agressividade e a indiferença racionalizada para com os outros^{9,29}.

Existe uma influência genética para traços CU, sugerindo uma etiologia parcialmente genética específica. Outros fatores para o aparecimento de traços CU são o temperamento parental, traços de personalidade e interação entre pais e filhos. A relação entre paternidade e traços CU é bidirecional¹¹. Evidências primárias sugerem que traços CU podem ser preditivos de mudanças na parentalidade ao longo do tempo do que a parentalidade provocar mudanças em traços CU^{3,9,11}.

A trajetória de crianças em alto risco para comportamentos CU pode ser modificado por altos níveis de parentalidade positiva. Fatores de risco ambientais partilhados incluem fatores relacionados com a família e fatores contextuais na comunidade circundante. Uma família de baixo status socioeconómico é o preditor mais importante de traços CU elevados. Adolescentes com traços CU elevados podem ser menos influenciados por pares desviantes para comportamentos antissociais, mas podem ter um papel de influenciar os mesmos comportamentos no seu grupo^{11,28}. Traços CU presentes em crianças são um sinal preditivo de ASPD ou Psicopatia²⁸.

Ambos transtornos são multicausais, ou seja, não possuem uma só causa, sugerindo uma interação complexa entre fatores ambientais e biológicos^{3,5,7,9,11}. É difícil distinguir os fatores ambientais no desenvolvimento de ASPD^{7,10}.

Há autores que dividem a psicopatia em primária, relacionada com a estrutura biopsíquica, presente desde a gestação, sendo genética e revela-se na sua

personalidade; e secundária, relacionada à decorrência da aprendizagem psicossocial, é produto das vivências negativas e do ambiente em que está inserido, desenvolvendo-se com o passar do tempo^{22,30}. Uma criança não é psicopata mas pode ter características psicopatas, o diagnóstico de psicopatia é exclusivo de adultos²⁸.

8.1.1 Sinais precoces

Comportamentos CU elevados em crianças com 3 anos encontram-se relacionados com menos culpa e empatia e mais em agressão^{11,28}.

A estabilidade relativa de traços CU desde os 3-4 anos. Apesar destes traços descenderem ao longo da infância e adolescência num número elevado de crianças, aquelas que demonstram níveis elevados estão num risco maior de os ter em idades mais avançadas^{3,11,28}.

8.1.2 Trajetórias de desenvolvimento

Trajetórias conjuntas de traços CU e problemas de conduta durante a primeira infância numa amostra encontrou uma relação entre elas e destemor e traços psicopáticos^{11,31}.

Problemas de conduta são por norma muito prejudiciais socialmente, familiarmente, e afetam a escola sendo necessário uma gestão deste prejuízo¹¹.

O ASPD tem uma prevalência baixa em idosos, que pode resultar de problemas de critérios de diagnóstico. Preocupação primária é as mudanças de manifestação de ASPD e o seu efeito na aplicação de critérios de diagnóstico³. A prevalência de ASPD é maior em homens com idade compreendida entre os 25 e os 44 anos³.

Os critérios de diagnóstico requerem atividades físicas como comportamentos ilícitos, agressividade e desprezo por segurança, a típica descida em energia e força que ocorre com o envelhecimento resultam num declínio associado a comportamentos agressivos³.

As severidades dos sintomas de distúrbios de personalidade diminuem com a idade ou os sintomas e comportamentos associados manifestam-se de outra forma. A etiologia mantém-se estável, mas a expressão de sintomas muda³.

8.1.3 Fatores Psicossociais

A psicanálise entende que adolescentes com maior dificuldade para expressar sentimentos podem estar a reprimir os seus afetos e as suas emoções, sendo que o que é reprimido será exteriorizado. Essa exteriorização pode ser em forma de dor, tristeza, angústia, ansiedade, depressão, vivências psicossomáticas ou comportamentos violentos²².

Os comportamento violentos têm origem em fatores psicológicos e sociais como: a dificuldade em direcionar a atenção; acessos de raiva; défice em habilidades sociais e interpessoais; negligência parental; abuso físico ou mental; ausência de controlo comportamental; agressividade²².

8.1.4 Fatores ambientais e genéticos

Os genes relacionados com estes distúrbios encontram-se mencionados mais à frente no ponto 8.4..

Embora os genes contribuam para metade da variância de comportamento antissocial, grande parte da proporção de variância resulta da influência ambiental. Na grande maioria dos casos é impossível distinguir a influência dos genes da influência ambiental, uma vez que ambos estão interligados^{7,9,26}.

Uma criança com pais antissociais, vai estar em risco para fatores genéticos, mas também pode estar mais suscetível a experienciar maus tratos, ou presenciar violência em casa⁷.

Outro fator é ver televisão, jovens adultos que passaram mais tempo a ver televisão na infância e adolescência têm um risco mais elevado para o diagnóstico de ASPD ou ter uma condenação criminal. Isto pode dever-se à teoria de aprendizagem por observação em que comportamentos observados são imitados ou internalizados. Pode também dessensibilizar para a violência e sofrimento de outros, ou criar crenças de normalização de uso de violência⁷.

A qualidade de cuidados na infância, especificamente, nos primeiros 18 meses de vida é um preditor significativo para ASPD na vida adulta⁷. Sinais como retração materna, em que interage silenciosamente, não cumprimenta a criança são preditores

de diagnóstico de ASPD mais tarde. Abuso infantil está também associado mais tarde a ASPD⁷.

O ambiente pode influenciar a forma como genes são expressos, e pode alterar níveis hormonais e neurotransmissores, que por sua vez afetam o funcionamento do cérebro⁷.

