

# Transtorno de Personalidade Anti-Social e Transtornos por Uso de Substâncias: caracterização, comorbidades e desafios ao tratamento

Janelise Bergamaschi Paziani Costa

*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP*

Nelson Iguimar Valerio

*ANPEPP, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP*

## Resumo

O presente trabalho tem como objetivo apresentar apontamentos da literatura a respeito do Transtorno de Personalidade Anti-Social e sua relação com o Transtorno por Uso de Substâncias. Os restritos dados indicam a coexistência de ambos em parcela significativa da população geral, clínica e penitenciária, entretanto, ainda não demonstram informações conclusivas sobre quais os tipos de associações. Indivíduos com Transtorno por Uso de Substâncias, geralmente são subdiagnosticados para o Transtorno de Personalidade Anti-Social; os tratamentos são realizados isoladamente e não consideram a co-ocorrência destes. Por suas características e campos de abrangência, o modelo baseado na teoria cognitivo-comportamental, que já contribui no tratamento de cada um, isoladamente, poderá ser um recurso relevante na abordagem simultânea de ambos os transtornos. Entretanto, há necessidade de mais pesquisas na área e atenção dos profissionais da saúde para a intervenção concomitante dos mesmos.

**Palavras-chave:** Personalidade, Transtorno de Personalidade Anti-Social, Drogas, Transtornos por Uso de Substâncias, Terapia Cognitivo-Comportamental.

## Antisocial Personality Disorder and Substance Use Disorder: Characterization, comorbidities and challenges in treatment

### Abstract

The current work aims at presenting data from the literature in respect to Antisocial Personality Disorder and its relationship with Substance Use Disorder. The scarce data indicate coexistence in a significant percentage of the general, clinical and penitentiary public however conclusive information about which types of associations exist has not been demonstrated. Individuals with Substance Use Disorders are generally underdiagnosed for Antisocial Personality Disorders; patients are treated for these diseases in isolation and coexistence is not considered. Because of its characteristics and wide-ranging approach, the model based on the cognitive-behavioral theory, which already contributes to the individual treatment of disorder, may be a relevant resource in a simultaneous approach to both of them. However, further research in the area is necessary as it is the awareness of healthcare professionals to concomitant intervention for both diseases.

**Keywords:** Anti-social personality disorder, Drugs, Illegal substances disorder, Cognitive-behavioral theory.

### Transtorno de Personalidade Anti-Social

Os Transtornos de Personalidade (TP) – incluindo o Transtorno de Personalidade

Anti-Social (TPAS) - foram introduzidos como categorias diagnósticas na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III), publicada nos anos 80, sendo, a partir desse

momento, seu conceito ampliado e refinado (Pereira, Aparício, Felício, & Bassit, 2007). Entretanto, ainda hoje, os termos TPAS, psicopatia, sociopatia e transtorno de caráter se confundem, ora sendo utilizados como sinônimos, ora diferenciados no espectro dos comportamentos anti-sociais.

Faz-se necessário esclarecer que existem diferentes graus de conduta anti-social, variando desde: 1) comportamentos anti-sociais menos prejudiciais, por serem esporádicos e influenciados pelo ambiente; 2) comportamentos anti-sociais mal-adaptativos, demonstrados no TPAS ou em outros Transtornos de Exteriorização; e 3) condutas mais extremas observadas nas psicopatias. Desta maneira, pode ser dado a um indivíduo um diagnóstico de TPAS, sem que esse apresente psicopatia, da mesma forma que um psicopata pode não ter critérios suficientes para o diagnóstico de TPAS (Del-Ben, 2005; Gabbard, 2006)<sup>1</sup>.

Atualmente, o Transtorno de Personalidade Anti-Social (TPAS) caracteriza-se, segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), como um padrão global de desrespeito e violação dos direitos de outrem. Para o diagnóstico de TPAS, o indivíduo precisa ter, no mínimo, 18 anos de idade e preencher 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” (APA, 2002, p. 660).

Além dos critérios apresentados, para que o diagnóstico seja validado, há necessidade de serem observadas evidências de Transtorno de Conduta (TC), com início antes dos 15 anos de idade e de ser excluída a possibilidade de que a ocorrência do comportamento anti-social não se dê exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou episódio maníaco (APA, 2002).

O Transtorno de Conduta (TC) é caracterizado 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” (APA, 2002, p.124). 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).

Assim, as estratégias hiperdesenvolvidas (excessos comportamentais) em indivíduos com TPAS são: combatividade, exploração, predação, mentira, manipulação, ameaça, resistência ao controle dos outros e ação impulsiva, enquanto as subdesenvolvidas (déficits comportamentais) são: empatia, reciprocidade e sensibilidade social, bem como cooperação com os outros, seguimento de regras sociais e pensamentos sobre as conseqüências de seus atos (Baptista & Morais, 2003; Beck, 2007).

Desta maneira, pode-se dizer que, em indivíduos com TPAS, predomina a indiferença pelos sentimentos alheios - demonstrada por meio de comportamento cruel, cinismo, mentira - o desprezo por normas e obrigações, a baixa tolerância à frustração, a impulsividade e o baixo limiar para a manifestação de atos violentos (OMS, 1993). O TPAS também está associado ao suicídio e aos comportamentos de correr riscos (Guy, Poythress, Douglas, Skeem, & Edens, 2008).

<sup>1</sup> O foco de atenção deste artigo é o TPAS.

