



Prefeitura do Município de São Paulo
Autarquia Hospitalar Municipal
Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha
"Hospital Municipal do Campo Limpo"



LORENA PINHO FEIJÓ

**COMORBIDADE COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE
ANTISSOCIAL: IMPLICAÇÕES PARA O TRATAMENTO DA
DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

São Paulo

2010

LORENA PINHO FEIJÓ

**COMORBIDADE COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE
ANTISSOCIAL: IMPLICAÇÕES PARA O TRATAMENTO DA
DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**Monografia submetida à Coordenação do Curso de
Residência Médica em Psiquiatria, do Hospital
Municipal do Campo Limpo, como requisito para
obtenção do grau de Psiquiatra.**

Orientador: Fábio Corregiari

São Paulo

2010

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Nitta pelo exemplo e inspiração.

Aos preceptores Dra. Jane, Dra. Renata, Dra Vanessa e Dr. Joel pela amizade e incentivo.

Ao Dr. Fábio pela paciência e disponibilidade.

Às equipes dos CAPS pela acolhida e ensinamentos.

Aos meus pais, irmãos e namorado pelo apoio e incentivo eternos.

“A maneira como o médico dispõe seus pacientes, perto ou longe de si, tem algo a ver com o mundo que ele carrega dentro do seu ser”.

Bourne

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE	9
1.1.1 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL	10
1.2 TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS	12
1.3 COMORBIDADE	14
1.4 IMPLICAÇÕES PARA O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA	15
2. OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	16
3 MÉTODOS	17
3.1 DESENHO DO ESTUDO	17
3.2 SUJEITOS	17
3.3 INSTRUMENTOS	17
3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA	18
4. RESULTADOS	19
5. DISCUSSÃO	23
5.1 ETIOLOGIA	23
5.2 PREVALÊNCIA	25
5.3 TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS	25
5.4 COMPORTAMENTOS DE RISCO E CONSEQUÊNCIAS	26
5.5 TRATAMENTO	27
6. CONCLUSÃO	30
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

<i>Tabela 1 – Critérios diagnósticos do DSM-IV para transtorno da personalidade.</i>	8
<i>Tabela 2 - Classificação dos transtornos de personalidade em grupos.</i>	9
<i>Tabela 3 - Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno de personalidade antissocial.</i>	10
<i>Tabela 4 - Critérios diagnósticos do DSM-IV para Dependência de Substância</i>	12
<i>Tabela 5 - Critérios diagnósticos do DSM-IV para Abuso de Substância.</i>	13
<i>Tabela 6 - Dados sociodemográficos dos pacientes com TPAS</i>	19
<i>Tabela 7 - Uso de substâncias em pacientes com e sem TPAS</i>	20
<i>Tabela 8 - Comportamento de risco e conseqüências relacionadas ao uso de substâncias</i>	20
<i>Tabela 9 - Pontuação no ASI</i>	21
<i>Tabela 10 - Pontuação no ASSIST</i>	21
<i>Tabela 11 - Transtornos psiquiátricos</i>	22
 <i>Figura 1</i> -----	 22

Resumo

Introdução: O transtorno de personalidade antissocial (TPAS) e seu precursor no desenvolvimento, o transtorno de conduta (TC), são fortemente associados com transtornos por uso de substância. Estimativas da prevalência de TPAS em amostras clínicas de pacientes em tratamento para transtorno de uso de substância variam de 7 a 53%. Um diagnóstico de TPAS tem um impacto negativo no prognóstico dos transtornos por uso de substância.

Objetivo: Explorar diferenças clínicas no padrão de uso e na gravidade de dependência química entre portadores de TPAS e não portadores que fazem tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD) e avaliar o impacto do TPAS na adesão ao tratamento após 12 semanas e 1 ano de tratamento.

Métodos: Foram revisados prontuários do período de 1 ano (julho de 2008 a junho de 2009) e incluídos 213 pacientes com 18 anos ou mais que haviam respondido aos questionários ASI, ASSIST e MINI.

Resultados: 20,2% dos pacientes (n=43) apresentaram o diagnóstico de TPAS e estes eram mais jovens, moraram na rua com mais frequência, faziam uso mais frequente de maconha, cocaína e crack, apresentavam mais problemas legais, mais depressão maior, mais risco de suicídio e uma adesão menor ao tratamento após um ano. Não houve diferenças significativas quanto ao sexo, raça, estado civil, nível de escolaridade, comportamentos de risco, abusos ou agressões sofridos e uso de álcool.

Conclusão: Intervenções terapêuticas que levem em consideração tais particularidades possivelmente aumentarão a adesão e o sucesso do tratamento. O tratamento para transtornos relacionados ao uso de substância pode ser visto como uma oportunidade para intervenções que visem à diminuição da ocorrência de atos antissociais.

Palavras-chave: Transtorno de personalidade antissocial, Transtorno relacionado a substância, Tratamento.

Abstract

Introduction: Antisocial personality disorder (ASPD) and its developmental precursor, conduct disorder (CD), are highly associated with substance use disorders (SUD). Estimates of the prevalence of ASPD in clinical samples of patients receiving SUD treatment range from 7 to 53%. A diagnosis of ASPD has a negative impact on the prognosis of SUD. **Objective:** Explore clinical differences in the pattern of use and in the severity of substance dependence among ASPD and non-ASPD individuals seeking treatment in a specialized center for alcohol and drugs (CAPS AD) and evaluate the impact of ASPD diagnosis in the treatment adherence after 12 weeks and 1 year of treatment. **Methods:** Medical records were revised in a period of 1 year (july, 2008 to june, 2009) and 213 patients were included. They were aged 18 or more and had answered ASI, ASSIST and MINI questionnaires. **Results:** 20,2% of the patients (n=43) had the diagnosis of ASPD and they were younger, used to live in the streets more frequently, used cannabis, cocaine and crack more frequently, had more legal problems, more major depression, a greater suicide risk and a poorer treatment adherence after 1 year. **Conclusions:** Therapeutic interventions that consider those features may improve the adherence and the treatment success. The SUD treatment may be the opportunity to decrease antisocial behaviors.