8.2 Comportamento

Estes distúrbios estão ligados aos denominados assassinos em série ou assassino em massa, sendo que o que os difere é o espaço de tempo entre um crime e outro. Assassinos em massa fazem várias vítimas num curto espaço de tempo, enquanto que assassinos em série deixam um intervalo de tempo maior, horas ou dias, entre um crime e outro. Existem 4 tipos de assassinos em série: a) visionário – indivíduo apresenta insanidade, psicose, ouve vozes e obedece-as, podendo sofrer de alucinações ou visões; b) missionário – não apresenta ser psicótico, desejo interno de se livrar do que julga imoral ou indigno escolhe um grupo específico para matar; c) emotivo – mata por diversão, meios cruéis, sádicos e tortura; d) libertino – assassino sexual, mata por excitação, quanto mais a vítima sofre mais sente prazer, encaixam neste tipo os necrófilos e canibais²². Ambos distúrbios levam ao mesmo tipo de comportamento, aos chamados comportamentos antissociais, por isso vários autores consideram ser o mesmo distúrbio¹⁹.

8.2.1 Afiliação e cognição social

Tradicionalmente, a base da cognição social é o reconhecimento emocional, que é o processo chave para compreender como outro indivíduo se sente, o que querem fazer ou como reagem a um estímulo¹⁴.

A falta de cognição social é um marco de variadas doenças caracterizadas pela falta de habilidade em interagir com outros num nível normal e saudável. Em específico, o reconhecimento de emoções está correlacionado com características como ansiedade social e evitação, sofrimento, depressão, comportamento antissocial e psicopatia¹⁴.

O ser humano é intrinsecamente social formando afiliações duradouras e laços afetivos com outros. Regularmente satisfazemos necessidades de outros, em especial

daqueles que consideramos o nosso grupo¹⁵. A psicopatia afeta todo o tipo de relações: de pares, românticas e de trabalho¹⁵.

Sincronia comportamental manifesta-se como comportamentos espelho, respostas autónomas sincronizadas, libertação de hormonas coordenados e acoplamento de respostas cerebrais em nós^{14,15}. Sincronia biocomportamental atípica pode ter um efeito sobre o desenvolvimento onde circuitos cerebrais responsáveis por iniciar e manter afiliação ou ligações não estão calibrados de forma normal em indivíduos que desenvolvem psicopatia¹⁵.

O riso genuíno tem um papel na experiência de emoções positivas e ativa o sistema opióide endógeno, que é essencial para a comunicação pro-social e formação de laços em primatas e mamíferos. A neurobiologia de ligações humanas assenta numa rede de regiões cerebrais que processam prémios-motivação, proeminência, aprendizagem, interceção e mentalização¹⁵.

- **Sistema de motivação-prémio:** tem habilidade para juntar-se e ressoar com as emoções dos outros, crucial para manter relações afiliativas e depende da rede de empatia. Comportamentos motivacionais relacionada a ligações, procura social como manter o contacto por longos períodos de tempo.
- **Rede de mentalização:** crucial para integrar ressonância com outros, percebendo os seus motivos e objetivos, suportando a formação de ligações¹⁵.

8.2.1.1 *Achados neurocognitivos*

Adultos com psicopatia e crianças em risco, reportam funcionamento atípico num número de processos e regiões neurais associadas a afiliação e ligação¹⁵. Três áreas foram examinadas:

- a) Olhar nos olhos e seguir com o olhar – redução em seguir a cara da mãe por parte da criança, está associado com o desenvolvimento subsequente de CU;
- b) Riso – crianças em risco demonstram resposta neural reduzida ao riso genuíno. Indicação de uma diferença básica em como crianças em risco respondem a riso genuíno, também reportam menos desejo de se juntarem ao riso genuíno;
- c) Mentalização – possuem a capacidade, não partilham a propensão para o fazer tão prontamente como outros indivíduos¹⁵.

Modificação de como estímulos negativos são processados pode provocar excitação elevada e imprevisibilidade comportamental. Promover respostas a afetos positivos por modificar o processamento automático ou implícito tem o potencial de fazer uma criança mais recetiva ao afeto de adultos, feedback e modificação de comportamento¹⁵.

Para se perceber o padrão atípico de comportamento social de um psicopata basta imaginar que eles apenas olham para um grupo restrito, eles próprios¹⁵.

Função atípica dos sistemas neurocognitivos que provocam esta cognição pode levar a uma estratégia adaptativa que promove o próprio às custas dos outros. Psicopatas têm em falta relações afiliativas típicas e pouco altruísmo para com os outros. É necessário uma melhor compreensão pelo desenvolvimento destes indivíduos e como eles reagem à emergência de aspetos particulares de psicopatia¹⁵.

8.2.1.2 Ousadia e Motivação

Altos níveis de ousadia em psicopatia, estão associados a charme e insensibilidade a pistas de perigo, e estão ligadas ao impulso do sucesso do indivíduo para estas práticas de trair, manipular e enganar, assim como correr riscos sociais¹⁶.

Os psicopatas capitalizam por imitar honestidade e trair a confiança daqueles que confiam mais. Indivíduos com bom coração estão especialmente propensos a desculpar comportamentos enganadores dos psicopatas¹⁶.

8.2.1.3 Audácia

A audácia pode identificar um subtipo de psicopatia, para essa identificação deve-se perceber para que função serve a audácia. A investigação moderna em personalidade foca-se nos traços sem ênfase na função que esses traços servem na vida do indivíduo¹⁷.

8.2.1.4 Impulsividade

A impulsividade, de acordo com o DSM-V, implica uma desinibição comportamental e cognitiva, uma reação imediata a um estímulo, uma reação não planeada no calor do momento, ou uma reação sem pensar nas possíveis consequências⁸.

8.2.2 Agressão

A agressão é definida como comportamento direcionado para outro indivíduo, de forma a magoar. É natural e uma adaptação do comportamento social dos mamíferos. Pode ser uma má adaptação quando exagerado, persistente, ou quando expresso fora de contexto. Existem duas formas de agressão: a instrumental e a reativa, a empatia e a raiva têm impactos diferentes nas suas incidências relativas^{4,8,32}.

