

Caracterização do Transtorno de Personalidade Antissocial através do Millon Clinica Multiaxial Inventory-III

Heloísa Karmelina Carvalho de Sousa. Psicóloga. Mestra em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal-RN, Brasil. Rua Prof Nilo de Albuquerque Melo, 183, casa 1 - Neópolis, Natal/RN. CEP 59086-340. Telefone: (84)88551301. E-mail: helosousa@hotmail.com; João Carlos Nascimento de Alencar. Graduando do curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: joaocarlos.alencar@gmail.com;

Introdução

O Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS) encontra divergências no meio científico, pois alguns autores defendem que esse padrão de personalidade pode ser também denominado psicopatia ou sociopatia (Henriques, 2009). Gomes e Almeida (2010) defendem que a sociopatia, psicopatia e o TPAS são transtornos diferentes, com características parecidas. Hare (1991), por sua vez, aponta que apesar de a psicopatia compartilhar a maior parte de seus sintomas com a sociopatia e TPAS, existem manifestações que não são expressas nas pessoas com transtorno antissocial e sociopatia. A psicopatia (Hare, 1991) compreende mais características e é, então, mais ampla que os outros transtornos a ela comparados (Gomes & Almeida, 2010; Del-Ben, 2005). Embora a psicopatia seja provavelmente um dos transtornos mais antigos (Millon, Simonsen, Birket-Smith & Davis, 1998; Vaughn & Howard, 2005) a sua definição permanece ainda obscura.

A American Psychological Association (APA) (APA, 2002) defende que o termo é hodiernamente considerado sinônimo de psicopatia ou sociopatia, e é caracterizado por: 1) carência de empatia e tendência a ser insensível, cínico e a menosprezar os sentimentos e direitos de outrem; 2) vaidade e arrogância, teimosia e autossuficiência; 3) demonstração de eloquência e encanto superficial; 4) ausência de empatia e de sentimento de culpa; e 5) irresponsabilidade recorrente e tendência a explorar seus relacionamentos interpessoais.

Um dos fatores que contribuem para a dificuldade de se diagnosticar o TPAS é o fato de existirem vários subtipos dentro deste. Dessa forma, nem todas as pessoas que manifestam o transtorno apresentam graus de agressividade e de comportamentos semelhantes. Nesses subtipos estão as pessoas que cometem pequenos delitos, tem comportamento de mentir compulsivamente e de ignorar regras (Nouvion, Cherek, Lane, Tcheremissene & Lieving, 2007; Beck, Freeman & Davis, 2005). Outro subgrupo corresponde àqueles que cometem crimes mais graves como assassinatos, com traços que são mais fáceis de identificar e diagnosticar (Morana, Stone & Abdalla Filho, 2006).

Marcus, Ruscio, Lilienfeld & Hughes (2005) postulam que o transtorno de personalidade antissocial, é mais tratado no meio científico como se manifestando em uma dimensão contínua e não como um diagnóstico categórico, portanto, o MCMI-III se configuraria como um instrumento ideal para mensurar tal transtorno de personalidade, com dados de validade já comprovada para as escalas de dependência de álcool e dependência de substâncias no Brasil.

Nesse sentido o objetivo desse trabalho é verificar a relação da escala de TPAS com as escalas de Dependência de Álcool e drogas do MCMI-III.

Método

Participantes

Participaram desse estudo 1359 pessoas dos sexos masculino e feminino, entre 18 e 79 anos que residiam em cidades brasileiras e com níveis de escolaridade que variaram entre não alfabetizado e Ensino Superior. O público de universidades federais também foi abordado para coleta de dados, nesses locais foram entrevistados tanto alunos quanto funcionários da instituição. Os participantes foram abordados em ambulatórios de hospitais psiquiátricos da Cidade do Natal/RN e participantes internos de Clínicas de Reabilitação de todas as regiões do Brasil. A ênfase dada aos centros de tratamento para dependência de álcool e outras drogas na presente pesquisa se deu pela estreita relação que a literatura aponta entre o TPAS e o abuso de substâncias (Carvalho, Bartholomeu & Silva, 2010). Os participantes foram divididos em grupos clínico e não clínico, seguindo o critério de estar ou não passando por tratamento psiquiátrico ou psicológico. Essa forma de divisão se deu pela inexistência de critério de padrão ouro (*gold-standard*), nesse caso, os diagnósticos psiquiátricos.

