



**PSICOPATIA: INFLUÊNCIAS AMBIENTAIS, INTERAÇÕES
BIOSSOCIAIS E QUESTÕES ÉTICAS**

**TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS
NA SÍNDROME DE ASPERGER**

DEPENDÊNCIA DE TECNOLOGIA: AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO

DEPRESSÃO E CÂNCER DE MAMA

**TRANSTORNOS PSICÓTICO E CATATÔNICO
DEVIDO A PRÉ-ECLÂMPسيا**

**INTEGRANDO PSICOTERAPIA E PSICOFARMACOLOGIA:
MANUAL PARA CLÍNICOS**



VOCÊ JÁ CONHECE O PEC-ABP?

○ **Programa de Educação Continuada da ABP (PEC-ABP)** é um sistema de e-learning oferecido pela ABP através do formato audiovisual exclusivamente para associados.

Ele é transmitido via internet disponível 24 horas por dia com novas aulas **toda semana.**

Acesse agora e tenha um mundo de conhecimento em um clique.

WWW.PEC-ABP.ORG.BR

//////////// APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO



ANTÔNIO GERALDO DA SILVA
EDITOR



JOÃO ROMILDO BUENO
EDITOR

Prezados leitores,

Aqui estamos ao início de mais um ano, apresentando-lhes a primeira edição da nossa Revista Debates em Psiquiatria. E, desta vez, temos novidades!

Desde o lançamento do primeiro número da revista, mas especialmente nos últimos 4 anos, buscamos aumentar o padrão de qualidade de nossa publicação, seja no que diz respeito à seleção dos artigos, seja nos aspectos de fluxo editorial e produção técnica. Nesse caminho de inovação e melhoria, nada mais natural que os “pais” da criança quererem trazer para sua equipe novas contribuições e novos talentos, de forma que as ações sejam realizadas com a energia necessária à conquista dos objetivos. Assim, temos o prazer de anunciar uma mudança no expediente da RDP: nós, João Romildo Bueno e Antônio Geraldo da Silva, até agora os editores-chefes à frente da publicação, passaremos a atuar como editores seniores. Assumirão como editores-chefes, em nosso lugar, Breno Satler Diniz, Marcelo Feijó de Mello, Valeria Barreto Novais e José Carlos Appolinário, devidamente apoiados e assessorados pelos editores associados e editores juniores designados. Convidamos os leitores a conferirem os novos integrantes do Conselho Editorial na página do Expediente.

Temos vários projetos em andamento e estudo, alguns ainda em discussão, outros já em fase de implementação. Sendo assim, aguardem mais novidades em breve! Enquanto isso, convidamos a todos os leitores a submeterem artigos para avaliação. Participe do crescimento da RDP!

Este primeiro número editado pelo novo Conselho Editorial traz duas revisões. Na primeira, Helena Dias de Castro Bins, em coautoria *in memoriam* com o ilustre José Geraldo Vernet Taborda, fala sobre a psicopatia do ponto de vista da psiquiatria forense, discutindo influências ambientais, interações biossociais e questões éticas relacionadas à condição. A autora descreve novos modelos ainda em fase de pesquisa, em uma tentativa de melhor entendimento da causalidade da psicopatia. Como a própria autora coloca, temos, neste momento, mais perguntas do que respostas, especialmente na área das questões éticas. De qualquer forma, esta revisão permite que fiquemos cientes dos conhecimentos e controvérsias atuais.

No segundo artigo de revisão, Maria Cecília Gomes Pereira Ferreira de Lima e Mariana Guimarães Dilascio discorrem sobre o treinamento de habilidades sociais (THS) na síndrome de Asperger, que os classificadores do DSM-5 colocam como transtorno do espectro autista e que cursa com comprometimento da socialização, da comunicação verbal e não verbal e da flexibilidade cognitiva e comportamental. As autoras fazem uma apresentação minuciosa da síndrome e descrevem cada um dos objetivos do THS. As autoras reforçam a capacidade do THS de melhorar a qualidade de vida e reduzir os sintomas psiquiátricos nesses pacientes.

A seguir, temos dois artigos de atualização. Primeiro, Daniel Tornaím Spritzer et al. trazem um artigo sobre dependência de tecnologia, assunto extremamente pertinente haja vista o mundo atual, cada vez mais influenciado pelas tecnologias. Os autores discorrem sobre cada um dos subtipos do transtorno (jogos eletrônicos, redes sociais e *smartphones/wearables*) e apresentam critérios de avaliação e diagnóstico.

Na segunda atualização, Renata Demarque et al. exploram o câncer de mama e sua frequente coexistência com depressão. Os autores enfatizam a desestruturação que o diagnóstico de câncer de mama e seu tratamento trazem para a vida da mulher, abrindo um espaço importante para uma área de atuação bem específica: a oncopsiquiatria.

No último artigo, Rafael Moreno Ferro de Araújo e Carlos Alberto Iglesias Salgado, em um relato de caso inédito, descrevem a ocorrência singular de transtorno psicótico e transtorno catatônico em uma paciente gestante devido a pré-eclâmpsia. Tendo em vista a escassez de informações sobre as manifestações psiquiátricas da pré-eclâmpsia, o caso salienta a importância do papel do clínico no sentido de suspeitar de manifestações neuropsiquiátricas secundárias a condições obstétricas patológicas.

Para terminar, Mariana Rheded Mendes e Ivete Contieri Ferraz resenham o livro *Integrando psicoterapia e psicofarmacologia: manual para clínicos*, lançado ano passado pelo Grupo A.

Contamos com o apoio dos nossos leitores e autores ao longo de 2016! Boa leitura!

Antônio Geraldo da Silva e João Romildo Bueno
Editores Seniores, Revista Debates em Psiquiatria



DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente: Antônio Geraldo da Silva - DF
Vice-Presidente: Itiro Shirakawa - SP
1º Secretário: Claudio Meneghello Martins - RS
2º Secretário: Mauricio Leão - MG
1º Tesoureiro: João Romildo Bueno - RJ
2º Tesoureiro: Alfredo Minervino - PB

DIRETORES REGIONAIS

Diretor Regional Norte: Aparício Carvalho de Moraes - RO
Diretor Regional Adjunto Norte: Maria da Graça Guimarães Souto - MA
Diretor Regional Nordeste: Fábio Gomes de Matos e Souza - CE
Diretor Regional Adjunto Nordeste: Miriam Elza Gorender - BA
Diretor Regional Centro-Oeste: Juberty Antônio de Souza - MS
Diretor Regional Adjunto Centro-Oeste: Renée Elizabeth de Figueiredo Freire - MT
Diretor Regional Sudeste: Marcos Alexandre Gebara Muraro - RJ
Diretor Regional Sul: Ronaldo Ramos Laranjeira - SP

CONSELHO FISCAL

Titulares:
Francisco Baptista Assumpção Júnior - SP
Florence Kerr-Corrêa - SP
Sérgio Tamai - SP

Suplentes:
José Toufic Thomé - SP
Fernando Grilo Gomes - SP

ABP - Rio de Janeiro
Rua Buenos Aires, 48 - 3º Andar - Centro
CEP: 20070-022 - Rio de Janeiro - RJ
Telefax: (21) 2199.7500
Rio de Janeiro - RJ
E-mail: abpsp@abpbrasil.org.br
Publicidade: comercial@abpbrasil.org.br

EXPEDIENTE

EDITORES SENIORES

Antônio Geraldo da Silva - DF
João Romildo Bueno - RJ

EDITORES-CHEFES

Breno Satler Diniz - MG
Marcelo Feijó de Mello - SP
Valeria Barreto Novais - CE
José Carlos Appolinário - RJ

EDITORES ASSOCIADOS

Itiro Shirakawa - SP
Alexandre Paim Diaz - SC
Marcelo Liborio Schwartzbold - SC

EDITORES JUNIORES

Camila Tanabe Matsuzaka - SP
Izabela Guimarães Barbosa - MG
Larissa Junkes - RJ
Alexandre Balestieri Balan - SC
Antonio Leandro Nascimento - RJ

CONSELHO EDITORIAL

Almir Ribeiro Tavares Júnior - MG
Ana Gabriela Hounie - SP
Analice de Paula Gigliotti - RJ
Carlos Alberto Sampaio Martins de Barros - RS
Carmita Helena Najjar Abdo - SP
Cássio Machado de Campos Bottino - SP
César de Moraes - SP
Elias Abdalla Filho - DF
Érico de Castro e Costa - MG
Eugenio Horácio Grevet - RS
Fausto Amarante - ES
Flávio Roithmann - RS
Francisco Baptista Assumpção Junior - SP
Helena Maria Calil - SP
Humberto Corrêa da Silva Filho - MG
Irismar Reis de Oliveira - BA
Jair Segal - RS
João Luciano de Quevedo - SC
José Cássio do Nascimento Pitta - SP
José Geraldo Vernet Taborda - RS
Marco Antonio Marcolin - SP
Marco Aurélio Romano Silva - MG
Marcos Alexandre Gebara Muraro - RJ
Maria Alice de Vilhena Toledo - DF
Maria Dilma Alves Teodoro - DF
Maria Tavares Cavalcanti - RJ
Mário Francisco Pereira Juruena - SP
Paulo Belmonte de Abreu - RS
Paulo Cesar Geraldes - RJ
Sergio Tamai - SP
Valentim Gentil Filho - SP
Valéria Barreto Novais e Souza - CE
William Azevedo Dunningham - BA

CONSELHO EDITORIAL INTERNACIONAL

Antonio Pacheco Palha (Portugal), Marcos Teixeira (Portugal), José Manuel Jara (Portugal), Pedro Varandas (Portugal), Pio de Abreu (Portugal), Maria Luiza Figueira (Portugal), Julio Bobes Garcia (Espanha), Jerónimo Sáiz Ruiz (Espanha), Celso Arango López (Espanha), Manuel Martins (Espanha), Giorgio Racagni (Italia), Dinesh Bhugra (Londres), Edgard Belfort (Venezuela)

Jornalista Responsável: Brenda Ali Leal
Revisão de Textos e Editoração Eletrônica: Scientific Linguagem
Projeto Gráfico e Ilustração: Daniel Adler e Renato Oliveira
Produção Editorial: Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP
Gerente Geral: Simone Paes
Impressão: Gráfica Editora Pallotti

SUMÁRIO

//////////////////// SUMÁRIO

JAN/FEV 2016

8/revisão

Psicopatia: influências ambientais, interações biossociais e questões éticas
HELENA DIAS DE CASTRO BINS, JOSÉ GERALDO VERNET TABORDA

17/revisão

Treinamento de habilidades sociais na síndrome de Asperger
MARIA CECÍLIA GOMES PEREIRA FERREIRA DE LIMA, MARIANA GUIMARÃES DILASCIO

25/atualização

Dependência de tecnologia: avaliação e diagnóstico
DANIEL TORNAIM SPRITZER, ALINE RESTANO, VITOR BREDA, FELIPE PICON

32/atualização

Depressão e câncer de mama
RENATA DEMARQUE, JOEL RENNÓ JR., HEWDY LOBO RIBEIRO, JULIANA PIRES CAVALSAN, GISLENE VALADARES, AMAURY CANTILINO, JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO, RENAN ROCHA, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

36/relato de caso

Transtornos psicótico e catatônico devido a pré-eclâmpsia
RAFAEL MORENO FERRO DE ARAÚJO, CARLOS ALBERTO IGLESIAS SALGADO

40/resenha

Integrando psicoterapia e psicofarmacologia: manual para clínicos
MARIANA RHEDED MENDES, IVETE CONTIERI FERRAZ

* As opiniões dos autores são de exclusiva responsabilidade dos mesmos.

VEJA ALGUNS **CONFERENCISTAS CONFIRMADOS** **PARA XXXIV CBP**

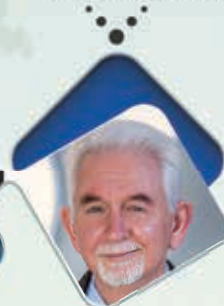
Dr. Robin Murray (Escócia)



Dr. Joseph Calabrese (EUA)



Dr. Cameron S. Carter (EUA)



Dr. James F. Leckman
(EUA)



Dr. Guy Goodwin
(Reino Unido)



Dr. Robert B. Zipursky
(Canadá)

Dr. Benicio Frey (Canadá)



Dra. Ma-Li Wong (Austrália)



Dr. Jair Soares (EUA)



Prof. Dr. João
Lucianode Quevedo
(EUA)



Dr. Martin Schalling
(Suécia)



Dr. Julio Licínio
(Austrália)



WWW.CBPABP.ORG.BR

Veja os currículos em:
www.cbpabp.org.br



Dr. Gustavo Turecki (Canadá)



Dr. Cornelius Katona
(Inglaterra)



Dr. Driss Moussaoui (Marrocos)



Dra. Sophia Frangou (EUA)



Dr. Paolo Brambilla (EUA)



Dr. Antoine Bechara
(EUA)

Dra. Helen Herman
(Austrália)



Dr. Boris Birmaher (EUA)



Dr. Rodrigo Machado Vieira
(USA, SP)



Dr. Tomas Paus
(Canadá)



Dr. Gerard Sanacora
(EUA)



Dr. Brian E. Leonard
(Alemanha)



INSCREVA-SE

PSICOPATIA: INFLUÊNCIAS AMBIENTAIS, INTERAÇÕES BISSOCIAIS E QUESTÕES ÉTICAS

PSYCHOPATHY: ENVIRONMENTAL INFLUENCES, BIOSOCIAL INTERACTIONS, AND ETHICAL ISSUES

Resumo

A causalidade da psicopatia reside em uma interação ainda mal compreendida entre fatores genéticos, biológicos, ambientais, sociais e psicodinâmicos. O clássico modelo biopsicossocial hipotetiza que a psicopatia se desenvolve quando há componentes genéticos e neurobiológicos associados a traços de personalidade como impulsividade, com aumento de risco quando esses indivíduos são expostos a uma família disfuncional e agravamento quando o ambiente social do entorno falha na proteção básica. No entanto, outros modelos vêm sendo estudados. Costuma-se categorizar estrutura e funcionamento cerebral, neurotransmissores e hormônios como fatores de risco biológicos; no entanto, a maneira como se manifestam e alterações nessas estruturas podem ter origem tanto genética quanto ambiental, ou refletir uma interação entre ambos, o que é denominado de interação biossocial. Atuando na expressão gênica, fatores ambientais podem modificar o cérebro, alterando os traços psicopáticos e aumentando o risco para a patologia ou, ao contrário (de maneira positiva), protegendo o indivíduo. Com relação às influências ambientais, disfunção familiar é o fator psicológico mais importante, abrangendo comportamento antissocial ou alcoolismo paternos, falta de limites e supervisão enquanto criança e separação ou perda de um dos pais. Trauma infantil pode ter um impacto dramático na saúde mental da criança, estando também relacionado à psicopatia. Por fim, questões éticas são discutidas: A presença da psicopatia altera a responsabilidade penal desses indivíduos? Se sim, de que forma? O lugar do psicopata, após um crime cometido, é a prisão ou o hospital forense? É correto submeter psicopatas a pesquisas e investigações científicas? Essas

e outras questões são abordadas à luz dos conhecimentos e controvérsias atuais.

Palavras-chave: Transtornos de personalidade, etiologia, ética.

Abstract

The causality behind psychiatric disorders lies on a still poorly understood interaction between genetic, biological, environmental, social, and psychodynamic factors. The classical biopsychosocial model hypothesizes that psychopathy develops when genetic and neurobiological components are associated with personality traits such as impulsivity, increasing the risk when these individuals are exposed to a dysfunctional family, and worsening when the surrounding social environment fails to provide basic protection. Notwithstanding, other models have been studied. For instance, brain structure and function, neurotransmitters, and hormones are traditionally categorized as biological risk factors; however, they may have either a genetic or an environmental origin, or they may reflect an interaction between both, characterizing the so-called biosocial interaction. Acting on gene expression, environmental factors may modify the brain, changing psychopathic traits and increasing the risk of developing the disorder or, on the contrary (i.e., in a positive way), protecting the individual. Regarding environmental influences, family dysfunction is the most important psychological factor involved, covering paternal antisocial behavior or alcoholism, lack of boundaries and supervision as a child, and parental separation or loss. Childhood trauma may have a dramatic impact on the child's mental health and is also related to psychopathy. Finally, ethical issues are discussed: Does the presence of psychopathy affect

¹ Psiquiatra forense pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS. Especialista em Psiquiatria Forense pela ABP. Especialista em Psicoterapia de Orientação Analítica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Mestre em Ciências da Saúde pela UFCSPA, Porto Alegre, RS. Doutoranda em Ciências da Saúde pela UFCSPA, Porto Alegre, RS. Médica psiquiatra judiciária do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul (TJRS), Porto Alegre, RS. ² In memoriam.

criminal responsibility in these individuals? If yes, in what way? Should psychopaths committing crimes be sent to prison or to forensic hospitals? Is it correct to subject psychopaths to research and scientific investigation? These and other questions are addressed in the light of current knowledge and controversies.

Keywords: Personality disorders, etiology, ethics.

INTRODUÇÃO

A personalidade consiste em características afetivas, físicas e intelectuais que dão a cada pessoa tanto individualidade como semelhanças aos demais. É o resultado da interação entre características biológicas ou geneticamente determinadas do indivíduo e o meio ambiente. Há transtorno de personalidade quando os aspectos se tornam rígidos, inflexíveis e mal-adaptativos, havendo significativa ruptura pessoal e social, com padrões de relacionamento desajustados e de caráter permanente.

Alguns transtornos de personalidade colocam o indivíduo mais frequentemente em confronto com a lei, como é o caso do transtorno de personalidade antissocial (TPAS). A relação entre TPAS e o construto psicopatia é controversa: alguns consideram TPAS e psicopatia como o mesmo transtorno; no entanto, apesar dos muitos aspectos comuns e áreas de intersecção, os termos não são intercambiáveis¹. Na psicopatia, há um predomínio de perturbações relacionais e emocionais; no TPAS, predominam as perturbações comportamentais. A maioria dos indivíduos psicopatas tem diagnóstico de TPAS, mas o inverso não é verdadeiro¹.

A psicopatia é uma síndrome que pode ser definida em termos de uma combinação de certos traços de personalidade e conduta socialmente desviante. Tais indivíduos têm uma estrutura de personalidade² caracterizada por uma combinação de aspectos interpessoais, afetivos e comportamentais em que arrogância, insensibilidade, comportamento manipulador e superficialidade nas emoções são salientados. Os psicopatas apresentam-se como lisonjeiros e grandiosos, mas enxergam as pessoas como objetos a serem usados para a própria gratificação, tendo estilo de vida parasita, sem remorso pelos danos que causam a outros, com pobre capacidade de empatia. Evidências emergentes trazem o conceito de variantes fenotípicas da psicopatia.