Diversos estudos demonstram que o padrão anti-social é mais comum no sexo masculino (Pacheco, Alvarenga, Reppold, Piccinini, & Hutz, 2005; Gabbard, 2006; García & Junior, 2008). Pesquisas que abordam as diferenças de gêneros indicam maior probabilidade de violência para os homens, quando comparados às mulheres, sendo eles mais expostos ao uso perigoso de bebida alcoólica, dependência de substâncias e TPAS. Mulheres são mais expostas a riscos de transtornos de afetividade e ansiedade (Yang & Coid, 2007) e exibem altos níveis de internalização e baixos níveis de externalização, se comparadas aos homens (Kramer, Krueger, & Hicks 2008).

A possível prevalência do Transtorno de Personalidade Anti-Social, segundo o DSM-IV-TR, é de 3% em homens e 1% em mulheres em amostras comunitárias, sendo que, em situações clínicas, pode chegar a 30% (APA, 2002). Já em contextos penitenciários e de reabilitação de delinquentes juvenis, TC e TPAS são uns dos transtornos mentais mais verificados entre a maioria dos que ali se encontram (Assadi et al., 2006; Chapman & Cellucci, 2007; Dembo et al., 2007; Elonheimo et al., 2007).

Várias pesquisas investigam influências genéticas e neurobiológicas no TPAS (Vanconcellos & Gauer, 2004; Del-Ben, 2005; Cordey et al., 2008; Oliveira-Souza et al., 2008; Pajer et al., 2008). Gabbard (2006) expressa, em seus escritos, que fatores biológicos - como baixos níveis de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) e resposta diminuída do sistema nervoso autônomo - e genéticos - como o polimorfismo funcional no gene responsável pela enzima neurotransmissora metabolizada da enzima monoamina oxidase-A (MAO-A) - contribuem para a etiologia desse transtorno.

Já Kirisci, Tarter, Mezzich e Vanyukov (2007), em estudo longitudinal com garotos nas idades de 10-12 a 22 anos, demonstraram que características individuais (como comportamento neurológico desinibitório) em conjunto com fatores contextuais (como baixo status socioeconômico, transtornos por uso de substâncias por parte de seus pais e afiliação a amigos com condutas desviantes), promovem a anti-sociabilidade na adolescência e a alta taxa de transtornos por

uso de substância por esses jovens na vida adulta.

Sobre essa visão desenvolvimentista do comportamento anti-social, pode-se também citar Pacheco et al. (2005) que confirmaram o risco aumentado de crianças com TC apresentarem TPAS no futuro. Observaram que práticas educativas e disciplinas ineficazes, em ambiente que permita a ocorrência de atos anti-sociais, são fatores importantes que favorecem a evolução de um transtorno para o outro.

Destarte, apesar de o TPAS ser o único transtorno de personalidade que não pode ser diagnosticado na infância, necessita de uma evolução durante a história de vida dessas pessoas (Burke, Loeber, & Lahey, 2007; Loney, Taylor, Butler, & Iacono, 2007).

Desta forma, evidencia-se que, apesar de a etiologia do TPAS não ter sido definitivamente esclarecida (Vanconcellos & Gauer, 2004), o aparecimento do transtorno não procede de um fator isolado e a ligação entre vulnerabilidade genética e aspectos psicossociais adversos é claramente favorável ao surgimento de condutas e transtornos anti-sociais (Del-Ben, 2005), sendo esses os preceptores para outros problemas, como o consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas e até mesmo a prisão, como demonstram Pacheco (2005), Gabbard (2006), Grekin, Sher e Wood (2006), Kaplan-Sadock (2007) e García e Junior (2008).

### Transtornos por Uso de Substâncias

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR (APA, 2002) utiliza a terminologia “Transtornos Relacionados a Substâncias” para designar tanto os efeitos de medicamentos e exposição de toxinas quanto os transtornos por consumo de drogas de abuso. Assim, essa ampla categoria é dividida em dois grupos: Transtornos Induzidos por Substância (que inclui Intoxicação com Substância, Abstinência de Substância, *Delirium* Induzido por Substância, Demência Persistente Induzida por Substância, Transtorno Amnésico Persistente Induzido por Substância, Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância, Disfunção Sexual Induzida por

Substância e Transtorno do Sono Induzido por Substância) e Transtornos por Uso de Substâncias (é subdividido em Dependência de Substâncias e Abuso de Substâncias)<sup>2</sup>.

Pode-se observar, tanto na Dependência de Substâncias quanto no Abuso de Substâncias, um padrão de uso mal-adaptativo que gera prejuízos clinicamente relevantes, principalmente aos sistemas cognitivo, fisiológico e comportamental. A diferença essencial entre esses dois grupos está na manifestação da tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga, apresentados exclusivamente no diagnóstico da Dependência de Substâncias, como demonstrado no Quadro 1.

Segundo pesquisadores da área, o consumo de drogas acarreta inúmeros danos físicos (como presença de vasculites, hemorragias subaracnóides, enfartes cerebrais, alterações no fluxo sanguíneo cerebral, perda de peso e desnutrição); cognitivos (como dificuldade de reter novas informações, prejuízo da memória de fixação, alterações na forma do pensamento) (Rangé & Marlatt, 2008); psicológicos; familiares; e sociais, estando, por vezes, associados à criminalidade, ao baixo rendimento escolar e aos prejuízos no trabalho e nas relações interpessoais (Castro, 2004; García & Junior, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o consumo de substâncias psicoativas (p. ex.: álcool, opióides, canabinóides, sedativos, cocaína, anfetaminas e outros estimulantes, cafeína, alucinógenos, nicotina e inalantes) é um problema crescente em todo o mundo (Fontana, 2005; Rangé & Marlatt, 2008).