Instrumentos

Além do MCMI-III foi utilizado como fonte de informação complementar o questionário sociodemográfico para informações como sexo, idade, escolaridade, residência, etc. O uso de tal questionário teve o objetivo de proporcionar maior conhecimento acerca das condições biopsicossociais de

cada um dos sujeitos, ajudando a traçar um perfil referente a cada um dos grupos amostrais.

Procedimentos

Foram critérios de exclusão sujeitos abaixo da idade mínima de 18 anos e acima da idade máxima estipulada pelo manual original do MCMI-III, 85 anos.

Análise de dados

Para a análise de dados foram realizadas estatísticas descritivas e de tendência central, ou seja, média e desvio-padrão, com a finalidade de se obter médias dos grupos e síntese de informações sociodemográficas da amostra. O teste T de *Student* para amostras independentes foi usando visando investigar acerca de diferenças entre os grupos clínico e não clínico, Masculino e Feminino. Também foram feitas análises de correlação, onde o coeficiente de correlação produto-momento de Pearson foi calculado entre as escalas de TPAS, Dependência de Substâncias e Dependência de Álcool do MCMI-III com o objetivo de se investigar acerca das comorbidades entre os distúrbios avaliados pelas escalas supracitadas.

O nível de significância estatística considerado em todas as análises foi de 5% ($<0,05$). Para todos os procedimentos estatísticos se utilizou o Predictive Analytics Software (PASW/SPSS) 18 for Windows.

Resultados

Foram obtidos 1359 protocolos, sendo 608 dos participantes (44,7%) de sexo feminino e 751 de sexo masculino, com idades entre 18 e 79 anos.

A amostra formada por mulheres contou com grupo clínico de $n=149$ e não clínico de $n=459$, os resultados apontaram para média maior entre o grupo clínico ($10\pm5,9$), enquanto que o grupo não clínico apresentou média de $6,1\pm3,7$ com $t=7,7$ e $p<0,001$. A mesma análise foi realizada com o público masculino. O grupo clínico ($n=449$) apresentou média maior ($14\pm5,4$) que o grupo não clínico ($n=302$ e $6,8\pm4$), com $t=21,2$ e $p<0,001$.

No grupo formado por mulheres ($n=512$), a escala de personalidade Antissocial apresentou correlação forte com a de dependência de substâncias ($r=0,8$; $p=0,01$) e com a de dependência de álcool ($r=0,7$; $p=0,01$). As escalas de dependência de substâncias e de dependência de álcool também apresentaram relação forte entre si ($r=0,7$; $p=0,01$). No que se refere o público masculino ($n=199$), a escala Antissocial apresentou correlação forte com a de dependência de substâncias ($r=0,8$; $p=0,01$) e com a de dependência de álcool ($r=0,8$; $p=0,01$). A escala de dependência de substância apresentou correlação moderada com a de dependência de álcool ($r=0,6$; $p=0,01$). As três escalas citadas, as de TPAS, dependência de álcool e dependência de drogas apresentaram-se notadamente correlacionadas para os dois sexos da amostra.

Discussões

Os achados evidenciam que o instrumento é sensível em identificar pessoas que manifestam o transtorno e pessoas que não manifestam, justificando os estudos para a validação de sua versão brasileira, sobretudo diante da escassez de instrumentos que avaliem além do TPAS, outros transtornos de personalidade diversos (Carvalho, Bartholomeu & Silva, 2010).

Os resultados encontrados corroboram também os achados internacionais acerca da escala antissocial do MCMI-III. A comorbidade entre

dependência de substâncias foi relatada por estudo americano conduzido por Compton, Thomas, Stinson, & Grant (2008) onde o TPAS aparece como grande fator de risco ao desenvolvimento de dependência ou abuso de substâncias psicoativas. É imperativo destacar que indivíduos com transtorno de personalidade antissocial podem atingir 44% entre as pessoas que fazem abuso de álcool (Carvalho, Bartholomeu & Silva, 2010).

Conclusões

Há existência de indicadores de relação existente entre a manifestação sintomática de transtorno de personalidade antissocial, de dependência de álcool e de dependência de substâncias, uma vez que se mostrou possível avaliar através dos escores brutos a manifestação do transtorno com sucesso. Porém, é importante considerar que não foi possível a utilização de um *gold-standart* especificamente para o referido transtorno, sugerindo que novas pesquisas precisam ser feitas com o público-alvo específico para se ter dados mais precisos com relação à validade da escala.