Apesar da expressão de agressividade ser importante para os níveis psicológicos do indivíduo, e ser capaz de inibir adequadamente a agressividade é uma característica de personalidade saudável. A avaliação de atos agressivos envolve a avaliação física e mental do indivíduo assim como a motivação que levou a esse ato de agressão⁸.

A diátese agressiva pode ser concetualizada como um desequilíbrio entre o controlo *top-down* do córtex orbitofrontal e cingulado anterior que modulam ou suprimem o comportamento agressivo e os impulsos *bottom-up* desencadeados pelas regiões límbicas, tais como amígdala e ínsula⁴.

A agressão instrumental é proativa ou planeada, ou seja, o agressor antecipa o ato que terá um resultado positivo. Ocorre, em norma, na ausência de emoções intensas. Disfunção empática aumenta o risco de agressão instrumental^{8,32}.

A agressão reativa é afetiva, impulsiva, defensiva ou não planeada. Ocorre com emoções negativas. Aumento de raiva aumenta o risco de agressão reativa^{8,32}.

A definição de impulsividade leva ao intuito de os conceitos de impulsividade e agressão impulsiva estarem interligados, apesarem de estarem relacionados, a impulsividade parece estar presente em qualquer tipo de agressão e não faz a distinção entre agressão impulsiva ou premeditada⁸.

A psicopatia enfatiza um indivíduo com empatia reduzida mas raiva intacta ou exagerada³².

8.2.2.1 Empatia

A empatia diminui a agressão. A observação de emoções de um outro indivíduo, aciona substratos neurais semelhantes permitindo ao observador compreender a emoção demonstrada. As emoções de outros são identificados como qualquer outro estímulo sendo determinados por experiências anteriores e informação

semântica^{30,32,33}. Não é a identificação do processo que não motiva o indivíduo a diminuir a agressão, existem três mecanismos empáticos:

- **Reações empáticas ao sofrimento de outros inibe agressão:** a amígdala responde a pistas de dor. Baixa estimulação da amígdala por estímulos negativos pode iniciar congelamento, ou seja, não reação^{32,33}.
- **Aprendizagem empática acerca de ações que magoam outros adquirem valência negativa e são evitados:** expressões emocionais são demonstrações comunicativas que dão valência informativa aos observadores. Esta valência inicia estímulos de reforço ou respostas de associação formativa. A amígdala está envolvida nas referências sociais humanas e é sensível à expressão de predição de erros. Aprende-se mais em resposta à maior predição de erro. Em termos comportamentais, isto significa que os participantes mais facilmente se aproximam de objetos associados à felicidade dos outros do que de objetos associados a medo^{32,33}.
- **Empatia envolve decidir acerca de ações que têm valor negativo devido à sua associação ao sofrimento de outros:** outras regiões envolvidas para além da amígdala. A atividade nestas regiões está associada com tendência para um indivíduo se sentir afetuoso quando ouve a dor de outro. Estas regiões foram implicadas na representação expectável de valor/reforço esperado. Estas regiões estão implicadas em usar valor expectável em seleção de resposta e organizar respostas evasivas. Também estão envolvidas em tarefas de juízo moral. Preocupação empática e tomada de decisões morais pode envolver representação do valor expectável da experiência nos outros. A valência informativa pode guiar o indivíduo a decidir evitar provocar dano a outro ou escolher uma opção de ajuda^{32,33}.

Estas funções vão se encontrar comprometidas em indivíduos com psicopatia, sendo que os psicopatas têm deficiência empática. Este défice reflete a redução de responsividade a pistas de sofrimento de outros. Assim, o psicopata é mais propenso a proceder com agressividade do que outros. Défice em reconhecer expressões de medo e tristeza, enquanto nojo e raiva se mantêm inalteradas. Diminuição de reatividade autónoma e respostas da amígdala a expressões de dor, tristeza e medo. Esta resposta diminuída media a relação observada entre psicopatia e agressão instrumental^{14,32}.

Os psicopatas demonstram uma diminuição em juízos morais, incluindo juízos morais anormais utilitários. Demonstram isto porque a componente central do juízo de moral está a representar o valor expectável da ação imoral a ser considerada^{32,33}.

Em suma, o processo principal da empatia envolve: a) a inibição da agressão em resposta aos sinais de sofrimento; b) a aprendizagem do valor negativo de ações como agressões que está associado ao sofrimento de outros; c) racionalização acerca de ações que estão associadas ao sofrimento de outros. Se estes tiverem comprometidos, o individuo tem risco aumentado para agressão instrumental³².

8.2.2.2 *Raiva*

A raiva é uma resposta típica a perceções de ameaça, frustração e provocação social. A irritabilidade leva a um aumento para exibir raiva a um par, sendo que níveis elevados de raiva podem resultar em agressões reativas³².

Um individuo com habilidade de representar os benefícios e os custos das suas ações, tem menos probabilidade de demonstrar uma resposta de retaliação mensurada³².

A irritabilidade e aumento de risco para agressão reativa parece estar associado a: a) resposta elevadas da amígdala a ameaças ou provocações sociais; b) resposta aumentada do *striatum* a predições negativas; c) disfunção em papéis reguladores de raiva no córtex frontal lateral³².

8.2.3 Comorbilidades

Os distúrbios de personalidade estão muitas vezes associados a comorbilidades como o abuso de substâncias³⁴.

8.2.3.1 *Distúrbios de humor*

A examinação de distúrbios de humor específicos presentes em indivíduos com ASPD pode ajudar a compreender os possíveis mecanismos subjacentes ao comportamento problemático do transtorno⁷.

8.2.3.1.1 *Distúrbio de Ansiedade*

Indivíduos com ASPD e distúrbio de ansiedade demonstram um aumento de sintomatologia de ASPD, assim como um aumento de ideologia suicida e tentativa de

suicídio, e maior abuso de substâncias e álcool quando comparados com indivíduos só com ASPD⁷.