Comumente, essas pessoas assumem condutas perigosas ou criminosas³, resultando em persistente violação de expectativas e normas sociais, sendo incapazes de aprender com a punição, o que torna pobre a possibilidade de recuperação do comportamento desviante⁴. Encontrou-se incidência de 0,6 a 4% na população geral, com maior proporção em homens⁴.

Os indivíduos portadores de TPAS e de psicopatia são os que mais praticam crimes – inúmeras vezes, os mais graves¹ –, impondo danos significativos⁵. Há forte suporte empírico para afirmar que, frequentemente, os psicopatas demonstram agressividade e altas taxas de reincidência criminal^{1,6-9}. Esse tema ganha importância no que diz respeito à proteção da sociedade contra a violência, assunto extremamente relevante na atualidade.

Diversos autores buscam explicações para a presença e o desenvolvimento da psicopatia. O modelo mais plausível para explicar sua causa envolve uma combinação ainda mal compreendida de fatores genéticos, biológicos, ambientais, sociais e psicodinâmicos que interagem e produzem a personalidade do psicopata^{4,10-12}.

Estudos de neuroimagem cerebral de psicopatas indicam amígdala e córtex pré-frontal menores e com menos atividade, bem como desregulação na homeostase de neurotransmissores (dopamina e serotonina), resposta endócrina alterada (testosterona e cortisol) e resposta autonômica modificada aos estímulos emocionais e estressores⁴. Raine¹³ defende a ideia de que a maneira como os cérebros de tais indivíduos se desenvolvem no início da vida é errática. O autor cogita que isso possa resultar de insultos precoces, como, por exemplo, exposição à nicotina ou ao álcool, ou a algum outro agente teratogênico que interfira no desenvolvimento normal. Algumas estruturas cerebrais, no entanto, são tão profundas que não seriam tão afetadas por agressões ambientais. O mesmo autor questiona, ainda, se a causa da alteração cerebral não poderia ser resultado da própria psicopatia e do crime (com suas características de frieza, insensibilidade e falta de emoção), afinal as imagens cerebrais não permitem afirmar sobre causalidade, e sim apenas demonstram correlação com o transtorno¹³.

Segundo Hare¹¹, criação problemática ou experiências infantis adversas desempenham papel importante na modelagem da genética e biologia, afetando a

evolução da psicopatia e como ela se manifesta em termos comportamentais. Esse autor identificou que os psicopatas de famílias instáveis cometiam atos muito mais violentos do que os provenientes de famílias estáveis. Esses fatores ambientais ajudariam a modelar a expressão do fenômeno, mas teriam menos efeito sobre a capacidade de sentir empatia. Ainda, a qualidade da vida familiar teria muito menos influência sobre os comportamentos antissociais dos psicopatas do que sobre a conduta dos indivíduos que não são portadores de tal síndrome¹¹. A ausência de suporte comunitário para crianças em risco também contribui como fator de risco social.

Quanto à variância na psicopatia, 40 a 60% é genética em sua origem¹⁴, o que significa que fatores genéticos e ambientais contribuem aproximadamente igualmente para o transtorno¹⁴. Depreende-se daí o papel significativo que as influências ambientais têm no desenvolvimento da psicopatia^{14,15}. Apesar de serem responsáveis, por si só, por aproximadamente metade da influência etiológica, os fatores ambientais podem, ainda, influenciar os fatores ditos biológicos, de diversas maneiras¹⁴. Podem, por exemplo, alterar a transcrição genética ou a maneira como uma sequência genética de DNA produz proteínas, o que pode modificar a sinalização neuroquímica e o desenvolvimento cerebral; podem, também, alterar substâncias neuroquímicas, como hormônios (trauma e estresse crônico podem alterar níveis de cortisol e, então, modificar a resposta cerebral ao estresse no futuro); influências ambientais no útero ou na infância precoce podem, por sua vez, alterar o desenvolvimento do cérebro, determinando mudanças em sua estrutura e funcionamento.

Muitas vezes, os diversos fatores estão relacionados, o que torna um desafio a determinação de quais fatores ambientais realmente tiveram influência causal sobre a psicopatia e quais foram somente correlacionados. Às vezes, não é possível saber se um fator atua etiológicamente de maneira genética ou ambiental (por exemplo, ter um genitor antissocial). Ainda, estudos¹⁴ mostram que, em alguns indivíduos, o componente etiológico genético é o mais forte, enquanto que, em outros, o componente predominante é o ambiental. Os mecanismos pelos quais os fatores ambientais influenciam o cérebro são, ainda, amplamente desconhecidos.

A literatura é mais escassa no que diz respeito aos estudos que avaliam a influência dos fatores ambientais na psicopatia quando comparada ao comportamento criminoso em geral¹⁴. Dada a relevância do tema na atualidade e a necessidade de aprofundamento do entendimento clínico, cresce a importância da pesquisa sobre os aspectos causais da psicopatia, a fim de melhor buscar fatores preventivos ou de intervenção precoce⁴. Até porque, para se ter alguma chance de êxito no tratamento, a intervenção tem que ocorrer no início da infância¹¹. Este artigo foca na revisão de atualizações sobre influências ambientais, interações biosociais e questões éticas relacionadas.

FATORES AMBIENTAIS

A capacidade de cuidados parentais e outros fatores familiares têm papel de peso. Sabe-se que disciplina parental errática ou cruel é preditora de ambos os fatores envolvidos na psicopatia: fator 1 – questões afetivas e interpessoais; e fator 2 – características comportamentais antissociais¹⁴. Especificamente quanto ao fator 1, um dos maiores preditores é ter um pai ou mãe com vínculo afetivo frágil enquanto criança, bem como indiferença ou negligência, com pobre supervisão e disciplina¹⁴. Punição física inconsistente e imprevisível também está associada¹⁴. Supervisão inadequada na juventude é preditora do fator 2 na idade adulta¹⁴. No entanto, dado o fato de que o comportamento da criança também pode influenciar a resposta dos pais, bem como os fatores genéticos podem influenciar ambos os comportamentos, torna-se muito difícil estabelecer fator causal.

Conflitos e disfunções familiares também estão associados¹⁴. Disfunção familiar há muito tem sido apontada como o fator de risco psicológico mais importante para psicopatia¹⁶. Nesse sentido, famílias numerosas contribuem para o aumento de conflitos, predizendo especialmente o fator 2¹⁴. Ausência ou morte parental, ou ter sido criado por outras pessoas que não os genitores, também é considerado preditor de psicopatia¹⁴. Déficit de amor e cuidado na primeira infância (por morte, separação ou depressão materna) prejudica o desenvolvimento do apego nessas crianças, sendo também fator de risco. Isso pode alterar a resposta fisiológica ao estresse e proporcionar níveis anormais de cortisol¹⁴. Destaca-se

¹ Psiquiatra forense pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, RS. Especialista em Psiquiatria Forense pela ABP. Especialista em Psicoterapia de Orientação Analítica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Mestre em Ciências da Saúde pela UFCSA, Porto Alegre, RS. Doutoranda em Ciências da Saúde pela UFCSA, Porto Alegre, RS. Médica psiquiatra judiciária do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul (TJRS), Porto Alegre, RS. ² In memoriam.

aqui a falta de cuidados maternos durante os primeiros 5 anos de vida da criança, o que leva a uma deficiência de desenvolvimento e de socialização¹⁰.

Ter um pai alcoólatra, antissocial ou psicopata é fator de risco¹⁴, mesmo que ele não viva na mesma casa com a família. Além disso, ter um dos genitores com histórico criminal ou ter um irmão mais velho infrator são preditores fortemente relacionados com os dois fatores da síndrome¹⁴. Na realidade, a presença de antecedentes criminais parentais é o fator mais fortemente associado com psicopatia em delinquentes juvenis, significando uma combinação de fatores genéticos e ambientais, com exposição a desajustes familiares, pobreza e aprendizagem de comportamentos antissociais¹⁴. Somado a isso, a criança com pais antissociais também provavelmente terá pobre supervisão e disciplina inconsistente com uma boa educação.

Disfunção familiar é fator de risco para ambos os sexos, mas algumas questões de gênero podem ser destacadas¹⁰. Meninos psicopatas têm maior probabilidade de ser oriundos de famílias grandes, o que facilita sua interação com outros meninos agressivos e carentes, favorecendo o desenvolvimento do comportamento antissocial; já as meninas psicopatas costumam vir de famílias que tendem a ser mais conturbadas.

Alguns estudos mostram que uma disciplina adequada pode diminuir o risco em crianças cujos pais são antissociais^{10,14}; além disso, famílias mais coesas e com estruturas fortes constituem fatores protetores contra o desenvolvimento de tal patologia¹⁶.

Quanto ao *status* socioeconômico, os achados são inconsistentes, com resultados diversos. Em estudo de acompanhamento de 40 anos de duração (dos 8 aos 48 anos de idade), destacaram-se como fatores de risco principalmente baixa renda familiar, classe social baixa e moradia pobre¹⁴.

Outro fator ambiental de grande relevância é a violência contra a criança, fenômeno frequente na sociedade. Abuso e negligência na infância têm associação com psicopatia na idade adulta – isso foi observado em estudos tanto prospectivos quanto retrospectivos. Há diversas maneiras pelas quais o abuso em crianças pode levar à psicopatia¹⁴: de maneira direta, por agressão física e lesão cerebral, prejudicando habilidades de aprendizagem e socialização; desencadeando reatividade

emocional exagerada e aumento de vigilância aos sinais de perigo; afetando a maneira como a criança processa informações e lida com problemas; diminuindo sua sensibilidade à violência e à dor; e diminuindo sua habilidade de criar apego seguro.

Estudos forenses indicam que reclusos psicopatas apresentam níveis mais altos de abuso do que outros presos, e a soma dos eventos e o abuso emocional estão associados com os escores de Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R)¹⁴. A influência de eventos adversos precoces no desenvolvimento de criminosos psicopatas é evidente¹⁷. Diversos estudos encontraram associação entre violência contra a criança e psicopatia em prisioneiros^{18,19}; além disso, trauma na infância, especialmente o emocional, esteve associado com TPAS e crime na vida adulta em mulheres²⁰.

Outros fatores considerados ambientais e também relacionados à psicopatia podem ter efeito mais direto sobre a via biológica e sobre o cérebro e seu funcionamento, podendo, portanto, também ser considerados biológicos¹⁴. São eles: traumatismo cranioencefálico, exposição a toxinas (chumbo, tabaco e álcool) durante a gestação, complicações no nascimento (uso de fórceps, cesárea de emergência, parto vaginal com vácuo extrator e parto pélvico).

Finalmente, cabe aqui destacar que certos fatores ambientais, como experiências traumáticas precoces e cuidados parentais inadequados, podem modificar respostas biológicas e levar à psicopatia através de mecanismos biológicos e alteração do funcionamento cerebral – por exemplo, dos sistemas envolvidos na regulação de comportamento, responsividade ao estresse, alteração na substância branca do corpo caloso e no estriado (o ambiente influenciaria o desenvolvimento do estriado de maneira a alterar sua futura suscetibilidade à dependência de drogas, impulsividade e comportamentos antissociais)¹⁴, dentre outras regiões que podem ser afetadas por influências ambientais.

INTERAÇÕES BISSOCIAIS

Costuma-se categorizar como fatores de risco biológicos a estrutura e o funcionamento cerebral, os neurotransmissores e os hormônios. No entanto, a maneira como se manifestam e alterações nessas estruturas podem ter origem tanto genética quanto

ambiental, ou refletir uma interação entre ambos, o que é denominado de interação biossocial¹⁴. Sem levar isso em conta, é possível que se subestime a influência de cada um desses fatores etiológicos sobre o transtorno. O indivíduo pode ter genes de risco, mas que conferem baixo risco a não ser que sofram influência ambiental¹⁴. É a interação entre os fatores biológicos e ambientais que configura o fenótipo psicopático de cada indivíduo, mas pouco se sabe sobre isso, pois é difícil investigar.

Glenn & Raine¹⁴ descrevem duas teorias sobre como o ambiente social viria interagir com fatores de risco genéticos e biológicos. Uma delas postula que os fatores biológicos e ambientais, quando (ambos) presentes, potencializam um ao outro e aumentam a chance de psicopatia; diz também que, quando há fatores de risco biológicos, mas o ambiente é saudável, a chance de desenvolver psicopatia diminui. A outra teoria diz que a determinação biológica só tem peso significativo no desenvolvimento da psicopatia quando o ambiente é saudável, e que, em ambientes patológicos, os fatores sociais camuflariam os biológicos, deixando-os com peso mais fraco na determinação do transtorno. Esses estudos são importantes porque sugerem que os fatores ambientais podem atuar como fatores de proteção.

É de se destacar, ainda, a importância da epigenética no entendimento do complexo construto da psicopatia^{5,14}, em adição aos estudos de genética comportamental e molecular. A epigenética estuda as interações gene-ambiente e os mecanismos fisiológicos que podem mudar a maneira como os genes se expressam. É importante determinar em que ponto e através de que mecanismos os fatores ambientais específicos podem alterar a expressão gênica. Como não se pode introduzir um estressor em um ambiente, sugere-se a introdução de intervenções preventivas, monitorando, a partir daí, a expressão gênica, o funcionamento cerebral e o comportamento, a fim de tentar entender melhor como o ambiente influencia o desenvolvimento da psicopatia¹⁴.

QUESTÕES ÉTICAS

A psicopatia é um tema que suscita diversos questionamentos éticos, ainda mais com tantas lacunas a serem respondidas quanto à sua etiologia, ao desenvolvimento do fenômeno e ao seu manejo. Alguns pontos essenciais serão analisados a seguir.

Julgamento moral e emoção

Os psicopatas têm consciência das diferenças entre o certo e o errado, e agem intencionalmente, com o entendimento de que há leis e repercussões quando de sua violação¹⁴. No entanto, não é somente a parte cognitiva que influi na tomada de decisão quanto a ter um comportamento moral apropriado, mas também a emocional. Estudos nos campos da psicologia e das neurociências têm demonstrado que nosso julgamento moral é altamente influenciado por emoções¹⁴. Estudos de neuroimagem mostram que, durante o processo de tomada de decisão, especialmente quando se pode causar dano a terceiros, são ativadas áreas cerebrais envolvidas no processamento emocional. Os psicopatas, por sua vez, apresentam redução significativa na estrutura e no funcionamento dessas regiões cerebrais, podendo ter prejuízo nas emoções que proporcionam motivação para a maior parte dos indivíduos se comportar moralmente¹⁴.

Diferenças individuais na tomada de decisão moral

As pessoas são o resultado de seus genes em interação com o ambiente, portanto demonstram diferenças individuais na capacidade de se comportar de acordo com padrões considerados moralmente apropriados. Além do que foi citado acima, muitos outros fatores influenciam o julgamento (por exemplo, o grau de controle sobre os próprios impulsos). O progresso nas neurociências indica que diferenças cerebrais sutis influenciam o comportamento, o que permite questionar o conceito de livre arbítrio e torna mais difícil traçar uma linha divisória clara entre os responsáveis e os não responsáveis¹⁴.

Glenn & Raine¹⁴ propõem a difícil tarefa de pensar essas ideias à luz de três contextos: proteção da sociedade; conhecimento dos sentimentos e direitos das vítimas; e equilíbrio entre tratamento do psicopata versus proteção da sociedade. No primeiro contexto (proteção da sociedade), os autores colocam que a sociedade deve estar protegida de indivíduos que têm risco aumentado de provocar dano, independentemente das influências etiológicas que levaram a isso. Com relação ao segundo contexto (conhecimento dos sentimentos e direitos das vítimas), a justiça restaurativa permite a interação da vítima com o agressor, para que a primeira expresse o impacto do crime sobre sua vida e questione fatos sobre o incidente. O criminoso pode também

¹ Psiquiatra forense pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS. Especialista em Psiquiatria Forense pela ABP. Especialista em Psicoterapia de Orientação Analítica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Mestre em Ciências da Saúde pela UFCSPA, Porto Alegre, RS. Doutoranda em Ciências da Saúde pela UFCSPA, Porto Alegre, RS. Médica psiquiatra judiciária do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul (TJRS), Porto Alegre, RS. ² In memoriam.

fornecer sua versão da história, e é dada oportunidade para que compense a vítima. Finalmente, a explicação de como os fatores neurobiológicos podem influir na capacidade de empatia e de tomada de decisão deveria ser contextualizada como fator de risco para violência, mas não para eximir o psicopata da imputabilidade, pois, ainda que haja evidências empíricas de que alguns indivíduos possam ter déficits que prejudiquem suas habilidades de tomar decisões apropriadas, a ideia de que eles devam ser considerados não responsáveis pelos seus comportamentos não se justifica. O terceiro contexto diz respeito ao equilíbrio entre o tratamento humanizado do psicopata criminoso *versus* a proteção da sociedade.

Neurociências no tribunal

O uso de exames de neuroimagem, como ressonância magnética funcional, para ajudar a determinar responsabilidade penal é uma questão controversa. Uma série de argumentos¹⁴, descritos a seguir, indicam que, apesar da evolução de tal ciência, é precoce utilizá-la para casos individuais, por inúmeras razões.

Sabe-se que os padrões de alteração nos exames não são os mesmos para todos os psicopatas, e não existe uma relação direta entre alguma alteração cerebral e psicopatia, nem mesmo modificações patognomônicas. Os estudos comparam médias entre grupos, mas não se prestam para avaliações individuais. Também não se consegue afirmar, no estágio de conhecimento atual, que nível de funcionamento em diferentes regiões cerebrais deve ser considerado anormal e capaz de se correlacionar com prejuízo na capacidade de se comportar de maneira moralmente aceitável. Não existem pontos de corte neurobiológicos definidos para indicar se alguém deve ser considerado responsável criminalmente ou não.

Cabe reforçar que os estudos ainda têm amostras pequenas, grandes áreas de intersecção dos resultados e definição variável do transtorno; além disso, tanto psicopatas como não psicopatas podem apresentar alterações¹. O que as evidências mostram é que as diferenças em algumas regiões cerebrais podem aumentar o risco para o desenvolvimento de traços antissociais, mas estão longe de estabelecer uma relação causal¹⁴. A preocupação com essas associações vem do fato de estarmos em estágios iniciais de pesquisa na correlação

de achados neurobiológicos e comportamento criminal na psicopatia, e os operadores do direito, nesse sentido, poderiam interpretar as imagens como mais acuradas do que realmente são, o que seria arriscado e maléfico.

