

RELAÇÃO ENTRE DEPENDÊNCIA DE COCAÍNA E/OU CRACK, TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISOCIAL E PSICOPATIA EM PACIENTES INTERNADOS EM UMA INSTITUIÇÃO DE REABILITAÇÃO.

RELATION BETWEEN COCAINE AND / OR CRACK ADDICTION, ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER AND PSYCHOPATHY IN PATIENTS ADMITTED TO A REHABILITATION.

Resumo: A dependência química – DQ – constitui-se um problema de saúde pública e uma preocupação em nível nacional. Neste contexto, observa-se um significativo crescimento de consumo de cocaína e crack nos últimos anos. Este trabalho objetivou verificar a existência, ou não, da associação entre dependência de cocaína e/ou crack e transtorno de personalidade antissocial – TPA - e psicopatia. Participaram da pesquisa 30 homens com diagnóstico de dependência química, internados em uma instituição, com idades variando de 19 a 53 anos (M= 30,30; DP= 8,44). Os participantes responderam ao *Drug Abuse Screening Test* (DAST), *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I Plus) e Escala HARE PCL-R. Os resultados demonstraram que os dependentes de cocaína e/ou crack da amostra, em sua maioria, estavam desempregados e solteiros. Os resultados apresentaram uma associação positiva com os sintomas da psicopatia. Também foi identificada presença de sintomas do TPA nesta população, porém sem serem significativos estatisticamente, neste estudo. Evidencia-se a necessidade dos tratamentos para dependência de cocaína e/ou crack abordarem aspectos específicos dos sintomas do transtorno de personalidade antissocial – TPA- e psicopatia para que se obtenham resultados mais efetivos na redução e prevenção da DQ.

Palavras-chave: Dependência Química. Transtorno de Personalidade Antissocial. Psicopatia.

Abstract: Drug Addiction – DA – is a public and national health issue. In this context, a significant increase on cocaine and/or crack consumption is observed in the last few years. This study aimed to investigate the association between Cocaine and/or Crack Addiction, Antisocial Personality Disorder (ASPD) and psychopathy, and through its results, discuss possibilities and difficulties on the treatment of patients with such personality disorders and comorbidities. 30 Males in patients with a diagnose of drug addiction and ages ranging from 19 to 53 years old (M= 30,30; SD= 8,44) took part in this survey. Study participants answered to the *Drug Abuse Screening Test* (DAST), the *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I Plus) and the HARE PCL-R Scale. The results showed that the majority of cocaine and/or crack addicts were unemployed, single and carried a positive association with the psychopathy characteristics. Aside from these findings, it was also noted a high level of ASPD symptoms in this population. It is evident the need of DA treatments to address specific aspects of ASPD and psychopathy symptoms in order to obtain more effective results in the DA's reduction and prevention.

Keywords: Drug Addiction. Antisocial Personality Disorder. Psychopathy.

INTRODUÇÃO

A dependência de substâncias psicoativas é definida pelo DSM-IV-TR como um padrão de uso da droga de forma mal adaptativa, caracterizado pela presença de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos e, mesmo com prejuízos sociais e ocupacionais, observa-se que o indivíduo continua a usar a droga por ele escolhida. Na teoria cognitiva-comportamental, a DQ é vista como um conjunto de comportamentos aprendidos e condicionados em interação com aspectos genéticos.^{1,2} Essa aprendizagem se refere à interpretação dada pelo sujeito de que o uso da droga pode aliviar um sofrimento, usando de forma desadaptativa de enfrentamento a uma adversidade.²

A cocaína é uma droga com efeitos estimulantes, agindo no sistema dopaminérgico, responsável pelo prazer.^{1,3} O prazer gerado pelo uso da cocaína é intenso e serve de reforço positivo para uma nova administração da droga, podendo levar à dependência.⁴ Já o crack que é uma forma de cocaína fumada e atinge os efeitos com maior rapidez, com duração curta, gerando vontade de uma nova administração da substância quase que imediatamente e implicando em altos níveis de dependência. O padrão de consumo do crack pode ainda, aumentar comportamentos agressivos e maior envolvimento com atividades ilegais para os usuários em comparação aos usuários da cocaína intranasal.^{1,5}

Especificamente, considerando o contexto brasileiro, tratamentos para a dependência química ainda são questionados quanto a sua eficácia.^{6,7} Sobre as formas de tratamento, pode-se afirmar que uma equipe transdisciplinar é indicada, pensando-se em abranger os níveis biopsicossociais do indivíduo que possui este transtorno.^{1,8} A terapia em grupo também em geral pode estar presente no tratamento de dependência química, se mostrando eficaz e, auxiliando de forma significativa na evolução do paciente.¹ Além disso, a motivação e a adesão ao tratamento são aspectos importantes, interferindo diretamente na eficácia das intervenções para esta população.^{4,7} Porém, uma questão que vem se destacando refere-se a um pior prognóstico estar associado a não realização de um diagnóstico diferencial.^{1,5}