Estima-se que existam cerca de 40 milhões de usuários dependentes espalhados pelo planeta e que cerca de 20% das internações brasileiras em instituições de saúde mental ocorram por causa do uso de drogas (Castro, 2004). No II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005, foram encontrados os seguintes dados: 22,8% da população pesquisada já fizeram uso de alguma droga, exceto tabaco e álcool; 12,1% eram dependentes de álcool e 10,1%

de tabaco, o que corresponde a uma população de aproximadamente seis e cinco milhões de pessoas, respectivamente (Carlini, 2006).

Em um dos estudos que confirma os dados de pesquisas anteriores, coordenado por Laranjeiras e colaboradores para o I Levantamento Nacional sobre o Padrão de Consumo de Álcool na População Brasileira, foram realizadas 3.007 entrevistas envolvendo adolescentes e adultos de 143 municípios de norte a sul do país. Os principais resultados indicam que, do total da amostra, 3% dos entrevistados apresentavam problemas de uso nocivo e 9% de dependência, perfazendo 12% da população com 18 anos ou mais (Secretaria Nacional Antidrogas, 2007).

Fatores internos (p. ex.: genéticos, ansiedade, depressão, tédio, raiva, frustração, solidão, dor, fome, fadiga, inexistência de repertórios alternativos, baixa auto-estima, estilo de personalidade, entre outros) e externos (p. ex.: experiências iniciais de vida significativas, modelo familiar de abuso de drogas, conflitos interpessoais, pressão social, situações difíceis e incontroláveis), podem constituir riscos para o consumo de drogas. As substâncias psicoativas fornecem também regulação imediata dos estados de humor, como redução da tensão e humor negativo e, em muitos casos, facilitação da sociabilidade (Liese & Frank, 2004; Rangé & Marlatt, 2008).

Pears, Capaldi e Owen (2007) estudaram a transmissão inter-geracional para abuso de substâncias e riscos de uso. Para a pesquisa, utilizaram três gerações em 21 anos de dados colhidos e descobriram que os mecanismos de transmissão para o uso de álcool diferem daqueles para uso de drogas ilícitas. O uso de álcool em uma geração parece estar diretamente relacionado ao uso de álcool na próxima geração, embora cuidados maternos/paternos e controle inibitório, que agem no padrão de comportamento de uso da próxima geração, não pareçam estar influenciados pelo uso de álcool por parte dos pais. Já para as drogas ilícitas, tanto um pobre controle inibitório quanto uma pobre disciplina parental representaram papel de mediação no uso entre gerações.

<sup>2</sup> O destaque no presente artigo é para o grupo Transtornos por Uso de Substâncias.

Portanto, como demonstram Silva e Serra (2004), os transtornos por uso de substância (TUS) são resultados de uma “interação complexa entre cognições (pensamentos, crenças, idéias, esquemas, valores, opiniões, expectativas e suposições); comportamentos; emoções; relacionamentos familiares e sociais; influências culturais e processos biológicos e fisiológicos” (p. 33).

### **Quadro 1: Critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-VI-TR para Dependência de Substância e Abuso de Substância.**

---

#### **Critérios para Dependência de Substâncias**

---

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

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

A – necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância, para obter a intoxicação ou o 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 da substância;

B- A mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;

(3) A substância é freqüentemente 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 (p. ex., consultas a vários médicos ou longas viagens de automóvel), na utilização da substância (p. 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;

O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (p. ex., uso atual de cocaína, embora o indivíduo a reconheça como indutora da sua depressão, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou devido ao consumo do álcool)” (APA, 2002, p.212).

---

---

#### **Critérios para Abuso de Substâncias:**

---

A- “Um padrão mal adaptativo de uso de uma 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 acarretando fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (p. ex., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionados ao uso de substância; faltas; suspensões ou expulsões da escola relacionadas à utilização da substância; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos);

(2) Uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo para a integridade física (p. ex., dirigir veículo ou operar máquina quando prejudicado pelo uso da substância);

(3) Problemas legais recorrentes relacionados à substância (p. 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 desta (p. ex., discussões com o cônjuge acerca das conseqüências da intoxicação, lutas corporais).

B- Os sintomas jamais satisfizeram os critérios para Dependência de Substância relativos a esta classe de substância” (APA, 2002, p.214 ).

---

Várias pesquisas indicam para a correlação entre dependência química e comorbidades psiquiátricas, tais como transtorno depressivo maior, transtorno bipolar, transtornos alimentares (Elberder, Laranjeira, Siqueira e Barbosa, 2008), transtornos de ansiedade, transtornos do humor (Compton, Thomas, Stinson, & Grant, 2007), transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (Biederman et al., 2006), transtorno de conduta (Biederman et al., 2008), e transtornos de personalidade – principalmente o transtorno da personalidade anti-social (Chapman & Cellucci, 2007).