Key-words: Antisocial personality disorder, Substance use disorders, Treatment

1. INTRODUÇÃO

1.1 TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

Segundo o DSM-IV, os transtornos de personalidade, codificados no eixo II, são definidos como experiências subjetivas e comportamentos persistentes que se desviam dos padrões culturais, são rigidamente generalizados, têm início na adolescência ou no início da vida adulta, são estáveis ao longo do tempo e levam a sofrimento e/ou comprometimento. (APA, 1994). A tabela 1 apresenta os critérios diagnósticos gerais para transtornos de personalidade segundo o DSM-IV.

Tabela 1 – Critérios diagnósticos do DSM-IV para transtorno da personalidade.

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

(1) cognição (isto é, modo de perceber e interpretar a si mesmo, outras pessoas e eventos)

(2) afetividade (isto é, variação, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional)

(3) funcionamento interpessoal

(4) controle dos impulsos

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

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

D. O padrão é estável e de longa duração, podendo seu início remontar à adolescência ou começo da idade adulta.

E. O padrão persistente não é mais bem explicado como uma manifestação ou

conseqüência de outro transtorno mental.

F. O padrão persistente não é decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., traumatismo craniano).

Eles são divididos em três agrupamentos (ou *clusters*): Grupo A (excêntricos ou estranhos); Grupo B (dramáticos, imprevisíveis ou irregulares); e Grupo C (ansiosos ou receosos). Ver Tabela 2.

Tabela 2 - Classificação dos transtornos de personalidade em grupos.

Grupo A	Grupo B	Grupo C
Paranoide	Antissocial	Esquiva
Esquizoide	Borderline	Dependente
Esquizotípica	Histriônica	Obsessivo-compulsiva
	Narcisista	

O grupo B (transtorno de personalidade antissocial, *borderline*, histriônica e narcisista), e mais especificamente o transtorno de personalidade antissocial (TPAS) e o transtorno *borderline* têm sido demonstrado como alguns dos transtornos psiquiátricos mais comuns entre os que abusam de substâncias. (TAYLOR, 2005; CHAPMAN et al, 2007; SKINSTAD et al, 2001; TRULL et al., 2004), e que exigem atenção clínica específica. (COHEN et al, 2007)

1.1.1 TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL

O TPAS caracteriza-se por um padrão de comportamentos de irresponsabilidade, impulsividade, e falta de remorso que começa na infância ou adolescência e continua na idade adulta (COMPTON et al, 2005). Apesar de ocorrerem atos antissociais e criminosos de forma persistente, não deve ser entendido como sinônimo de criminalidade. É mais frequente em

homens (3% vs 1%), nas áreas urbanas pobres e se inicia antes dos 15 anos de idade. Em populações de prisões, a prevalência pode chegar a 75%. Apresenta uma associação familiar presente, chegando a ser cinco vezes mais comum entre parentes de primeiro grau de homens afetados do que em controles. (KAPLAN, 2007).

Na entrevista psiquiátrica, mostram-se bem compostos e confiáveis, mas sob a *máscara da sanidade* (termo de Hervey Cleckley) há tensão, hostilidade, irritabilidade e raiva. Geralmente impressionam os entrevistadores do sexo oposto com sedução, enquanto os do mesmo sexo os consideram manipuladores e exigentes. (KAPLAN, 2007).

O transtorno de conduta (TC), um transtorno obrigatório para serem preenchidos os critérios de TPAS segundo o DSM-IV, se caracteriza como um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual são violados os direitos individuais dos outros ou normas ou regras sociais importantes próprias da idade. Tais comportamentos desadaptativos são agrupados em quatro eixos: 1) agressão a pessoas e animais; 2) destruição de patrimônio; 3) defraudação ou furto; e 4) sérias violações de regras (APA, 2002).

Tabela 3 - Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno de personalidade antissocial.

A. Um padrão global de desrespeito e violação dos direitos alheios, que ocorre desde os 15 anos, indicado por, no mínimo, três dos seguintes critérios:

(1) incapacidade de adequar-se às normas sociais com relação a comportamentos lícitos, indicada pela execução repetida de atos que constituem motivo de detenção

(2) propensão para enganar, indicada por mentir repetidamente, usar nomes falsos ou ludibriar os outros para obter vantagens pessoais ou prazer

(3) impulsividade ou fracasso em fazer planos para o futuro

(4) irritabilidade e agressividade, indicadas por repetidas lutas corporais ou agressões físicas

(5) desrespeito irresponsável pela segurança própria ou alheia

(6) irresponsabilidade consistente, indicada por um repetido fracasso em

manter um comportamento laboral consistente ou de honrar obrigações financeiras

(7) ausência de remorso, indicada por indiferença ou racionalização por ter ferido, maltratado ou roubado alguém

B. O indivíduo tem no mínimo 18 anos de idade.

C. Existem evidências de transtorno de conduta com início antes dos 15 anos de idade.

D. A ocorrência do comportamento antissocial não se dá exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia ou Episódio Maníaco.

1.2 TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS

De acordo com o DSM-IV, a dependência e o abuso de substâncias se caracterizam por um padrão mal-adaptativo de uso de determinada substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo. A manifestação da tolerância, da abstinência e do comportamento compulsivo de consumo de drogas presentes na dependência são os critérios essenciais que o diferenciam do abuso de substâncias (APA, 1994). Os critérios diagnósticos para abuso e dependência de substâncias são apresentados nas tabelas 3 e 4.