O conceito de comorbidade psiquiátrica é referido sobre a existência de duas doenças mentais diagnosticadas em uma mesma pessoa.⁹ Foi no DSM-III-R, em 1987, que pela primeira vez se verificou o uso deste termo. Este conceito afirma que um indivíduo pode apresentar mais de um tipo de transtorno mental e que não se deve direcionar o tratamento apenas para o transtorno que possui sintomatologia mais severa. Comorbidades psiquiátricas são comuns em pacientes que abusam de subs-

tâncias psicoativas, chegando a 50% dos casos.^{10,7,3,9} A existência de comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos pode interferir no tratamento caso esta intervenção não considere as características do outro transtorno. Isso, pois, essa relação pode contribuir para uma baixa motivação, baixa adesão ao tratamento e maiores chances de retornar a comportamentos que levem a recaídas precoces.^{1,3,11} Por essa razão, o conhecimento do diagnóstico diferencial nesta população torna-se importante.

Dentre as comorbidades mais observadas, quando se discute a dependência química, incluindo a dependência específica de cocaína e/ou crack, se destacam os transtornos de personalidade.^{1,11} Segundo Ribeiro e Laranjeira⁷, a maior prevalência de transtornos de personalidade em pacientes usuários de cocaína e/ou crack refere-se ao transtorno de personalidade borderline (TPB) e antissocial (TPA). Em um estudo, com paciente internados, foi observado que 95% apresentam o transtorno de personalidade antissocial.¹ A associação entre dependência de substâncias e TPA está cada vez mais evidente entre as pesquisas recentes.^{12,17}

O transtorno de personalidade antissocial é referido a partir da DSM-IV-TR¹³ como sinônimo de psicopatia e sociopatia, popularmente avaliadas como comportamentos não adaptativos a sociedade. Na CID-10 -Classificação Internacional de Doenças¹⁴, este transtorno é tratado por transtorno de personalidade dissocial, incluindo personalidade do tipo amoral, antissocial, associal, psicopática e sociopática, excluindo transtorno de conduta e do tipo instabilidade emocional. Porém, clinicamente, existem diferenças importantes entre o transtorno de personalidade antissocial e a psicopatia. O paciente com TPA apresenta mais sintomas comportamentais de estilo antissocial, já no caso de psicopatia são incluídos também déficits em aspectos afetivos e interpessoais que não estão presentes no TPA.^{15,16} No presente artigo tais transtornos serão referidos como distintos, evidenciando as características que os diferenciam.

Os estudos pioneiros sobre o que hoje é chamado de psicopatia foram realizados por Philippe Pinel. A sua primeira denominação foi "*manie sans delire*", ou seja, mania, ou loucura sem delírio, pessoas que tinham comportamentos não adequados à sociedade, denominados doentes mentais, mas sem resquício de psicose.^{16,17,18} Porém, pode-se dizer que precursor da elaboração do conceito atual de psicopatia foi Hervey Milton Cleckley¹⁹ em sua obra "A Máscara da Sanidade", com a primeira edição em 1941, descrevendo dezesseis características que representariam

um paciente psicopata. Dessa forma são incluídos: aspectos positivos de ajustamento social - como inteligência, encantamento superficial, ausência de sintomas psicóticos padrões comportamentais desviantes e *déficits* significativos em relacionamentos interpessoais, assim como prejuízos também nas questões emocionais.¹⁹ Esta obra de Cleackley¹⁹ contribui para a compreensão de que a psicopatia não está relacionada apenas aos atos criminosos. O livro trouxe uma nova visão sobre o transtorno, apresentando a psicopatia como uma síndrome clínica, ou seja, transtorno de personalidade.^{16,18} A partir dos critérios de Cleackley (1976), no DSM em sua primeira edição, em 1952, foi descrita a perturbação sociopática da personalidade com características referentes a reações antissociais e dissociais, desvios sexuais, uso de álcool ou outras drogas e sintomas comportamentais. No DSM-IV-TR, última versão, é descrito o transtorno de personalidade antissocial, com sintomas referentes à violação das normas sociais, comportamento antissocial.^{20,21,18}

Apesar de não estarem diferenciados nos manuais de classificação CID-10¹⁴ e DSM-IV-TR¹³ os diagnósticos de TPA e psicopatia possuem diferenças. Os psicopatas não apresentam comportamentos ditos antissociais todo tempo, podendo conviver de forma adequada em meio à sociedade, apresentando preservado raciocínio lógico, além de poder de manipulação e de sedução. Estes pacientes não parecem aprender a partir de seus erros. Ainda, em se tratando das características da psicopatia, observa-se a mentira e a dissimulação. Pela dificuldade dos psicopatas em sentir emoções, existe a dificuldade de expressá-las também, percebendo nestes pacientes uma superficialidade

quando falam de seus sentimentos. Pessoas com diagnóstico de psicopatia possuem uma incapacidade de empatia maior do que pacientes com TPA, apresentando, por consequência, uma desconfiança excessiva dos outros, não sendo capaz de medir as consequências de seus atos para si mesmo ou para os outros e não aderindo a compromissos.²² Os psicopatas buscam manter o poder nas relações, em geral exercendo algum tipo de exploração em benefício próprio. Diferente de outros pacientes psiquiátricos, os psicopatas apresentam postura aparentemente passível de socialização e suas características psicopáticas são percebidas apenas com uma observação contínua de seus atos, o que dificulta o diagnóstico.^{17,23,18}