### **Transtorno de Personalidade Anti-Social e Uso de Substâncias**

Os diversos estudos que demonstram a co-ocorrência entre o Transtorno de Personalidade Anti-Social e os Transtornos por Uso de Substância evidenciam fortes associações entre atitudes anti-sociais – como agressividade (Petras et al., 2008), impulsividade (Krueger, Markon, Patrick, Benning, & Kramer, 2007), irresponsabilidade (Walsh, Allen, & Kosson, 2007), delinqüência, alta propensão a ações criminais (Fontaine, 2006; Howard, Balster, Colttler, Wu, & Vaughn, 2008) - e inabilidade de enfrentamento de situações problemas, início precoce de abuso de drogas, reincidência (Fridell, Hesse, & Billsten, 2007; Gustavson et al., 2007), sérios danos psicológicos, mentais e de saúde (Goldstein et al., 2007), além de probabilidade aumentada para morte precoce (Cornelius et al., 2008).

Desta maneira, verifica-se que há fronteiras comuns entre traços de personalidade, processos cognitivos, emocionais, biológicos e contextuais para o risco de transtornos por uso de substância e TPAS (Bobadilla & Taylor, 2007).

Como exemplo desta associação pode-se citar o estudo realizado por Hicks et al. (2007), demonstrando que a Amplitude P3 reduzida é um marcador da vulnerabilidade biológica para transtornos de externalização, como TC, TPAS e dependência de álcool, nicotina e outras drogas. Resultados das investigações de Schlaepfer et al. (2007) sustentam o papel da enzima PKC-Gamma no comportamento impulsivo dos seres

humanos com transtorno de conduta (TC), transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtornos por uso de substâncias (TUS). Na pesquisa de Joyal et al. (2007), durante execução de tarefa, foi observado que o córtex basal-frontal foi significativamente menos ativado em pessoas com esquizofrenia+TPAS+TUS do que em pessoas unicamente com esquizofrenia e em pessoas não violentas sem doença mental. Além disso, maior ativação na região frontal-motor, premotor e cingular anterior foi observada no primeiro grupo comparado ao grupo exclusivo de esquizofrenia.

Para Figlie, Fontes, Moraes, & Payá (2004), crianças que convivem com pais dependentes químicos demonstram maior agressividade e comportamentos anti-sociais, já que vivem em ambientes sem coesão familiar, cuidados básicos e orientações intelectuais e culturais, fatores que aumentam o risco do desenvolvimento de dependência química, associados ao distúrbio de personalidade anti-social.

Grekin et al. (2006), em pesquisa com uma amostra de 3.720 estudantes universitários, investigaram a relação entre características de personalidade e sintomas de dependência química. Os resultados revelaram que o fator anti-sociabilidade predisse múltiplos tipos de dependência química e que traços de personalidade severos foram relacionados diferencialmente à sintomatologia de álcool, drogas ilícitas e tabaco.

Com o objetivo de descrever a relação entre os transtornos de comportamento anti-social (tais como o TPAS e outros) e as características clínicas dos transtornos por uso de substâncias entre adultos da população geral dos EUA, Goldstein et al. (2007), baseando-se na Pesquisa Epidemiológica sobre Álcool e suas Condições Relacionadas do período de 2001-2002, demonstraram que as síndromes anti-sociais estão significativamente correlacionadas ao fenômeno do TUS, sendo que o TPAS está particularmente associado a quadros clínicos mais severos do TUS.

Pesquisa desenvolvida por Westermeyer e Thuras (2005), com 606 pacientes de idades iguais ou superiores a 18 anos, com a finalidade de comparar pacientes com TUS que se diferenciavam na

presença e ausência de TPAS, demonstrou que os pacientes com TPAS apresentavam: a) mais problemas legais, familiares e relacionados a substâncias; b) maior tempo de uso de substâncias psicoativas, principalmente de drogas ilícitas e tabaco; c) idade menor para o primeiro uso de álcool e tabaco; e, d) maior extensão de tratamento (como número de admissões, modalidades dos cuidados, dias e custos).

Como podem ser observados, os dados indicam uma forte correlação entre transtornos por uso de substâncias e transtorno de personalidade anti-social, demonstrada por marcadores biológicos e fatores de riscos ambientais em comum, agravamento do quadro clínico, significativos prejuízos aos indivíduos em longo prazo e necessidade de tratamento em maior extensão. Assim, faz-se necessária uma atenção redobrada no momento da avaliação, do diagnóstico e da intervenção dos indivíduos. Se considerados apenas sintomas e queixas manifestadas espontaneamente, o TPAS e/ou o TUS podem ser sub-diagnosticados e não correlacionados, tornando o tratamento ineficaz.

### **Desafios aos tratamentos do TPAS e TUS**

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 a longo prazo e de pensar nas conseqüências de suas ações antes de agir) (Bieling, McCabe, & Antony, 2008). Além do mais, há poucos estudos sistematizados sobre o tratamento de pacientes com TPAS que possam orientar a elaboração de programas mais efetivos.

Em segundo lugar, mesmo com a prevalência significativa do TPAS, é raro que os problemas relacionados à personalidade sejam a principal queixa dos pacientes que procuram tratamento, uma vez que não reconhecem que seus próprios comportamentos interferem nas dificuldades que enfrentam na vida (Beck et al., 2005).

A maioria dos portadores de transtornos de personalidade busca auxílio profissional devido a sintomas como depressão, ansiedade ou por forças externas, como por exemplo: pressão por parte de membros da família, empregadores, professores e até mesmo por imposição do sistema judiciário (Kaplan & Sadock, 2007). Muitos indivíduos com TPAS buscam tratamento para o transtorno por uso de substância sem reconhecer ou demonstrar interesse em tratar seu transtorno de personalidade.