Por outro lado, pode-se argumentar que não seria ético não levar isso em conta, questionando-se se mesmo mínimas alterações poderiam impactar dramaticamente no comportamento. No entanto, não se tem essas respostas. Sabe-se que não se pode estabelecer relação causal segura, mas talvez se possa ao menos considerar as alterações cerebrais, em alguns casos, como fatores de risco biológicos para o comportamento criminal, dentre tantos outros fatores que o influenciam (como ter sofrido violência na infância)¹⁴. Por enquanto, é prematuro usar neuroimagem nos julgamentos, a não ser em casos muito severos (por exemplo, presença de tumor cerebral), mas isso poderá, talvez, tornar-se uma realidade com a evolução da tecnologia. Nesse cenário futuro, medidas objetivas teriam que ser criadas para definir anormalidades e seus diferentes graus, e ainda estamos muito longe disso. Por fim, é importante ter em mente que o fato de considerar um fator de risco neurobiológico para violência em alguns casos específicos não implica abandono dos conceitos de responsabilidade e imputabilidade¹⁴.

Implicações sobre a responsabilidade penal

Será que um psicopata, por ter alguma alteração cerebral, deve ser considerado sem livre arbítrio para a tomada de decisão e ter reduzida sua responsabilidade penal? Por um lado, como já foi dito, não é só a cognição que influi na tomada de decisão¹⁴. Por outro, todos os comportamentos humanos são guiados pelo cérebro, então ninguém mais poderia ser punido. Ademais, sabe-se que há uma associação pequena entre modificações no tamanho e funcionamento de certas regiões cerebrais e psicopatia¹.

Na avaliação da capacidade de entender o caráter ilícito do fato, verifica-se se a pessoa é capaz de entender e distinguir, dentre suas ações, as que são consideradas lícitas e as que não o são. A lei não exige empatia ou motivação moral, mas apenas que o indivíduo tenha entendimento do ato ilícito que cometeu – até porque todos os criminosos têm, para os crimes que cometeram, diminuição das restrições morais¹. Já na avaliação da

capacidade de se determinar segundo seu entendimento, deve-se avaliar se os atos são premeditados ou impulsivos – não esquecendo que a impulsividade caracteriza a conduta criminal do ser humano em geral¹.

Quanto à literatura mais atual que aponta associação entre psicopatia e características genéticas, morfológicas e funcionais do sistema nervoso central e periférico – o que poderia ser invocado como atenuante da responsabilidade em indivíduos afetados que cometeram crimes –, tem-se que, no máximo, o indivíduo apresentaria predisposição à violência em certos contextos. É importante salientar que vários países consideram a presença de psicopatia não como atenuante da responsabilidade penal, e sim como agravante. E, mesmo em países em que sua constatação pode resultar em diminuição da responsabilidade penal, tal diagnóstico implica maior tempo de confinamento¹.

Uso de fatores biológicos na predição criminal

O dilema aqui é o receio de que a informação biológica seja utilizada para tentar prever qual indivíduo cometerá um crime, remetendo a um passado lombrosiano (embora mais sofisticado) e, em um extremo, cerceando sua liberdade de antemão. No entanto, os achados atuais não são determinísticos, as associações são pequenas e não se pode estabelecer causalidade. Além disso, o objetivo não é prever se um indivíduo vai se tornar um criminoso, e sim identificar precocemente os indivíduos que têm fatores de risco para psicopatia, a fim de que se possa investir em fatores ambientais de proteção que tentem minimizar ou compensar os fatores de risco biológicos, com o intuito da prevenção precoce¹⁴.

Ambiente adequado para o criminoso psicopata

A internação em hospital psiquiátrico forense não se justifica, pois não existe “especial tratamento curativo” (como rege a Lei²¹) para a psicopatia. Além disso, tal internação pode ser perigosa, uma vez que o afrouxamento de limites e a vulnerabilidade dos demais pacientes predispõem à piora de suas características predatórias de personalidade¹. Ao contrário, tais indivíduos precisam de ambientes que proporcionem limites rígidos, em locais onde não possam manipular ou abusar de outros pacientes mais frágeis, como os psicóticos ou retardados mentais. Hoje, a melhor opção no Brasil é o confinamento na cadeia, com limites

precisos, não exposição de outros doentes a seus comportamentos e proteção da sociedade contra novos atos violentos¹. Na realidade, seria imperioso oferecer um ambiente específico e diferenciado, humanizado, com pessoal treinado, segurança adequada e abordagens específicas para o transtorno – algo que não existe ainda no Brasil –, a fim de sermos éticos com eles, com os outros doentes psiquiátricos e com a sociedade.

Pesquisa em psicopatas presos

Apesar de se tratar de pesquisa em população vulnerável, estudos trazem conhecimento e consequentes benefícios para o próprio grupo de psicopatas. No entanto, deve-se ter o cuidado de evitar “comprar” a participação no estudo através de benefícios secundários, tais como melhor alimentação, visitas, ou mesmo transferências de casas prisionais²². Por outro lado, deve-se evitar punições se o indivíduo não quiser participar do estudo, e há que ser solicitado o consentimento livre e esclarecido.

Evidentemente, não se tem aqui a pretensão de esgotar as questões éticas envolvidas na psicopatia. Na verdade, há mais questionamentos do que respostas.

CONCLUSÕES

O clássico modelo biopsicossocial hipotetiza que a psicopatia se desenvolve quando há componentes genéticos e neurobiológicos associados a traços de personalidade como impulsividade, com aumento de risco quando esses indivíduos são expostos a uma família disfuncional e agravamento quando o ambiente social do entorno falha na proteção básica. Mais modernamente, tem se visto que, na realidade, estressores ambientais podem influenciar os fatores biológicos para muito além de sua determinação genética, com consequentes repercussões no desenvolvimento e fenótipo da psicopatia. Atuando na expressão gênica, fatores ambientais podem modificar o cérebro, alterando os traços psicopáticos, aumentando o risco para a patologia ou, ao contrário (de maneira positiva), protegendo o indivíduo. Modificar o ambiente é crucial, pois dessa forma os fatores de risco biológicos podem ser reduzidos. O fato é que a interação entre os fatores genéticos, biológicos, ambientais, sociais e psicodinâmicos se dá de maneira complexa e ainda

¹ Psiquiatra forense pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS. Especialista em Psiquiatria Forense pela ABP. Especialista em Psicoterapia de Orientação Analítica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Mestre em Ciências da Saúde pela UFCSPA, Porto Alegre, RS. Doutoranda em Ciências da Saúde pela UFCSPA, Porto Alegre, RS. Médica psiquiatra judiciária do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul (TJRS), Porto Alegre, RS. ² In memoriam.

é pobremente entendida. Os estudos são a base para o desenvolvimento de abordagens preventivas e terapêuticas mais eficazes, sendo que, para que se tenha alguma chance de êxito, as intervenções devem ter início na infância.

Por fim, tanto o estudo quanto o manejo de portadores de psicopatia podem acarretar inúmeros dilemas éticos que impactam no profissional forense. Ao considerar os desafios éticos que a evolução da neurociência traz para a psiquiatria forense e para o direito penal, não devemos pensar essas questões em extremos – por exemplo, punindo a todos, independentemente das alterações cerebrais que apresentam, ou deixando todos livres, por considerar que qualquer crime é consequência de alteração biológica –, e sim continuar estudando para melhor entender esses fatores que permeiam a complexa interação de dois mundos: Direito e Psiquiatria. Dessa forma, objetiva-se poder definir a melhor abordagem levando em conta todas as particularidades de cada caso.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Helena Dias de Castro Bins, Rua Dr. João Dutra, 10/701, CEP 90630-100, Porto Alegre, RS. E-mail: helenabins@gmail.com

Referências

1. Teitelbaum PO, Fichbein BC, Martins CD, Bins HDC, Schwengber HE, Moreira LL, Christoff MU, Cohen M, Albrecht RB, Cardoso RG. Psicopatia e transtorno antissocial de personalidade: implicações sobre a responsabilidade penal. *Multijuris*. 2012;7:57-67.
2. Cleckley HM. 1941. *The mask of sanity*. 5th ed. St. Louis: Mosby Co.; 1988.
3. Kröber HL, Lau S. Bad or mad? Personality disorders and legal responsibility--the German situation. *Behav Sci Law*. 2000;18:679-90.
4. Thompson DF, Ramos CL, Willett JK. Psychopathy: clinical features, developmental basis and therapeutic challenges. *J Clin Pharm Ther*. 2014;39:485-95.
5. Tamatea AJ. 'Biologizing' psychopathy: ethical, legal, and research implications at the interface of epigenetics and chronic antisocial conduct. *Behav Sci Law*. 2015;33:629-43.
6. Teitelbaum PO, Martins CDN, Machado AM, Bins HDC, Schwengber HE, Moreira LL, Christoff MU, Adad MA, Cohen M, Albrecht RB, Cardoso RG. Comportamento violento e doença mental: o que sabemos na atualidade? *Multijuris*. 2011;6:45-57.
7. Glenn AL, Raine A. Psychopathy and instrumental aggression: evolutionary, neurobiological and legal perspectives. *Int J Law Psychiatry*. 2009;32:253-8.
8. Spidel A, Lecomte T, Greaves C, Sahlstrom K, Yuille JC. Early psychosis and aggression: predictors and prevalence of violent behavior amongst individuals with early onset psychosis. *Int J Law Psychiatry*. 2010;33:171-6.
9. Ullrich S, Yang M, Coid J. Dangerous and severe personality disorder: an investigation of the construct. *Int J Law Psychiatry*. 2010;33:84-8.
10. Simon RI. Homens maus fazem o que homens bons sonham: um psiquiatra forense ilumina o lado obscuro do comportamento humano. Porto Alegre: Artmed; 2009.
11. Hare RD. Sem consciência: o mundo perturbador dos psicopatas que vivem entre nós. Porto Alegre: Artmed; 2013.
12. Abdalla-Filho E. Transtornos de personalidade. In: Taborda JGV, Abdalla-Filho E, Chalub M. *Psiquiatria forense*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 430-49.
13. Raine A. *The anatomy of violence: the biological roots of crime*. New York: Pantheon; 2013.
14. Glenn AL, Raine A. *Psychopathy – an introduction to biological findings and their implications*. New York: New York University; 2014.
15. Viding E, McCrory EJ. Genetic and neurocognitive contributions to the development of psychopathy. *Dev Psychopathol*. 2012;24:969-83.
16. Paris J. A biopsychosocial model of psychopathy. In: Millon T, Simonsen E, Birket-Smith M, Davis RD. *Psychopathy: antisocial, criminal and violent behavior*. New York: Guilford Press; 1998. p. 277-87.

ARTIGO DE REVISÃO

HELENA DIAS DE CASTRO BINS
JOSÉ GERALDO VERNET TABORDA

ARTIGO

17. Borja K, Ostrosky F. Early traumatic events in psychopaths. *J Forensic Sci.* 2013;58:927-31.
18. Krischer MK, Sevecke K. Early traumatization and psychopathy in female and male juvenile offenders. *Int J Law Psychiatry.* 2008;31:253-62.
19. Cima M, Smeets T, Jelacic M. Self-reported trauma, cortisol levels, and aggression in psychopathic and non-psychopathic prison inmates. *Biol Psychol.* 2008;78:75-86.
20. Bins HDC. Transtorno de humor e conduta antissocial em mulheres: avaliação de trauma na infância [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2012.
21. Brasil. Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 13 jul 1984; seção 1:10217.
22. Taborda JGV, Bins HDC. Ética em psiquiatria forense: antigos dilemas, novos desafios. *Rev Bioetica.* 2009;17:191-201.

TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS NA SÍNDROME DE ASPERGER

SOCIAL SKILLS TRAINING IN ASPERGER'S SYNDROME

Resumo

A síndrome de Asperger é um transtorno do espectro autista que cursa com comprometimento da socialização, da comunicação verbal e não verbal e da flexibilidade cognitiva e comportamental. A abordagem dessas características pelo treinamento de habilidades sociais (THS), baseado na terapia cognitivo-comportamental (TCC), visa melhorar a qualidade de vida e reduzir alguns sintomas psiquiátricos nesses pacientes. Entre as dificuldades abordadas estão: 1) a compreensão social; 2) as regras de interação social e as expectativas interpessoais; 3) a conversa recíproca; 4) o uso e a interpretação das condutas não verbais; 5) o autocontrole; 6) os comportamentos estereotipados e os interesses obsessivos; e 7) a formação de amizades. O presente artigo é uma revisão crítica do tema.

Palavras-chave: Síndrome de Asperger, treinamento de habilidades sociais, terapia cognitivo comportamental.

Abstract

Asperger's syndrome is a disorder of the autism spectrum that causes impairment of social, verbal and nonverbal functioning as well as of cognitive and behavioral flexibility. The treatment of such characteristics with cognitive behavioral therapy-based social skills training programs aims at improving the quality of life and decreasing some psychiatric symptoms in these patients. The difficulties most commonly addressed include: 1) social comprehension; 2) social rules and interpersonal expectations; 3) reciprocal conversation; 4) use and interpretation of nonverbal communication; 5) self-control; 6) control of stereotyped behaviors and obsessive interests; and 7) making friends. This paper is a critical review of the literature.

Keywords: Asperger's syndrome, social skills training, cognitive behavioral therapy.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Asperger (SA) ocasiona importante acometimento das habilidades sociais, causando, com frequência, o aparecimento de desajustes sociais, ocupacionais e interpessoais, além de maior risco de desenvolvimento de quadros psiquiátricos secundários a esses problemas. Nesse cenário, o treinamento de habilidades sociais (THS) tem demonstrado grande utilidade na psicologia, apesar da falta de uma teoria unificadora e mais geral sobre o tema. Há bastante evidência empírica dos resultados positivos do THS em pessoas com SA, tanto em crianças e adolescentes como em adultos.

O presente trabalho tem por objetivo revisar de forma crítica a literatura sobre a aplicação e a utilidade do THS em pessoas com SA.

O QUE É A SÍNDROME DE ASPERGER?

A SA foi descrita pela primeira vez na década de 1940, pelo pediatra vienense Hans Asperger. Passou a receber mais atenção nos últimos 30 anos e, na década de 1990, recebeu reconhecimento oficial com o advento da 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e da 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)¹. Atualmente, é classificada como um transtorno do espectro autista no DSM-5².

A prevalência da SA na população geral é de 2 a 4 em 10.000, acometendo mais homens que mulheres, numa proporção de 9:1¹. Diferentemente dos quadros de autismo clássico, os indivíduos acometidos pela SA têm inteligência normal ou até superior e não apresentam atraso clinicamente significativo do desenvolvimento da linguagem ou do autocuidado. As principais características da síndrome são o prejuízo qualitativo das relações sociais, as alterações do uso pragmático da linguagem verbal e não verbal e o comprometimento da flexibilidade comportamental e mental³.

O *prejuízo na qualidade das interações sociais* está relacionado à alteração da teoria da mente, que é a habilidade de reconhecer que os pensamentos e crenças dos demais são distintos dos nossos, de inferir sobre os pensamentos e sentimentos dos outros e de prever o comportamento que segue⁴. Na SA ocorre processamento atípico das emoções, com prejuízo na apreciação de aspectos não verbais da comunicação humana, incluindo a percepção de dicas sociais sutis⁵. Pessoas com SA são frequentemente avaliadas como socialmente ingênuas, distantes ou até egocêntricas e insensíveis, por não perceberem dicas sobre a atenção, o desejo e o humor do interlocutor. Podem, ainda, não identificar ou não expressar normalmente seus próprios sentimentos em situações sociais e serem percebidas como inadequadas ou incongruentes ao contexto³, ou até como formais e racionais, parecendo insensíveis e distantes⁶.

As *alterações das habilidades pragmáticas da linguagem e da comunicação não verbal* aparecem no discurso, que, apesar de gramaticalmente correto e pedante, apresenta prosódia pobre, com padrão de entonação restrito, velocidade pouco habitual (rápido demais), falta de fluência frequente (às vezes com gagueira) e dificuldade de modular o volume. Observa-se também alteração da expressão não verbal, como ausência de gestos e expressões faciais espontâneas ou, ainda, seu uso exagerado e inadequado⁷. Finalmente, há prejuízo da compreensão de conceitos verbais mais abstratos ou metafóricos, e a verbosidade e o estilo unilateral de conversa podem ser confundidos com alteração de pensamento e com frouxidão de ideias⁶.

O *comprometimento da flexibilidade comportamental e mental* é observado não só na forma como os portadores de SA se comunicam, mas também nos seus interesses, rotinas e algumas estereotipias motoras³. Muitos pacientes com SA mostram interesse absorvente por um determinado tópico e dedicam grande parte de seu tempo acumulando informação sobre o tema, em detrimento de outras atividades, inclusive a socialização. A quebra das rotinas ou a mudança de um determinado padrão em muitos casos pode ser vivenciada com grande ansiedade e mal-estar, e até provocar comportamentos inadequados, como acessos de raiva e agressividade³. As estereotipias motoras podem aparecer em momentos de estímulos sensoriais ou de estresse e podem se manifestar como balançar o corpo

repetidamente ou mexer as mãos e retorcer os dedos. Esses comportamentos podem gerar estranhamento por parte de outros e vergonha para alguns portadores de SA mais funcionais e com capacidade intelectual superior⁸.

São ainda observadas, na síndrome, características que incluem falta de coordenação e torpeza motora, movimentos e posturas estranhas e desajeitadas e alterações do aprendizado não verbal⁹. Não é incomum que adultos com SA sejam criticados quanto às suas diferenças e se sintam socialmente isolados e frustrados¹⁰. Muitos desejam interagir, iniciar amizades ou, até mesmo, sentir-se parte de um grupo, no entanto não conseguem fazê-lo devido à sua inabilidade social. Torna-se, assim, frequente o aparecimento de desajustes sociais, ocupacionais e interpessoais. Num estudo de 2002¹¹, 37% dessa população era totalmente privada de atividades sociais, e apenas 12% tinham trabalho de tempo integral.

A presença de sintomas psiquiátricos é bastante comum em pacientes com SA: a prevalência de depressão é de 30 a 40% nessa população⁴. Crianças e adolescentes com maior dificuldade no aprendizado não verbal (dificuldades visuoespaciais e de memória visual) tendem a ter mais ansiedade e comportamento disruptivo^{12,13}. Já aqueles pacientes com boas habilidades verbais e capacidade de compreender a mente alheia (teoria da mente) podem ter mais demandas sociais e podem não conseguir lidar com tais demandas de forma flexível. Assim, tendem a experimentar mais ansiedade e até comportamento antissocial e disruptivo¹³. Alguns pacientes com SA tendem a apresentar sintomas persecutórios e paranoides, os quais podem parecer psicóticos numa avaliação inicial. Esses sintomas estão relacionados à dificuldade que esses indivíduos têm de interpretar dicas sociais sutis e à confusão que podem fazer na decodificação de regras sociais¹⁴.

Tendo em vista o exposto, a abordagem dos quadros psiquiátricos na SA, sua prevenção e a melhoria da qualidade de vida de pessoas com essa síndrome e de seus familiares e pessoas mais próximas dependem de melhorar as habilidades sociais dos pacientes e sua adequação ao meio em que vivem.