O diagnóstico do transtorno de personalidade antissocial, de acordo com o DSM-IV-TR só pode ser fechado em indivíduos maiores de 18 anos e entre os critérios necessários se inclui a presença de evidências de transtorno de conduta, com sintomas que estejam ocorrendo desde os 15 anos. O comportamento dos pacientes que possuem o diagnóstico de TPA em geral é inapropriado de acordo com normas da sociedade e estes buscam o prazer sem medir consequências para si ou para os outros, não apresentando sentimento de culpa ou remorso. O não cumprimento de leis – tanto implícitas e explícitas – da sociedade é também característica de pacientes com TPA que ainda mostram baixa tolerância a privações de suas vontades.²⁴

Tabela 1: Características dos transtornos de personalidade

Psicopatia	TPA
Comportamentos antissociais com menor frequência	Comportamento antissociais frequentes
Incapacidade empática	Maior capacidade de empatia
Ajustamento social/ poder de sedução e manipulação	Inadequação social
Incapacidade de sentir emoções	Capacidade de sentir emoções
Impulsividade	Impulsividade
Irresponsabilidade	Irresponsabilidade
Sintomas intrínsecos	Sintomas extrínsecos

JALUZA AIMÉE SCHNEIDER ¹; CAROLINA MACEDO LISBOA ²; CAROLINE MALLMANN³

¹Mestranda pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos; ²Professora Doutora membro do programa de pós-graduação da PUC-RS; ³Mestranda em Psicologia Clínica pela PUC-RS.

A prevalência maior do diagnóstico do TPA e da psicopatia é em homens e verifica-se em população de penitenciárias ou centros de reabilitação psicossociais (ou socioeducativos). A comorbidade mais comum existente entre TPA e transtornos mentais do eixo 1, do DSM-IV-TR, se refere ao transtorno de abuso e dependência de substâncias, que também é a comorbidade mais frequente entre os psicopatas ¹⁸. Observa-se que características comportamentais de dependentes químicos, usuários de cocaína e/ou crack, como irresponsabilidade e impulsividade também são típicas de pacientes que apresentam TPA e psicopatia. É necessário para o diagnóstico diferencial ter a precisão de que os comportamentos antissociais não sejam provenientes apenas do consumo da droga, ou seja, que existam antes do início do uso ou abuso de substâncias. ^{1,18,25}

A partir das características peculiares dos transtornos de personalidades descritos, pode-se inferir que as mesmas podem dificultar o tratamento do dependente químico. Isso, pois, é percebido que as intervenções realizadas, com essa população não abordam tais aspectos referentes às comorbidades. Tal constatação pode ser referente à baixa produção científica sobre dependência de cocaína e/ou crack com comorbidade em TPA e psicopatia, principalmente no contexto nacional, mesmo sendo um assunto de relevância. ^{26,27,23} Assim, o conhecimento sobre essa relação poderá servir de subsídios para pensar em intervenções que incluam, em maior ou menor intensidade, aspectos de ambos os transtornos, dependendo da necessidade. Portanto, este estudo teve como objetivo verificar a existência, ou não, de associação entre o transtorno de personalidade antissocial e psicopatia e a dependência de cocaína e/ou crack em pacientes internados em uma instituição de tratamento fechado para o melhor entendimento de tais variáveis.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, de caráter transversal.

Amostra

Participaram deste estudo trinta dependentes químicos, do sexo masculino. As idades variaram de mínima de 19 anos e a máxima de 53 anos, e todos estavam internados em uma instituição de reabilitação para dependentes químicos (Média de idade =30,30, DP=8,44). Selecionaram-se os sujeitos cuja droga de eleição era a cocaína ou crack, com uso ou não do

álcool em conjunto. A maioria da amostra era residente da região metropolitana (40%), sendo que todos residiam no estado do Rio Grande do Sul. A maioria dos participantes é solteira (60%), com ensino médio completo (43%), estavam no momento desempregados (60%) e sem plano de saúde (60%). Foram excluídos da amostra pacientes que apresentavam diagnósticos que contemplassem sintomas psicóticos e usuários apenas de álcool ou maconha. Três pacientes convidados para participar da presente pesquisa recusaram-se.

Instrumentos

1) *DAST, Drug Abuse Screening Test* (Skinner., 1982) ²⁸ é composto por 28 questões. Este instrumento avalia as consequências causadas pelo uso de substâncias psicoativas, e foi utilizado com a finalidade de validar o diagnóstico de dependência química dos participantes. É aplicado através de um questionário de autopreenchimento, apresentando boa consistência interna e boa correlação entre os itens, no qual o ponto de corte é de 6 para representar abuso de substâncias e de 11 para dependência de substâncias ($\alpha = 0,743$ neste estudo).