Com relação ao tratamento do TUS, Liese e Franz (2004) demonstram que as complicações se dão, em parte, pelo fato de o transtorno ser de natureza crônica e, em parte, pelo fato de ser formado por um grupo variado e heterogêneo de pessoas que se envolvem freqüentemente com múltiplas substâncias, com conseqüentes e diversificadas mudanças psicológicas, fisiológicas e comportamentais, além do fato de coexistir, em muitos casos, com outros problemas psicológicos e psiquiátricos.

Informações do I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (Secretaria Nacional Antidrogas, 2007), indicam que parte substancial das pessoas que faziam uso ou apresentavam dependência de álcool necessitavam de alguma forma de tratamento, uma vez que já apresentavam condição mórbida que requeria ação do sistema de saúde.

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.

Desta maneira, a constatação da correlação entre TPAS e TUS e a observação das particularidades e dificuldades no tratamento de cada um reforçam a importância de se fazer uma abordagem integral que considere tanto o uso de substâncias quanto o diagnóstico e o tratamento de outros transtornos mentais associados. Na literatura consultada, foram

encontrados poucos estudos que abordam o tratamento relacionando os dois problemas, além de não ter sido verificada nenhuma pesquisa que mencione concomitantemente o tratamento do TUS e do TPAS.

### **Terapia Cognitiva- Comportamental: TPAS e TUS**

A terapia cognitiva (TC) surgiu, em meados de 1960, como uma resposta à insatisfação das propostas correntes na época para o tratamento de depressão. O principal idealizador da teoria, Aaron T. Beck, em suas primeiras pesquisas, observou que havia semelhanças na forma que pessoas deprimidas avaliavam os acontecimentos internos e externos, principalmente no que diz respeito a um estilo de pensamento negativo em três domínios: sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro. Com esses dados, Beck propôs uma abordagem terapêutica orientada para a cognição, objetivando identificar, examinar e reverter os pensamentos disfuncionais e os comportamentos relacionados, para obter um funcionamento mais adaptativo e satisfatório da personalidade (Wright, Basco, & Thase, 2008).

Desde o início, Beck defendeu a idéia de associar os métodos cognitivos aos comportamentais, já que reconhecia um relacionamento estreito entre cognição e comportamento (Neto, 2002). A teoria comportamental, desenvolvida a partir das idéias de Pavlov, Watson, Skinner e outros behavioristas experimentais, traz, em seu cerne, conceitos sobre os princípios da aprendizagem a partir de fundamentações baseadas no condicionamento respondente e no condicionamento operante, que auxiliam na compreensão das leis que regem o comportamento (Skinner, 1998; Baum, 1999).

Nessa abordagem, diz-se que o comportamento é função do “ambiente”, ou seja, todo e qualquer evento é capaz de afetar o organismo, sendo ele privado (sentimentos, emoções, sensações, pensamentos) ou público (Skinner, 1998).

Desta maneira, os princípios do modelo cognitivo-comportamental giram em torno da idéia de que o processamento cognitivo, ou seja, a interpretação dos fatos, a avaliação cognitiva sobre os acontecimentos vividos

interna e externamente, tem papel fundamental nas reações emocionais e nos comportamentos apresentados pelo indivíduo. Pode-se dizer que as três áreas (cognição, emoção e comportamento) estão interligadas e, dependendo do formato dessa relação, haverá um funcionamento saudável ou desadaptado da personalidade (Falcone, 2001).

Com a evolução da teoria, sempre preconizando a utilização do método científico e de pesquisas controladas, os fundamentos e métodos descritos por Beck e por outros colaboradores do modelo cognitivo-comportamental estenderam-se tanto a uma variedade de quadros clínicos - p. ex.: depressão, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, esquizofrenia, transtorno bipolar, dor crônica, transtornos de personalidade e abuso de substâncias - quanto a vários ambientes, como hospitais, escolas e clínicas (Falcone, 2001; Wright et al., 2008).

Pesquisas com ênfase na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) (Falcone, 2001; Neto, 2002; Abreu, 2004; Pereira, 2004) demonstram que pessoas com transtornos psiquiátricos têm uma alta frequência de pensamentos automáticos distorcidos, exagerados, equivocados e muito rígidos. Dessa maneira, os julgamentos tornam-se absolutos e generalizados, incorrendo em erros e distorções cognitivas com crenças fundamentais inflexíveis. Nesta linha de raciocínio, o que gera o comportamento problema - pensamentos disfuncionais, comportamentos desadaptativos e emoções negativas - é o processamento cognitivo da realidade pessoal do indivíduo.

Neste sentido, alguns dos objetivos da TCC são: ajudar os pacientes a desenvolver estilo acurado, racional e preciso de processamento de informações e auxiliá-los na aprendizagem de novas estratégias para atuar no ambiente, a fim de promover as mudanças necessárias. Assim, o maior impulso da Terapia Cognitivo-Comportamental é em direção à compreensão da natureza e do desenvolvimento do repertório comportamental de um indivíduo e dos processos cognitivos que o acompanham (Wright et al., 2008).

Entretanto, para que os objetivos terapêuticos sejam alcançados, é fundamental o estabelecimento de uma relação terapêutica satisfatória, segura, ativa, colaborativa, diretiva e estruturada, educativa, orientada para o presente e voltada para o problema (Falcone, 2001; Abreu, 2004; Pereira, 2004).