HABILIDADES SOCIAIS

Habilidades sociais podem ser definidas como comportamentos específicos que resultam em interações

¹ Psiquiatra pela ABP com especialização em Terapia Cognitiva. ² Mestre em Psicologia, Doutora em Linguística, Formação em Terapia Familiar Sistêmica, Terapia Ericksoniana e Terapia Cognitivo-Comportamental. Professora dos Cursos de Enfermagem e de Fisioterapia da Faculdade Tecsona, Paracatu, MG.

sociais positivas, incluindo as condutas verbais e não verbais necessárias para uma comunicação interpessoal efetiva¹⁵. As habilidades sociais são adquiridas de forma integrada e progressiva, desde o primeiro ano de vida nos indivíduos com desenvolvimento normal. Já as pessoas com SA apresentam desenvolvimento anômalo das interações sociais, o qual é perceptível desde muito cedo. A falha em desenvolver o compartilhar de experiências emocionais com os outros e a falta de empatia levam a uma evolução diferente da média e à divergência crescente do comportamento interpessoal. À medida que as diferenças nas habilidades sociais ficam mais acentuadas entre os adolescentes com SA e seus pares, mais difícil fica para eles aprender de forma espontânea as regras sociais¹¹. E, infelizmente, as dificuldades não são superadas espontaneamente, persistindo na vida adulta e tendo impacto negativo no funcionamento social e ocupacional dessa população¹⁵.

O THS tornou-se parte fundamental dos programas de tratamento de pacientes com SA devido à dificuldade de interação interpessoal que essas pessoas têm e à sua incapacidade de adquirir habilidades nessa área de forma intuitiva¹⁶.

TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS

O THS é um conjunto de técnicas usadas na psicologia para melhorar a efetividade interpessoal e a qualidade de vida. Elas são dirigidas para aumentar a competência da atuação em situações críticas¹⁷. Os principais componentes do THS são: 1) **treinamento de habilidades**, constituído principalmente de estratégias comportamentais e empregando procedimentos como a instrução, a modelação, o ensaio comportamental, o reforço e a retroalimentação¹⁷; 2) **reestruturação cognitiva**, usada para modificar valores e crenças diretamente e comportamentos indiretamente¹⁷ (as técnicas cognitivas usadas incluem o questionamento sócrático, a avaliação de vantagens e desvantagens, a tomada de perspectiva, autoinstruções, entre outras); 3) **redução da ansiedade e solução de problemas sociais**, que são os componentes derivados dos primeiros dois.

TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS NA SÍNDROME DE ASPERGER

Na literatura das últimas décadas, há diversos exemplos de modelos de THS para pessoas com SA baseados na

terapia cognitivo-comportamental (TCC) que ensinam, além de habilidades sociais básicas, estratégias para interpretar e lidar com situações sociais¹⁸ e solucionar problemas sociais¹⁹. Wood et al. ressaltam os benefícios da TCC em promover respostas adaptativas que podem auxiliar a suprimir memórias de respostas anteriores disfuncionais e facilitar a generalização de aprendizados, por usar situações reais do paciente e não apenas situações simuladas, como ocorre em alguns programas de THS clássicos, que focam principalmente no comportamento²⁰.

O ensino de habilidades sociais precisa ser gradual, começando pelas habilidades mais rudimentares e, então, progredindo para comportamentos mais complexos, sendo sempre estabelecidas metas claras e específicas¹¹. Hare propõe focar nos comportamentos e nos pensamentos – em vez de nas experiências subjetivas e nos sentimentos – para facilitar a motivação para a mudança, por se tratar de pacientes muito racionais¹⁶. A abordagem mais diretiva permite que o paciente coloque suas informações pessoais sem exigir *insights* ou análises mais detalhadas¹⁹.

As instruções devem ser explícitas e estruturadas. O uso de apoios conversacionais e escritos (autoinstruções explícitas, registros de mudanças comportamentais e cognitivas alcançadas na terapia) é útil pelo fato de a inteligência verbal ser melhor em muitos²¹. Já nos pensadores visuais, o uso de técnicas de *role-play* e material ilustrado (histórias em quadrinhos) pode ser mais produtivo²². A comunicação verbal também deve ser mais concreta e lógica, evitando-se o uso de linguagem metafórica, que não é bem compreendida na SA²³. A transposição de emoções e sentimentos pode ser uma dificuldade importante em muitos portadores de SA, e o uso de jogos, textos e até computador pode facilitar esse aprendizado¹⁹.

O formato da terapia, estruturado e previsível, tende a diminuir a ansiedade dessa população com perfil obsessivo e avesso a mudanças, e com dificuldade de organização pela disfunção executiva¹⁹. Esse formato tende a auxiliar na estruturação da vida do paciente, devido à generalização ocasionada pelo contato frequente com a terapia.

O trabalho em grupo, amplamente abordado nas últimas três décadas, é pertinente por permitir a socialização e a possibilidade de treinar habilidades com supervisão e modelagem profissional²⁴. A intervenção

em grupo estruturada, com agenda estabelecida e objetivos bem claros a serem debatidos, é apreciada por adultos com SA²⁵. Em seu trabalho, Attwood²⁶ ressalta que os grupos terapêuticos com frequência tornam-se grupos de autoajuda, permitindo trocas de dificuldades e experiências semelhantes e a formação de amizades.

A participação da família, em especial dos responsáveis quando se trata de crianças e adolescentes, auxilia na generalização, por facilitar a prática dos comportamentos aprendidos fora do ambiente terapêutico^{24,27}. A instrução de familiares socialmente competentes para atuarem como coterapeutas ou guias pode auxiliar a ressaltar e ampliar alguns comportamentos positivos e favorecer sua aplicação em contextos novos¹¹. Attwood cita a importância da interação com crianças com desenvolvimento normal, que servem como exemplos para imitação²⁶.

A generalização é o aspecto do THS que merece atenção especial, pois, apesar de muitos pacientes com SA aprenderem as habilidades ensinadas no consultório, há pouca evidência na literatura de que a generalização dessas aquisições ocorra para situações domésticas, escolares ou até mesmo na comunidade²⁸. Gutstein & Whitney¹¹ propõem que as habilidades sociais sejam ensinadas em contextos que tenham significado para o indivíduo e que a motivação seja fomentada ativamente usando estratégias da TCC, tais como experimentos comportamentais, uso de reforços positivos e reestruturação cognitiva de experiências de reciprocidade social. Alguns autores sugerem ainda que programas de THS realizados por tempo prolongado (anos) tendem a ter melhores resultados, devido à repetição e prática exaustivas, e, conseqüentemente, têm maior chance de promover generalização^{24,29}.

As metas do programa de THS para pessoas com SA devem ser escolhidas após a avaliação cuidadosa de cada caso, dada a diversidade de apresentações. Os objetivos devem ser claros para o profissional e para o paciente (e sua família) e devem abordar algumas dificuldades específicas de forma intensiva para melhorar a efetividade do tratamento²⁴. A escolha de muitos objetivos pode ser avassaladora para as pessoas que têm SA, contribuindo para a depressão, uma vez que se conscientizam de todas as suas limitações⁴.

Algumas áreas de dificuldade mais comuns nessa população são mais frequentemente selecionadas para

os programas de THS, por exemplo, compreensão social, regras de interação social e expectativas interpessoais, conversa recíproca, uso e interpretação de condutas não verbais, autocontrole, comportamentos estereotipados e interesses obsessivos, e formação de amizades. Cada uma dessas áreas será comentada a seguir.

Compreensão social

A dificuldade de interpretar aspectos não verbais da comunicação e de perceber as emoções, assim como a rigidez na interpretação de regras sociais, prejudicam a compreensão de situações sociais, especialmente as inesperadas¹⁴. Entre as técnicas usadas para melhorar a compreensão social nessa população está o uso de material visual (fotografias e desenhos) para ensinar a identificar emoções nas expressões faciais, de vídeos para ilustrar crenças (falsas) dos demais e de desenhos com “bolhas de pensamentos” e histórias em quadrinhos para nomear pensamentos e emoções dos outros.^{26,30} Attwood^{31,32} descreve a necessidade de ensinar crianças com SA a identificar, compreender e expressar suas próprias emoções, habilidades pouco desenvolvidas nessa população que tende à alexitimia.

O uso de histórias sociais (pequenos contos personalizados que permitem a decodificação de aspectos abstratos e não verbais da interação) auxilia na compreensão da informação relevante numa dada situação social³. Assim, é possível a reestruturação cognitiva de situações sociais e a busca de comportamentos mais funcionais e adaptativos².

Regras de interação social e aprendizado das expectativas interpessoais

A dificuldade da pessoa com SA de prever a conduta social que deve ser exibida em situações novas está relacionada não só ao prejuízo da interpretação das dicas sociais, mas também à inflexibilidade inerente ao quadro. A compreensão e a memorização de algumas convenções sociais, assim como o uso do *script* social (descrição detalhada e sequencial de comportamentos a serem seguidos numa determinada situação) podem diminuir alguns erros e conflitos e amenizar a ansiedade antecipatória causada pela situação social nova. É necessário, todavia, auxiliar o indivíduo a identificar situações nas quais as regras aprendidas possam ser aplicadas e, assim, propiciar generalização desse aprendizado.

¹ Psiquiatra pela ABP com especialização em Terapia Cognitiva. ² Mestre em Psicologia, Doutora em Linguística, Formação em Terapia Familiar Sistêmica, Terapia Ericksoniana e Terapia Cognitivo-Comportamental. Professora dos Cursos de Enfermagem e de Fisioterapia da Faculdade Tecsona, Paracatu, MG.

A imitação de comportamentos adequados e esperados pode ser feita com o auxílio de aulas de teatro e atuação, nas quais comportamentos funcionais podem ser treinados e encorajados²⁶.

Conversa recíproca

Apesar de os indivíduos com SA tenderem a dominar bem aspectos linguísticos, como a fonologia e a gramática, eles apresentam dificuldade de participar da comunicação recíproca, ou seja, não diferenciam entre transmitir informação a outra pessoa e trocar informação com o outro³. Assim, o treino de habilidades de conversação deve ser explícito, intensivo e com ensinamento da ordem adequada para cada passo a ser seguido. Para isso, usam-se técnicas de modelagem e *role-play*, com roteiros e instruções diretas. Esse treino pode ser feito em grupo ou individualmente.

As principais habilidades a serem treinadas são estratégias para iniciar e terminar conversas, selecionar tópicos adequados à situação social, aprender a esperar a sua vez para falar e fazer perguntas relevantes. Borreguero³ ressalta a importância da repetição para permitir a fixação do aprendizado.

Uso e interpretação de condutas não verbais

O erro de interpretação de sutilezas da comunicação não verbal na SA pode estar associado a atribuições causais equivocadas e ao aparecimento de sintomas paranoicos e persecutórios na SA¹⁴. Para tanto, a interpretação do comportamento dos outros é ensinada: o profissional faz a decodificação verbal das condutas não verbais e o indivíduo é ensinado a dirigir sua atenção às dicas não verbais dos demais⁹. Essas habilidades são treinadas de forma repetitiva e intensiva para que ocorra melhora da consciência social e uma interpretação mais correta de informações ambíguas.

Num estudo feito com um grupo de adolescentes com SA³³, no qual foram treinadas, com sucesso, as habilidades de identificar e interpretar linguagem não verbal, foi demonstrado que as habilidades e os recursos para lidar com a informação não verbal não se desenvolveram de forma intuitiva. Sendo assim, o indivíduo com SA deve ser instruído de forma explícita sobre os comportamentos que deve adotar, tais como: olhar para quem está lhe dirigindo a palavra, observar o tom da voz, sua postura

corporal e até o sorriso social. As condutas não verbais podem ser treinadas com *role-play* em grupo, inclusive com filmagem, para que as interações possam ser estudadas, reforçadas ou melhoradas.

Autocontrole e comportamento disruptivo

A incidência de ansiedade e comportamento disruptivo é alta na SA¹³. Não se trata de sintomas isolados ou premeditados (no caso de condutas agressivas) pelo paciente, e sim respostas a dificuldades secundárias ao déficit social dessa população³. Os portadores de SA tendem a ter baixa tolerância à frustração e à ansiedade e a irritar-se com facilidade quando ocorrem imprevistos, e também quando erram²².

A falta de flexibilidade cognitiva, a capacidade limitada de interpretar corretamente as emoções e intenções alheias, o baixo conhecimento das regras e expectativas sociais e a dificuldade de lidar com novidades e mudanças contribuem para o aparecimento de comportamentos agressivos e inadequados. Portanto, é necessário que o aprendizado do autocontrole e a prevenção de comportamentos disruptivos sejam associados ao incremento das habilidades sociais.

As estratégias usadas dependem da avaliação criteriosa de cada caso. Segundo Tonge et al.¹³, o comportamento disruptivo é passível de melhora com educação e modificações ambientais e comportamentais. Oferecer orientação aos cuidadores e adultos envolvidos sobre as dificuldades de compreensão social da criança tende a auxiliar na implementação de estratégias para a prevenção de comportamentos agressivos ou violentos. Eles devem buscar a adaptação das demandas sociais às capacidades individuais da criança³. Entre as estratégias ambientais sugeridas estão o estabelecimento de rotinas e a estruturação do ambiente e dos contextos sociais. As modificações comportamentais incluem o treino das habilidades de comunicação, do cumprimento das regras e das expectativas sociais³.

A abordagem direta do comportamento também é necessária, por exemplo através da técnica de *time-out*, na qual a criança agitada e agressiva permanece por um tempo em um ambiente sem estímulo, para que haja redução dos componentes reforçadores do comportamento e ativação fisiológica. Essa estratégia é eficaz, apesar de antiga, mas requer conhecimento profundo dos fatores precipitantes e mantenedores do comportamento inadequado de cada criança³. O uso de reforços e sanções também está descrito,

sendo importante o estabelecimento de critérios concretos, objetivos e comportamentais. Assim, o terapeuta pode reforçar comportamentos sociais adequados e diminuir, através de sanção, a expressão das condutas inadequadas³.

O treino de habilidades de autocontrole pode ser realizado em crianças e jovens com capacidade de discriminar entre condutas apropriadas e comportamentos socialmente inaceitáveis, e de aceitar sua responsabilidade pelas manifestações. Borreguero³ descreve um programa bem definido e estruturado nos moldes da TCC, no qual as metas são estabelecidas e a frequência do comportamento a ser modificado é registrada. As vantagens da mudança e as desvantagens da manutenção do comportamento inadequado são ponderadas antes da elaboração de experimentos com instruções claras e sequenciais dos comportamentos novos a serem testados.

Comportamento repetitivo e estereotipado e interesses obsessivos

Os portadores de SA não gostam de mudanças e têm dificuldade de lidar com situações inesperadas²². Esse padrão restritivo de cognição e comportamento dificulta a socialização e o aprendizado de habilidades novas. Além disso, a adesão a poucos temas de interesse, especialmente na infância e adolescência, prejudica a comunicação verbal e a aproximação dos demais.

A abordagem não deve ter como objetivo a supressão dos interesses obsessivos, que são importante fonte de prazer e ocupação para alguns desses indivíduos – inclusive, com frequência, eles se sentem orgulhosos e respeitados pelo conhecimento profundo que têm sobre um determinado tema³. A mudança gradual do comportamento deve ser a principal meta, com foco em melhorar a comunicação verbal. O terapeuta pode conseguir isso estimulando a prática de conversas e a expansão dos interesses e repertórios¹⁸.

Borreguero³ descreve uma sequência de passos para a modificação de comportamentos repetitivos em crianças e adolescentes que inclui o estabelecimento explícito de regras sobre os locais, a frequência e a intensidade com que as condutas e os temas podem ser manifestados. Além disso, a autora sugere um sistema de reforço da mudança, usando economia de fichas, para manter o paciente motivado. O paciente é também estimulado e encorajado a buscar e desenvolver outros interesses.

As estereotipias motoras (balançar o corpo, torcer os dedos, abanar as mãos) podem ser observadas mais em crianças e adolescentes e tendem a aparecer em momentos de maior emoção (positiva ou negativa). A tentativa de suprimir esse comportamento em geral não tem resultado e pode levar a aumento de comportamentos disruptivos, pela ausência de um mecanismo para extravasar a emoção³. A abordagem, portanto, inclui a conscientização do impacto social das estereotipias e a melhora das habilidades sociais, para tentar diminuir a ansiedade consequente.

O THS em grupo usando técnicas de TCC pode melhorar a capacidade de conversar de forma mais adequada (mantendo contato visual, escolhendo tópicos apropriados e sabendo iniciar e terminar o diálogo) e aumentar a autopercepção e adaptabilidade social dos pacientes. O treinamento atua também diminuindo a incidência de comportamentos bizarros e estereotipados¹⁸. Há evidência de que a melhora dos sintomas ansiosos, quer seja por abordagem direta desses usando a TCC, quer seja por melhora da comunicação interpessoal usando THS, tende a levar a uma melhora dos sintomas do espectro autista²⁰.

Formação de amizades

A falta de amigos e o isolamento social são queixas de algumas pessoas com SA que percebem suas diferenças e não sabem como abordar os outros de forma adequada²⁷. No entanto, é possível treinar comportamentos específicos em crianças e adultos. Apesar de as pessoas com SA tenderem a ser excêntricas e egocêntricas, elas podem se tornar amigos leais e honestos³¹.

Há evidências na literatura de que o tempo gasto com amigos é um fator importante para a qualidade de vida em pessoas com SA e autismo de alto funcionamento²⁶. Attwood³¹ discorre sobre as consequências deletérias da falta de amizade e do isolamento na infância, tais como o maior risco de *bullying*. Na vida adulta, a vulnerabilidade à exploração financeira, emocional e sexual pode ocorrer devido à solidão e ao desejo de companhia.

Para abordar a formação de amizades, faz-se necessário avaliar a idade e o desenvolvimento individual de cada paciente. Crianças mais novas podem precisar aprender a compartilhar brinquedos, respeitar regras básicas dos jogos e esperar sua vez. Essas habilidades precisam ser ensinadas de forma explícita e reforçadas e praticadas

¹ Psiquiatra pela ABP com especialização em Terapia Cognitiva. ² Mestre em Psicologia, Doutora em Linguística, Formação em Terapia Familiar Sistêmica, Terapia Ericksoniana e Terapia Cognitivo-Comportamental. Professora dos Cursos de Enfermagem e de Fisioterapia da Faculdade Tecsona, Paracatu, MG.

com pais e cuidadores. Muitas vezes as crianças são orientadas a observar e a imitar outras crianças até terem aprendido os comportamentos adequados³.

Em crianças um pouco mais velhas ou que já tenham aprendido a brincar de forma cooperativa, o foco pode ser a necessidade de participar e ser aceito pelos seus pares. Pode ser útil estimular que participem de atividades com crianças do mesmo sexo e idade e ensinar como podem entrar na brincadeira³¹. Para que haja maior sucesso, essas crianças precisam ser previamente familiarizadas com as atividades preferidas do grupo, tais como jogos de computador e filmes. Os pais e cuidadores, que têm papel fundamental na aquisição dessas habilidades e conhecimentos, precisam ser instruídos e orientados a participar ativamente³.