2) *M.I.N.I. Plus, Mini International Neuropsychiatric Interview* (Amorin, 1999) ²⁹: trata-se de uma entrevista diagnóstica de rápida aplicação, com a finalidade de realizar diagnósticos de transtornos do eixo I, possuindo como opcional a entrevista diagnóstica para transtorno de personalidade antissocial, construída a partir dos critérios do DSM-IV. Para a presente pesquisa, foi utilizado apenas o questionário para diagnóstico do transtorno de personalidade antissocial, composto por 12 questões a serem respondidas.

3) Escala HARE PCL-R, Inventário de Psicopatia Revisado (MORANA, 2004) ³⁰: o instrumento é apontado como o de maior eficácia para a realização do diagnóstico da psicopatia. Inicialmente, utilizada para avaliação na área forense, este instrumento de avaliação diagnóstica de psicopatia tem como base as características trazidas por Cleckley (1976), verificando informações acerca do estilo de vida, das relações interpessoais, emoções e comportamentos antissociais. A escala vem sendo considerada como a principal existente em se tratando da avaliação da psicopatia, com embasamento teórico-prático. ^{20,16,17, 23, 24, 31, 18, 22}

A escala HARE PCL-R consiste em uma entrevista semies-

truturada avaliando o Transtorno Global (TG) e Transtorno Parcial (TP) da psicopatia. Na versão brasileira, traduzida por Morana (2004), apresentou um alto índice de confiabilidade. Por TP entende-se a presença de sintomas psicopáticos que se apresentam apenas diante de algum estímulo, em contextos peculiares. No TP também há maior controle de impulsos e maior capacidade de sentir emoções, possuindo, consequentemente, um melhor prognóstico. Já o TG é descrito quanto às características da psicopatia que aparecem em quase todos os contextos no qual se relaciona. No Transtorno Global, é evidenciada uma dissonância entre as emoções, proporcionando maiores dificuldades de socialização de maneira adequada.³⁰ A proposta do PCL-R é avaliar o transtorno da psicopatia através de uma escala de 20 itens, pontuados de zero a dois. O ponto de corte da escala, na versão traduzida por Morana (2004), é de 23 pontos para definir TG, de 12 a 22 pontos para TP e abaixo de 12 pontos indicando indivíduos sem desvio nenhum da personalidade psicopática. ($\alpha = 0,858$, neste estudo).

Neste mesmo Instrumento também são avaliadas, separadamente, os fatores 1 (F1) e 2 (F2), que representam os diferentes traços da personalidade psicopática. O F1 caracteriza traços da personalidade psicopática que incluem superficialidade, falsidade, insensibilidade, crueldade/ ausência de afeto, culpa, remorso ou empatia. Já o F2 se caracteriza por sintomas comportamentais da psicopatia, tais como instabilidade comportamental, impulsividade e estilo de vida antissocial ($aF1 = 0,803$ / $aF2 = 0,781$).

Tabela 2: Características dos fatores 1 e 2 da Escala Hare PCL-R

Fator 1 (F1)	Fator 2 (F2)
Superficialidade Falsidade Insensibilidade/crueldade Ausência de afeto, remorso ou culpa Ausência de empatia	Instabilidade comportamental Impulsividade Estilo de vida antissocial Desvio social

Procedimentos

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, processo número: 12/019. A coleta dos dados respeitou todos os princípios éticos do Conselho Federal de Psicologia e a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes, individualmente, foram convidados para sua participação na pesquisa. Depois da devida apresentação do estudo, os mesmos assinaram de forma voluntária o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Em seguida, foram aplicados os instrumentos descritos individualmente em salas de atendimento da pró-

pria instituição, com total privacidade. Respeitou-se o anonimato dos sujeitos e foi respeitado se os mesmos desejassem interromper a aplicação. Da mesma forma, garantiu-se a devolução dos resultados aos mesmos na própria instituição de tratamento.

RESULTADOS

Os resultados das análises sobre a escala DAST mostraram alto nível de dependência química e a presença de prejuízos significativos referentes ao uso de drogas nos indivíduos da amostra. A média dos participantes nesta escala foi de 17,96

(DP = 4,07), com mínimo de 8 pontos e máximo de 25 pontos, validando o diagnóstico de DQ, lembrando que a droga de preferência de todos era a cocaína e/ou crack.

O transtorno de personalidade antissocial foi diagnosticado, através do M.I.N.I., para 43,3% da amostra. A média encontrada no instrumento de avaliação da psicopatia foi de 14,53 (DP=7,62), com escore mínimo de 4 e máximo de 28. Quanto aos sintomas do Fator 1, a média encontrada foi de 5,66 (DP=3,67), com mínimo de 0 e máximo de 13,0 pontos. Em relação aos sintomas do Fator 2, a média foi mais elevada ficando em 7,73 (DP=4,25), com mínimo de 1 e máximo de 15.

Os resultados do PCL-R indicaram que 13 participantes da amostra não possuem nenhum desvio da personalidade e os demais se dividiram entre 11 indivíduos que apresentaram Transtorno Parcial da personalidade e 6 indivíduos que apresentaram Transtorno Global da personalidade, totalizando 56,7% , ou seja, mais da metade dos participantes com algum desvio da personalidade psicopática (Tabela 2).