Para o tratamento do TPAS, o modelo de TCC dá ênfase às interações entre as crenças nucleares dos indivíduos, às estratégias interpessoais disfuncionais e caracteristicamente superdesenvolvidas e às influências ambientais (Beck, 2004). Desta maneira, no decorrer do tratamento, alguns objetivos são traçados, tais como: correlação entre pensamentos distorcidos e comportamentos desadaptativos; reestruturação cognitiva; desenvolvimento de habilidades de enfrentamento (como assunção da perspectiva, comunicação efetiva, regulação das emoções, autocontrole, tolerância à frustração, assertividade, pensamentos consequenciais e adiamento da resposta); automonitoramento; ampliação do leque de interesses e domínio interpessoal e habilidade de construção de escolhas construtivas (Beck et al., 2005).

Já para o tratamento das adições, o modelo de prevenção de recaída, o modelo cognitivo de abuso de substâncias e o modelo dos estágios de mudanças são os mais abordados por terapeutas e pesquisadores que atuam nesta área de conhecimento. São utilizadas nestas intervenções, estratégias como treinamento de habilidade social, treinamento do autocontrole e da assertividade, treinamento de relaxamento, entrevista motivacional breve, manejo do estresse, da depressão e da ansiedade, identificação de situações de alto risco e reestruturação cognitiva (Rangé & Marlatt, 2008).

Além disso, a TCC, utilizada tanto como prática psicoterápica individual quanto grupal, é aplicada concomitante a outros tratamentos (p.ex.: medicamentoso), nas várias modalidades de intervenção disponíveis para abuso e dependência de drogas, tais como a hospitalização para desintoxicação e reabilitação, a internação-dia em psiquiatria geral e o tratamento ambulatorial.

Todavia, mesmo com a evolução da TCC em sua prática e pesquisa, não há ainda estudos sobre intervenção cognitivo-comportamental para pacientes dependentes/abusadores químicos com TPAS. Sugerem-se, assim, pesquisas futuras nesta área de atuação, as quais poderão ajudar na melhora do manejo da sintomatologia do TPAS, com conseqüente maior adesão ao tratamento do TUS.

### Considerações Finais

Por razão da sintomatologia apresentada no TPAS, muitos consideram indivíduos com este transtorno incapazes de se beneficiar de um tratamento, principalmente por entenderem que problemas desse tipo são de natureza crônica, permanente e refratária. Da mesma forma, pesquisadores e terapeutas da área ponderam que os tratamentos para o TUS demonstram prognósticos pouco favoráveis.

Entretanto, aqueles que se baseiam nos modelos cognitivo e comportamental que focam, respectivamente, o composto de crenças e de comportamentos relacionados, exibidos com frequência por pessoas com TPAS e TUS, têm como princípio o fato de que, apesar da intervenção desses pacientes representar desafios expressivos, os transtornos são tratáveis dependendo da motivação dos indivíduos para a mudança.

Desta maneira, esforços consideráveis em busca de tratamentos mais eficientes/eficazes, tanto para TPAS quanto para TUS, devem ser empreendidos, já que prejudicam severamente a vida dos indivíduos, como também a das pessoas próximas e a da sociedade como um todo.

Além do mais, a coexistência de ambos os transtornos em parcela significativa da população deve ser cuidadosamente avaliada para que o TPAS e/ou o TUS não sejam subdiagnosticados e não correlacionados, tornando o tratamento limitado.

Na literatura, não foram encontrados estudos que abordam tratamentos para ambos os transtornos simultaneamente. As pesquisas estão voltadas mais para a etiologia, o desenvolvimento, as conseqüências e a prevalência em populações específicas, como também para a identificação das comorbidades presentes entre os transtornos.

Entretanto, os dados indicam que apenas estudos mais aprofundados, que consideram a relação entre TPAS e TUS, podem contribuir para a promoção de um trabalho mais eficaz e para a promoção de uma melhoria na qualidade de vida desta população.

Destá forma, apesar de os tratamentos para a TPAS e para o TUS constituírem-se de desafios expressivos e da necessidade de esforços consideráveis para obtenção de resultados positivos, pesquisas envolvendo modelos e técnicas de intervenção, como a terapia cognitivo-comportamental, poderão trazer informações relevantes que demonstrem possibilidades de abordagens conjuntas para ambos os transtornos.

### Referências

- Abreu, C. N. Introdução às terapias cognitivas (2004). In: Abreu, C. N. e Guilhardi, H. J. *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental – Práticas Clínicas*. São Paulo: Roca.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª ed. Texto revisado (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed.
- Assadi, S. M., Noroozian, M., Pakravanejad, M., Yahyazadeh, O., Aghayan, S., Shariat, S. V., & Fazel, S. (2006). Psychiatric morbidity among sentenced prisoners: prevalence study in Iran. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 159-164.
- Assananglornchai, S., & Srisurapanont, M. (2007). The treatment of alcohol dependence. *Current Opinion in Internal Medicine*, 6(4), 402-407.
- Baptista, M. N., & Morais, P. R. (2003). Transtornos de personalidade e psicoterapia cognitiva. In: Brandão, M.Z., et al. *Sobre Comportamento e Cognição: Clínica, Pesquisa e Aplicação* (v. 12). Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Baum, W. M. (1999) *Compreender o Behaviorismo: ciência, comportamento e cultura*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (2004). Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade. In: Salkovskis (Ed.), *Fronteiras da terapia cognitiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Beck, J. S. (2007). *Terapia cognitiva para desafios clínicos: o que fazer quando o básico não funciona*. Porto Alegre: Artmed.
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E., Silva, J. M., Snyder, L. E., & Faraone, S. V. (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up. *Psychological Medicine*, 36(2), 167-179.
- Biederman, J., Petty, C. R., Dolan, C.; Hughes, S., Mick, E., Monuteaux, M. C., & Faraone, S. V. (2008). The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study. *Psychological Medicine*, 38(7), 1027-1036.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2008). *Terapia cognitivo-comportamental em grupo*. Porto Alegre: Artmed.
- Bobadilla, L., & Taylor, J. (2007) Relation of physiological reactivity and perceived coping to substance use. *Addictive Behaviors*, 32(3), 608-616.
- Burke, J. D., Loeber, R., & Lahey, B. B. (2007). Adolescent conduct disorder and interpersonal callousness as predictors of psychopathy in young adults. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36(3), 334-346.
- Carlini, E. A. (Super.) (2006). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005*. SP: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo.