Segundo o Instituto Nacional de Abuso de Drogas (*National Institute of Drug Abuse*, NIDA), cerca de 40% da população relatam ter usado uma ou mais substâncias ilícitas ao longo da vida, e por volta de 15% o fizeram no último ano. Graus de escolaridade e níveis de renda mais baixos estão associados com história de dependência ao longo da vida (razão de chance acima de 2), mas a raça, a etnia ou o fato de viver em ambiente urbano, não (KAPLAN, 2007).

O abuso e a dependência de álcool, por exemplo, estão associados com acidentes de carro, violência doméstica, síndrome fetal alcoólica, prejuízo neuropsicológico, aderência medicamentosa ruim, custos econômicos e perda de produtividade, e comorbidade psiquiátrica. (CHOU et al, CAETANO et al, LEMOINE et al, BATES et al, BAZARGAN et al, KAMALI et al, TUCKER et al, HARWOOD et al, GRANT et al, HASIN et al apud HASIN et al, 2007).

Os custos associados com o abuso de álcool e drogas nos Estados Unidos (salários e rendimentos perdidos, consequências médicas, uso de serviços especiais, acidentes, etc.) são estimados em 110-170 milhões anualmente, o que justifica a importância dos transtornos por uso de substâncias como uma questão de saúde mental e como um foco de pesquisa (TAYLOR, 2005)

Um estudo feito em 2001 abrangendo as 107 maiores cidades do Brasil entrevistou 8.589 pessoas, com idades entre 12 e 65 anos, chegando aos seguintes resultados: o uso na vida de álcool foi de 68,7%; tabaco: 41,1%; maconha: 6,9%; cocaína: 2,3%; solventes: 5,8%; estimulantes: 1,5%; benzodiazepínicos: 3,3%. Os resultados da pesquisa mostraram que as drogas legais como o álcool e o tabaco são os problemas de saúde pública mais proeminentes no Brasil, embora exista uma visão estereotipada da população que quando fala em drogas pensa apenas na cocaína e na maconha. Os dados mostraram que a nossa realidade do consumo de drogas, embora semelhante à de outros países, tem particularidades que precisam ser respeitadas na elaboração de programas de prevenção e tratamento, para que sejam adequados à nossa população (GALDURÓZ et al, 2005).

Tabela 4 - Critérios diagnósticos do DSM-IV para Dependência de Substância

Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três, ou mais dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

(1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

(a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para alcançar a intoxicação ou efeito desejado

(b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância

(2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

(a) síndrome de abstinência característica para a substância (consultar os Critérios A e B dos conjuntos de critérios para abstinência das substâncias específicas)

(b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência

(3) a substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido

(4) existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância

(5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos

(6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância

(7) o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que possa ser causado ou exacerbado pela substância (por ex., uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool)

Tabela 5 - Critérios diagnósticos do DSM-IV para Abuso de Substância.

A. Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:

(1) uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (por ex., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionados ao uso de substância; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas a substância; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos)

(2) uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico (por ex., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso da substância)

(3) problemas legais recorrentes relacionados à substância (por ex., detenções por conduta desordeira relacionada à substância)

(4) uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos

da substância (por ex., discussões com o cônjuge acerca das consequências da intoxicação, lutas corporais)

B. Os sintomas jamais satisfizeram os critérios para dependência de substância para esta classe de substância

1.3 COMORBIDADE

O TPAS e seu precursor no desenvolvimento, o transtorno de conduta (TC), são fortemente associados com transtornos por uso de substância. O National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) encontrou que, mesmo ajustando para características demográficas e a presença de outros transtornos psiquiátricos, o uso de drogas permanece forte e significativamente associado com TPAS, com uma razão de chances (*odds ratio*, OD) de 2,9 (IC 95%: 2,1 – 4,1). Estimativas da prevalência de TPAS em amostras clínicas de pacientes em tratamento para transtorno de uso de substância variam de 7 a 53%. Um diagnóstico de TPAS tem um impacto negativo no prognóstico dos transtornos por uso de substância, com uso de substância mais intenso e resultados psicossociais piores (FRIDELL et al, WESTERMEYER et al, WOODY et al apud MARIANI, 2008).

Para Jeanette Taylor, 2005, o TPAS pode ser um risco para o desenvolvimento de transtorno por uso de substâncias e essa associação vai além de amostras clínicas, estendendo-se para amostras universitárias e epidemiológicas.

De acordo com Alexander L. Chapman, 2007, os transtornos de personalidade são associados geralmente a um funcionamento psicossocial inferior e interferem com o tratamento de transtornos de uso de substância. Por exemplo, pacientes que abusam de substâncias com transtorno de personalidade comórbido relatam significativamente mais depressão e descontrole comportamental, têm maior risco para infecção de HIV, e são mais envolvidos com abuso de substâncias, comparados a pacientes que abusam de substância sem transtorno de personalidade.

1.4 IMPLICAÇÕES PARA O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Na maioria das vezes, os pacientes com TPAS procuram o tratamento para a dependência química sem ter crítica quanto ao seu diagnóstico de transtorno de personalidade, uma vez que não reconhecem que seus próprios comportamentos interferem nas dificuldades que enfrentam na vida (BECK apud COSTA, 2008).

Após vários estudos apontarem forte correlação entre o TPAS e o transtorno por uso de substâncias, se faz necessário uma melhor avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica nesses pacientes, já que muitas vezes esses transtornos podem ser subdiagnosticados, dificultando o tratamento.

Os obstáculos para o tratamento do TPAS se dão, primeiramente, pelas próprias características do transtorno, que interferem direta e negativamente no tratamento (tais como desconfiança, fuga de intimidade, limitação na capacidade de formar aliança terapêutica de natureza colaborativa, desonestidade, dificuldade de trabalhar com metas de longo prazo e de pensar nas consequências de suas ações antes de agir) (BIELING et al apud COSTA, 2008).