Tabela 3: Dependentes químicos com diagnóstico de TPA ou psicopatia.

TP	N. de participante	Porcentagem
TPA		
	13	43,3%
Psicopatia		
Transtorno Parcial	11	36,7%
Transtorno Global	6	20,0%

Para análises inferenciais, realizaram-se testes de qui-quadrado para verificar a diferença entre as frequências de pacientes que apresentaram sintomatologia psicopática em relação a sua situação ocupacional, assim como com o grupo que apresentou TPA. Foi identificado que a porcentagem dos indivíduos com maior grau de psicopatia está desempregada ($\chi^2=12,12$, $p.< 0,03$), o mesmo ocorrendo com relação do transtorno de personalidade antissocial ($\chi^2=8,60$, $p.<0,02$). Cálculos de teste T de *Student* para amostras independentes indicaram diferenças significativas entre Grupo 1 (par-

ticipantes que não possuem sintomas de TPA) e o Grupo 2 (participantes que possuem sintomas de TPA) quanto ao Fator 1 da psicopatia, $t = -3,44$; $p.< 0,01$ (G1- M = 3,94, DP = 2,94 e G2- M = 7,92, DP=3,37). As médias dos participantes do G2 foram mais elevadas neste fator que indica a presença de déficits de sintomas afetivos como superficialidade, falta de afeto, ausência de culpa, entre outros nestes indivíduos. Também se observa diferenças significativas entre os grupos no Fator 2 da psicopatia ($t = 4,16$; $p.< 0,01$). Sendo que novamente o G2 obteve médias superiores (G1- M=5,47, DP=3,37 e G2- M=10,69, DP=3,44). Foram observadas diferenças significativas entre os grupos e a existência de algum desvio, global ou parcial, da personalidade psicopática ($t= 5,32$; $p.< 0,01$). Do mesmo modo, o G2 apresentou médias superiores (G1- M=9,88, DP=4,91 e G2- M=20,61, DP=6,14). Nesse sentido verifica-se a aproximação entre TPA e psicopatia, o que não surpreende, pois são construtos sobrepostos. Não houve diferença significativa entre as médias dos participantes com e sem transtorno de personalidade antissocial em relação à dependência química (DAST). Foram calculadas correlações entre DQ e psicopatia. Identificou-se correlação positiva da DQ (DAST) com o Fator 2 (Escala HARA-PCL-R) e com desvio da personalidade psicopática, Transtorno Parcial da personalidade psicopática ou Transtorno Global da personalidade psicopática (Tabela 2) .

Tabela 4: Correlações

	DAST
F2 –ESCALA HARE PCL-R	0,475*
TP e TG – ESCALA HARE PCL-R	0,388**

*p. <0,01

**p. < 0,05

DISCUSSÃO

Avalia-se que este estudo atingiu os objetivos a que se propôs inicialmente, confirmando a hipótese inicial sobre a existência de sintomas do TPA e da psicopatia em dependentes de cocaína e/ou crack. A população estudada é de difícil acesso em função das psicopatologias e da condição vulnerável de estar em tratamento o que explica o tamanho da amostra. Apesar disso, foram evidenciados resultados que possibilitaram uma reflexão acerca da relação de comorbidade que se objetivou estudar.

Os resultados demonstraram a maioria dos participantes, dependentes químicos, em estado civil "solteiro" (60%). Este dado pode ser explicado pela dificuldade de usuários de cocaína e/ou crack em manter vínculos afetivos, uma vez que o consumo oportuniza um estilo de vida sem um real comprometimento consigo próprio ou com demais, focalizando apenas na droga.⁷ Ainda, pode-se pensar que um indicativo para esse estilo de vida, que engloba a inexistência de preocupações acerca dos cuidados básicos de saúde física e psíquica, além da ausência de vida social, e uma rede de apoio precária, o que dificulta a reabilitação e o tratamento do dependente químico.³³

Também se observou que a maioria dos dependentes de cocaína e/ou crack da amostra encontrava-se desempregado (60%). Tal constatação pôde ser entendida a partir do que a literatura menciona sobre a DQ e seu impacto na instabilidade profissional do indivíduo.^{7,33} Usuários de cocaína e/ou crack não apresentam condições adequadas de desempenho nas atividades laborais devido ao efeito da droga ou dos possíveis sintomas de abstinência. A dependência de cocaína e, principalmente, do crack, tem por consequência o abandono precoce de responsabilidades, rompimento da vida em sociedade, incluindo o trabalho.⁷ Não estar envolvido em alguma atividade profissional pode também ser um fator de risco para o início e aumento do consumo da droga e da criminalidade como maneira de adquirir a mesma. No presente estudo, os indivíduos com maiores índices de psicopatia também foram os que estavam sem emprego ($p < 0,03$). Este resultado sugere que traços ou um diagnóstico de personalidade psicopática pode aumentar as dificuldades profissionais, assim como os prejuízos dos dependentes químicos nesta área. Sintomas da psicopatia como a impulsividade, irresponsabilidade, tendência ao tédio e ausência de metas em longo prazo contribuem para um baixo desempenho e compromisso profissional.^{27,30} O paciente dependente de cocaína e/ou cra-

ck, que possui o diagnóstico de psicopatia concomitante, tem maiores chances de não se vincular a um emprego formal em comparação ao que não possui tal comorbidade. A situação de desemprego, por sua vez, pode ter como consequência um aumento do abuso de drogas e das possibilidades de recaídas. Dessa forma é evocada a necessidade de que os tratamentos para essa população também considerem aspectos psicossociais e trabalhos multidisciplinares.