Os indivíduos com esta comorbidade têm mais condenações por homicídio, tentativa de homicídio e agressão física e sexual⁷.

8.2.3.2 *Uso de substâncias*

Cerca de 80-85% de indivíduos com ASPD também têm critérios de diagnóstico para distúrbio de uso de substâncias^{7,34}.

Um estudo descobriu que cerca de 71% de pacientes numa instalação psiquiátrica diagnosticados com ASPD abusam de álcool, aproximadamente 62% abusam de múltiplas substâncias, em que mais de metade abusam de canábis, e um terço de anfetaminas⁷.

8.2.3.2.1 *Distúrbio de uso de Álcool (AUD)*

A AUD é semelhante a ASPD, devido à sobreposição de traços de personalidade. A AUD é considerada episódica e não crónica. Estes traços podem contribuir para formas de externalização como abuso de substâncias e álcool, sexo de risco^{1,34}.

Existem pelo menos quatro modelos de comorbidade, que explicam a relação entre AUD e ASPD:

- a) Modelo de Predisposição – distúrbio de personalidade existente alicia respostas ambientais, como problemas interpessoais ou ocupacionais que provocam o início de AUD, este é modelo mais suportado;
- b) Modelo de Complicação – é o inverso, em que a AUD é que afeta a personalidade de um individuo. Neuroadaptação devido ao consumo excessivo de álcool pode resultar em impulsividade aumentada ou emoções negativas;
- c) Modelo de Exacerbação – ASPD adiciona ou modifica a manifestação, progresso ou expressão de AUD, resultando num AUD sintomático distinto;
- d) Modelo de Espectro – as duas perturbações partilham a etiologia¹.

O aumento de neuroticismo com o progresso de uso de álcool, alinha com modelos neurobiológicos de adição, o modelo alostático¹. Este modelo refere que com o aumento do vício, aumentam os efeitos negativos na abstenção, contribuindo para o uso de substâncias como reforço negativo e torna-se um processo cíclico¹.

Internalizar é caracterizado por elevadas emoções negativas e externalizar é caracterizado por comportamento sob controlo e busca de novidade. Externalização desinibida comprime todos os distúrbios relacionados com substâncias¹.

Mecanismos neurobiológicos são responsáveis por controlo comportamental e emocionalidade negativa aumenta a externalização e internalização, sendo provavelmente responsáveis pela coocorrência de AUD e ASPD¹.

8.3 Traços de Personalidade

8.3.1 Sociopatia

O ASPD reflete níveis baixos de afabilidade e consciência e níveis altos de antagonismo e extroversão. É também caracterizado por níveis altos de duas facetas de neuroticismo, a raiva e a impulsividade, e por níveis altos de procura de excitação¹. Caracterizado por um alto nível de desinibição¹.

8.3.2 Psicopatia

Sistema de controlo inibitório não funciona - Ausência relativa de medo, de ansiedade, ou de apreensão que estes experienciam mesmo perante estímulos aversivos ou na iminência de receberem uma punição⁴. Desta forma, os psicopatas demonstram dificuldade em aprender a inibir certos comportamentos causadores de punição, ou seja, os psicopatas agem continuamente de determinada forma, ignorando o medo ou as consequências punitivas das suas ações⁴. As características psicopáticas de incapacidade de aprendizagem em função da punição, e a necessidade de satisfação imediata dos desejos e, indiretamente a sua incapacidade para estabelecerem relacionamentos significativos, o seu egocentrismo e ausência de sentido moral, fica assim explicado⁴.

8.4 Biologia e Genética

Há um componente cerebral envolvido na psicopatia. Psicopatas apresentam uma diminuição da massa cinzenta no lobo pré-frontal, diminuição do hipocampo posterior, aumento da matéria branca do corpo caloso²².

Uma estimativa de hereditariedade elevada não significa destino genético. Qualquer estimativa reflete o grau de influência genética em diferenças individuais ou grupais. Não há genes para psicopatia. A forma como genes de risco operam para a psicopatia é probabilística e não determinista, ou seja, os genes não codificam psicopatia, codificam proteínas que influenciam características^{7,15}. Os fatores genéticos contribuem para a variância de ASPD^{7,26}.

A epigenética auxilia na identificação de fatores da patogénese de uma doença. Os mecanismos epigenéticos têm função geral de controlo genético de homeostase e função transcricional²⁷.

O modelo de Moffit define dois grupos de ofensores: os que manifestam comportamento antissocial desde a infância e continuam até a vida adulta e os que manifestam comportamentos problemáticos primariamente na adolescência⁷. Os fatores genéticos explicam a variância entre ser classificado como um infrator persistente ao longo da vida e um ofensor limitado à adolescência^{7,35}.

Embora um gene apenas contribua para uma pequena proporção da variância geral em comportamentos antissociais, a identificação destes genes de risco pode ajudar no desenvolvimento de metodologias de tratamento que podem ser específicas a fatores de risco do indivíduo. Em adição, pode ainda melhorar a compreensão das causas biológicas que levam a comportamento antissocial^{7,26}.

Os genes descritos encontram-se associados a comportamentos, que por sua vez encontram-se associados aos dois distúrbios.

8.4.1 Genes associados a comportamentos violentos

8.4.1.1 *Monoamine Oxidase*

A monoamino oxidase é uma enzima mitocondrial codificada pelo gene MAO-A ligado ao cromossoma X, que tem o papel de moldar aspetos de personalidade humana e incrementa o risco para comportamentos adversos e agressividade^{4,7,12}.

O gene MAO-A inclui a variação de 30 pb e polimorfismo no promotor de sítio de transcrição. O número de cópias influencia a atividade do promotor e da taxa basal de transcrição de maneira alélica específica. No cérebro MAO-A cataboliza serotonina, norepinefrina e dopamina^{12,27}.