Assanangkornchai e Srisurapanont (2007), a partir de revisão da literatura, confirmam que houve progressos nas intervenções farmacológicas e psicossociais para indivíduos dependentes de álcool. No entanto, apontam para a necessidade de mais pesquisas no campo das intervenções em populações dependentes de álcool com comorbidades psiquiátricas, no intuito de melhorar as estratégias de envolvimento desses pacientes em seus tratamentos (COSTA, 2008).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Este estudo teve como objetivo geral explorar diferenças clínicas no padrão de uso e na gravidade de dependência química entre portadores de transtorno de personalidade antissocial e não portadores que fazem tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD).

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Este estudo teve como objetivo específico avaliar o impacto do TPAS na adesão ao tratamento em um CAPS-AD após 12 semanas e 1 ano de tratamento.

3 MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Foram revisados os prontuários de pacientes atendidos pelo CAPS-AD entre julho de 2008 a junho de 2009. As informações para o estudo foram obtidas exclusivamente por revisão dos prontuários.

3.2 SUJEITOS

Foram elegíveis pacientes consecutivos com idade ≥ 18 anos que responderam ao Alcohol Smoking and Substance Involvement Test (ASSIST) 2.0, ao Addiction Severity Index (ASI) 6 e ao Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Dentre os médicos que trabalharam no serviço no período escolhido, apenas um aplicava o questionário MINI sistematicamente. Os pacientes eram marcados aleatoriamente para consultas com os diferentes psiquiatras.

Foram considerados portadores de Transtorno de Personalidade Antissocial aqueles pacientes que preenchem critérios do DSM-IV segundo o MINI.

3.3 INSTRUMENTOS

Os pacientes responderam aos seguintes questionários e escalas de avaliação utilizados internacionalmente e que estão arquivadas nos prontuários:

1. Alcohol Smoking and Substance Involvement Test – ASSIST – Teste de triagem do envolvimento com fumo, álcool e outras drogas (ASSIST 2.0).

2. The Addiction Severity Index – Escala de Gravidade de dependência (ASI) Versão 6.
3. Mini International Neuropsychiatric Interview – MINI - Brazilian version 5.0.0 DSM – IV.

Não foi incluído no estudo qualquer dado que possa levar à identificação do paciente.

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram submetidos a uma análise univariada, testando-se a existência de associação entre possível diagnóstico de Transtorno de Personalidade Antissocial e Dependência Química usando os seguintes testes: qui-quadrado, teste exato de Fisher e análise de variância (ANOVA). Para a análise multivariada foi realizada uma regressão logística. Todos os procedimentos analíticos foram feitos com a utilização do software SPSS 15.0.

4. RESULTADOS

Dos 213 pacientes com 18 anos ou mais que haviam respondido aos questionários ASI, ASSIST e MINI, 43 (20,2%) tinham o diagnóstico de TPAS. A frequência de TPAS foi maior em homens, em indivíduos de raça não branca, que nunca se casaram ou foram amasiados, e que não trabalhavam na ocasião da entrevista, porém estas diferenças não alcançaram significância estatística. (Tabela 6). Também não houve associação do TPAS com nível de escolaridade (Tabela 6). Um percentual maior de pacientes com TPAS relatou não ter renda suficiente (74,4% vs 64,4%), mas não houve diferença estatística ($p=0,24$). Houve significância estatística em relação ao fato dos pacientes com TPAS serem mais jovens ($29,28 \pm 7,8$ vs $38,93 \pm 11,2$; $p < 0,001$), e morarem na rua com mais frequência.

Tabela 6 - Dados sociodemográficos dos pacientes com TPAS

		n Total	Frequência de TPAS	P
Sexo (213)*	Masculino	183	21,3% (39)	0,313
	Feminino	30	13,3% (4)	
Raça (200)*	Branco	87	19,5% (17)	0,554
	Não brancos	113	23% (26)	
Estado Civil (201)*	Já casaram	120	19,2% (23)	0,349
	Nunca casaram	81	24,7% (20)	
Nível de escolaridade (199)*	Fundamental	135	20,7% (28)	0,75
	Ensino médio	57	24,6% (14)	
	Superior incompleto	7	14,3% (1)	

(*) n total de válidos

TPAS = Transtorno de personalidade antissocial

Pacientes com TPAS usavam mais maconha, cocaína e crack (o que não foi observado em relação ao uso de álcool). A primeira substância problema foi diferente entre pacientes com e sem TPAS, com menor frequência de álcool (25,6% vs 63,1%) e maior frequência de cocaína/crack (62,8% vs 28,7%) ($p < 0,001$).

Tabela 7 - Uso de substâncias em pacientes com e sem TPAS

		Com TPAS	Sem TPAS	p
Já fizeram uso de álcool (201)*	n	41	150	0,912
	%	95,3	94,9	
Já fizeram uso de maconha (200)*	n	41	92	< 0,001
	%	95,3	58,6	
Já fizeram uso de cocaína (200)*	n	39	80	< 0,001
	%	90,7	51	
Já fizeram uso de crack (200)*	n	27	45	< 0,001
	%	62,8	28,7	
1ª substância problema: álcool (200)*	n	11	99	< 0,001
	%	25,6	63,1	
1ª substância problema: cocaína/crack (200)*	n	27	45	< 0,001
	%	62,8	28,7	

()* n total de válidos

TPAS = Transtorno de personalidade antissocial

Comportamentos de risco como uso de drogas injetáveis e número de parceiros sexuais não foram significativamente diferentes. Também não houve associação com as sorologias para hepatite B, hepatite C e HIV com TPAS.