Quando o aprendizado e a integração ao grupo de pares não for possível, o uso de “coterapeutas” pode ser um recurso. Nesses casos, crianças com desenvolvimento normal podem ser treinadas e instruídas para interagir e brincar com a criança com SA, modelando, assim, seu comportamento e comunicação^{3,26}.

Nas amizades, tanto na adolescência quanto na vida adulta, de pessoas com desenvolvimento normal, a intimidade emocional passa a ser importante, apesar de a presença de interesses comuns também ainda o ser. A maioria das pessoas com SA não consegue aprender a vivenciar isso, e suas amizades tendem a continuar baseadas em assuntos e preocupações comuns, troca de informações e realização de atividades relacionadas³. Os clubes de interesses específicos, tais como clubes de xadrez, de colecionadores de selos e moedas, podem ser estratégias terapêuticas. Esses grupos permitem o contato social e, ainda, o compartilhar de interesses com outros²⁶.

CONCLUSÃO

ASA leva a severo comprometimento social, o qual precisa ser abordado para melhorar a integração do indivíduo ao seu meio, assim como sua qualidade de vida. O THS leva à melhora da consciência e das estratégias sociais, o que não implica aquisição de comportamento social flexível ou de capacidade de comunicação espontânea e natural. Muitos comportamentos apropriados são treinados, mas as condutas sociais de natureza mais abstrata e subjetiva, como a empatia e a intimidade emocional, não são passíveis de treinamento. Ainda assim, o THS direcionado para

portadores de SA pode ocasionar melhora da qualidade de vida e redução de sintomas psiquiátricos nessa população.

Agradecimentos

Agradecemos às Dras. Lia Silvia Kunzler, Daniela Zippin Knijnik e Graça Oliveira, também relatoras da mesa-redonda com subitens referentes à terapia cognitiva. A mesa-redonda foi apresentada no XXXII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 2014.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Maria Cecília Gomes Pereira Ferreira de Lima, SRTVS 701, Ed. Centro Empresarial Brasília, Bloco C, sala 204, CEP 70340-907, Brasília, DF. E-mail: ceciliaf_lima@yahoo.com.br

Referências

1. Klin A. [Autism and Asperger syndrome: an overview]. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28:S3-11.
2. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5). Porto Alegre: Artmed; 2014.
3. Borreguero PM. El síndrome de Asperger: excentricidad o discapacidad social. Madrid: Alianza; 2004.
4. Solomon M, Goodlin-Jones BL, Anders TF. A social adjustment enhancement intervention for high functioning autism, Asperger's syndrome, and pervasive developmental disorder NOS. *J Autism Dev Disord.* 2004;34:649-68.
5. Baron-Cohen S, Jolliffe T, Mortimore C, Robertson M. Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997;38:813-22.
6. Klin A. Asperger syndrome: an update. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25:103-9.
7. Bowler DM. "Theory of mind" in Asperger's syndrome. *J Child Psychol Psychiatry.* 1992;33:877-93.
8. Rumsey JM, Rapoport JL, Sceery WR. Autistic children as adults: psychiatric, social and behavioral outcomes. *J Am Acad Child Psychiatry.* 1985;24:465-73.

9. Klin A. Asperger syndrome. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1994;3:131-48.
10. Bock MA. A social-behavioral learning strategy intervention for a child with Asperger syndrome. *Remedial Spec Educ*. 2007;28:258-65.
11. Gutstein SE, Whitney T. Asperger syndrome and development of social competence. *Focus Autism Other Dev Disabl*. 2002;17:161-71.
12. Kim JA, Szatmari P, Bryson SE, Streiner DL, Wilson FJ. The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger's syndrome. *Autism*. 2000;4:117-32.
13. Tonge BJ, Brereton AV, Gray KM, Einfeld SL. Behavioural and emotional disturbances in high-functioning autism and Asperger's disorder. *Autism*. 1999;3:117-30.
14. Blackshaw AJ, Kinderman P, Hare DJ, Hatton C. Theory of mind, causal attribution and paranoia in Asperger syndrome. *Autism*. 2001;5:147-63.
15. Rao PA, Biedel DC, Murray MJ. Social skills interventions for children with Asperger's syndrome or high functioning autism: a review and recommendations. *J Autism Dev Disord*. 2008;38:353-61.
16. Hare DJ. Developing cognitive behavioural work with people with ASD. *Good Autism Pract*. 2004;5:18-22.
17. Caballo VE. Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais. São Paulo: Santos; 2003.
18. Lopata C, Thomeer ML, Volker MA, Nida RE. Effectiveness of a cognitive-behavioral treatment on the social behaviors of children with Asperger disorder. *Focus Autism Other Dev Disabl*. 2006;21:237-44.
19. Anderson S, Morris J. Cognitive behaviour therapy for people with Asperger syndrome. *Behav Cogn Psychother*. 2006;34:293-303.
20. Wood JJ, Drahota A, Sze K, Van Dyke M, Decker K, Fujii C, et al. Brief report: effects of cognitive behavioral therapy on parent-reported autism symptoms in school-age children with high-functioning autism. *J Autism Dev Disord*. 2009;39:1608-12.
21. Fuentes-Biggi J, Ferrari-Arroyo MJ, Boada-Muñoz L, Touriño-Aguilera E, Artigas-Pallarés J, Belinchón-Carmona M, et al. [Good practice guidelines for the treatment of autistic spectrum disorders]. *Rev Neurol*. 2006;43:425-38.
22. Calle de Medinaceli J, Rodríguez OU. Transtorno de Asperger en adolescentes: revisión del concepto y estrategias para la integración escolar. *Rev Latinoam Psicol*. 2004;36:517-30.
23. Hare DJ. The use of cognitive-behavioural therapy with people with Asperger syndrome: a case study. *Autism*. 1997;1:215-25.
24. Muller R. Will you play with me? Improving social skills for children with Asperger syndrome. *Intl J Disabil Dev Educ*. 2010;57:331-4.
25. Weiss JA, Lunsy Y. Group cognitive behaviour therapy for adults with Asperger syndrome and anxiety or mood disorder: a case series. *Clin Psychol Psychother*. 2010;17:438-46.
26. Attwood T. Strategies for improving the social integration of children with Asperger syndrome. *Autism*. 2000;4:85-100.
27. Sofronoff K, Attwood T, Hinton S. A randomised controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46:1152-60.
28. Castorina LL, Negri LM. The inclusion of siblings in social skills training groups for boys with Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord*. 2011;41:73-81.
29. Cardaciotto LA, Herbert JD. Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder in the context of Asperger's syndrome: a single-subject report. *Cogn Behav Pract*. 2004;11:75-81.
30. Caminha RM, Caminha MG. Baralho das emoções: acessando a criança no trabalho clínico. 4ª ed. Novo Hamburgo: Synopsis; 2011.
31. Attwood T. Frameworks for behavioral interventions. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2003;12:65-86.
32. Attwood T. Cognitive behaviour therapy for children and adults with Asperger's syndrome. *Behav Change*. 2004;21:147-61.
33. Barnhill GP, Cook KT, Tebbenkamp K, Myles BS. The effectiveness of social skills intervention targeting nonverbal communication for adolescents with Asperger syndrome and related pervasive developmental delays. *Focus Autism Other Dev Disabil*. 2002;17:112-8.

DEPENDÊNCIA DE TECNOLOGIA: AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO

TECHNOLOGY ADDICTION: EVALUATION AND DIAGNOSIS

Resumo

Num mundo cada vez mais influenciado pela tecnologia, crescem as dúvidas sobre o papel que as novas tecnologias passam a ter nas nossas vidas e sobre as possíveis consequências negativas que podem acarretar. Considera-se dependência de tecnologia quando o indivíduo não consegue controlar o uso da tecnologia, principalmente quando esse uso está tendo impacto negativo nas principais áreas da vida (relacionamentos interpessoais, desempenho nos estudos/trabalho, saúde física, etc.). Trata-se de um fenômeno global, que parece afetar em torno de 6% da população e que pode ter apresentações bastante heterogêneas. Os subtipos de dependência de tecnologia de maior relevância na prática clínica são: dependência de jogos eletrônicos, de redes sociais e de *smartphones*. Na maioria dos casos de dependência de tecnologia é possível identificar a presença de comorbidades psiquiátricas. Além de uma avaliação completa e centrada no diagnóstico, uma escuta atenta para as especificidades dos jogos e das redes sociais utilizadas pelos pacientes, assim como para as motivações para o seu uso, pode também fornecer informações relevantes para o atendimento dos pacientes.

Palavras-chave: Dependência de tecnologia, jogos eletrônicos, redes sociais, *smartphones*, *wearables*.

Abstract

In a world increasingly influenced by technology, new doubts emerge about the role played by new technologies in our lives and about the possible negative consequences involved. Technology addiction is considered to be present when the individual is unable to control the use of technology even when such use is having negative impacts in major areas of life (interpersonal relationships, academic/work performance, physical health, etc.). It is

a global phenomenon, which seems to affect about 6% of the population and can have very heterogeneous presentations. The most relevant subtypes of technology addiction in clinical practice are: video gaming addiction, social networking addiction, and smartphone addiction. Psychiatric comorbidities are present in most cases. In addition to a comprehensive evaluation focused on diagnosis, attentive listening to the specificities of the games and social networks used by the patients, as well as to the motivations for their use, can also provide relevant information for patient care.

Keywords: Technology addiction, video games, social networks, smartphones, wearables.

INTRODUÇÃO

Vivemos em um mundo intensamente influenciado pela tecnologia, e isso se reflete no modo como buscamos conhecimento, como nos comunicamos e nos relacionamos com os outros, e também como nos divertimos. A cada ano, aumenta o número de atividades que fazemos online, assim como o tempo que dedicamos a elas¹. Crescem também as dúvidas sobre o papel que as novas tecnologias passam a ter nas nossas vidas e sobre as possíveis consequências negativas que elas podem acarretar.

Na prática clínica, geralmente nos deparamos com esse tema em duas situações distintas. Na primeira, bastante frequente, o uso das tecnologias não está relacionado ao motivo da busca pelo atendimento e aparece em relatos dos pacientes sobre aspectos de sua vida que se passam num ambiente online (por exemplo, conversas por WhatsApp com a namorada, convites para sair pelo Tinder, irritabilidade ou frustração em um jogo, etc.). Na segunda situação, menos frequente, porém com implicações mais dramáticas, os pacientes ou seus familiares procuram uma avaliação por achar que

DANIEL TORNAIM SPRITZER
ALINE RESTANO
VITOR BREDA
FELIPE PICON

ARTIGO

o envolvimento com jogos eletrônicos, redes sociais ou *smartphones* “já virou um vício”, ou seja, está acarretando prejuízo e/ou causando sofrimento.

Pensando na relação das pessoas com as novas tecnologias como um *continuum*, a dependência estaria em um dos extremos: o indivíduo não consegue controlar o uso da tecnologia mesmo quando esse uso está tendo impacto negativo nas principais áreas de sua vida (relacionamentos interpessoais, desempenho nos estudos/trabalho, saúde física, etc.). Trata-se de um fenômeno global, que parece afetar em torno de 6% da população e que pode ter apresentações bastante heterogêneas². Os subtipos de dependência de tecnologia de maior relevância na prática clínica são: dependência de jogos eletrônicos, de redes sociais e de *smartphones*.

É importante levar em consideração algumas particularidades desse comportamento, que podem torná-lo especialmente complexo na fase de avaliação e diagnóstico. Do ponto de vista científico, é bastante difícil estudar um fenômeno tão atual, que muda tanto e tão rapidamente. Além disso, deparamo-nos, muitas vezes, com nossos próprios preconceitos, associados a visões muito alarmistas ou, então, reducionistas sobre o tema. Finalmente, o fato de que brincar e se relacionar são fundamentais ao desenvolvimento normal exige um olhar que busque a profundidade dessa relação.

O objetivo deste artigo é apresentar uma atualização sobre a avaliação e o diagnóstico de dependência de tecnologia tendo como foco os subtipos que apresentam maior relevância em nossa prática clínica.

SUBTIPOS DE DEPENDÊNCIA DE TECNOLOGIA

Jogos eletrônicos

Os jogos eletrônicos são hoje uma das mais importantes atividades de lazer para crianças, adolescentes e adultos³. Graças à evolução tecnológica, os jogos possuem um grau cada vez maior de realismo de imagens, sons, interatividade e velocidade. A conexão com a internet possibilita que vários jogadores, onde quer que estejam, joguem o mesmo jogo ao mesmo tempo, e a cada ano novos mecanismos vão sendo incorporados e proporcionam maior envolvimento com os *games*.

Muitas pesquisas relacionam o uso de jogos eletrônicos com uma maior facilidade de aprendizado, socialização, desenvolvimento de habilidades afetivas, cognitivas e motoras. E cada vez mais os benefícios de seu uso têm sido comprovados em tratamentos médicos e psicológicos⁴⁻⁶. Entretanto, também já está bem comprovado que o uso de jogos eletrônicos, quando excessivo, pode acarretar prejuízos graves na saúde (tanto física quanto mental), no desempenho acadêmico e também nos relacionamentos afetivos^{7,8}. Uma pequena parcela dos jovens que jogam irá desenvolver um comportamento de dependência associado aos *games*, apresentando um uso bastante intenso (geralmente muitas horas por dia), pensamentos recorrentes sobre o jogo mesmo quando deveria estar concentrado em outras tarefas, isolamento progressivo dos amigos e familiares, redução ou mesmo abandono de atividades que costumava realizar para ficar mais tempo jogando, além de sintomas físicos e emocionais quando privado da possibilidade de jogar⁹.

Em vista das crescentes evidências sobre o tema, e com o objetivo de estimular a pesquisa na área, a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) incluiu entre as condições que merecem mais estudos a categoria *Internet Gaming Disorder*, traduzido como transtorno do jogo pela internet (ver critérios a seguir, no item *Avaliação e diagnóstico*)¹⁰. Estudos transversais apontam prevalências de dependência de jogos eletrônicos que variam de 0,3 a 38%, e essa amplitude pode ser explicada pelas diferentes amostras populacionais dos estudos e pelos diferentes instrumentos diagnósticos utilizados¹¹. No Brasil, ainda não existe estudo de base populacional que permita inferir com maior precisão o impacto desse transtorno na nossa população.

Mesmo sendo a dependência de jogos eletrônicos um fenômeno global, sabe-se que adolescentes do sexo masculino constituem um dos principais grupos de risco^{8,12}. As comorbidades mais frequentemente encontradas entre dependentes de jogos eletrônicos são depressão, ansiedade social e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade^{13,14}. Indivíduos mais introvertidos, com menor persistência na busca de objetivos e mais desorganizados também apresentam risco maior de desenvolver dependência de *games*¹⁵.

¹ Grupo de Estudos sobre Adições Tecnológicas (GEAT). ² GEAT. Centro de Estudos, Atendimento e Pesquisa da Infância e Adolescência (CEAPIA), Porto Alegre, RS. ³ GEAT. Programa de Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade em Adultos (ProDAH-A), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. ⁴ GEAT. ProDAH-A, HCPA, UFRGS, Porto Alegre, RS. Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para Infância e Adolescência (INPD), São Paulo, SP.

Redes sociais

As redes sociais já são amplamente difundidas entre crianças, adolescentes e adultos. Trata-se de comunidades virtuais onde o indivíduo cria um perfil público ou semipúblico e nas quais se compartilham fotos, vídeos, textos, opiniões, informações e jogos. Através das redes sociais, o usuário pode se conectar e interagir com amigos que já conhece em sua vida real, ou mesmo com amigos que conhece somente através do mundo virtual. A principal função das redes sociais para as meninas é a de se comunicar; entre os meninos elas são muito usadas na tentativa de compensar habilidades sociais¹⁶.

As redes sociais facilitam a criação de uma versão de si mesmo que agrada a si e aos demais. Pessoas com maior dificuldade de interação face a face têm, nas redes, uma possibilidade de interagir com menores níveis de ansiedade. Além disso, pessoas que se percebem mais isoladas socialmente conseguem, através delas, sentir-se mais pertencentes a algum grupo¹⁷.

As redes sociais possuem inúmeros mecanismos que estimulam o constante retorno do usuário. A verificação de curtidas (*likes*) no Instagram ou no Facebook, o número de notificações no WhatsApp, e o recebimento de comentários e mensagens em geral fazem com que o sujeito queira conferir constantemente o que está ocorrendo em seus perfis virtuais. Repetidas curtidas no Facebook podem ser sentidas como picos de bem-estar, enquanto sintomas depressivos e ansiosos podem ocorrer quando não são recebidas as curtidas ou os comentários positivos sobre algo postado¹⁸.

A dependência de redes sociais leva a uma série de prejuízos na vida do sujeito. Mesmo percebendo que o uso intenso das redes interfere no sono, desempenho acadêmico e convívio social, o indivíduo não consegue interromper o seu uso. Ao contrário, a tendência é que busque cada vez mais redes para se conectar. Dependentes descrevem que vão navegando de uma rede para outra constantemente, mesmo que tenham visitado seu perfil em determinada plataforma há apenas alguns minutos. Quando fica longe das redes sociais, o dependente apresenta alterações de humor, ficando mais irritado ou com humor depressivo. Em casos mais extremos, o sujeito pode ter reações de maior descontrole quando privado do uso.

Mesmo ainda não existindo critérios diagnósticos formais para a dependência de redes sociais (de modo semelhante à proposta de operacionalização que existe em relação à dependência de *games*), o uso intenso desse subtipo de tecnologia merece atenção dos profissionais da saúde, especialmente daqueles que trabalham com jovens, pois é durante a adolescência que esse uso aumenta muito. Sabe-se que adolescentes do sexo feminino são um grupo de risco para a dependência de redes sociais¹⁶. Pessoas com maior dificuldade no manejo das emoções e no controle de impulsos apresentam também maiores dificuldades no controle de uso das redes¹⁹. Indivíduos com maior introversão, que fazem uso das redes sociais na tentativa de aliviar sentimentos negativos, também apresentam maior risco para dependência²⁰. Pessoas perfeccionistas, com baixa autoestima e necessidade de constante aprovação dos outros podem também ficar especialmente envolvidos na manutenção de seu “personagem” construído nas redes. Devido aos altos padrões estabelecidos por sujeitos com esse perfil, o contato face a face pode representar maior risco de exposição e crítica²¹.