Interação de MAO-A-L e maus tratos infantis predizem sintomas de ASPD, combinação entre MAO-A-H e abuso infantil está associado a sintomas depressivos. Por ser um gene ligado ao X, as amostras estudadas são masculinas, pois as mulheres são homozigóticas ou heterozigóticas. Há autores que associam MAO-A-H como patogênese da doença¹².

MAO-A-H é o polimorfismo mais comum em ASPD e prediz níveis de agressão proativa¹². O gene MAO-A é o mais estudado em genética comportamental, estando implicado em ASPD^{4,12,27}.

8.4.1.2 *Duplicação 22q.11.2*

A duplicação 22q.11.2 já tinha sido reconhecida em outros casos estando ligada a indivíduos violentos. Genes nesta região em causa, devem ser tidos em conta como potenciais contribuintes para esta forma desviante²⁰.

Um mau ambiente nos primeiros anos de vida torna a relação entre genoma e fenótipo difícil²⁰.

8.4.1.3 *SNAP25*

O gene SNAP25 está associado a défice de atenção, hiperatividade e performance cognitiva. Variantes específicas deste gene foram detetadas maioritariamente em homens com ASPD do que mulheres, embora não sejam associados a traços psicopáticos, sugerem estar associados a comportamento de externalização como procura de novidade e dependência de recompensa⁷.

8.5 Tratamento

A questão do tratamento sempre foi encarada com bastante ceticismo, que conduziu os terapeutas e investigadores da matéria a uma antecipada condenação ao fracasso⁴. ASPD é reconhecido como a psicopatologia mais difícil de tratar⁷.

Há autores que consideram que a psicopatia é um traço de personalidade, não uma doença. Desta forma, o confinamento e controlo é a melhor forma de lidar com esses indivíduos, outros sugerem que o confinamento irá exacerbar as características criminosas²².

Sobre intervenções nas características psicopáticas, diversas estratégias foram postas em prática, atualmente têm sido mais frequentes os tratamentos voltados para as perspectivas cognitivo-comportamentais e psicanalíticas, as quais vêm apresentando diversos resultados e críticas acerca de diferentes estratégias e seus componentes⁵. Os tratamentos são normalmente por intervenções grupais ou individuais, com foco no manejo da raiva, variáveis de incidência, de treino de habilidades sociais, treino de empatia, reestruturação cognitiva, manejo de contingências, resolução de problemas, tratamento de abuso de substâncias e tratamento de ofensores sexuais^{5,13}.

8.5.1 Sociopatia

Os indivíduos raramente procuram ajuda e a maioria dos terapeutas são relutantes em tentar tratar os mesmos^{7,22}. A comorbilidade com outros distúrbios têm mau prognóstico¹.

Para indivíduos com ASPD, a encarceração ou outras limitações relacionadas podem ser barreiras para tratamento¹.

8.5.2 Psicopatia

A psicopatia é progressiva por natureza, desta forma vale a pena procurar tratar o mais cedo possível¹⁴.

O tratamento de psicopatas tem de considerar os seguintes aspetos:

- Conceptualização teoricamente sólida;
- Avaliação aprofundada e cuidadosa do risco e da tratabilidade;
- Prestação de serviços intensiva;
- Contextos de intervenção institucionais claramente estruturados;
- Identificação dos alvos específicos relacionados com fatores criminogénicos;
- Consequências da aplicação de reforços (orientados para os incentivos, não para o evitamento);
- Modificações de padrões de pensamento;
- Melhorar o autocontrolo;
- Aprendizagem de competências sociais que não envolvam risco de má utilização;
- Seleção, treino e supervisão cuidadosa do staff;
- Adequação do staff ao tipo de ofensores e programa;

- Encorajamento da motivação do staff e da sua consistência comportamental;
- Neutralização de redes sociais criminogénicas;
- Fortalecimento de fatores de proteção naturais;
- Integridade do programa;
- Melhoria do clima e funcionamento institucionais;
- Monitorização das modificações comportamentais do ofensor através de peritos neutros;
- Providenciar no sentido da prevenção de recaídas;
- Intervenções precoces no desenvolvimento;
- Redução de esforços sociais⁴.

8.5.3 Eficácia do tratamento

A ineficácia do tratamento deve-se à personalidade sólida sendo resistente à influência externa, proteção das consequências do círculo social, permanecendo sem controle e punição, não procuram assistência por conta própria, quando em terapia não desenvolvem a intimidade emocional e em geral fingem no processo^{5,7,13,19,22}. Pode-se dividir em 7 temas chave para se entender os resultados dos tratamentos.

8.5.3.1 *Modalidade e tipo de tratamento*

8.5.3.1.1 *Medicação*

Nenhum tipo de medicação parece surtir algum efeito de tratamento^{1,11}. A medicação em ASPD é usada para tratar sintomas¹. O tratamento de cognição social poderá ajudar no alívio de sintomas de ASPD e psicopatia¹⁴.

8.5.3.1.2 *Treino e Recompensa de Habilidades Emocionais*

É um programa de treino breve para ajudar o desenvolvimento emocional em crianças com problemas de conduta e traços de CU. Foi desenhado para aplicar a crianças com idades compreendidas entre 3.5 e 8 anos com níveis anormais de traços CU após conclusão de treino de gestão parental. Os objetivos principais desta metodologia é: a) aumentar a atenção a pistas faciais críticas que sinalizam angústia na criança, pais e outros, de forma a melhorar o reconhecimento de emoções; b) melhorar a compreensão emocional promovendo a ligação da emoção ao contexto e identificar os contextos ou situações que provocam raiva e frustração na criança; c) ensinar

comportamento empático por meio de histórias sociais, modelagem dos pais e dramatização; d) aumentar a rotulagem emocional e comportamento pró-social por meio de reforço positivo; e) aumentar a tolerância à frustração da criança por meio de moldagem, e reforçando o uso dos conhecimentos adquiridos pela criança através de estratégias cognitivo-comportamentais para diminuir a incidência de comportamentos agressivos¹¹.