Tabela 8 - Comportamento de risco e conseqüências relacionadas ao uso de substâncias

		Com TPAS	Sem TPAS	p
Uso de drogas injetáveis (197)*	n	4	7	0,21
	%	9,5	4,5	
Dificuldade financeira devido ao jogo (198)*	n	1	2,4	0,26
	%	11	7,1	
Detenção ou prisão (199)*	n	28	51	< 0,001
	%	66,7	32,5	
Abuso ou agressão (198)*	n	2	9	0,832
	%	4,9	5,7	
Já morou na rua (197)*	n	11	20	0,028

	%	26,8	12,8	
Não trabalha (198)*	n	25	85	0,433
	%	61	54,1	

(*) n total de válidos

TPAS = Transtorno de personalidade antissocial

A frequência de detenção ou prisão foi significativamente maior em pacientes com TPAS. O grupo de TPAS apresentou pontuações maiores no ASI para preocupação e necessidade de tratamento por drogas ($p < 0,001$), porém não houve diferença na adesão entre pacientes com TPAS e sem TPAS em 12 semanas de tratamento ($p = 0,202$). Apenas 20,5% dos pacientes estavam abstinentes após 1 ano de tratamento por pelo menos 3 meses, sendo que apenas 4 deles apresentavam TPAS.

Tabela 9 - Pontuação no ASI

		Com TPAS	Sem TPAS	p
Necessidade de tratamento para drogas no ASI (198)*	média	3,46	1,56	< 0,001
Grau de preocupação com as drogas no ASI (198)*	média	2,98	1,29	< 0,001

(*) n total de válidos

TPAS = Transtorno de personalidade antissocial

0=nada, 1=levemente, 2=moderadamente, 3=consideravelmente, 4=extremamente

Tabela 10 - Pontuação no ASSIST

		Com TPAS	Sem TPAS	p
Pontuação no ASSIST para álcool (210)*	Média	13,02	14,34	0,371
Pontuação no ASSIST para maconha (211)*	Média	11,36	4,6	< 0,001
Pontuação no ASSIST para cocaína (211)*	Média	13,58	6,22	< 0,001

(*) n total de válidos

TPAS = Transtorno de personalidade antissocial

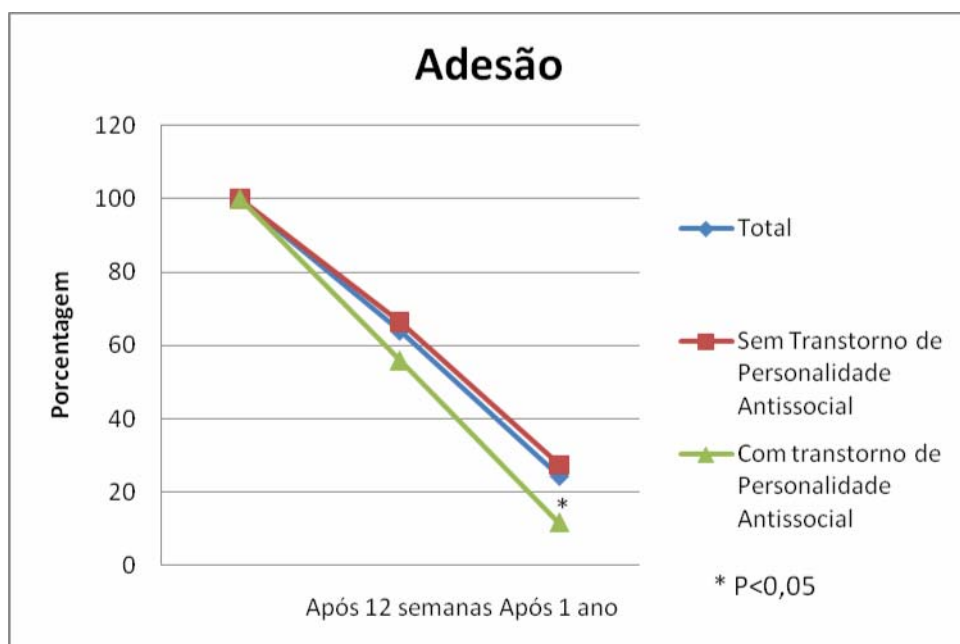


Figura 1 -

Além da dependência de substâncias que não álcool ou tabaco, a única comorbidade psiquiátrica diferente entre os grupos foi depressão maior. O risco de suicídio também foi avaliado como presente com uma frequência maior entre os pacientes portadores do diagnóstico de TPAS.

Tabela 11 - Transtornos psiquiátricos

		Com TPAS	Sem TPAS	p
Depressão maior (213)*	n	18	44	0,039
	%	41,9	25,9	
Risco de suicídio (213)*	n	29	55	< 0,001
	%	67,4	32,4	
Dependência de álcool (213)*	n	29	122	0,577
	%	67,4	71,8	
Dependência de substâncias (213)*	n	36	70	< 0,001
	%	83,7	41,2	

(*) n total de válidos

TPAS = Transtorno de personalidade antissocial

5. DISCUSSÃO

5.1 ETIOLOGIA

Pacientes com transtorno por uso de substâncias e comportamento antissocial são altamente comórbidos e há um agrupamento familiar. Ambos os transtornos são influenciados por traços genéticos e estudos sugerem um risco genético comum para ambos. Algumas pesquisas indicam que a dependência de substância e o comportamento antissocial representam manifestações de um fator comum latente de desinibição comportamental, o que pode em parte explicar a alta comorbidade entre indivíduos e o agrupamento desses pacientes em famílias (SAKAI et al , 2004).

Embora a etiologia do transtorno por uso de substâncias e transtornos de personalidade do Grupo B possa compartilhar risco genético de base comum, temperamento ou estrutura motivacional, o ambiente pode ser crucial em determinar qual transtorno se manifesta (TAYLOR, 2005).