O fato de não ter sido significativa a diferença entre participantes com e sem sintomas de TPA no que se refere à DQ ($p = 0,078$) pode representar um erro do tipo I ocasionado pelo tamanho da amostra. A literatura enfatiza a relação entre DQ e TPA.^{1,7,12} Mesmo que no presente estudo não foi verificada a relação entre dependência de cocaína e/ou crack e TPA, o tratamento para pacientes com esta comorbidade pode ser mais complexo, evidenciando as características antissociais, como a dificuldade de se vincular e estabelecer uma aliança terapêutica, questões essenciais para motivar e tratar o paciente com DQ, sendo importante incluir tais aspectos.^{7,12} O paciente dependente químico com TPA apresenta uma alta probabilidade de mobilizar a equipe e os demais pacientes. Estes indivíduos tendem a não aderir às intervenções propostas, ridicularizando ou mesmo tentando agredir verbal ou fisicamente membros da equipe ou demais pacientes, o que pode ocasionar dificuldades e significativa tensão no ambiente.^{7,21,24} As características da personalidade psicopática também podem influenciar diretamente no plano terapêutico e no cuidado da equipe, porém aparecendo sobre a manipulação e encanto superficial que exerce este tipo de paciente, já que a sedução é uma das principais características deste transtorno.¹⁸ Para que exista um tratamento efetivo para pacientes com ambos os diagnósticos é importante que se possa abranger os sintomas do TPA, ou da psicopatia, no tratamento para dependência de cocaína e/ou crack possibilitando uma adequação nas intervenções e tornando-as mais eficazes.

As correlações positivas significativas entre DQ e sintomas da psicopatia indicam que, quanto maior a DQ, maiores foram os sintomas de psicopatia e vice-versa. Este dado demonstra a necessidade de mais estudos que abordem tal comorbidade na DQ, já que a psicopatia, diferente do TPA, não é amplamente discutida, apesar da existência de sintomas próprios e de alta interferência para o indivíduo.¹⁸ A literatura aponta para uma prevalência de dependentes químicos que possuem TPA como comorbidade^{12,1,18,7} e, no presente

estudo, 56,7% dos participantes apresentaram sintomas em diferentes níveis da psicopatia, representando um maior número comparado aos que foram diagnosticados com TPA, que foi de 43,3%. Apesar de haver maior escassez de estudos sobre dependência de cocaína e/ou crack e psicopatia, é constatado que estes pacientes possuem maior resistência de aderência ao tratamento em comparação aos que possuem TPA, necessitando-se assim de um maior conhecimento sobre esta população específica. ¹⁸ Uma hipótese para o baixo número de estudos encontrados sobre esta população pode se dever à tendência de que intervenções psicoterápicas com psicopatas sejam ineficazes pela ausência de motivação que esses indivíduos têm em mudar, não vendo reais problemas em seu funcionamento cognitivo e comportamental. ²⁷

Os resultados apontam para uma correlação positiva entre a DQ (DAST) e o Fator 2 de psicopatia (Escala HARE PCL-R), incluindo sintomas de impulsividade, instabilidade, ou seja, de nível comportamental da psicopatia, que têm maior proximidade com os sintomas do TPA, e que estão associados ao abuso de substância. Esse resultado vai ao encontro da literatura, referindo a externalização dos sintomas do Fator 2 desta escala que se aproximam da conduta antisocial. ¹⁸ A dependência de cocaína e/ou crack pode elevar a presença de comportamentos antisociais encontrados no transtorno da psicopatia ou esses sintomas, de condutas socialmente desviantes, podem aumentar a DQ. Essa mesma linha de pensamento pode explicar a relação entre TPA e o F2 (sintomas comportamentais da psicopatia, como impulsividade e instabilidade) no presente estudo. As características descritas no F2 se assemelham aos critérios diagnósticos do DSM-IV para TPA e estudos já mostram correlação positivas entre estas variáveis. ^{18,30} As diferenças significativas identificadas entre os pacientes que apresentaram TPA em relação ao F1 podem indicar aspectos da população estudada em particular. A literatura aponta para uma relação fraca entre estas variáveis, sendo que pesquisas demonstram um índice de pontuação baixa no F1 (sintomas referentes a déficits em questões emocionais e relacionamentos interpessoais) dos indivíduos que apresentam TPA. ^{18,30} Pontuações mais altas no F1 podem indicar dificuldades para reabilitação do sujeito uma vez que os sintomas são intrínsecos. ³⁰ Dessa forma, os sintomas como superficialidade emocional, ausência de remorso ou culpa, falsidade, falta de empatia, entre outros, são singulares devido aos seus aspectos emocionais inerentes, o que pode interferir no processo de busca pela abstinência

no paciente dependente químico, estando relacionado com a baixa motivação para o tratamento e a não aprendizagem com fatos anteriores, como a recaída. A associação entre TPA e psicopatia confirma o que vem sendo descrito na literatura, na qual ambos os diagnósticos, apesar de suas diferenças, principalmente de caráter emocional, possuem sintomatologias semelhantes. ³⁰