Smartphones e wearables

Hoje em dia, para muitas pessoas, parece impossível imaginar uma existência sem *smartphones*, os quais reúnem as inúmeras funções de um computador com a mobilidade dos telefones celulares²². Seu uso excessivo, entretanto, pode levar a um quadro semelhante ao apresentado por pacientes com outras dependências, tanto comportamentais quanto químicas. Esses indivíduos apresentam ansiedade, irritabilidade e tristeza quando afastados do *smartphone*; por outro lado, o uso problemático do *smartphone* pode ser desencadeado justamente em uma tentativa de aliviar esses sintomas. Os *smartphones* permitem ao paciente acessar com frequência redes sociais, conferir mensagens de texto e passar muito tempo envolvido com jogos ou vídeos online. Não apenas o tempo total de uso por dia pode chegar a níveis muito altos (como mais de 15 horas por dia), como também o número de vezes que a pessoa dependente acessa o aparelho pode se tornar problemático. O uso do *smartphone* em situações inapropriadas ocorre com frequência,

DANIEL TORNAIM SPRITZER
ALINE RESTANO
VITOR BREDA
FELIPE PICON

ARTIGO

uma vez que o paciente não consegue ficar muito tempo sem acessar os conteúdos disponíveis através do aparelho. Um efeito frequentemente relatado é o *phantom ringing*, em que o usuário do celular percebe o aparelho tocando mesmo sem isso ter ocorrido.

Todos esses eventos podem levar o indivíduo a se afastar de atividades antes consideradas prazerosas, como práticas esportivas e encontros com amigos, e podem ainda prejudicar sua vivência nessas atividades, tudo para poder permanecer mais tempo conectado. O uso excessivo desses celulares pode colocar em risco relacionamentos, trabalho e estudos, e mesmo após a percepção desses problemas, o indivíduo pode manter o padrão de uso e apresentar dificuldade para controlá-lo. Para definir esses casos, foi cunhado o termo *nomofobia* (derivado da expressão *no mobile phobia*, em inglês), isto é, um medo muito intenso de ficar sem o *smartphone*²³. Além do prejuízo em situações sociais, familiares, desempenho acadêmico e no trabalho, é importante ressaltar o risco de envolvimento em acidentes automobilísticos graves²⁴.

Algumas pesquisas apontam que o uso problemático de *smartphones* pode acometer até 10% dos jovens²⁵, apresentando maior prevalência entre as mulheres²⁶. Indivíduos com sintomas depressivos e ansiosos têm maior risco de desenvolver essa dependência, o que poderia agravar sintomas preexistentes²⁷. Pessoas com sentimentos intensos de solidão e baixa autoestima podem também se tornar especialmente vulneráveis, e o mesmo pode ocorrer com indivíduos mais extrovertidos e com altos níveis de tédio²⁸⁻³⁰.

O conceito de *wearables* (que poderia ser traduzido como “vestíveis”) é empregado não exatamente para peças de vestuário, como se entenderia antigamente, mas a componentes tecnológicos que o indivíduo utiliza junto ao corpo – vestindo-os, literalmente. Trata-se de acessórios que permitem o processamento de informações personalizadas de maneira móvel³¹. Os exemplos mais conhecidos desses dispositivos são

relógios inteligentes (*smartwatches*) e o óculos inteligente (popularmente conhecido como Google Glass).

Essa nova modalidade fica ainda mais intrinsecamente associada à vida do indivíduo do que os *smartphones*. Os *wearables* ainda não são tão difundidos como os celulares inteligentes, mas essa talvez seja apenas uma questão de tempo. A maior proximidade da tecnologia com a vida humana poderá causar impactos ainda maiores àqueles que já têm uma predisposição a ficar dependentes de tecnologia. Poderiam criar-se situações clínicas ainda mais inusitadas com esse tipo de tecnologia, tendo em vista sua característica de ser vestível. O futuro dessa modalidade ainda é uma incógnita, mas provavelmente será um próximo foco de estudo das possíveis repercussões negativas da utilização excessiva de tecnologia.

AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da dependência de tecnologia se baseia em uma ampla e detalhada avaliação inicial que examina os problemas relacionados à tecnologia específica (jogos eletrônicos, redes sociais ou *smartphones/wearables*) e também as demais situações relevantes na vida do indivíduo. Uma abordagem diagnóstica abrangente tem como objetivo identificar possíveis transtornos psiquiátricos, caracterizar a personalidade, avaliar a inteligência, verificar outras condições médicas concomitantes, e também avaliar aspectos sociais e o funcionamento global do sujeito. O período da avaliação inicial é fundamental no estabelecimento de um vínculo terapêutico de confiança, que servirá como base para a intervenção motivacional e para o tratamento propriamente dito.

Até o momento, o subtipo de dependência de tecnologia mais estudado, cujos critérios diagnósticos se encontram mais próximos de uma operacionalização consistente, é a dependência de jogos eletrônicos. A Tabela 1 apresenta a definição desse novo transtorno conforme aparece no DSM-5.

¹ Grupo de Estudos sobre Adições Tecnológicas (GEAT). ² GEAT. Centro de Estudos, Atendimento e Pesquisa da Infância e Adolescência (CEAPIA), Porto Alegre, RS. ³ GEAT. Programa de Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade em Adultos (ProDAH-A), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. ⁴ GEAT. ProDAH-A, HCPA, UFRGS, Porto Alegre, RS. Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para Infância e Adolescência (INPD), São Paulo, SP.

Tabela 1 - Transtorno de jogo pela internet (*Internet Gaming Disorder*)

Definição: Uso persistente e recorrente da internet para envolver-se em jogos, frequentemente com outros jogadores, levando a prejuízo clinicamente significativo ou sofrimento conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes sintomas em um período de 12 meses¹⁰.

1. Preocupação com jogos pela internet. (O indivíduo pensa na partida anterior do jogo ou antecipa a próxima partida; o jogo pela internet torna-se a atividade dominante na vida diária.) Nota: Este transtorno é distinto dos jogos de azar pela internet, que estão inclusos no transtorno de jogo.
2. Sintomas de abstinência quando os jogos pela internet são retirados. (Esses sintomas são tipicamente descritos como irritabilidade, ansiedade ou tristeza, mas não há sinais físicos de abstinência farmacológica.)
3. Tolerância – a necessidade de passar quantidades crescentes de tempo envolvido nos jogos pela internet.
4. Tentativas fracassadas de controlar a participação nos jogos pela internet.
5. Perda de interesse por passatempos e divertimentos anteriores em consequência dos, e com a exceção dos, jogos pela internet.
6. Uso excessivo continuado de jogos pela internet apesar do conhecimento dos problemas psicossociais.
7. Enganou membros da família, terapeuta ou outros em relação à quantidade de jogo pela internet.
8. Uso de jogos pela internet para evitar ou aliviar um humor negativo (por exemplo, sentimento de desamparo, culpa, ansiedade).
9. Colocou em risco ou perdeu um relacionamento, emprego ou oportunidade educacional ou de carreira significativa devido à participação em jogos pela internet.

Apesar de o tempo dedicado ao jogo ser um dos fatores mais associados ao comportamento de dependência, ele acaba sendo um marcador indireto do transtorno, pois existe uma parcela de jogadores para os quais o uso intenso não está necessariamente associado a prejuízo³². Também para os demais subtipos de dependência de tecnologia se faz bastante importante o foco no prejuízo, uma vez que ainda não existem critérios diagnósticos formalmente estabelecidos.

Na maioria dos casos de dependência de tecnologia é possível identificar a presença de comorbidades psiquiátricas. Estas, por sua vez, podem ter uma relação de causa e efeito com o comportamento de dependência, e as duas condições podem apresentar uma tendência a se reforçarem mutuamente. Por ser estimulante, promover sensação de competência e também por facilitar a evitação de problemas, o uso intenso das novas tecnologias pode inicialmente funcionar como uma estratégia de autotratamento em relação ao transtorno primário, enquanto que a intensificação de seu uso pode levar a um agravamento deste mesmo quadro.

Além da avaliação centrada no diagnóstico, é de grande importância uma escuta atenta para as especificidades

dos jogos e das redes sociais utilizadas pelos pacientes. As motivações e o modo de uso podem variar muito entre os usuários, e fornecem informações bastante interessantes e úteis sobre o funcionamento geral do paciente, traços de sua personalidade e também sobre sua situação atual de vida. Nos jogos que permitem a criação de um avatar, por exemplo, as características que o jogador atribui a esse personagem podem demonstrar como ele se vê ou como gostaria de ser. Em relação às redes sociais, a questão das curtidas pode revelar como a pessoa lida com a frustração e/ou se está passando por um momento durante o qual apresenta uma maior necessidade de gratificação. O conteúdo postado nas redes também pode dar indícios do estado mental do indivíduo durante o momento da publicação.

CONCLUSÃO

Com a progressão geométrica do desenvolvimento tecnológico que estamos testemunhando, as novas tecnologias de informação e comunicação estão cada vez mais presentes no dia a dia das pessoas. Estima-se que até 6% da população atual apresente algum transtorno relacionado à dependência de tecnologia², o que torna

DANIEL TORNAIM SPRITZER
ALINE RESTANO
VITOR BREDA
FELIPE PICON

esse assunto muito importante para os profissionais de saúde mental. Este trabalho abordou características conhecidas que podem auxiliar no atendimento dos pacientes com maior prejuízo e levantou a possibilidade de pensar a avaliação da relação do indivíduo com a tecnologia não só a partir de uma linha diagnóstica categórica, mas também como uma fonte particular de informações sobre a vida do paciente.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Daniel Tornaim Spritzer, Rua Lucas de Oliveira, 505/1107, CEP 90440-011, Porto Alegre, RS. E-mail: dtspritzer@gmail.com

Referências

1. Comitê Gestor da Internet no Brasil. TIC Kids online Brasil 2013. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil; 2014. <http://cetic.br/publicacao/pesquisa-sobre-o-uso-da-internet-por-criancas-e-adolescentes-no-brasil-tic-kids-online-brasil-2013/>
2. Cheng C, Li AY. Internet addiction prevalence and quality of (real) life: a meta-analysis of 31 nations across seven world regions. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2014;17:755-60.
3. Santaella L, Feitoza M. Mapa do jogo: a diversidade cultural dos games. São Paulo: Cengage Learning; 2009.
4. Griffiths MD. The therapeutic use of videogames in childhood and adolescence. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2003;8:547-54.
5. Li X, Atkins MS. Early childhood computer experience and cognitive and motor development. *Pediatrics*. 2004;113:1715-22.
6. Campello de Souza B, de Lima e Silva LX, Roazzi A. MMORPGS and cognitive performance: a study with 1280 Brazilian high school students. *Comput Human Behav*. 2010;26:1564-73.
7. Tao R, Huang X, Wang J, Zhang H, Zhang Y, Li M. Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction*. 2010;105:556-64.
8. Gentile DA, Choo H, Liau A, Sim T, Li D, Fung D, et al. Pathological video game use among youths: a two-year longitudinal study. *Pediatrics*. 2011;127:e319-29.
9. Rehbein F, Kliem S, Baier D, Mößle T, Petry NM. Prevalence of internet gaming disorder in German adolescents: diagnostic contribution of the nine DSM-5 criteria in a state-wide representative sample. *Addiction*. 2015;110:842-51.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
11. Peukert P, Sieslack S, Barth G, Batra A. [Internet- and computer game addiction: phenomenology, comorbidity, etiology, diagnostics and therapeutic implications for the addicts and their relatives]. *Psychiatr Prax*. 2010;37:219-24.
12. Festl R, Scharnow M, Quandt T. Problematic computer game use among adolescents, younger and older adults. *Addiction*. 2012;108:592-9.
13. Weiss MD, Baer S, Allan BA, Saran K, Schibuk H. The screens culture: impact on ADHD. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2011;3:327-34.
14. Wei HT, Chen MH, Huang PC, Bai YM. The association between online gaming, social phobia, and depression: an internet survey. *BMC Psychiatry*. 2012;12:92.
15. Müller KW, Beutel ME, Egloff B, Wölfling K. Investigating risk factors for internet gaming disorder: a comparison of patients with addictive gaming, pathological gamblers and healthy controls regarding the big five personality traits. *Eur Addict Res*. 2014;20:129-36.
16. Teppers E, Luyckx K, Klimstra TA, Goossens L. Loneliness and Facebook motives in adolescence: a longitudinal inquiry into directionality of effect. *J Adolesc*. 2014;37:691-9.
17. Tosun LP, Lajunen T. Why do young adults develop a passion for Internet activities? The associations among personality, revealing "true self" on the Internet, and passion for the Internet. *Cyberpsychol Behav*. 2009;12:401-6.
18. Andreassen CS, Pallesen S. Social network site addiction - an overview. *Curr Pharm Des*. 2014;20:4053-61.

¹ Grupo de Estudos sobre Adições Tecnológicas (GEAT). ² GEAT. Centro de Estudos, Atendimento e Pesquisa da Infância e Adolescência (CEAPIA), Porto Alegre, RS. ³ GEAT. Programa de Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade em Adultos (ProDAH-A), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. ⁴ GEAT. ProDAH-A, HCPA, UFRGS, Porto Alegre, RS. Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento para Infância e Adolescência (INPD), São Paulo, SP.

19. Hormes JM, Kearns B, Timko CA. Craving Facebook? Behavioral addiction to online social networking and its association with emotion regulation deficits. *Addiction*. 2014;109:2079-88.
20. Zamani BE, Abedini Y, Kheradmand A. Internet addiction based on personality characteristics of high school students in Kerman, Iran. *Addict Health*. 2011;3:85-91.
21. Senormancı O, Konkan R, Güçlü O, Senormancı G. Depression, loneliness, anger behaviours and interpersonal relationship styles in male patients admitted to internet addiction outpatient clinic in Turkey. *Psychiatr Danub*. 2014;26:39-45.
22. Belk RW. Possessions and the Extended Self. *J Consum Res*. 1988;15:139-68.
23. King ALS, Valença AM, Nardi AE. Nomophobia: the mobile phone in panic disorder with agoraphobia: reducing phobias or worsening of dependence? *Cogn Behav Neurol*. 2010;23:52-4.
24. Lerner BH. Drunk driving, distracted driving, moralism, and public health. *N Engl J Med*. 2011;365:879-81.
25. Lopez-Fernandez O, Honrubia-Serrano L, Freixa-Blanxart M, Gibson W. Prevalence of problematic mobile phone use in British adolescents. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2014;17:91-8.
26. Pawlowska B, Potemska E. Gender and severity of symptoms of mobile phone addiction in Polish gymnasium, secondary school and university students. *Curr Probl Psychiatry*. 2011;12:433-8.
27. Takao M. Problematic mobile phone use and big-five personality domains. *Indian J Community Med*. 2014;39:111-3.
28. Leung L. Linking psychological attributes to addiction and improper use of the mobile phone among adolescents in Hong Kong. *Journal of Children and Media*. 2008;2:93-113.
29. Bianchi A, Phillips JG. Psychological predictors of problem mobile phone use. *Cyberpsychol Behav*. 2005;8:39-51.
30. Ehrenberg A, Juckes S, White KM, Walsh SP. Personality and self-esteem as predictors of young people's technology use. *Cyberpsychol Behav*. 2008;11:739-41.
31. Sungmee Park, Jayaraman S. A transdisciplinary approach to wearables, big data and quality of life. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc*. 2014;2014:4155-8.
32. Charlton JP. A factor-analytic investigation of computer "addiction" and engagement. *Br J Psychol*. 2002;93:329-44.



TODAS AS SEGUNDAS - FEIRAS

21 HORAS

AO VIVO

Referências na Psiquiatria brasileira estarão à disposição para responder às suas perguntas

**Assistir é muito fácil e prático,
acesse o Portal da Psiquiatria:**

www.abp.org.br

RENATA DEMARQUE
JOEL RENNÓ JR.
HEWDY LOBO RIBEIRO
JULIANA PIRES CAVALSAN
GISLENE VALADARES
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
RENAN ROCHA
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

DEPRESSÃO E CÂNCER DE MAMA

DEPRESSION AND BREAST CANCER

Resumo

Tendo em vista a grande incidência de câncer de mama no Brasil e a desestruturação que esse diagnóstico e tratamento acarretam na vida da mulher, a atuação do psiquiatra nesse cenário é fundamental. Um melhor ajustamento à doença, um melhor manejo da depressão e melhor adesão ao tratamento são alguns dos objetivos da oncopsiquiatria.

Palavras-chave: Depressão, sintomas depressivos, câncer, antidepressivos, oncopsiquiatria.

Abstract

Considering the large incidence of breast cancer in Brazil and the impact that diagnosis and treatment have in the lives of these women, psychiatrists have a very important role to play in this setting. A better adjustment to the disease, improved management of depression and improved adherence to treatment are some of the goals of oncopsychotherapy.

Keywords: Depression, depressive symptoms, cancer, antidepressants, oncopsychotherapy.

INTRODUÇÃO

Desde a Antiguidade, o câncer tem sido associado a estados emocionais, embora apenas em nossos dias essa relação tenha adquirido maior clareza, bem como se tornado evidente a necessidade de combinar o tratamento do câncer com cuidados psicológicos¹. Desde sempre, o câncer foi visto como uma doença ligada à resignação e aos sofrendores, seja devido ao prognóstico, muitas vezes reservado, e às limitações

e complicações inerentes ao tratamento, seja devido a explicações erradas (e até cruéis) sobre a etiologia da doença, aumentando ainda mais o ônus de uma pessoa que já está enfrentando dor, mutilações, deformações, desfigurações, apreensão com a autoimagem, perda de peso e a possibilidade da morte².

Em certo momento da história das doenças, o câncer passou a simbolizar emoções que não podiam ser expressas, ficando reservada ao paciente a ideia de incapacidade de lidar adequadamente com as vicissitudes emocionais da vida, gerando mais um estigma³. Na verdade, desenvolver um câncer pode ser equivalente a vivenciar um estresse muito perturbador, sendo o processo definido tanto pelos estímulos externos que envolvem o indivíduo quanto pela sua maneira de encarar e enfrentar tal experiência^{1,3}.

A oncologia vem experimentando progressos consideráveis desde fins do século XIX. Hoje em dia, esses progressos são ainda mais expressivos, abrangendo um grande número de tumores e transformando o câncer em uma doença crônica. Como resultado, temos cada vez mais pacientes curados ou vivendo muitos anos com a doença, controlando-a e tratando sintomas¹.

A oncopsiquiatria é uma área de interesse especial dentro da psiquiatria, com enfoque nas demandas psíquicas do paciente com câncer. A oncopsiquiatria visa promover o fortalecimento do indivíduo na luta contra a doença e entender cada indivíduo dentro do contexto de mudanças que o câncer acarreta (Tabela 1). Sabendo que não se trata de uma doença única, e sim de um conjunto de patologias diversas, cada tipo de câncer pode trazer questões específicas aos indivíduos⁴.