Segundo Jeanette Taylor, 2005, portadores de ambos os transtornos são marcados por impulsividade e pobre controle comportamental e podem resultar em parte de déficits neurobiológicos ou de funcionamento cognitivo executivo compartilhados. Em seu estudo com 123 estudantes, os sintomas de TPAS e de transtorno por uso de álcool e cannabis foram relacionados positiva e significativamente à proporção de amigos que usam álcool e drogas regularmente e usuários de drogas entre parceiros românticos. O número de eventos de vida negativos foi relacionado positivamente a sintomas de transtorno de personalidade e a sintomas de portadores de transtorno por uso de álcool.

Um Sistema de Inibição Comportamental fraco e um Sistema de Ativação Comportamental forte contribuem para a expressão do transtorno por uso de substância e TPAS (FOWLES apud TAYLOR, 2005) e essa área tem sido apoiada por achados de hiporreatividade autonômica entre homens em risco para alcoolismo (FINN et al apud TAYLOR, 2005), garotos adolescentes com transtorno por uso de substâncias (IACONO et al apud TAYLOR, 2005), homens jovens e mulheres com transtorno por uso de substâncias, e

peessoas com psicopatia (FOWLES apud TAYLOR, 2005) – um construto relacionada ao TPAS (TAYLOR, 2005).

Michael C. Stevens, em 2001, concluiu que, para pacientes internados com diagnóstico de abuso/dependência de substâncias, a presença de TPAS comórbido é um preditor mais potente de habilidade cognitiva do que possíveis efeitos deletérios no sistema nervoso devido ao uso de substância. O diagnóstico de TPAS foi associado com habilidade verbal pré-mórbida pior, o que, segundo ele, é consistente com a literatura. O autor afirma que seus achados dão suporte à idéia de que adultos diagnosticados com TPAS comórbido e dependência de substância podem de fato representar dois grupos distintos, possivelmente com substratos biológicos diferentes - aqueles com o diagnóstico de TPAS primário que têm problemas com bebidas, e aqueles com dependência de substância primária que adquirem comportamento antissocial como resultado.

Para Kevin P. Conway, 2003, é plausível que indivíduos especialmente desinibidos sejam propensos a abusarem cronicamente de múltiplas substâncias por causa da falta de mecanismos inibitórios para modificarem adequadamente seu consumo de substâncias aditivas, já que existe uma evidência considerável relacionando déficit de autorregulação e transtorno por uso de substância a certos circuitos cerebrais mesocorticolímbicos. O autor afirma que nenhum tipo de personalidade está propenso ao vício, mas existem diferenças individuais na personalidade que parecem estar associadas com transtorno de uso de substâncias em geral e em menor grau ao tipo de transtorno de uso de substâncias em particular.

Howard B. Moss (2002), ao quantificar o status funcional de famílias cujos pais eram dependentes de substância, com ou sem o diagnóstico de TPAS, encontrou um pior funcionamento nestas famílias do que em famílias normais comparadas. As famílias com dependência de substância dos pais e TPAS, não diferiram significativamente daquelas com dependência de substância sem TPAS, no entanto, pontuaram significativamente pior nas medidas de envolvimento afetivo e controle. As crianças de pais com a dependência de substância e TPAS tiveram maior afiliação a amigos com condutas desviantes do que aquelas com dependência de substâncias sem TPAS e famílias comparadas.

5.2 PREVALÊNCIA

Em estudos de populações que abusam de substâncias, o número de pacientes diagnosticados com TPAS aumentou substancialmente quando a exigência do diagnóstico de transtorno de conduta (TC) não foi aplicada (BROONER et al apud MARIANI, 2009). A estimativa do NESARC para a prevalência de TPAS foi de 3.6% e da síndrome de comportamento antissocial sem TC foi de 12.3% (COMPTON et al apud MARIANI, 2009).

Nossa estatística, que apresentou um percentual de 20,2%, também levou em consideração o diagnóstico de TC. O fato de a população estudada ser de uma área desfavorecida socialmente deve ser levado em consideração. Essa observação é consistente com pesquisas de outros autores que documentam níveis maiores de abuso de substância e TPAS entre indivíduos de classes sociais mais baixas (DOHRENWEND et al apud MOSS, 2002).

Da mesma maneira, nossos dados sociodemográficos se apresentam concordantes com a literatura, sendo o TPAS mais comum em homens jovens não brancos que nunca haviam se casado ou amasiado e que não trabalhavam. Este último dado, de certa forma, representa o critério de irresponsabilidade consistente, que pode estar presente no paciente com TPAS.

John J. Mariani comenta sobre uma percepção mantida comumente de que o uso de cocaína é mais fortemente associado com comportamento antissocial do que o uso de “cannabis”, apesar de faltarem comparações na proporção de TPAS entre indivíduos em tratamento para dependência de cocaína e cannabis. Nossa estatística traz uma diferença discreta em relação aos que já haviam feito uso de cocaína na vida e tinham o diagnóstico de TPAS (32, 8%) e aos que já haviam feito uso de maconha e também tinham o diagnóstico de TPAS (30,8%).

5.3 TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Estudos prévios têm demonstrado que a presença de outros transtornos psiquiátricos dos eixos I e II em pacientes que abusam de drogas com TPAS está associada com aumento

de neuroticismo e problemas psiquiátricos em comparação com pacientes que abusam de droga com TPAS apenas (BROONER et al, ROUSAR et al apud KING, 2001). Dentre os transtornos psiquiátricos diagnosticados em nossa amostra, apenas o episódio depressivo maior atual foi significativamente mais frequente entre os pacientes com TPAS.

Segundo Links, 2003, pacientes com transtorno de personalidade antissocial ou *borderline* têm um risco maior para comportamento suicida quando eles apresentam transtornos comórbidos como episódio depressivo maior ou transtorno por abuso de substância, quando passam por eventos de vida negativos, ou quando eles têm história de abuso sexual na infância. Em nossa estatística, o risco de suicídio também foi mais frequente em pacientes com TPAS, o que deve ser levado em consideração.