As relações entre DQ, psicopatia e TPA sugerem a necessidade de um tratamento diferenciado para dependentes de cocaína e/ou crack com tais comorbidades. A abordagem terapêutica baseada em intervenções grupais já demonstrou aspectos de ineficácia, em alguns estudos, para estes tipos de transtornos de personalidade, sendo as abordagens mais utilizadas para o paciente dependente químico. ¹⁸ A realização do diagnóstico completo e adequado é de extrema importância para um planejamento terapêutico eficaz, incluindo as características da personalidade na abordagem da dependência química e estratégias de ação. ²¹ Ainda são escassos os estudos que contemplem o desenvolvimento e avaliação de tratamentos para esta população específica. ²⁶ A terapia cognitivo-comportamental, evidenciada para tratamento de DQ, também é indicada para essa relação de comorbidade apoiando-se em um modelo para dupla patologia, sendo a baixa motivação desses pacientes uma dificuldade. ³² A terapia do esquema com duplo foco aparece como uma alternativa para pacientes com este tipo de comorbidade, mas sendo necessários estudos que confirmem a sua eficácia com este propósito. ²

CONCLUSÃO

Dentre as limitações do presente estudo pode-se citar o tamanho da amostra, que não possibilita uma generalização dos resultados. Entretanto, trata-se de uma população de difícil acesso, sendo que foi possível realizar a coleta de dados em apenas uma instituição de reabilitação específica para esta população, e é necessário considerar que todos os pacientes estavam vulneráveis, em tratamento e em abstinência. Porém, os resultados demonstram a necessidade de estudos longitudinais que abordem esta temática, explorando os tratamentos, pois a dependência de cocaína e/ou crack trata-se de um assunto de saúde pública. Pode-se supor que grande parte dos usuários dessas substâncias no Brasil não tenha acesso a tratamentos adequados, pois geralmente não abordam aspectos relacionados a transtornos de personalidade. Foi percebida a escassez de biblio-

grafia nacional que contemplasse a relação da dependência química associada à TPA e, ainda em menor número, em relação à psicopatia. Assim, o presente estudo representa uma contribuição e uma oportunidade de reflexão para evidenciar a importância e necessidade do desenvolvimento de tratamentos mais eficazes para esta população específica.

Correspondência:

Jaluza Aimée Schneider

R. Flores da Cunha, 457, Centro

93010-160 – São Leopoldo/ Rio Grande do Sul.

E-mail: jaluza@hotmail.com

Conflito de Interesse e Fonte de Financiamento Inexistente.

Referências

- 1-Diehl, A, Cordeiro, D, Laranjeira, R. Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. (Artmed) 2011.
- 2-Zanelatto, N, Laranjeira, R. O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais. (Artmed) 2013.
- 3-Scheffer, M, Passa, G. G, Almeida, R. M. M. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. Psicologia: teoria e pesquisa. 2010; 26: 533 – 41.
- 4-Mchug, R. Kathryn, H. B. A, Otto, M. W. Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. Psychiatric Clinics of North America. 2010; 33: 511–25. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.012.
- 5-Dualibi, L. B, Ribeiro, M, Laranjeira, R. Perfil de usuários de cocaína e crack no Brasil. Caderno de Saúde Pública. 2008; 24: 545-57.
- 6-Kolling, N.M, Petry, M, Melo, W. V. Outras abordagens no tratamento da dependência do crack. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. 2011; 7: 7-14.
- 7-Ribeiro, M, Laranjeira, R. O. Tratamento do Usuário de Crack. 2ed 2012.
- 8-Ferreira, A. M. C. Gravidade de dependência química e motivação para o tratamento. O portal dos psicólogos. 2007: 1-31.
- 9-Zaleskil, M. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2006; 28:142-8.
- 10-Alvez, H, Kessler, F, Ratto, L.R. C. Comorbidades: uso

de álcool e outros transtornos psiquiátricos. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2004; 26: 51-3.

11-Silva, C. J, Moura, D, Kolling, N, Castro Nunes, J, Mendes da Cunha, S, Kristensen, C. Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo Exploratório. Aletheia. 2009; 30: 101-12.

12-Costa, J. B. P, Valerio, N. I. Transtorno de personalidade anti-social e transtornos por uso de substâncias: caracterização, comorbidades e desafios ao tratamento. Temas em Psicologia. 2008; 16: 119-32.

13-Associação Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. ed. Revista (DSM-IV-TR). 2002.

14-ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação dos transtornos mentais e do comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Trad. Caetano, D. 1993

15- Davoglio, T.R, Argimon & Lima, I. I.. Avaliação de comportamentos anti-sociais e traços psicopatas em psicologia forense. Avaliação Psicológica. 2010; 9: 111-8.