¹ Psiquiatra, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP), São Paulo, SP. ² Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher), HC-USP, São Paulo, SP. ³ Psiquiatra forense pela ABP/CFM. ⁴ Ambulatório de Acolhimento e Tratamento de Famílias Incestuosas (AMEFI), Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG. ⁵ Professor, Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. ⁶ Psiquiatra. Clinical Fellow, Women's Mental Health, Universidade de McMaster, Canadá. ⁷ Programa de Saúde Mental da Mulher, Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (NUPREVIPS), Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. ⁸ Diretor Científico, Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ), Sistema de Educação Continuada a Distância (SECAD).

Tabela 1 - Objetivos do seguimento psiquiátrico da paciente com câncer de mama

Auxílio no enfrentamento da doença
Monitorização da qualidade de vida
Detecção precoce de recidivas locais, regionais e sistêmicas
Diagnóstico de segundo tumor primário
Identificação e manejo de efeitos colaterais tardios do tratamento
Orientação quanto a planejamento familiar
Assistência durante o climatério
Recomendações para melhorar a qualidade de vida da paciente com câncer
Acesso à informação
Privacidade, confidencialidade e dignidade
Acesso ao prontuário
Assistência médica preventiva
Ausência de discriminação
Consentimento e escolha do tratamento
Tratamento multidisciplinar
Oportunidade de participar de <i>clinical trials</i>
Planejamento do seguimento
Tratamento de suporte ou paliativo, se necessário

Fonte: Barros⁵.

O câncer de mama é uma das neoplasias de maior incidência entre as mulheres, e sua frequência aumenta com a idade. A prevalência estimada de transtorno depressivo maior em todas as mulheres é de 3,5 a 7%; em mulheres com câncer de mama, essa estimativa chega a 25%, acometendo principalmente mulheres mais jovens e aquelas submetidas a quimioterapia⁶.

DEPRESSÃO E CÂNCER DE MAMA

Os transtornos do humor em indivíduos com câncer vêm recebendo crescente atenção. A associação entre câncer e quadros depressivos é muito frequente e está relacionada a uma pior evolução clínica e à má qualidade de vida dos pacientes. A investigação da depressão na oncologia tem sido um desafio para os pesquisadores, pois muitos dos sintomas se confundem com os da própria doença, tornando seu diagnóstico complexo e, por vezes, impreciso². O diagnóstico da depressão se torna ainda mais difícil devido a alterações do humor do paciente, que sente sua vida ameaçada, vivenciando

dor e momentos de intensa fadiga, principalmente ao se submeter aos tratamentos oncológicos necessários².

Menor idade da paciente, maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e menor confiança nos profissionais de saúde que a acompanham são considerados fatores de risco para depressão durante o câncer de mama⁷. Mesmo entre as mulheres que não apresentam um diagnóstico fechado e/ou conclusivo de depressão, 30 a 50% irão, em algum momento, referir níveis significativos de estresse psicossocial, associado seja ao tratamento ou ao diagnóstico⁷.

Finalmente, 81% dos pacientes e 71% dos oncologistas suportam a crença de que as variáveis psicológicas afetam a progressão do câncer. Existe até um modelo biológico que busca explicar a relação entre a depressão e a progressão e mortalidade do câncer. Observa-se, nos pacientes com depressão, uma ativação crônica do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal, com liberação de citocinas pró-inflamatórias (IL-1, IL-2, fator de necrose tumoral alfa) e consequente aumento dos seus níveis séricos. Tal aumento modula positivamente a progressão de um tumor maligno⁸.

MEDICAMENTOS

O tratamento farmacológico pode propiciar melhora do quadro depressivo em pacientes com câncer, sendo necessários cuidados especiais por conta da alta probabilidade de ocorrência de efeitos colaterais e interações medicamentosas². Independentemente de a depressão ser uma situação pré-mórbida, surgir a partir do diagnóstico de câncer em si ou ocorrer como efeito colateral do seu tratamento, o manejo dos sintomas depressivos pode aumentar a aderência ao tratamento oncológico e, conseqüentemente, melhorar o prognóstico do câncer⁹.

Dentre os tratamentos atualmente disponíveis para o câncer de mama, o uso de tamoxifeno já demonstrou diminuição do risco de recorrência em 50% e de mortalidade em 25%. Por conta disso, a interação das medicações antidepressivas com o tamoxifeno é a razão de maior preocupação entre os profissionais envolvidos com essas pacientes¹⁰.

O tamoxifeno é um pró-fármaco que requer ativação metabólica. Sua biotransformação é mediada pela enzima citocromo P450, gerando vários metabólitos. Destes, o

RENATA DEMARQUE
JOEL RENNÓ JR.
HEWDY LOBO RIBEIRO
JULIANA PIRES CAVALSAN
GISELENE VALADARES
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
RENAN ROCHA
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

ARTIGO

endoxifeno é o principal, sendo que sua transformação é dependente da subunidade 2D6 (CYP2D6)¹¹.

Várias outras drogas são metabolizadas pelo CYP2D6, incluindo betabloqueadores, antiarrítmicos, anti-hipertensivos, opioides, antipsicóticos e antidepressivos. Estudos com inibidores da recaptção da serotonina demonstraram inibição do funcionamento do CYP2D6 em graus variados; dentre os fármacos dessa classe, a fluoxetina e a paroxetina são, aparentemente, os inibidores mais potentes. Seu uso já foi associado a maior mortalidade e maior recorrência de câncer de mama, principalmente quando a associação ocorreu por períodos prolongados⁹. Outro estudo, conduzido por Kelly et al., observou maior mortalidade associada ao uso de paroxetina simultaneamente ao tamoxifeno^{12,13}. Por sua vez, Lash et al. não observaram evidência de que o uso de citalopram/escitalopram tenha impactado negativamente no risco de recorrência¹⁰. Um estudo observacional avaliando mulheres em uso de tamoxifeno demonstrou baixas concentrações séricas de endoxifeno quando do uso concomitante de fluoxetina e paroxetina, algo não observado naquelas em uso de venlafaxina¹⁴.

Com relação à melhora da depressão com o uso de antidepressivos em pacientes com câncer de mama, fluoxetina, paroxetina e amitriptilina e imipramina já tiveram sua eficácia documentada¹⁵.

RECUPERAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Mulheres submetidas a tratamento de câncer de mama padecem quase sempre, em algum grau e por certo tempo, de dificuldades psicológicas e sociais. Estas repercutem diretamente no seu bem-estar e qualidade de vida, cuja manutenção é a motivação maior do ato médico. A razão de ser da medicina é cuidar e aliviar, e não apenas buscar a cura¹⁵. Assim, faz-se necessário apoio para readquirir bom relacionamento familiar, desempenho profissional, capacidade de elaborar planos e visualizar perspectivas.

É sabido que a religiosidade e a espiritualidade, por exemplo, influenciam favoravelmente o enfrentamento da doença⁵. Sinais de parestesia no braço, fibroses na axila, prejuízo na mobilidade do ombro e linfedema são frequentes e merecem cuidado fisioterapêutico⁵. Todas essas funções de apoio são melhor exercidas

quando oferecidas por uma equipe multiprofissional, incluindo enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e nutricionistas, que devem participar da assistência sempre que solicitados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A associação entre câncer, quadros depressivos e outros transtornos do humor é frequente e pode estar relacionada a menor aderência ao tratamento, pior evolução clínica e má qualidade de vida dos pacientes⁵. São necessárias intervenções voltadas aos cuidados com os sobreviventes e às suas necessidades de lidar com a condição de cura ou cronicidade, possíveis sensações de insegurança e eventuais sequelas, além de sua inserção no novo cotidiano⁵.

Apesar de escassos, os dados da literatura sugerem que o uso de paroxetina e fluoxetina deve ser evitado em pacientes em uso de tamoxifeno. Já citalopram e venlafaxina parecem ser drogas mais seguras para uso nessa população⁶.

Agradecimentos

Agradecemos à ABP pelo apoio e pelos esforços empregados na divulgação da saúde mental da mulher.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Joel Rennó Jr, Rua Teodoro Sampaio, 352/127, Pinheiros, CEP 05406-000, São Paulo, SP. E-mail: rennoj@terra.com.br

Referências

1. Veit MT, Carvalho V. Psico-oncologia: conceituação, definições, abrangência de campo. In: Carvalho VA, Franco MHP, Kovács MJ, Liberato RP, Macieira RC, Veit MT, et al. Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus; 2008. p. 15-20.
2. Graner KM, Cezar LTS, Teng CT. Transtornos do humor em psico-oncologia. In: Carvalho VA, Franco MHP, Kovács MJ, Liberato RP, Macieira RC, Veit MT, et al. Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus; 2008. p. 243-56.
3. Holland JC. Historical overview. In: Holland JC, Rowland JH. Handbook of psycho-oncology:

¹ Psiquiatra, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP), São Paulo, SP. ² Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher), HC-USP, São Paulo, SP. ³ Psiquiatra forense pela ABP/CFM. ⁴ Ambulatório de Acolhimento e Tratamento de Famílias Incestuosas (AMEFI), Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG. ⁵ Professor, Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. ⁶ Psiquiatra. Clinical Fellow, Women's Mental Health, Universidade de McMaster, Canadá. ⁷ Programa de Saúde Mental da Mulher, Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (NUPREVIPS), Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. ⁸ Diretor Científico, Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ), Sistema de Educação Continuada a Distância (SECAD).

- psychological care of the patient with cancer. New York: Oxford University; 1989. p. 3-12.
4. Cantinelli FS, Camacho RS, Smaletz O, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó J Jr. A oncopsiquiatria no câncer de mama - considerações a respeito de questões do feminino. Rev Psiquiatr Clin. 2006;33;124-33.
 5. Barros ACSD. Câncer de mama. In: Carvalho VA, Franco MHP, Kovács MJ, Liberato RP, Macieira RC, Veit MT, et al. Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus; 2008. p. 40-5.
 6. Henry NL, Stearns V, Flockhart DA, Hayes DF, Riba M. Drug interactions and pharmacogenomics in the treatment of breast cancer and depression. Am J Psychiatry. 2008;165:1251-5.
 7. Sheppard VB, Harper FW, Davis K, Hirpa F, Makambi K. The importance of contextual factors and age in association with anxiety and depression in Black breast cancer patients. Psychooncology. 2014;23:143-50.
 8. Satin JR, Linden W, Philips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. Cancer. 2009;115:5349-61.
 9. Cronin-Fenton D, Lash TL, Sorensen HT. Selective serotonin reuptake inhibitors and adjuvant tamoxifen therapy: risk of breast cancer recurrence and mortality. Future Oncol. 2010;6;877-80.
 10. Lash TL, Cronin-Fenton D, Ahern TP, Rosenberg CL, Lunetta KL, Silliman RA, et al. Breast cancer recurrence risk related to concurrent use of SSRI antidepressants and tamoxifen. Acta Oncol. 2010;49;305-12.
 11. Souza RDM, Martins DMF, Chein MBC, Brito LMO. Importância do CYP2D6 em usuárias de tamoxifeno no câncer de mama. Femina. 2011;39.
 12. Kelly CM, Juurlink DN, Gomes T, Duong-Hua M, Pritchard KI, Austin PC, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors and breast cancer mortality in women receiving tamoxifen: a population based cohort study. BMJ. 2010;340:c693.
 13. Caruso R, Grassi L, Nanni MG, Riba M. Psychopharmacology in psycho-oncology. Curr Psychiatry Rep. 2013;15:393.
 14. Borges S, Desta Z, Li L, Skaar TC, Ward BA, Nguyen A, et al. Quantitative effect of CYP2D6 genotype and inhibitors on tamoxifen metabolism: implication for optimization of breast cancer treatment. Clin Pharmacol Ther. 2006;80:61-74.
 15. Laoutidis ZG, Mathiak K. Antidepressants in the treatment of depression/ depressive symptoms in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2013;13:140.

Recomendação de leitura complementar:

Rennó J Jr, Ribeiro HL. Tratado de saúde mental da mulher. São Paulo: Atheneu; 2012.



ANUIDADE DA ABP

Fique em dia com a anuidade e participe da construção de uma ABP cada dia mais forte!



ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria

TRANSTORNOS PSICÓTICO E CATATÔNICO DEVIDO A PRÉ-ECLÂMPسيا

PSYCHOTIC AND CATATONIC DISORDERS SECONDARY TO PREECLAMPSIA

Resumo

Embora as manifestações neurológicas da pré-eclâmpsia sejam bem descritas na literatura, há poucas informações disponíveis sobre suas manifestações psiquiátricas. Descrevemos aqui, pela primeira vez segundo o conhecimento dos autores, o caso de uma paciente admitida com pré-eclâmpsia e sintomas psiquiátricos de psicose e catatonia. Detalhes sobre o diagnóstico e o manejo da paciente são apresentados. O caso salienta a importância do papel do clínico no sentido de considerar a possibilidade de manifestações neuropsiquiátricas secundárias a condições obstétricas patológicas.

Palavras-chave: Transtorno psicótico, catatonia, pré-eclâmpsia, gravidez.

Abstract

Even though the neurological manifestations of preeclampsia are well described in the literature, little is known about its psychiatric manifestations. We here describe, for the first time according to the authors' knowledge, the case of a patient admitted with preeclampsia and psychiatric symptoms of psychosis and catatonia. Details of diagnosis and patient management are presented. The report highlights the role of the clinician in considering the possibility of neuropsychiatric manifestations secondary to pathological obstetric conditions.

Keywords: Psychotic disorder, catatonia, preeclampsia, pregnancy.

INTRODUÇÃO

Um transtorno mental causado por uma condição médica geral se caracteriza pela presença de sintomas

mentais considerados como uma consequência fisiológica direta da condição médica original. A catatonia, por exemplo, pode ser manifestada por qualquer um dos seguintes sintomas: imobilidade (cataplexia ou estupor), atividade motora excessiva, extremo negativismo ou mutismo, peculiaridades dos movimentos voluntários, ecolalia ou ecopraxia¹. Os sintomas da catatonia podem estar relacionados a disfunções na conectividade do córtex pré-frontal orbitofrontal com o córtex parietal e os gânglios basais (especialmente o caudado)². Já as características essenciais do transtorno psicótico são alucinações ou delírios proeminentes. Embora não existam diretrizes infalíveis para determinar se o relacionamento entre a perturbação mental e a condição médica geral é etiológico, diversas considerações oferecem alguma orientação nessa área. Uma delas é a presença de uma associação temporal entre início, exacerbação ou remissão da condição médica geral e da perturbação mental. Uma segunda consideração diz respeito à presença de aspectos atípicos de um transtorno mental primário¹.

A pré-eclâmpsia é uma doença hipertensiva específica da gravidez, caracterizada por hipertensão arterial e proteinúria significativa que surgem após a 20ª semana de gestação. Tal diagnóstico deve ser presumido em gestantes que apresentam hipertensão arterial de, no mínimo, 140/90 mmHg, ou um incremento de pelo menos 30 mmHg na pressão arterial sistólica ou pelo menos 15 mmHg na pressão arterial diastólica, acompanhada de proteinúria significativa, caracterizada pela perda de 300 mg ou mais de proteínas em uma coleta de urina de 24 horas. As manifestações fisiopatológicas caracterizam-se por vasospasmos, danos no endotélio vascular e agregação plaquetária aumentada (hipercoagulabilidade),

¹ Médico psiquiatra. Mestre e Doutorando em Medicina (Neurociências), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS. Coordenador, Programa de Residência Médica em Psiquiatria, Sociedade Sulina Divina Providência, Hospital São José, Arroio do Meio, RS.
² Médico psiquiatra. Mestre em Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Pesquisador, Programa de Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade (ProDAH), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS.

que acabam por produzir hipóxia tecidual em órgãos-alvo, como placenta, rins, fígado e cérebro, gerando a expressão clínica^{3,4}.

As manifestações neurológicas da pré-eclâmpsia são bem descritas na literatura, e vão de cefaleias, alterações visuais, estados confusionais, convulsões até o coma⁵. Porém, a descrição das manifestações psiquiátricas da pré-eclâmpsia é escassa na literatura científica. O caso a seguir ilustra a situação de uma paciente com pré-eclâmpsia admitida em uma unidade psiquiátrica brasileira.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 32 anos, branca, evangélica, casada, com ensino fundamental incompleto, do lar, habitante de uma cidade no interior do estado do Rio Grande do Sul, apresentou-se com gestação de 38 semanas mais 5 dias (segundo ecografia obstétrica de 17 semanas de gestação), G2P1COA0 (GPCA refere-se a número de gestações, número de partos, número de cesáreas e número de abortos).

Duas semanas antes da admissão psiquiátrica, a paciente mudou bruscamente o seu comportamento. Começou a ficar mais retraída em casa e parou de falar com os vizinhos. O marido notou que a paciente passou a conversar sozinha; quando questionada sobre o fato, dizia que estava falando com sua mãe, já falecida há alguns anos. Referia que sua mãe estava dizendo que seu pai havia falecido e que ela precisava voltar para sua terra natal para realizar o parto. A paciente referia a si própria como vidente. Passou a dormir menos, alimentar-se menos, não conseguia mais realizar simples cálculos que antes realizava sem dificuldade. Por vezes ficava estática, olhando fixo para a mesma direção por algumas horas. Durante consulta de pré-natal, o médico notou diferença no comportamento da paciente e a encaminhou para avaliação psiquiátrica de urgência, mas a paciente recusou-se a comparecer, e a família não conseguiu convencê-la. Três dias depois, saiu de casa num dia chuvoso e foi para a estrada, caminhando em direção à sua cidade natal. Foi abordada por policiais militares e levada para a emergência clínica. Lá não se deixou ser examinada, dizia que o médico queria fazer mal para ela e para o seu bebê e ficou agitada. Necessitou contenção mecânica e química (haloperidol) e foi encaminhada para avaliação psiquiátrica.

Ao exame do estado mental na admissão hospitalar, apresentava-se alerta, hipovigil e hipertenzal, sem alterações sensoriais no momento, orientada globalmente, com memória globalmente preservada, afeto embotado, pensamento mágico, curso com bloqueio, conteúdo de delírios paranoides, conduta catatônica (sem rigidez cêrea) e olhar fixo para o mesmo ponto, sem manter contato visual com outras pessoas, taciturna, respondendo às perguntas somente com monossílabos, *insight* ausente, juízo crítico comprometido.

Ao exame físico, apresentava-se com pressão arterial de 140/90 mmHg, sendo previamente normotensa. Apresentava altura uterina de 34 cm, sem dinâmica uterina, movimentos fetais presentes ao exame, batimentos cardíacos fetais de 141 bpm, toque vaginal grosso, posterior, com 1 cm de dilatação cervical. Apresentava também edema de membros inferiores. O exame oftalmológico foi sem alterações. Nos exames laboratoriais, apresentou proteinúria/creatinúria na amostra de 0,37, proteinúria de 24 horas de 350 mg, exame comum de urina com proteínas positivas, leve aumento (até 2 vezes o valor de referência) de transaminases, bilirrubinas e lactato desidrogenase.