5.4 COMPORTAMENTOS DE RISCO E CONSEQUÊNCIAS

Apesar de alguns estudos apresentarem uma associação entre HIV e TPAS, não foi encontrada nenhuma associação em nossa amostra, provavelmente, devido ao n pequeno e ao baixo poder da análise.

Alexander L. Chapman, estudando 105 mulheres encarceradas em 2007, associou o TPAS com uma menor idade de primeira detenção e abuso na infância. O grupo que apresentava as características mais severas de TPAS também apresentava os níveis maiores de sintomas de dependência. Neste grupo as características de TPAS mais frequentes incluíam roubo, atividades ilegais, brigas, dívidas. Inexplicadamente, os achados indicaram uma associação entre abuso na infância e TPAS (entre participantes dependentes de substâncias), mas não entre transtorno de personalidade *borderline*. Em nossa estatística, não houve associação significativa entre abuso na infância e TPAS, no entanto, o percentual de pacientes que já haviam sido detidos ou presos e apresentavam o diagnóstico de TPAS foi estatisticamente significativa, o que está em concordância com a literatura.

Outro dado importante e também significativo foi o fato de que muitos pacientes com TPAS já moraram na rua ou em albergue em algum momento de suas vidas.

5.5 TRATAMENTO

Os transtornos de personalidade têm sido associados a pior resposta ao tratamento em pacientes dependentes de álcool (BOOTH et al, NACE et al, NUMBERG et al apud SKINSTAD, 2001) e drogas (ANDREOLI et al , EL-GUEBALY apud SKINSTAD, 2001), e o TPAS tem sido associado a resultados insatisfatórios nos tratamentos para abuso de drogas (WOODY et al apud COMPTON, 1998). Estudos retrospectivos têm consistentemente mostrado que pacientes que abusam de drogas com TPAS têm problemas mais extensos e graves com o uso de drogas do que comparados com aqueles sem o diagnóstico de TPAS (BROONER et al, WOODY et al apud KING, 2001).

Embora os resultados de vários estudos mostrarem evidência empírica de que o TC e o TPAS são associados com respostas piores ao tratamento, outros estudos não têm replicado essa associação. Uma possível explicação seria que a presença de transtorno psiquiátrico adicional em pacientes com TPAS ameniza os efeitos do diagnóstico de TPAS na resposta ao tratamento (KING, 2001).

Já para Alexander L. Chapman, 2007, achados para o TPAS sugerem que as intervenções devem focar em questões relacionadas ao comportamento criminal ou desviado, incluindo possivelmente um tratamento de fatores cognitivos e comportamentais relacionados à criminalidade bem como inibição comportamental e controle entre pessoas com dependência de substância e características de TPAS.

Para Timothy J. Trull, 2004, aspectos do tratamento cognitivo-comportamental primariamente associados com o tratamento do transtorno de personalidade (terapia comportamental dialética; Linehan, 1993) devem ser usados para ajudar os pacientes a aprenderem a modular respostas afetivas a situações negativas e aprenderem a usar estilos de enfrentamento mais adaptativos, alternativos.

Outros autores, no entanto, concluíram que essas intervenções psicológicas para infratores, tais como terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia de grupo e programas de comunidade terapêutica são completamente ineficazes com psicopatas. Consideram que modificações comportamentais com o objetivo de desenvolver habilidades específicas, terapia

multissistêmica objetivando influências na família e na comunidade local poderiam se provar efetivas com esta população. Acrescentam ainda que os tipos de comprometimentos no processamento cognitivo e emocional que foram postulados como subjacentes à psicopatia podem colocar um obstáculo básico para a efetividade de intervenções puramente psicológicas, necessitando então de medidas farmacológicas para a indução de mudanças no funcionamento dos sistemas neurais subjacentes antes que intervenções cognitivas e comportamentais possam ter um impacto significativo nos comportamentos desadaptativos (HARRIS et al apud O'DONOHUE, 2010).

John J. Mariani, 2008, ao estudar 241 pacientes dependentes químicos, constatou que o TPAS ou o TPAS sem TC não foram associados com pior adesão ao tratamento. Como a psicoterapia profissional tem mostrado efeitos benéficos entre pacientes que tem transtorno por uso de substâncias com TPAS (WOODY et al apud MARIANI, 2008) e todos os pacientes da sua amostra receberam psicoterapia guiada por um manual, essa intervenção pode ter melhorado a adesão.

Em nossa estatística, ao ser avaliada a adesão dos pacientes após 12 semanas e após 1 ano de tratamento, constatamos que houve diferença significativa entre os pacientes com e sem TPAS apenas após um ano, mas esta diferença foi pequena (11,6% VS 27,4%, $p = 0,031$). Uma análise de regressão logística multivariada foi realizada para avaliar se a associação com TPAS é independente de outros fatores associados com a adesão e também com TPAS. As covariáveis selecionadas foram: idade, gênero, uso na vida de maconha, cocaína e crack e diagnóstico de dependência de substâncias no MINI. Ao se controlar por estes fatores na análise, não houve diferença significativa na adesão após um ano de pacientes com ou sem TPAS. Desta forma, não pudemos concluir que a menor adesão nos pacientes com TPAS não se deva à presença de fatores de confusão. Esta análise, no entanto, teve um poder estatístico baixo devido ao pequeno número de pacientes com TPAS que se mantinham aderido após um ano ($n = 5$).

Para melhor utilizar as diferentes estratégias de intervenção terapêutica em pacientes em tratamento para dependência química com diagnóstico de TPAS, precisamos reconhecer e enfrentar as especificidades de cada paciente individualmente. Dentre as diversas especificidades que exigem adequação do tratamento, encontramos o uso mais freqüente de maconha, cocaína e crack, mais problemas legais, mais depressão maior e mais risco de suicídio.

O tratamento farmacológico aliado a técnicas psicológicas provavelmente oferecem mais esperanças para enfrentar estes transtornos desafiadores e custosos.

Pesquisas sistemáticas adicionais poderiam ajudar a encontrar a natureza essencial destes transtornos de alto impacto e contribuir para melhorar estratégias para enfrentá-los.

6. CONCLUSÃO

Concluimos que os pacientes tratados para dependência química em nosso serviço apresentaram mais transtorno de personalidade antissocial do que o esperado na população geral e estes pacientes eram mais jovens, moravam na rua com mais frequência, faziam uso mais frequente de maconha, cocaína e crack, apresentavam mais problemas legais, mais depressão maior e mais risco de suicídio. Pacientes com TPAS também apresentaram uma adesão menor ao tratamento após um ano. No entanto, esta diferença foi pequena e não foi significativa quando a análise foi controlada para fatores de confusão como idade e uso de substâncias que não álcool ou tabaco. Intervenções terapêuticas que levem em consideração tais particularidades e que contenham ações multidisciplinares, possivelmente aumentarão a adesão e o sucesso do tratamento. O TPAS, por vezes encarado como um diagnóstico sem tratamento eficaz, não deve ser considerado um empecilho para o tratamento. Ao contrário, o tratamento para transtornos relacionados ao uso de substância pode ser visto como uma oportunidade para intervenções que visem diminuição da ocorrência de atos antissociais.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHAPMAN A. L.; CELLUCCI T. The role of antisocial and borderline personality features in substance dependence among incarcerated females. *Addictive Behaviors* 2007, v. 32, p.1131–1145.

COHEN P.; CHEN H.; CRAWFORD T. N.; BROOK J. S.; GORDON K. Personality disorders in early adolescence and the development of later substance use disorders in the general population. *Drug Alcohol Depend.* 2007 v. 88(Suppl 1), p. 71-84.

COMPTON W. M.; CONWAY K.P.; STINSON F.S.; COLLIVER J. D.; GRANT B. F. Prevalence, Correlates, and Comorbidity of DSM-IV Antisocial Personality Syndromes and Alcohol and Specific Drug Use Disorders in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2005, v. 66, p. 677-685.

COMPTON W. M.; COTTLER L.B.; SPITZNAGEL E. L.; ABDALLAH A. B.; GALLAGHER T. Cocaine users with antisocial personality improve HIV risk behaviors as much as those without antisocial personality. *Drug and Alcohol Dependence* 1998, v. 49, p. 239–247.

COMWAY K.P.; KANE R.J.; BALL S.A.; POLING J.C.; ROUNSAVILLE B.J. Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence* 2003, v. 71, p. 65-75.

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, v.16, n. 1, p. 119 – 132.

GALDURÓZ J. C. F.; NOTO A. R.; NAPPO S. A.; CARLINI E. A. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005, v.13 (número especial), p. 888-95.

GULARTE M. C. American Psychiatric Association – Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR / American Psychiatric Association. 4. ed.rev. – Porto Alegre: Artmed, 2003.

HASIN D. S.; STINSON F. S.; OGBURN E.; GRANT B. F. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the United States. Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2007, v. 64 (7), p. 830-842.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; SADOCK V. A. *Compêndio de Psiquiatria* 9ª ed. Porto Alegre, 2007, Artes Médicas, p. 860-861.

KING V. L.; KIDORF M. S.; STOLLER K. B.; CARTER J. A.; BROONER R. K. Influence of Antisocial Personality Subtypes on Drug Abuse Treatment Response. *J Nerv Ment Dis* 2001, v. 189 p. 593–601.

LINKS P. S.; GOULD B.; RATNAYAKE R. Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. *Can J Psychiatry* 2003, v. 48 (5), p. 289-91.

MARIANI J.J.; HOREY J. ; BISAGA A.; AHARONOVICH E. ; RABY W. ; CHENG W. Y.; NUNES E.; LEVIN F. R. Antisocial Behavioral Syndromes in Cocaine and Cannabis Dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2008, v.34(4), p. 405–414.

MOSS H. B.; LYNCH K. G.;HARDIE T. L.; BARON D. A. Family Functioning and Peer Affiliation in Children of Fathers With Antisocial Personality Disorder and Substance Dependence: Associations With Problem Behaviors. *Am J Psychiatry* 2002, v.159, p. 607–614.

O'DONOHUE, W.; FOWLER, K. A.; LILIENFELD, S. O. *Transtornos de Personalidade - Em Direção ao DSM-V*. Editora Roca 2010, p. 155-156.

SAKAI J.T.; STALLINGS M.C.; MIKULICH-GILBERTSON S.K.; CORLEY R. P.; YOUNG S.E.; HOPFER C.J.; CROWLEY T.J. Mate similarity for substance dependence and antisocial personality disorder symptoms among parents of patients and controls. *Drug and Alcohol Dependence* 2004, v. 75, p. 165–175.

SKINSTAD A.N. ;SWAIN A. Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *Am J. Drug Alcohol Abuse* 2001 v. 27 (1), p. 45-64.

STEVENS M. C.; KAPLAN R. F.; BAUER L. O. Relationship of cognitive ability to the developmental course of antisocial behavior in substance-dependent patients. *Prog Neuro-Psychopharmacol. & Biol. Psychiat.* 2001, v. 25, p. 1523-1536.

TAYLOR J. Substance User disorders and Cluster B Personality Disorders: Physiological, Cognitive and Environmental Correlates in a College Sample. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2005, v. 31, p. 515-535.

TRULL T. J.; WAUDBY C. J.; SHER K. J. Alcohol, Tobacco, and Drug Use Disorders and Personality Disorder Symptoms. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 2004, v. 12, n 1, p 65–75.