8.5.3.1.3 Treinamento de Substituição de Agressão (ART)

Intervenção multimodal originada para promover comportamento pró-social em crianças e adolescentes que apresentam comportamentos violentos e agressivos. Possui três componentes: Treino de Habilidade Sociais – foca na resposta de forma pró-social em situações difíceis em vez de usar a agressão; Treino de Controle de Raiva – ensina técnicas para exercer maior controle nos pensamentos e impulsos agressivos; e Treino de Raciocínio Moral – disciplinado no reconhecimento de distorções cognitivas relacionados à agressão, e pensar de forma menos egocêntrica. Formato mais comum consiste em 10 semanas de três sessões semanais, uma para cada componente⁵.

8.5.3.1.4 Psicoeducação

Oferta de informações importante aos pacientes sobre o transtorno, especialmente seu diagnóstico, etiologia, funcionamento, tratamento e prognóstico. Tem como objetivo ampliar o conhecimento e compreensão da sua condição e auxiliar a tomada de decisões. Pode ocorrer em formato individual, grupal, palestras, rodas de conversa e entre outros⁵.

8.5.3.1.5 Treinamento de Habilidades Cognitivas

Educação sobre os modelos cognitivo-comportamentais do seus transtornos e padrões comportamentais, desenvolvendo automonitoração, entendimento e aprendizagem de novas habilidades para desafiar os padrões disfuncionais de pensar, sentir e se comportar^{5,13,14}.

8.5.3.1.6 Exercícios Recreativos

Intervenções em desporto e atividades físicas. Não apresentam objetivos de tratamento, os exercícios são puramente recreativos⁵.

8.5.3.1.7 Risco-Necessidade-Responsividade

Delimita três princípios fundamentais do tratamento correccional. Os princípios de Risco e Necessidade referem-se à importância de fornecer serviços de tratamento que combinam o risco de reincidência do infrator e abordam fatores mutáveis que estão empiricamente associados à ofensa. O princípio de Responsividade especifica que o tratamento deve ser aplicado de forma consistente com as habilidades e estilo de aprendizagem do ofensor⁵.

8.5.3.1.8 Terapia Psicomotora (PMT)

Foca no componente fisiológico da raiva. Pacientes ganham maior controle sobre a raiva para prevenir o desenrolar de comportamentos agressivos. Tem como objetivos: melhorar o reconhecimento de situações em que a raiva pode ocorrer, aumentar a consciência das sensações corporais relacionadas com raiva, aceitar mais a raiva como uma reação emotiva normal e melhorar habilidades de regulação de raiva e de agressão⁵.

8.5.3.1.9 Intervenção de Violência de Moderada e Alta Intensidade

Baseado nos princípios de Risco-Necessidade-Responsividade. Grupo fechado de terapia com o máximo de 12 ofensores por grupo, às vezes tratamento individual é oferecido, dependendo da demanda do ofensor. O objetivo é diminuir o risco de reincidência violenta a partir da melhora da autoconsciência e habilidades de resolução de conflitos e ajuda os participantes a desenvolver melhores habilidades de regulação emocional e comportamental. Moderada intensidade – 33 sessões de três horas, duas vezes por semana ou alta intensidade – 67 sessões de três horas, três vezes por semana⁵.

8.5.3.2 *Permanência em tratamento e motivação*

Existe uma correlação positiva entre motivação e mudanças comportamentais e de pensamento. No entanto, quanto mais fortes são as características de manipulação menor é a aderência ao tratamento. De modo geral, os psicopatas são menos propensos a beneficiar do tratamento, não têm motivação para mudar^{5,22}.

8.5.3.3 *Desistência e desmotivação*

A desmotivação está associada positivamente com a crueldade autorrelatada. Hostilidade, baixa concentração, uso de substâncias, subtipo de agressão e traços

psicopáticos apresentam uma relação positiva com o abandono de tratamento. Quando comparados com não psicopatas, os psicopatas demonstram ser mais propensos ao abandono/dispensa do tratamento⁵.

8.5.3.4 Reincidência

A reincidência está mais associada a indivíduos com traços psicopáticos que não completam o tratamento, no entanto aqueles que completam o tratamento não mudaram o resultado quanto à reincidência. Por outras palavras, o tratamento não apresenta influenciar a reincidência, mas reduz a incidência, especificamente de crimes sexuais e violentos^{5,22}.

8.5.3.5 Fatores associados ao tratamento

Traços psicopáticos, características antissociais e distorções negativas interferem negativamente com o tratamento. Assim como, baixa concentração, baixa motivação, crueldade autorrelatada levam a um benefício menor do tratamento. Certos tratamentos podem ocasionar em efeitos adversos e na acentuação dos traços do respetivo público de pacientes. Tratamentos que utilizam ART reduzem comportamento agressivo, raiva, ansiedade social, comportamento social. Tratamentos que combinem ART com PMT melhoram comportamentos de enfrentamento e consciência corporal⁵.

8.5.3.6 Implicações práticas

É recomendado acompanhamento de longa duração, observação em circunstâncias naturais, intervenções psicoterapêuticas elaboradas e intensivos em formato de grupo ou individuais, com participação dos familiares^{1,5}. O aumento da compreensão das características individuais subjacentes ao abandono do tratamento poderia diminuir a probabilidade de reincidência⁵.

8.5.3.7 Evidências de eficácia

As intervenções mais usadas são ART e Risco-Necessidade-Responsividade e treino de habilidades cognitivas. As intervenções apontam para uma pioria da hostilidade e dominância e uma melhoria no comportamento agressivo, ansiedade social, reincidência, comportamento social, raiva, comportamento de enfrentamento,

consciência corporal. Não se sabe qual plano de tratamento faz o quê, devido a aplicação simultânea de tratamentos⁵. A CU não responde a terapias²⁰.

9 Conclusões

Em suma, traços CU elevados derivam de uma suscetibilidade genética, da parentalidade e do ambiente, que pode ser detetada na criança e manter-se estável até a adolescência, podendo diminuir com tratamento específico e intensivo¹¹.