Após avaliação obstétrica de urgência, foi estabelecido o diagnóstico de pré-eclâmpsia. A conduta obstétrica inicial foi conservadora, sem indicação de interrupção emergencial. A conduta psiquiátrica foi prescrição de haloperidol na dose de 2,5 mg/dia e internação psiquiátrica.

A paciente não tinha histórico de internações psiquiátricas prévias, tampouco contato com serviços de saúde mental. Também não tinha histórico de uso de substâncias psicoativas. Da mesma forma, não houve relato de estressor externo acentuado prévio ao início dos sintomas. Negou histórico familiar de transtornos mentais.

Inicialmente, a paciente permaneceu a maior parte do tempo em mutismo, não respondendo à abordagem verbal, restrita ao leito e imóvel. Apresentou um episódio em que ficou em pé, imóvel, por aproximadamente 3 horas, não respondendo ao comando verbal. Não desejava comer nem beber, e não se levantou para ir ao banheiro, sendo que, nas primeiras 24 horas de internação, exceto pela coleta de urina na admissão, só urinou após tentativa de sondagem vesical, em que a

paciente resistiu à abordagem, levantou-se, urinou no banheiro e voltou a ficar imóvel no leito. Nas primeiras 48 horas de internação, sua pressão arterial variou de 115/80 a 152/100 mmHg. Após reavaliação obstétrica, o parto normal foi induzido. Os níveis pressóricos retornaram à normalidade. Depois do parto, começou a falar mais, manter contato visual, sair mais do leito, negou ser vidente e parou de afirmar que o pai estava morto. O marido relatou que a paciente encontrava-se bem, apresentando o comportamento habitual pré-mórbido. Foi aplicada a Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), em que a paciente apresentou o escore 4, sugerindo ausência de depressão. A paciente seguiu amamentando a criança, demonstrando bom vínculo mãe-bebê. Após ouvir falar que um outro bebê do berçário iria para adoção devido a problemas psiquiátricos da mãe, ficou desconfiada e falou para o marido, durante a visita, que o Conselho Tutelar poderia pegar seu filho, e ordenou que o marido falasse com o médico sobre a situação.

Discussão

Segundo nosso conhecimento, este é o primeiro relato de um caso de transtornos catatônico e psicótico devido a pré-eclâmpsia. Embora a fisiopatologia precisa da pré-eclâmpsia não seja conhecida, a disfunção endotelial é apontada como a lesão inicial, e o vasospasmo, como a característica fisiopatológica primaz⁶. Gestantes que irão desenvolver pré-eclâmpsia produzem uma quantidade diminuída de prostaciclina (prostaglandina vasodilatadora). Essa deficiência de prostaciclina é responsável por uma cascata de eventos que inclui a produção plaquetária de tromboxano A₂ e dos seus precursores endoperóxidos PGG₂ e PGH₂, que têm potentes propriedades vasoconstritoras e agregadoras plaquetárias. O resultado disso é a perda da refratariedade vascular à angiotensina II, vasospasmo e diminuição do volume plasmático intravascular. Portanto, a hipóxia cerebral provavelmente é a responsável pela expressão psiquiátrica da pré-eclâmpsia⁴.

A catatonia pode ser ocasionada pela síndrome da encefalopatia posterior reversível, a qual usualmente é precipitada por hipertensão maligna, como ocorre na eclâmpsia^{7,8}. Já a leucoencefalopatia hipóxica tardia é uma deterioração neurológica que ocorre após um

evento hipóxico cerebral, podendo causar manifestações psiquiátricas diversas, como demência, alterações do humor e do pensamento e, raramente, catatonia⁹. Assim como os infartos cerebrais ou estados anóxicos crônicos podem produzir transtornos crônicos, como a demência, diversas outras condições médicas gerais e neurológicas também são capazes de produzir sintomas psiquiátricos agudos e transitórios, tais como alucinações e delírios^{10,11}.

A liberação de glutamato durante anóxia cerebral ou isquemia desencadeia a morte dos neurônios, causando disfunções mentais ou físicas¹². O impacto do funcionamento deficiente dos sistemas glutamatérgicos sobre os sistemas dopaminérgicos vem conquistando um papel teórico chave na fisiopatologia da esquizofrenia¹³. A catatonia é uma síndrome neuropsiquiátrica que pode surgir a partir da hipoatividade dos sistemas gabaérgicos (GABA-A) e dopaminérgicos (D₂), e possivelmente da hiperatividade glutamatérgica (NMDA)¹⁴. Recentemente, foi demonstrado que sintomas catatônicos são observáveis na maioria dos pacientes diagnosticados com encefalite antirreceptor NMDA¹⁵.

Apesar da resposta ao haloperidol observada neste caso clínico, as escassas evidências científicas disponíveis sobre o tratamento da catatonia sugerem o uso de benzodiazepínicos (especialmente o lorazepam) como primeira escolha, além das medidas de suporte devidas. A necessidade de utilizar antipsicóticos deve ser avaliada em cada caso. Eletroconvulsoterapia (ECT) deve ser iniciada em pacientes que não respondem ao uso de benzodiazepínicos, e como primeira escolha quando existe a necessidade de uma rápida resposta (risco de vida), ou na presença de uma condição psiquiátrica conhecida para a qual a ECT possui eficácia consistente (por exemplo, depressão psicótica). Alguns estudos sugerem a eficácia do zolpidem, dos antagonistas glutamatérgicos (amantadina e memantina), e da estimulação magnética transcraniana em casos refratários aos benzodiazepínicos e à ECT¹¹.

Concluindo, o clínico deve estar atento à possibilidade de manifestações neuropsiquiátricas de condições obstétricas patológicas. A falta de estudos associando doenças obstétricas com transtornos psiquiátricos indica a necessidade de maior investigação científica nessa área de significativa relevância.

¹ Médico psiquiatra. Mestre e Doutorando em Medicina (Neurociências), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS. Coordenador, Programa de Residência Médica em Psiquiatria, Sociedade Sulina Divina Providência, Hospital São José, Arroio do Meio, RS.
² Médico psiquiatra. Mestre em Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Pesquisador, Programa de Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade (ProDAH), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Rafael Moreno Ferro de Araújo, Rua Padre Theodoro Amstad, 1184, Bairro Moinhos, CEP 90560-000, Lajeado, RS. E-mail: rmpsiQUIATRIA@gmail.com

Referências

1. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
2. Northoff G. What catatonia can tell us about “top-down” modulation: a neuropsychiatric hypothesis. *Behav Brain Sci.* 2002;25:555-77.
3. Zeeman GG. Neurologic complications of pre-eclampsia. *Semin Perinatol.* 2009;33:166-72.
4. Freitas F. Rotinas em obstetrícia. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
5. Marques R, Braga J, Leite I, Jorge CS. [Neurological involvement in pre-eclampsia/eclampsia: the role of neuroimaging]. *Acta Med Port.* 1997;10:585-8.
6. Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. *Lancet.* 2010;376:631-44.
7. Spiegel DR, Varnell C Jr. A case of catatonia due to posterior reversible encephalopathy syndrome treated successfully with antihypertensives and adjunctive olanzapine. *Gen Hosp Psychiatry.* 2011;33:302.e3-5.
8. Liman TG, Bohner G, Heuschmann PU, Endres M, Siebert E. The clinical and radiological spectrum of posterior reversible encephalopathy syndrome: the retrospective Berlin PRES study. *J Neurol.* 2012;259:155-64.
9. Quinn DK, Abbott CC. Catatonia after cerebral hypoxia: do the usual treatments apply? *Psychosomatics.* 2014;55:525-35.
10. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock’s comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
11. Sienaert P, Dhossche DM, Vancampfort D, De Hert M, Gazdag G. A clinical review of the treatment of catatonia. *Front Psychiatry.* 2014;5:181.
12. Rossi DJ, Oshima T, Attwell D. Glutamate release in severe brain ischaemia is mainly by reversed uptake. *Nature.* 2000;403:316-21.
13. Stahl SM. *Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
14. Carroll BT, Goforth HW, Thomas C, Ahuja N, McDaniel WW, Kraus MF, et al. Review of adjunctive glutamate antagonist therapy in the treatment of catatonic syndromes. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2007;19:406-12.
15. Dalmau J, Gleichman AJ, Hughes EH, Rossi JE, Peng X, Lai M, et al. Anti-NMDA-receptor encephalitis: case series and analysis of the effects of antibodies. *Lancet Neurol.* 2008;7:1091-8.

PSICOFOBIA É UM CRIME!

APOIE A ABP NESTA CAMPANHA

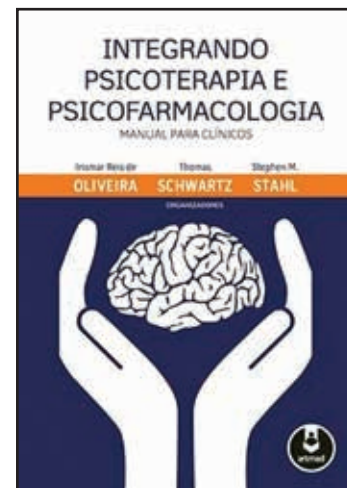
Campanha da ABP contra o estigma

www.abp.org.br



INTEGRANDO PSICOTERAPIA E PSICOFARMACOLOGIA: MANUAL PARA CLÍNICOS

IRISMAR REIS OLIVEIRA, THOMAS SCHWARTZ,
STEPHEN M. STAHL
PORTO ALEGRE, GRUPO A, 2015



O livro *Integrando psicoterapia e psicofarmacologia: manual para clínicos*, dos organizadores Irismar Reis de Oliveira, Thomas Schwartz e Stephen M. Stahl, apresenta uma revisão da vasta gama de transtornos mentais (transtornos do humor, transtornos psicóticos, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtornos relacionados ao uso de substâncias, transtornos perinatais, transtornos sexuais), com capítulos organizados em três seções: evidência de eficácia da psicoterapia, da psicofarmacologia e de ambas as duas. A proposta é bastante enriquecedora em termos de identificar a forma mais eficaz de tratamento para cada um dos transtornos revisados. A seguir serão abordados conteúdos correspondentes a cada capítulo.

Evidências neurobiológicas recentes ajudaram a esclarecer que experiências de aprendizagem – como a psicoterapia – podem alterar circuitos e funções cerebrais, às vezes mais que a psicofarmacoterapia, outras vezes menos, e em alguns transtornos de maneira semelhante. Em diversos estudos sobre a combinação desses tratamentos – psicofarmacopsicoterapia (PFPT) – em diferentes transtornos mentais, verificou-se alteração na estrutura e função do cérebro.

No que se refere ao tratamento da depressão, um objetivo importante é continuar desenvolvendo métodos

para identificar subgrupos de pacientes deprimidos com maior probabilidade de sucesso por via da PFPT. Quanto ao transtorno bipolar, ensaios clínicos controlados randomizados (ECRs) indicam que o tratamento combinado funciona majorando a amplitude da recuperação¹⁻³, otimizando sua velocidade^{1,2}, diminuindo a frequência e aumentando o tempo até a recaída¹⁻⁵, aumentando a aceitabilidade e a adesão ao tratamento medicamentoso⁶.

No tratamento da disfunção cognitiva em pacientes com transtornos psicóticos, considera-se que, embora a psicofarmacoterapia possa potencializar a capacidade relativa de determinada habilidade cognitiva, uma abordagem de remediação cognitiva que trate esses fatores poderia aumentar a capacidade para competência em situações da vida real. Portanto, associar psicofarmacoterapia a remediação cognitiva pode garantir maior quantidade de neuroplasticidade e de benefício clínico.

Já sobre os transtornos de ansiedade, em se tratando do transtorno de ansiedade generalizada, uma metanálise mostrou que os maiores benefícios da terapia combinada podem ocorrer nas fases iniciais do tratamento. Nas fobias específicas, o medicamento usado isoladamente parece ser, na melhor das hipóteses, de eficácia limitada, sendo ineficaz em alguns casos quando comparado com a resposta robusta relatada

¹ Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Curitiba, PR. Especialista em Análise do Comportamento pela Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR), Curitiba, PR. ² Médica pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR. Psiquiatra aperfeiçoada pela UFPR, Curitiba, PR. Especialista pela ABP. Mestre em Farmacologia (Dependência Química) pela UFPR, Curitiba, PR. Coordenadora técnica do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) Bairro Novo, Curitiba, PR. Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria, Universidade Positivo, Curitiba, PR. Professora de Saúde Mental Prática, Curso de Medicina, Universidade Positivo, Curitiba, PR. Diretora técnica da Clínica Veritas, Curitiba, PR.

para as terapias comportamental e cognitiva⁷. Os clínicos que tratam transtornos de ansiedade têm instrumentos terapêuticos poderosos tanto na psicoterapia quanto na farmacoterapia, mas podem ter menos confiança na utilidade da combinação das duas para alguns transtornos, especialmente para fobia específica, fobia social, transtorno de pânico e agorafobia.

Quanto ao transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), uma metanálise revelou que, entre as psicoterapias, aquelas com base comportamental foram mais efetivas do que as com base cognitiva; já outra metanálise confirmou que a associação entre terapia cognitivo-comportamental (TCC) e psicofarmacoterapia é mais eficaz do que a TCC usada de forma isolada no tratamento agudo de TOC, mas talvez não em longo prazo. Juntas, essas pesquisas fornecem evidências de que o tratamento combinado pode ser uma estratégia eficaz nesse transtorno.

No caso do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), embora as monoterapias tenham sustentação sólida, evidências em favor da associação das duas ainda são muito limitadas. Entretanto, o uso adjuvante de prazosina com psicoterapia parece justificado, visto que os pesadelos podem não se resolver adequadamente apenas com TCC.

No que se refere à agorafobia sem história de transtorno de pânico, as pesquisas sobre PFPT são praticamente inexistentes. Em casos de transtorno de pânico com e sem agorafobia, não parece que o tratamento combinado confira algum benefício adicional substancial no tratamento dos transtornos de pânico em adultos se comparado com a monoterapia psicológica ou psicofarmacológica. Em se tratando da intervenção psicofarmacológica, o uso de benzodiazepínicos (BZDs) interfere no desfecho de alguns casos⁸. Mais pesquisas são necessárias em relação ao uso de terapias combinadas no pânico com ou sem agorafobia.

Na anorexia nervosa, a combinação de tratamento mostrou resultados inconclusivos. Em casos de bulimia nervosa, a combinação de medicamentos (particularmente topiramato) e TCC pode aumentar a eficácia da TCC ou de outra psicoterapia utilizada isoladamente. Os ECRs relativos aos transtornos de compulsão alimentar que associaram antidepressivos

ou outros medicamentos à TCC sugeriram pouca vantagem sobre a TCC isolada na redução da compulsão alimentar⁹⁻¹¹.

Sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), dados de metanálises sugerem que a psicofarmacologia pode reduzir de modo significativo os sintomas, mas aparentemente não há qualquer efeito adicional quando as duas modalidades são combinadas. Nos casos de insônia, a sequência ideal ocorre quando a TCC é introduzida no início do tratamento, antes ou concorrentemente aos fármacos.

Quanto ao tratamento combinado em pacientes dependentes, a quantidade de estudos rigorosos relacionados a uma abordagem integrada é pequena. O mesmo ocorre com a integração da PFPT nos transtornos perinatais, em que a literatura é bastante limitada e não há evidências sugerindo que o tratamento combinado melhore o desfecho. Quanto aos transtornos sexuais, não há consenso, nem um modelo baseado em evidências para a realização de tratamento combinado.

Todas essas conclusões evidenciam a necessidade constante de produzir ECRs para buscar resultados consistentes para os transtornos carentes de modalidade de tratamento adequada, assim como para aperfeiçoar os estudos que apresentam resultados conclusivos. Ressalta-se também o despertar de outras teorias psicológicas para pesquisas que contribuem consistentemente para as práticas baseadas em evidências. Faz-se fundamental, independentemente da modalidade (psicoterapia e/ou psicofarmacologia), que o tratamento seja fornecido por um clínico empático, afetuoso e imparcial, que seja sensível à contribuição dos fatores psicossociais e que também atue informando o paciente de todas as opções de tratamento, pois tal conduta leva os pacientes a responderem melhor aos tratamentos baseados em evidências.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação desta resenha.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Mariana Rheded Mendes, Rua Brasília Itiberê, 3798, Água Verde, CEP 80240-060, Curitiba, PR. E-mail: mariana_rheded@yahoo.com.br

Referências

1. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Kogan JN, Sachs GS, et al. Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1340-7.
2. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, Reilly-Harrington NA, Wisniewski SR, Kogan JN, et al. Psychological treatments for bipolar depression: a one-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;6:419-26.
3. Frank E, Soreca I, Swartz HA, Fogolini AM, Mallinger AG, Thase ME, et al. The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder. *Am J Psychiatry*. 2008;165:1559-65.
4. Lam DH, Hayward P, Watkins ER, Wright K, Sham P. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *Am J Psychiatry*. 2005;162:324-9.
5. Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:402-7.
6. Cochran SD. Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *J Consult Clin Psychol*. 1984;52:873-8.
7. Wolitzky-Taylor KB, Horowitz JD, Powers MB, Telch MJ. Psychological approaches in the treatment of specific phobias: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2008;28:1021-37.
8. Aaronson CJ, Katzman GP, Gorman JM. Combination pharmacotherapy and psychotherapy for the treatment of major depressive and anxiety disorders. In: Nathan PE, Gorman JM, editors. *A guide to treatment that work*. New York: Oxford University; 2007. p. 681-710.
9. Agras WS, Telch CF, Arnow B, Eldregde K, Wilfley DE, Raeburn SD, et al. Weight loss, cognitive behavioral, and desipramine treatments in binge eating disorder: an addictive design. *Behav Ther*. 1994;25:225-38.
10. Devlin MJ, Goldfein JA, Petkova E, Jiang H, Raizman PS, Wolk S, et al. Cognitive behavioral therapy and fluoxetine as adjunct to group behavioral therapy for binge eating disorder. *Obes Res*. 2005;13:1077-88.
11. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: a randomized double-blind placebo-controlled comparison. *Biol Psychiatry*. 2005;57:301-9.

**Conheça o NOVO APP DA ABP:
baixe no Apple Store ou
Google Store e fique a par das
novidades da ABP e CBP à
distância de um clique!**





XXXIV CBP
CONGRESSO
BRASILEIRO DE
PSIQUIATRIA

16 a 19 de novembro de 2016 // São Paulo
CENTRO DE CONVENÇÕES TRANSAMERICA EXPO CENTER

www.cbpabp.org.br

Inscreva-se agora no XXXIV CBP

O congresso de 50 anos da ABP será imperdível.

Se inscreva agora com as melhores condições

de parcelamento



ABP
Associação
Brasileira de
Psiquiatria



www.abpbrasil.org.br

16 a 19 de novembro de 2016 // São Paulo

CENTRO DE CONVEÇÕES TRANSAMERICA EXPO CENTER