16-Filho, N. H, Teixeira, M. A. P, Dias, A. C. G.. Psicopatia: o construto e sua avaliação. Avaliação psicologia. 2009; 8: 337-46.

17-Henriques, R. P.. De H. Cleckley ao DSM-IV-TR: a evolução do conceito de psicopatia rumo à medicalização da delinquência. Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental. 2009; 12: 285-302.

18- O'donohue, W, Fowler, K. A, Lilinfeld, S. O. Transtornos de Personalidade em Direção ao DSM-v. (Rocca) 2010.

19- Cleckley, H. The Mask of Sanity. (5th ed.) St. Louis: Mosby. 1976.

20- Alvarenga, M. A. S, Flores-Mendoza, C. E, Gontijo, D. F. Evolução do DSM quanto ao critério categorial de diagnóstico para o distúrbio da personalidade antisocial. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2009; 58: 258-66

21-Beck, A. T.; Freeman, Arthur & Davis Denise. Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade. (Artmed) 2005.

22-Simon, R. Homens maus fazem o que homens bons sonham: Um psiquiatra forense ilumina o lado obscuro do comportamento humano; 2009.

23-Huss, M. T. Psicologia forense: pesquisa, prática clínica e aplicações; 2011.

24-Morana H, STONE, M. H, Abdalla Filho, E. Transtorno

JALUZA AIMÉE SCHNEIDER ¹; CAROLINA MACEDO LISBOA ²; CAROLINE MALLMANN³

¹Mestranda pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos; ²Professora Doutora membro do programa de pós-graduação da PUC-RS; ³Mestranda em Psicologia Clínica pela PUC-RS.

de Personalidade, Psicopatia e Serial Killers. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2006; 28: 74-9.

²⁵-Sousa, H. K. C., Hazboun, A. M., Rocha, Hannia R. R. P., Lucena, M. C. M. D. Transtorno antissocial de la personalidade: um estúdio teórico. Recuperado em 08 de 2012 de: <http://www.neurologia.tv/bibliopsiquis/bitstream/10401/2204/1/8conf950106.pdf>

²⁶-Gibbon, S., Duggan, C., Stroffers, J., Huband, N., Vollm, B., Ferriter, M., Lieb, K. Psychological interventions for antisocial personality disorder. Cochrane Database Systematic Reviews, 2010; 16. doi: 10.1002/14651858.CD007668.pub2.

²⁷-Hare, R. D. Sem consciência o mundo perturbador dos psicopatas que vivem entre nós. 2013. 240p.

²⁸-Skinner, H. A. Psychometric properties of the drug abuse screening test in the patient population. Addictive

Behaviors, 1982, 7.

²⁹-Amarin, P. Mini International Neuropsychiatric Interview. 1999.

³⁰-Morana, Hilda. Escala Hare PCL-R: critérios para pontuação de psicopatia revisados. Versão brasileira. 2004.

³¹-Nunes, L. M. Sobre a Psicopatia e sua avaliação. Arquivos Brasileiros de Psicologia. 2011; 63: 39-48.

³²-González, J. M. M. Substance dependence and personality disorder: relevant variables for their treatment. Papeles del Psicólogo. 2011; 32: 166-174.

³³-Kessler, F. H. P.; Terra, M. B.; Falle, S.; Stolf, A. R.; Peuker, A. C.; Benzano, D. & Pechansky, F. Crack user show high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems. The American Journal on Addiction. 2012; 2: 370-380. doi: 10.1111/j.1521-0391.2012.00245.x.

Prevenção - Tratamento - Ensino - Pesquisa



**CLÍNICA
JORGE
JABER**
www.clinicajorgejaber.com



Atendimentos

INTERNAÇÃO
HOSPITAL - DIA
INDIVIDUAL
GRUPO
PROGRAMA FAMILIAR
AMBULATORIAL
DOMICILIAR

Tratamentos

PSIQUIÁTRICO
DEPENDÊNCIA QUÍMICA
PSICOLÓGICO
TABAGISMO
TRANSTORNO ALIMENTAR

Convênios

AMAFRERJ
AMIL
BRADESCO SAÚDE
CAMARJ
CASSI
ELETROS SAÚDE
EMBRATEL
GAMA SAÚDE
GOLDEN CROSS
MARÍTIMA
MEDSERVICE
NOTREDAME
PETROBRÁS
SULAMÉRICA
UNAFISCO
UNIMED
VALE DO RIO DOCE

CENTRO DE RECUPERAÇÃO

Vargem Pequena - Rio de Janeiro - RJ
Rua Elisio de Araújo, 263
Telefax: (0xx21) 2442-2230 / 2442-2583 / 2442-4354
CEP: 22783 - 360

CONSULTÓRIOS

Leblon - Rio de Janeiro - RJ
Av. Ataulfo de Paiva, 1079/1105
Telefax: (0xx21) 2529-8585 / 2540-9091 / 2540-9056
CEP: 22440-034
e-mail: jjaber@clinicajorgejaber.com.br

Resp. Técnico - CRM 5234556-0/RJ