- Castro, V. (2004). Dependência química – prevenção de recaída: contribuições da terapia cognitiva comportamental. In: Brandão, M. Z., et al. *Sobre Comportamento e Cognição: Contingências e Metacontingências: Contextos sócios-verbais e o Comportamento do Terapeuta* (v. 13). Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Chapman, A. L., & Cellucci, T. (2007). The role of antisocial and borderline personality features in substance dependence among incarcerated females. *Addictive Behaviors*, 32(6), 1131-1145.
- Compton, W. M.; Thomas, Y. F.; Stinson, F. S. e Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 566-576.
- Cordey, R. P., Zeiger, J. S., Crowley, T., Ehringer, M. A., Hewitt, J. K., Hopfer, C. J., Lessem, J., McQueen, M. B., Rhee, S. H., Smolen, A., Stallings, M. C., Young, S. E., & Krauter, K. (2008). Association of candidate genes with antisocial drug dependence in adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 96(1-2), 90-98.
- Cornelius, J. R., Reynolds, M., Martz, B. M., Clark, D. B., Kirisci, L., & Tarter, R. (2008). Premature mortality among males with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 33(1), 156-160.
- Del-Ben, C. M. (2005). Neurobiologia do transtorno de personalidade anti-social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 27-36.
- Dembo, R., Jainchill, N., Turner, C.; Fong, C., Farkas, S., & Childs, K. (2007). Levels of psychopathy and its correlates: a study of incarcerated youths in three states. *Behavioral Sciences & the Law*, 25 (5), 717-738.
- Elbreder, M. F., Laranjeira, R., Siqueira, M. M., & Barbosa, D. A. (2008). Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), 9-15.
- Elonheimo, H., Niemela, S., Parkkola, K., Multimaki, P., Helenius, H., Nuutila, A. M., & Sourander, A. (2007). Police-registered offenses and psychiatric disorders among Young males: the Finnish from a boy to a man birth cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(6), 477-484.
- Falcone E. (2001). Psicoterapia Cognitiva. In: Rangé, B (Org). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Figlie, N., Fontes, A., Moraes, E., & Payá, R. (2004). Filhos de dependentes químicos com fatores de risco biopsicossociais: necessitam de um olhar especial? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(2), 53-62.
- Fontaine, R. G. (2006) Evaluative behavioral judgments and instrumental antisocial behaviors in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 26(8), 956-967.
- Fontana, A. M. (2005). *Manual de clínica em psiquiatria*. SP: Editora Atheneu.
- Fridell, M., Hesse, M., & Billsten, J. (2007). Criminal behavior in antisocial substance abusers between five and fifteen years follow-up. *American Journal on Addictions*, 16(1), 10-14.
- Gabbard, G. O. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. (4 ed.) Porto Alegre: Artmed.
- García, K. S. L., & Junior, M. L. C. (2008). Antisocial behavior and alcohol consumption by school adolescents. *Latino-Americana de Enfermagem*, 16(2), 299-305.
- Garner, B. R., Godley, M. D., Funk, R. R., Dennis, M. L., & Godley, S. H. (2007). The impact of continuing care adherence on environmental risks, substance use and substance-related problems Following Adolescent Residential Treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(4), 488-497.