Referências

1. Henriques RP. De H. Cleckley ao DSM-IV-TR: a evolução do conceito de psicopatia rumo à medicalização da delinquência. Rev latinoam psicopatol fundam. on line [periódico na internet]. 2009 jun [acesso em 2011 jan 7]; 12 (2): pp. 285-302. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000200004&lng=en&nrm=iso
2. Gomes CC, Almeida RMM. Psicopatia em homens e mulheres. Arq bras psicol. on line [periódico na internet]. 2010 Fev [acesso em 2011 jan 7];

<http://146.164.3.26/seer/lab19/ojs2/index.php/ojs2/article/viewArticle/582/383>

3. Hare, RD. Manual da escala Hare PCL: critérios para a pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.
4. Del-Ben CM. Neurobiologia do transtorno de personalidade anti-social. Rev psiquiatr clín. on line [periódico na internet]. 2005 Jan [acesso em 2011 jan 7]; 32(1): 27-36. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000100004&lng=en.
5. Millon T, Simonsen E, Birket-Smith M, Davis R. Psychopathy. New York: Guilford 1998.
6. Vaughn MG, Howard MO. The construct of psychopathy and its role in contributing to the study of serious, violent, and chronic youth offending. Youth Violence and Juvenile Justice 2005 jul; 3 (3): 235-252.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. ed. Washington: APA; 2002.
8. Morana HCP, Stone MH, Abdalla Filho E. Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers. Rev Bras Psiquiatr. 2006 ago; 28 Suppl 2: S74-79.
9. Goldman D, Ducci F. The genetics of psychopathic disorders. In: Felthous AR, Sass H, editores. The international handbook of psychopathic disorders and the law. West Sussex, England: Wiley; 2007. p. 149-169.

10. Hicks BM, South SC, Dirago AC, Iacono WG, McGue M. Environmental adversity and increasing genetic risk for externalizing disorders. Arch Gen Psychiatry 2009 jun, 66(6): 640-648.
11. Cavalcanti AMTS, Santos C, Araújo EC, Santos AMS, Silva EL, Lamas MC. Portadores de transtornos psiquiátricos de um centro de atenção psicossocial. Rev enferm UFPE 2007 jul./set.; 1(1):12-8.
12. Hare RD (2004). Manual Escala Hare PCL-R: critérios para pontuação, o de psicopatia não revisados. Versão brasileira: Hilda Morana. São Paulo: Casa do Psicólogo.
13. Sellbom M, Ben-Porath YS, Lilienfeld SO, Patrick CJ, Graham JR. Assessing psychopathic personality traits with the MMPI-2. J pers assess. 2005; 85(3): 334-343.
14. Compton WM, Conway KP, Stinson FS. Prevalence, Correlates and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. J Clin Psychiatry 2005 jun; 66 (6): 677-85.
15. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ. Laboratory of Epidemiology and Biometry, Division of Intramural Clinical and Biological Research. National Institute on Alcohol Journal of Psychiatric Research 2005 jan; 39(1): 1-9.

16. Nouvion SO, Cherek DR, Lane SD, Tcheremissene OV, Lieving LM. Human proactive aggression: Association with personality disorders and psychopathy. *Aggress Behav.* 2007 nov/dez; 33(6):552-562.
17. Beck AT, Freeman A, Davis DD. *Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade*. 1ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2005.
18. Marcus DK, Ruscio J, Lilienfeld SO, Hughes KT. Converging evidence for the latent structure of antisocial personality disorder: Consistency of taxometric and latent class analyses. *Criminal Justice and Behavior* 2008 mar; 35(3): 284-293.
19. Rocha HRRP, Sousa HKC, Alchieri JC, Sales EA, Alencar JCN. Estudos de adaptação do Millon Clinical Multiaxial Inventory-III para avaliação de aspectos psicopatológicos da personalidade no Brasil. *J Bras Psiquiatr.* 2010 dez; 60 (1): 34-39.
20. Carvalho LF, Bartholomeu D, Silva MCR. Instrumentos para avaliação dos transtornos da personalidade no Brasil. *Aval Psicol.* 2010 ago; 9(2): 289-298.
21. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Drug Abuse and Dependence in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(5): 566-576.