Critérios de diagnóstico inadequados criam problemas cíclicos, os critérios interferem com a investigação na área que resulta na falta de conhecimento para desenvolver critérios mais válidos³.

A agressão impulsiva está maioritariamente relacionada com ASPD. Indivíduos com ASPD com mais traços psicopáticos têm uma probabilidade menor de exibir agressão impulsiva e uma maior probabilidade de exibir agressão premeditada⁸.

Os dois fenótipos MAO-A-L e H foram reportados em ASPD, e a sua variação pode dever-se a diferenças entre tempo, tipo e severidade de stress ambiental durante a infância¹².

Importa dizer, que não obstante as dificuldades que possam existir no sucesso da intervenção com psicopatas e sociopatas, há contextos, variáveis e estratégias que facilitam o sucesso⁴. A deteção precoce de fatores de risco que se sabem ser preditores robustos da eclosão desta desordem da personalidade na idade adulta poderá ser o procedimento mais eficaz e eficiente na minimização dos danos causados por estes predadores sociais⁴.

A psicopatia provoca um custo substancial financeiro e humano para a sociedade. É necessário focar na modificação de comportamento e ensinar cuidadores e professores que técnicas de controlo de comportamento não é suficiente. É preciso uma rede conceptual que ajude a informar de interpretações alternativas de dificuldades comportamentais e motive a racionalização para suporte efetivo para aqueles que tomam conta da criança. Várias razões do porquê ser útil desenvolver técnicas para promover afiliação e comportamento pro-social em crianças em risco¹⁵.

Uma das limitações dos estudos sobre possíveis tratamentos é o facto de serem maioritariamente realizados em prisões ou instituições psiquiátricas, não se podendo

generalizar para a restante população⁵. Os estudos que coletam dados a partir de autorrelatos e arquivos têm muitas limitações⁵. Intervenções cognitivas e comportamentais exibem benefícios e são mais efetivos no tratamento de psicopatas⁵.

Para concluir, a psicopatia e o ASPD encontram-se correlacionados, e por isso é tão difícil distinguir um psicopata de um indivíduo com ASPD. Apesar dos avanços na genética, em compreender como certos genes afetam o comportamento humano, não se pode ignorar os fatores socioeconómicos e ambientais para o desenvolvimento dos mesmos, pois os genes são expressos em função do ambiente em que se apresentam como uma adaptação ao meio envolvente. A melhor forma para tratar indivíduos com estes distúrbios é iniciar terapia cognitiva comportamental o mais precoce possível, para isso deve-se ter em atenção comportamentos antissociais e aos traços CU demonstrados na primeira infância, e intervir assim que são detetados. Estes indivíduos acarretam grandes custos à sociedade, por isso devia-se prevenir o avanço destes distúrbios e apostar no tratamento dos mesmos.

9.1 Limitações

O presente estudo apresenta como limitações a análise de vários artigos de revisão, ao invés de artigos referentes a estudos clínicos, assim como a dicotomia usada por vários autores para descrever o ASPD e psicopatia.

9.2 Estudos Futuros

Como estudo futuros indica-se o estudo de tratamentos na área de reabilitação cognitiva com intervenções mais direcionadas para crianças que demonstrem comportamentos antissociais, assim como mais estudos de genética e epigenética para se compreender melhor a patogénese destes distúrbios.

10 Apêndices

10.1 Apêndice 1. Tabela resumo de diferenças entre Psicopatia e ASPD

	PSICOPATIA	ASPD	ASPETOS COMUNS
Patenogénese	<ul style="list-style-type: none"> Progressivo 	<ul style="list-style-type: none"> Pode reverter 	<ul style="list-style-type: none"> Início na infância
Comportamento	<ul style="list-style-type: none"> Agressão premeditada Retira prazer de atos atrozés 	<ul style="list-style-type: none"> Desrespeito pela própria segurança Violação dos direitos dos outros 	<ul style="list-style-type: none"> Violência Reincidência criminal
Traços Característicos	<ul style="list-style-type: none"> Charme superficial Ausência de delírios Ausência de nervosismo Insinceridade Falta de remorso Egocentrismo patológico Comportamento extravagante 	<ul style="list-style-type: none"> Impulsividade Audácia Baixa afabilidade Raiva desinibição 	<ul style="list-style-type: none"> Ausência de medo Incapacidade de modificar comportamentos
Genética			<ul style="list-style-type: none"> Base genética associada Preditiva
Tratamento			<ul style="list-style-type: none"> Terapias cognitive comportamentais Poucos ou nenhuns resultados positivos

Tabela 1 Tabela resumo de características de ASPD e Psicopatia

11 Bibliografia

- Helle A. Alcohol Use Disorder and Antisocial and Borderline Personality Disorders. *Alcohol Res Curr Rev.* 2019;40(1):arcr.v40.1.05. doi:10.35946/arcr.v40.1.05

2. Howard R. Personality disorders and violence: what is the link? *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation*. 2015;2(1):12. doi:10.1186/s40479-015-0033-x
3. Holzer KJ, Vaughn MG. Antisocial Personality Disorder in Older Adults: A Critical Review. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2017;30(6):291-302. doi:10.1177/0891988717732155
4. Vieira F, Cabral AS, Saraiva CB. *Manual de Psiquiatria Forense*. Reimpressão. PACTOR- Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação; 2020.
5. Pereira MGM, Souza MVO. Estratégias Comportamentais e Cognitivas no Tratamento da Psicopatia: Uma Revisão. *Braz J Forensic Sci Med Law Bioeth*. 2020;9(3):245-281. doi:10.17063/bjfs9(3)y2020245
6. Suecker BHK. Sociopatia: Transtorno e Delinquência. :16.
7. Glenn AL, Johnson AK, Raine A. Antisocial Personality Disorder: A Current Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15(12):427. doi:10.1007/s11920-013-0427-7
8. Azevedo J, Vieira-Coelho M, Castelo-Branco M, Coelho R, Figueiredo-Braga M. Impulsive and premeditated aggression in male offenders with antisocial personality disorder. *PLOS ONE*. 2020;15(3):e0229876. doi:10.1371/journal.pone.0229876
9. The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology | Elsevier Enhanced Reader. doi:10.1016/j.comppsy.2019.04.001
10. Michielsen PJS, Roza SJ, Marle HJC. Endocrine markers of puberty timing and antisocial behaviour in girls and boys. *Crim Behav Ment Health*. 2020;30(2-3):117-131. doi:10.1002/cbm.2149
11. Pisano S, Muratori P, Gorga C, et al. Conduct disorders and psychopathy in children and adolescents: aetiology, clinical presentation and treatment strategies of callous-unemotional traits. *Ital J Pediatr*. 2017;43(1):84. doi:10.1186/s13052-017-0404-6

12. Kolla NJ, Vinette SA. Monoamine Oxidase A in Antisocial Personality Disorder and Borderline Personality Disorder. *Curr Behav Neurosci Rep.* 2017;4(1):41-48. doi:10.1007/s40473-017-0102-0
13. van den Bosch LMC, Rijckmans MJN, Decoene S, Chapman AL. Treatment of antisocial personality disorder: Development of a practice focused framework. *Int J Law Psychiatry.* 2018;58:72-78. doi:10.1016/j.ijlp.2018.03.002
14. Patin A, Hurlemann R. Social Cognition. In: Katak KM, Wettstein JG, eds. *Cognitive Enhancement.* Vol 228. Handbook of Experimental Pharmacology. Springer International Publishing; 2015:271-303. doi:10.1007/978-3-319-16522-6_10
15. Viding E, McCrory E. Towards understanding atypical social affiliation in psychopathy. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(5):437-444. doi:10.1016/S2215-0366(19)30049-5
16. Lilienfeld SO, Watts AL, Murphy B, et al. Psychopathy as an Emergent Interpersonal Syndrome: Further Reflections and Future Directions. *J Personal Disord.* 2019;33(5):645-652. doi:10.1521/pedi.2019.33.5.645
17. South SC. Psychopathy as an Emergent Interpersonal Syndrome: What Is the Function of Fearlessness? *J Personal Disord.* 2019;33(5):633-639. doi:10.1521/pedi.2019.33.5.633
18. Thompson DF, Ramos CL, Willett JK. Psychopathy: clinical features, developmental basis and therapeutic challenges. *J Clin Pharm Ther.* 2014;39(5):485-495. doi:10.1111/jcpt.12182
19. De Brito SA, Forth AE, Baskin-Sommers AR, et al. Psychopathy. *Nat Rev Dis Primer.* 2021;7(1):1-21. doi:10.1038/s41572-021-00282-1
20. Vyas S, Constantino JN, Baldrige D. 22q11.2 duplication: a review of neuropsychiatric correlates and a newly observed case of prototypic sociopathy. *Mol Case Stud.* 2019;5(6):a004291. doi:10.1101/mcs.a004291

21. Soeiro C, Gonçalves RA. O estado de arte do conceito de Psicopatia. *Análise Psicológica*. 2012;28(1):227-240. doi:10.14417/ap.271
22. Masnini LA, Macedo FL. PSICOPATIA E SOCIOPATIA: UMA REVISÃO DA LITERATURA. Published online 2019:8.
23. Snyder H. Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *J Bus Res*. 2019;104:333-339. doi:10.1016/j.jbusres.2019.07.039
24. Fortin MF. O Processo de Investigação Da concepção à realização. Published online 2009.
25. PRISMA. Accessed May 22, 2020. <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>
26. Rosenström T, Ystrom E, Torvik FA, et al. Genetic and Environmental Structure of DSM-IV Criteria for Antisocial Personality Disorder: A Twin Study. *Behav Genet*. 2017;47(3):265-277. doi:10.1007/s10519-016-9833-z
27. Gescher DM, Kahl KG, Hillemacher T, Frieling H, Kuhn J, Frodl T. Epigenetics in Personality Disorders: Today's Insights. *Front Psychiatry*. 2018;9. Accessed June 13, 2022. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyt.2018.00579>
28. Viding E, McCrory EJ. Understanding the development of psychopathy: progress and challenges. *Psychol Med*. 2018;48(4):566-577. doi:10.1017/S0033291717002847
29. Giacomo E di, Santorelli M, Pessina R, et al. Child abuse and psychopathy: Interplay, gender differences and biological correlates. *World J Psychiatry*. 2021;11(12):1167-1176. doi:10.5498/wjp.v11.i12.1167
30. Thoma P, Friedmann C, Suchan B. Empathy and social problem solving in alcohol dependence, mood disorders and selected personality disorders. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013;37(3):448-470. doi:10.1016/j.neubiorev.2013.01.024
31. Early life adversity reduces stress reactivity and enhances impulsive behavior: Implications for health behaviors - ScienceDirect. Accessed June 14, 2022.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167876012006228?via%3Dihub>

32. Blair RJR. Traits of empathy and anger: implications for psychopathy and other disorders associated with aggression. *Philos Trans R Soc B Biol Sci.* 2018;373(1744):20170155. doi:10.1098/rstb.2017.0155
33. Rijnders RJP, Terburg D, Bos PA, Kempes MM, van Honk J. Unzipping empathy in psychopathy: Empathy and facial affect processing in psychopaths. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021;131:1116-1126. doi:10.1016/j.neubiorev.2021.10.020
34. Parmar A, Kalooya G. Comorbidity of Personality Disorder among Substance Use Disorder Patients: A Narrative Review. *Indian J Psychol Med.* 2018;40(6):517-527. doi:10.4103/IJPSYM.IJPSYM_164_18
35. Moffitt TE. Adolescence-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behavior: A Developmental Taxonomy. :28.