- Goldstein, R. B., Compton, W. M., Pulay, A. J., Ruan, W. J., Pickering, R. P., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2007). Antisocial behavioral syndromes and DSM-IV drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence, 90*(2-3), 145-158.
- Grekin, E. R., Sher, K. J., & Wood, P. K. (2006). Personality and substance dependence symptoms: modeling substance-specific traits. *Psychology of Addictive Behaviors, 20*(4), 415-424.
- Gustavson, C., Stahlberg, O., Sjodin, A. K., Forsman, A., Nilsson, T., & Anckarsater, H. (2007). Age at onset of substance abuse: a crucial covariate of psychopathic traits and aggression in adult offenders. *Journal of Psychiatric Research, 153*(2), 195-198.
- Guy, L. S., Poythress, N. G., Douglas, K. S., Skeem, J. L., & Edens, J.F. (2008). Correspondence between self-report and interview-based assessments of antisocial personality disorder. *Psychological Assessment, 20*(1), 47-54.
- Hicks, B. M., Bernat, E., Malone, S. M., Iacono, W. G., Patrick, C. J., Krueger, R. F., & McGue, M. (2007). Genes mediate the association between P3 amplitude and externalizing disorders. *Psychophysiology, 44*(1), 98-105.
- Howard, M. O., Balster, R. L., Colttler, L. B., Wu, L. T., & Vaughn, M. G. (2008). Inhalant use among incarcerated adolescents in the United States: prevalence, characteristics, and correlates of use. *Drug and Alcohol Dependence, 93*(3), 197-209.
- Joyal, C. C.; Putkonen, A.; Mancini-Marie, A.; Hodgins, S.; Kononen, M.; Boulay, L.; Pihlajamaki, M.; Soininen, H.; Stip, E.; Tihonen, J. e Aronen, H. J. (2007). Violent persons with schizophrenia and comorbid disorders: a functional magnetic resonance imaging study. *Schizophrenia Research, 91*(1-3), 97-102.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. (9 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Kirisci, L., Tarter, R., Mezzich, A., & Vanyukov, M. (2007). Developmental trajectory classes in substance use disorder etiology. *Psychology of Addictive Behaviors, 21*(3), 287-296.
- Kramer, M. D., Krueger, R. F., & Hicks, B. M. (2008). The role of internalizing and externalizing liability factors in accounting for gender differences in the prevalence of common psychopathological syndromes. *Psychological Medicine, 38*(1), 51-61.
- Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., Benning, S. D., & Kramer, M. D. (2007). Linking antisocial behavior, substance use, and personality: an integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(4), 645-666.
- Laranjeiras, R. et al. (Org) (2007). *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas.
- Liese, B. S., & Frank, R. A. (2004). Tratamento dos transtornos por uso de substâncias com a Terapia Cognitiva: Lições Aprendidas e Implicações para o Futuro. In: Salkovskis (Ed.), *Fronteiras da terapia cognitiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Loney, B. R., Taylor, J., Butler, M. A., & Iacono, W. G. (2007). Adolescent psychopathy features: 6-year temporal stability and the prediction of externalizing symptoms during the transition to adulthood. *Aggressive Behavior, 33*(3), 242-252.
- Morana, H. C. P.; Stone, M. H. e Abdalla-Filho, E. (2006). Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 28*(2), 74-79.

- Neto, A. R. N. Terapia cognitivo-comportamental na psicologia da saúde (2002). In: Guilhardi H. J. et al. *Sobre Comportamento e Cognição: Contribuições para a Construção da Teoria do Comportamento* (v. 10). Santo André, SP: ESETEC Editores Associados.
- Oliveira-Souza, R., Hare, R. D., Bramati, I. E., Garrido, G. J., Azevedo, I. F., Tovar-Moll, F., & Moll, J. (2008). Psychopathy as a disorder of the moral brain: fronto-temporo-limbic grey matter reductions demonstrated by voxel-based morphometry. *Neuroimage*, 40(3), 1202-1213.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Pacheco, J., Alvarenga, P., Reppold, C., Piccinini, C. A., & Hutz, C. S. (2005). Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a adolescência: uma perspectiva desenvolvimentista. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 55-61.
- Pajer, K., Chung, J., Leininger, L., Wang, W., Gardner, W., & Yeates, K. (2008). Neuropsychological function in adolescent girls with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(4), 416-425.
- Pears, K., Capaldi, D. M., & Owen, L. D. (2007). Substance use risk across three generations: The roles of parent discipline practices and inhibitory control. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(3), 373-386.
- Pereira, F. S., Aparício, M. A. M., Felício, J.L., & Bassitt, D. P. (2007). Transtorno de personalidade na terceira idade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 18-22.
- Pereira, M. (2004). Transtornos de Personalidade. In: Knapp, Paulo, *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Petras, H., Kellan, S. G., Brown, C. H., Muthén, B. O., Jalongo, N. S., & Poduska, J. M. (2008). Developmental epidemiological courses leading to antisocial personality disorder and violent and criminal behavior: effects by young adulthood of a universal preventive intervention in first-and second-grade classrooms. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(1), 545-559.
- Rangé, B. P., & Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 88-95.
- Schaeffer, I. R., Clegg, H. V., Corley, R. P., Crowley, T. J., Hewitt, J. K., & Hopfer, C. J. (2007). The human protein Kinase C gamma gene (PRKCG) as a susceptibility locus for behavioral disinhibition. *Addiction Biology*, 12(2), 200-209.
- Silva, C. J., & Serra, A. M. (2004). Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em Dependência Química. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 33-39.
- Skinner, B. F. *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- Vasconcellos, S. J. L., & Gauer, G. J. C. (2004). A abordagem evolucionista do transtorno de personalidade anti-social. *Revista de Psiquiatria do RS*, 26(1), 78-85.
- Walsh, Z., Allen, L. C., & Kosson, D. S. (2007). Beyond social deviance: substance use disorders and the dimensions of psychopathy. *Journal of Personality Disorders*, 21(3), 273-288.
- Westermeyer, J., & Thuras, P. (2005). Association of antisocial personality disorder and substance disorder morbidity in a clinical sample. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31(1), 93-110.
- Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.

Yang, M., & Coid, J. (2007). Gender differences in psychiatric morbidity and violent behavior among a household population in Great Britain. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(8), 599-605.

*Enviado em Fevereiro de 2009*  
*Revisado em Abril de 2009*  
*Aceite final em Maio de 2009*  
*Publicado em Dezembro de 2009*

**Nota dos Autores:** Janelise Bergamaschi Paziani Costa/ Psicóloga; Mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP. Nelson Iguimar Valerio/ Doutor em Psicologia pela PUCCampinas; Membro do Grupo de Pesquisa em Psicologia da Saúde em instituições e na comunidade da ANPEPP; Docente, Orientador e Pesquisador do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP.