

Revista da Associação
Portuguesa de Adictologia
Nº6 • MARÇO 2021

adictologia

O papel do canabidiol no tratamento da psicose em jovens consumidores de canábis e na melhor adesão aos antipsicóticos.

Pedro Mota, Pedro Macedo

Estudo do processamento emocional e da empatia de utentes com perturbações relacionadas com substâncias.

Sónia Rodrigues, Cátia Coutinho, Mónica Amorim, Susana Cardoso, Marco Flora, Ana Tavares, Adelino Ferreira, Alejandro Garcia-Caballero & Adolfo Piñon-Blanco

**“E se eu só conseguir ver esse caminho por aí?”
Funcionamento esquemático, regulação emocional e da satisfação das necessidades psicológicas: um estudo com adultos dependentes do álcool em regime de internamento.**

Sofia Santos Nunes, Ana Catarina Nunes da Silva, Sandra Henriques

Quebra do paradigma aditivo: o submundo do Chemsex.

Rui Moreira de Sousa, Paula Carriço, Nuno Cunha

ESTUDO DO PROCESSAMENTO EMOCIONAL E DA EMPATIA DE UTENTES COM PERTURBAÇÕES RELACIONADAS COM SUBSTÂNCIAS.

STUDY OF THE EMOTIONAL PROCESSING AND EMPATHY OF PATIENTS WITH SUBSTANCE RELATED DISORDERS

Autores:

Sónia Rodrigues ¹, Cátia Coutinho ², Mónica Amorim ³,
Susana Cardoso ⁴, Marco Flora ⁵, Ana Tavares ⁶,
Adelino Ferreira ⁷, Alejandro Garcia-Caballero ⁸
& Adolfo Piñon-Blanco ⁹.

Filiação:

1. Mestre. Psicóloga Clínica. Centro de Respostas Integradas (CRI) do Porto Ocidental – Equipa de Tratamento (ET) de Matosinhos – Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD)/Administração Regional de Saúde do Norte-ARS, I.P. Matosinhos.
2. Mestre. Técnica Superiora de Estatística. Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD)/Administração Regional de Saúde do Norte-ARS Norte, I.P. Porto.
3. Licenciada. Psicóloga. Comunidade Terapêutica Ponte da Pedra- CTPP, Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD)/Administração Regional de Saúde do Norte-ARS Norte, I.P. Leça do Balio.
4. Mestre. Psicóloga Clínica. Centro de Respostas Integradas (CRI) Porto Oriental – Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD)/Administração Regional de Saúde do Norte-ARS Norte, I.P. Porto.
5. Licenciado. Psicólogo. Comunidade Terapêutica Ponte da Pedra- CTPP, Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD)/Administração

6. Doutorada. Psicóloga Clínica. Centro de Respostas Integradas (CRI) do Porto Ocidental – Equipa de Tratamento (ET) de Matosinhos – Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD)/Administração Regional de Saúde do Norte-ARS Norte, I.P. Matosinhos.
7. Licenciado. Coordenador da Cooperação Transfronteiriça Galiza-Norte de Portugal em matéria de Comportamentos Aditivos e Dependências. Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD)/Administração Regional de Saúde do Norte-ARS Norte, I.P.
8. Doutorado. Psiquiatra. Grupo de Investigación en Neurociencia Traslacional-Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IISGS), Grupo CIBERSAM - Vigo, Espanha; Hospital de Día de Psiquiatria. Complejo Hospitalario Universitario de Orense, Espanha.
9. Doutorando em Neurociência e Psicologia Clínica, Universidade de Santiago de Compostela, Espanha. Neuropsicólogo Clínico. Unidad Asistencial de Drogodependencias del Ayuntamiento de Vigo CEDRO, Espanha, Vigo; Grupo de Investigación en Neurociencia Traslacional. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IISGS). Grupo CIBERSAM-Vigo, Espanha.

Autora para correspondência: Sónia Rodrigues. Centro de Respostas Integradas (CRI) do Porto Ocidental – Equipa de Tratamento (ET) de Matosinhos – Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD)/Administração Regional de Saúde do Norte-ARS, I.P. 4450-258, Matosinhos.
Tel: 220028800. sonia.rodrigues@arsnorte.min-saude.pt

RESUMO

O consumo de substâncias psicoativas está relacionado com a deterioração das funções neuropsicológicas: cognição básica, funções executivas e cognição social. O objetivo deste trabalho é estudar a cognição social nos domínios do processamento emocional e empatia, numa amostra de utentes com perturbações relacionadas com substâncias e descrever as possíveis alterações na cognição social. Aplicou-se uma bateria de provas neuropsicológicas a uma amostra de 31 utentes em tratamento em dispositivos assistenciais da Administração Regional de Saúde do Norte, IP. Os resultados refletem um pior desempenho no Teste de Identificação de Emoções Faciais que no Teste de Discriminação de Emoções Faciais. No Índice de Reactividade Pessoal, verificou-se um maior nível de empatia emocional comparativamente à empatia cognitiva. O principal resultado deste estudo foi legitimar a presença de dificuldades na identificação e reconhecimento de emoções faciais consideradas negativas e um maior desenvolvimento da componente emocional da empatia em detrimento da componente cognitiva.

Palavras-Chave: Transtornos Relacionados com Substâncias; Cognição Social; Processamento emocional; Empatia.

ABSTRACT

The consumption of psychoactive substances is related to the deterioration of neuropsychological functions: basic cognition, executive functions and social cognition. The aim of this work is to study social cognition in the domains of emotional processing and empathy in a sample of users with substance related disorders and to describe possible changes in social cognition. A battery of neuropsychological tests was applied to a sample of 31 patients undergoing care treatment from Northern Regional Health Administration, IP. The results reflect a worse performance on the Facial Emotions Identification Test than on the Facial Emotions Discrimination Test. In the Personal Reactivity Index, there was a higher level of emotional empathy compared to cognitive empathy. The main result of this study was to legitimize the presence of difficulties in identifying and recognizing negative facial emotions and further developing the emotional component of empathy over cognitive component.

Keywords: Substance Related Disorders; Social cognition; Emotional processing; Empathy

INTRODUÇÃO

As perturbações relacionadas com substâncias (PRS), frequentemente coexistem com a deterioração da saúde mental e condições médicas, mas também com déficits cognitivos¹ e défices a nível da cognição social (CS)². Os indivíduos com PRS (IPRS) apresentam problemas sociais e interpessoais, que contribuem assim para a diminuição do funcionamento social e ocupacional³.

Decorrente da relevância que tem na implicação do prognóstico terapêutico e na reinserção social dos IPRS, tem emergido nas últimas décadas como foco de estudo a CS. Este construto diz respeito a um conjunto de processos neurobiológicos, psicológicos e sociais que estão na base das interações sociais, ao permitir a percepção, interpretação, programação e geração de respostas, perante comportamentos, atitudes e disposições dos demais⁴. A CS é composta pelos domínios: teoria da mente, processamento emocional, estilos atribucionais, percepção social e conhecimento social⁴, acrescentando as perspectivas mais atuais a empatia, na qual incluem a teoria da mente⁵.

As PRS têm vindo a ser associadas a um vasto conjunto de déficits nos domínios da CS, especificamente a nível de alterações no processamento emocional¹ e empatia, que são determinantes para a adaptação social destes indivíduos⁵, para o seu funcionamento clínico e para a ocorrência de recaídas⁶.

O processamento emocional diz respeito à habilidade para perceber e expressar emoções e compreende os componentes do reconhecimento, facilitação, compreensão e manejo emocional⁴. Um dos aspectos chave do processamento emocional é a capacidade para identificar sinais emocionais e reconhecer emoções nas caras de outras pessoas⁷. A teoria clássica de Ekman de que são seis as emoções básicas: raiva, medo, alegria, tristeza, nojo e surpresa⁸, é comumente aceite como o paradigma vigente e mais utilizado.

Desta forma, o reconhecimento emocional de expressões faciais (REEF) é um elemento crucial para as interações sociais, tendo sido consistentemente associado a aspetos sociais e clínicos relacionados com as PRS⁹. Durante os últimos anos, um considerável corpo de literatura estabeleceu a presença de déficits no processamento emocional nestas perturbações¹⁰. A disfunção neste domínio encontra-se documentada em paradigmas que requerem que os sujeitos reconheçam e identifiquem ou discriminem entre emoções nas expressões faciais em fotografias estáticas de pessoas que expressam aquelas emoções.

Vários estudos na área do processamento emocional, permitiram identificar a dificuldade dos indivíduos com perturbações relacionadas com substâncias (IPRS) no reconhecimento e identificação das emoções básicas, demonstrando que apresentam uma experiência emocional peculiar que depende, em muitas ocasiões, da substância consumida. De forma global, os estímulos agradáveis têm menos valor e os desagradáveis adquirem maior relevância nos IPRS¹¹.

Indivíduos que dependem de cannabis¹², cocaína¹³, metanfetaminas¹⁴, MDMA¹⁵, heroína¹⁶, álcool¹⁷ ou policonsumidores⁶, apresentam desempenhos reduzidos no reconhecimento facial de emoções, associados com a quantidade, duração e severidade do consumo destas substâncias.

A combinação dos erros de classificação das emoções e as percepções exageradas da intensidade emocional, podem contribuir para dificuldades interpessoais características das PRS¹⁸. Compreende-se assim, que o consumo crónico de álcool prejudique o funcionamento social, com manifestações de problemas interpessoais relacionados com o seu consumo excessivo, como violência, agressão e degradação de relações familiares e sociais¹⁹, podendo estar relacionado com a deterioração ou distorção da percepção das emoções nos outros¹⁸.

A literatura revista sugere que os IPRS apresentam déficits no REEF e que estes déficits podem contribuir para os problemas interpessoais característicos destas perturbações. Os dependentes de álcool tendem a apresentar dificuldades para reconhecer a raiva, o nojo e a tristeza e tendem a sobrevalorizar o medo. Os consumidores de cocaína apresentam dificuldades para discriminar o nojo, medo e surpresa. Os policonsumidores apresentam dificuldades para reconhecer a raiva, nojo, medo e tristeza e avaliam os estímulos emocionais de forma mais extrema. Nos consumidores de opiáceos, observam-se alterações no reconhecimento de emoções negativas como o medo e raiva (Craparo et al., 2016)²⁰.

Do ponto de vista clínico, todas as evidências tomadas em conjunto enfatizam que os profissionais de saúde que trabalham com estes indivíduos devem considerar o REEF na avaliação dos IPRS, devido às ligações estreitas com os processos cognitivos sociais, competências psicossociais, desenvolvimento de relacionamentos bem-sucedidos e funcionamento psicológico. O objetivo da utilização do REEF na avaliação dos IPRS consistirá, assim, em resolver ou até mesmo evitar possíveis falhas de comunicação que possam contribuir para conflitos com possíveis efeitos sobre o resultado do tratamento²².

A empatia é um constructo multidimensional geralmente definido como a capacidade de entender e partilhar o estado emocional de outra pessoa²³. É uma faceta fundamental da CS, referindo-se aos processos cognitivos usados para compreender e armazenar informações sobre outras pessoas, incluindo o *self* e sobre normas e roteiros ou procedimentos interpessoais, para navegar com eficiência no mundo social²⁴.

Diferentes investigações mostraram empatia reduzida em indivíduos que usam álcool²⁵, cocaína²⁶, metanfetaminas¹⁴, heroína em programa de metadona²⁷, opiáceos não prescritos²⁸ ou múltiplas substâncias²⁹, resultando em dificuldades na interpretação de situações sociais e comportamentos

desadaptativos nas interações sociais. As habilidades sociocognitivas parecem ser relevantes para a gravidade do uso de substâncias e consequentemente para a dependência das mesmas²⁷.

Os défices empáticos podem afectar a habilidade para se envolverem totalmente ou de forma adaptativa em grupos de tratamento e viverem abstinentes em comunidades terapêuticas. As dificuldades contínuas a nível empático poderiam influenciar a qualidade das relações sociais mesmo quando a abstinência é alcançada e mantida³⁰. Consumidores com baixa empatia podem ser mais propensos a continuar a usar droga comparados com consumidores que tem elevada empatia, pois não se sentem mal acerca das consequências causadas a outros³¹ e podem mesmo não conseguir identificar que as outras pessoas estão a expressar pistas de medo. Podem ser também mais propensas para a recaída e menos propensas para a recuperação³¹.

Programas específicos de reabilitação a nível da CS e em particular na componente afetiva da empatia, seriam elementos-chave do projeto terapêutico de intervenção em dependências, no sentido de reforçar as habilidades interpessoais do paciente. Estes programas promoveriam a capacitação das habilidades interpessoais e a manutenção da importância e significado de relações interpessoais seguras, que constituem importantes componentes da terapia³².

Portanto, examinar a empatia em IPRS com um foco particular no desconforto pessoal poderá trazer percepções adicionais para a compreensão desta população e poderá fomentar novas questões de pesquisa sobre a reabilitação de componentes da cognição social deficitárias. Além disso, o aprofundamento do nosso conhecimento da empatia nesta população pode ter implicações clínicas importantes, já que os défices empáticos poderiam ser considerados nos programas de tratamento³³.

O objetivo deste trabalho é estudar o processamento emocional e empatia numa amostra de utentes com PRS e descrever as possíveis alterações na cognição social.

SUJEITOS E MÉTODOS

Desenho

Levou-se a cabo um desenho observacional transversal. Os participantes foram seleccionados mediante amostragem consecutiva intencional. As variáveis sociodemográficas e de consumo foram recolhidas a partir dos processos clínicos de cada utente quer na Comunidade Terapêutica (CT) quer na Unidade de Dia (UD), elaborados através de entrevistas clínicas e de questionário de recolha de dados elaborado para o efeito.

Amostra

A amostra total é constituída por 31 utentes, 24 homens e 7 mulheres, com idades compreendidas entre os 31 e os 64 anos, em dispositivos assistenciais de tratamento para os comportamentos aditivos e dependências da ARS Norte (CT e UD) no Porto (Portugal).

Foram seleccionados os utentes que cumpriam com os critérios de selecção 1) ter um diagnóstico de perturbações relacionadas com substâncias, segundo DSM-5³⁴; 2) ter capacidade para consentir; 3) ter assinado o consentimento informado; 4) ser maior de idade; 5) saber ler e escrever; 6) apresentar um período de abstinência de mais de 15 dias, com o objectivo de descartar a presença de sintomas de abstinência ou alterações associadas aos efeitos agudos ou a curto prazo das substâncias de consumo. Foram excluídos os utentes 1) analfabetos; 2) com mais de 65 anos; 3) com deficiência intelectual definida como Q.I. <70; 4) com antecedentes de patologia neurológica moderada ou grave e 4) estivessem num processo psiquiátrico agudo.

Foram recolhidas variáveis sociodemográficas e relacionadas com o consumo, que se descrevem na tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra.

	N=31	
Idade^a	48,61 (8,45)	
Sexo^b	24 (77,42%) M	7 (22,58%) F
Nível de escolaridade^b		
Sem estudos primários finalizados	7 (22,58%)	
1º ciclo	3 (9,68%)	
2º ciclo/6º ano	10 (32,26%)	
3º ciclo	4 (12,90%)	
Ensino Secundário Obrigatório/FP	9 (29,03%)	
Estudos Superiores	3 (9,68%)	
Dispositivo Assistencial^b		
Comunidade Terapêutica	7 (22,58%)	
Centro de dia	7 (22,58%)	
Droga principal que motivou o tratamento^b		
Heroína	1(3,23%)	
Cocaína	8(25,81%)	
Álcool	22(70,97%)	
Anos de evolução desde o diagnóstico^b	21,74(12,70)	
Tempo de abstinência (dias)^a	206,51(284,66)	
Comorbilidade Psiquiátrica^b	20(64,52%)	
Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos	4(20,00%)	
Transtornos afetivos (bipolar/maníaco) e Transtorno obsessivo	2(10,00%)	
Transtornos afetivos depressivos e TP instabilidade emocional tipo limite	9(45,00%)	
Outros transtornos de ansiedade	2(10,00%)	
Transtorno de controlo de impulsos	3(15,00%)	
Medicação Prescrita^b		
Psicolepticos	6(19,35%)	
Psicolepticos + Psicoanalepticos	10(32,26%)	
Psicolepticos + Psicoanalepticos + Antiepilepticos	5(16,13%)	
Psicolepticos + Antiepilepticos	7(22,58%)	
Outras combinações de farmacos	2(6,46%)	
Nenhuma	1(3,23%)	
VIH ⁺^b	8,70%	
VHC ⁺^b	21,74%	
Comportamentos Delitivos^b	41,9%	

^a Valores expressos como média ± desvios padrão; ^b Valores expressos em percentagens

Instrumentos de avaliação

Foi elaborado um questionário de recolha de dados sociodemográfico e uma bateria de testes neuropsicológicos estandardizadas a nível da cognição social.

Descrição dos Instrumentos

Teste de Discriminação da Emoção Facial (FEDT)³⁵, é um teste que tem como objectivo avaliar a capacidade dos sujeitos para discriminarem emoções através de estímulos visuais estáticos. Ao nível da consistência interna, o teste apresenta um *alfa de Cronbach* aceitável -0.77.

Teste de Identificação de Emoção Facial (FEIT)³⁵, é um teste que tem como objectivo avaliar a capacidade dos sujeitos para identificarem emoções através de estímulos visuais estáticos. Ao nível da consistência interna, o teste apresenta um *alfa de Cronbach* de 0.56.

Índice de Reactividade Interpessoal (IRI)^{36,37}, é um questionário de autorrelato, com 24 afirmações sobre sentimentos e pensamentos que a pessoa pode, ou não, ter experienciado, assente numa concepção multidimensional de empatia que avalia as dimensões cognitiva e afetiva da empatia. A versão portuguesa dessa escala revelou possuir adequada validade e consistência interna.

Procedimento

Os participantes foram seleccionados pelo método de conveniência, mediante amostragem consecutiva dos utentes em tratamento na CT e UD da Ponte da Pedra. As variáveis sociodemográficas foram recolhidas da base de dados das 2 unidades assistenciais. As avaliações decorreram entre Junho e Dezembro de 2018. Foi administrada a todos os utentes uma bateria de instrumentos neuropsicológicos e clínicos, de acordo com as normas de aplicação e critérios de correcção próprios de cada instrumento de avaliação. Estas provas foram aplicadas numa sessão que variou de 1 a 1,5 horas.

Considerações éticas e proteção de dados de carácter pessoal

Esta investigação foi aprovada pelo Comité Ético de Investigação da ARS Norte, a 3 Novembro de 2017 (Opinião Legal N.º 128/2017) e forma parte de uma investigação transfronteiriça com a Galiza (Espanha). Todos os pacientes foram informados acerca da natureza do estudo antes do seu começo. Todos leram e assinaram o consentimento informado, aceitaram de forma voluntária participar no estudo e não receberam nenhum incentivo económico ou de outro tipo.

Análise de dados

A análise estatística levou-se a cabo através do programa estatístico IBM SPSS Statistics 19. Realizou-se uma análise descritiva dos dados. Para as variáveis qualitativas calcularam-se frequências e percentagens. Para as variáveis quantitativas calcularam-se médias e desvios padrão das pontuações dos participantes em cada um dos testes aplicados.

No FEIT deparamo-nos com uma desigualdade da distribuição no número de emoções. Ou seja, a vergonha é exibida 2 vezes; o medo 6 vezes; a surpresa 2 vezes; a alegria 2 vezes; a raiva 4 vezes e a tristeza 3 vezes. Assim, cada uma destas variáveis foi reexpressa numa escala de 0 a 10 de forma a permitir a comparabilidade entre elas. O score total no FEIT passou de 19 para 60.

No FEDT tentámos ir além do score total e agrupámos os pares de emoções apresentados, o que nos permitiu estudar os pares de emoções em que os pacientes mais cometem erros.

RESULTADOS

O grupo estudado é composto por 31 pessoas com uma idade média de 48,6±8,4, dos quais 24 (77,4%) são homens e 7 (22,6%) mulheres. Como droga principal que motivou o tratamento destacam-se 22 pacientes por álcool (70,97%), seguido de 8 pacientes por consumo de cocaína (25,81%) e de 1 por heroína (3,23%). O tempo médio de evolução

desde o diagnóstico até ao tratamento atual é $21,74 \pm 12,7$ anos e têm uma média de tempo de abstinência de $206,5 \pm 284,7$ dias. Apresentam comorbilidade psiquiátrica 20 pacientes (64,5%) e 13 pacientes (41,9%) tiveram comportamentos delitivos (41,94%).

Relativamente ao tratamento farmacológico específico para as PRS, 6 pacientes estavam integrados em programa de substituição com metadona e 1 com buprenorfina. Quanto à medicação psiquiátrica prescrita, 28 pacientes estão a cumprir toma de psicoférmicos (90,31%), 15 de psicoanalépticos (48,39%), 12 de Antiepilépticos (38,71%), 2 de outros fármacos (6,46%) e 1 paciente não toma qualquer medicação (3,23%).

A Tabela 1 apresenta as pontuações médias e os desvios-padrão do grupo nas variáveis sociodemográficas.

O processamento emocional, foi estudado através do FEIT e FEDT, sendo que os IPRS tiveram pior desempenho no FEIT ($M = 31,4$; $SD = 9,51$) que no FEDT ($M = 22,9$; $SD = 3,43$).

Os resultados obtidos no FEIT mostram uma maior dificuldade na identificação e reconhecimento das emoções vergonha ($M = 2,26$; $SD = 2,84$), medo ($M = 4,03$; $SD = 2,75$) e raiva ($M = 4,27$; $SD = 2,97$), seguidas das emoções tristeza ($M = 6,24$; $SD = 3,2$), surpresa ($M = 7,42$; $SD = 3,38$) e alegria ($M = 10$; $SD = 0$), que foram as emoções mais fáceis de identificar.

Os resultados obtidos no FEDT ($M = 22,87$; $SD = 3,42$) corresponde a um rendimento que parece ser mais ajustado comparativamente ao do FEIT. Ao analisar os pares de emoções nos quais apresentam maior % de erros na sua discriminação, verificamos que o par Alegria/Surpresa é o par em que os pacientes cometem mais erros (53%) seguido do par Tristeza/Vergonha (45%). Os pares Alegria/Medo e Surpresa/Surpresa não apresentam erros na sua discriminação (0%).

Na variável Empatia, avaliada através do Índice de Reactividade Interpessoal (IRI), os pacientes apresentam valores mais baixos na subescala Tomada de Perspetiva ($M = 2,29$; $SD = 0,57$),

referente à componente cognitiva da Empatia. Por sua vez, a componente afetiva da Empatia composta pelas subescalas Preocupação Empática ($M = 3,16$; $SD = 0,84$), Desconforto Pessoal ($M = 2,66$; $SD = 1,89$) e Fantasia ($M = 2,56$; $SD = 1,10$) pontuam valores superiores. A amostra reporta um nível de empatia afetiva maior que a empatia cognitiva. Os valores obtidos nas subescalas situam-se a nível normativo para a população portuguesa.

De forma resumida, a Tabela 2 coleta os escores médios e desvios-padrão obtidos em todos os testes da bateria neuropsicológica administrada.

Tabela 2. Pontuação média (e desvios padrão) das provas de Cognição Social.

FEDT^a	
Total	22,87(3,42)
Pares de emoções observados^b	Erros
Tristeza/Medo	23%
Tristeza/Vergonha	45%
Medo/Raiva	18%
Vergonha/Raiva	10%
Vergonha/Surpresa	10%
Vergonha/Alegria	13%
Vergonha/Medo	16%
Surpresa/Medo	29%
Alegria/Surpresa	53%
Alegria/Medo	0%
Alegria/Raiva	2%
Alegria/Tristeza	11%
Tristeza/Raiva	3%
Vergonha/Vergonha	32%
Surpresa/Surpresa	0%
Tristeza/Tristeza	42%
Medo/Medo	40%
Raiva/Raiva	21%
Alegria/Alegria	6%
FEIT^a	
Vergonha	2,26(2,84)
Medo	4,03(2,75)
Surpresa	7,42(3,38)
Tristeza	6,24(3,19)
Alegria	10,00(0,00)
Raiva	4,27(2,97)
Total	31,38 (9,51)
IRI^a	
Tomada Perspectiva	2,49(0,57)
Preocupação Empática	3,16(0,84)
Desconforto Pessoal	2,66(1,89)
Fantasia	2,56(1,10)
Total	10,87(2,87)

^a Valores expressos como média \pm desvios padrão ; ^b Valores expressos em percentagens

DISCUSSÃO

O objetivo deste trabalho é estudar o processamento emocional e empatia numa amostra de utentes com perturbações relacionadas com substâncias, e descrever as possíveis alterações na cognição social.

Os principais resultados deste estudo foram legitimar por um lado a existência de alterações nas habilidades de processamento emocional, traduzidas pelo reconhecimento emocional de expressões faciais, quer na identificação quer na discriminação de emoções, e por outro as diferenças na empatia cognitiva face à emocional, apresentando os IPRS maiores níveis de empatia emocional.

Assim e explorando em primeiro lugar o processamento emocional, os IPRS apresentam maior deterioração na habilidade para identificar e reconhecer emoções a partir de expressões faciais face à habilidade para discriminar pares de emoções, traduzido pelo valor total dos testes.

É consensualmente reconhecido que as PRS afetam a estrutura e função do cérebro humano⁵. Estas alterações estruturais e funcionais podem influenciar a habilidade de identificar e de discriminar emoções dos IPRS de formas distintas. Neste estudo os sujeitos apresentam uma maior dificuldade na identificação que na discriminação de emoções, eventualmente pelos processos cognitivos de base que estão deteriorados. A este propósito, outros autores³⁸ referem que os substratos neuronais do reconhecimento da emoção se sobrepõem aos sistemas neuronais fortemente envolvidos no desenvolvimento e manutenção das PRS.

A habilidade de REEF é um dos indicadores do funcionamento do processamento cognitivo³⁹. Ao fazer uma análise mais pormenorizada relativamente à dificuldade que apresentam nas seis emoções identificadas, os resultados indicam que os IPRS identificam a emoção de vergonha de forma diferente das emoções alegria, surpresa, tristeza, medo e raiva. Isto significa que todas as emoções

foram melhor identificadas pelos IPRS comparadas com a emoção de Vergonha. O medo surge como a segunda emoção a terem mais dificuldade na identificação, seguida da raiva, tristeza e surpresa e por fim a alegria. A habilidade de identificar a emoção Alegria não está deteriorada pois todos os indivíduos identificaram correctamente esta emoção. As emoções alegria e surpresa, são as emoções que os IPRS melhor identificam.

A vergonha surge como a emoção mais difícil de ser identificada. No entanto, não encontramos estudos científicos em PRS que estudassem esta emoção. A análise da vergonha a partir de uma perspectiva evolucionária é bastante enriquecedora, uma vez que nos permite uma melhor compreensão deste fenómeno, ao esclarecer a sua função adaptativa e funcional nas relações interpessoais. Ao identificarem erradamente a emoção vergonha os IPRS estão a comprometer as interações sociais, pois não respondem de forma ajustada a determinados sinais sociais.

A teoria evolucionária considera que cada emoção ativa de modo distinto uma ação, considerando que mesmo que sentidas como negativas pelos indivíduos, todas as emoções têm uma função adaptativa⁴⁰. No entanto e apesar desta função adaptativa, caso as emoções se manifestem de modo desregulado transformam-se em desadaptativas.

O perfil de identificação de emoções apresentado pelos sujeitos do nosso estudo, indica-nos uma maior facilidade na identificação de emoções consideradas positivas ou neutras: alegria e surpresa comparativamente às emoções negativas: vergonha, medo, raiva, tristeza. Os déficits no REEF negativas poderiam estar associados a alterações no condicionamento das respostas ao medo em situações de risco de consumo de drogas, o que aumenta a probabilidade de recaída. Os nossos resultados são consistentes com estudos prévios que descrevem alterações na capacidade de identificação de emoções em policonsumidores em situação de abstinência, que apresentam pior reconhecimento facial de emoções que os grupos

controles¹⁰, evidenciando dificuldades significativas no reconhecimento de emoções negativas como medo, raiva, nojo e tristeza mas não para emoções neutras ou positivas, como são a surpresa e alegria respectivamente^{41,42}. Os autores desses estudos propuseram que isso pode resultar do facto de que os consumidores abstinentes estarem expostos repetidamente a expressões faciais negativas de pessoas do seu meio ambiente no qual estão imersos ou a um défice de processamento emocional pré-existente que poderia influenciar o início para o comportamento de consumo de drogas.

Estudos relevantes demonstraram que, comparados com grupos controlo, os alcoólicos identificam expressões emocionais discretas com intensidade persistentemente superestimada e menor velocidade na sua identificação. Para além destas conclusões, os alcoólicos demonstram enviesamentos relativamente às emoções negativas, incluindo atribuições excessivas de raiva e desprezo, e tristeza e identificação deficitária na emoção de tristeza⁴³.

Estudos recentes¹⁰, relataram que indivíduos dependentes de cocaína apresentavam a identificação de emoções negativas comprometida e que dependentes de cannabis tinham um desempenho pior na identificação e na discriminação de emoções negativas, mas não nas emoções positivas quando comparado com o grupo controlo¹². Estes resultados também demonstram que a abstinência de poucos meses não melhora o REEF de forma rápida. Os resultados destes estudos suportam a formulação de que as expressões negativas são provavelmente estímulos emocionalmente mais salientes que as expressões positivas e a percepção da quantidade de expressões negativas são consequentemente distorcidas; o número de emoções negativas é perceptivamente superestimado e valorizado. Os resultados do nosso estudo, relativamente à identificação das expressões faciais, são consistentes como os estudos acima mencionados, indicando que o grupo tem dificuldades

na sua habilidade para identificar emoções negativas, estando preservada a sua habilidade para identificar emoções positivas.

Relativamente ao processo de discriminação verificamos que os sujeitos apresentam maior % de erros nos pares Alegria/Surpresa e Tristeza/Vergonha. Foi estabelecido que a discriminação de expressões positivas é mais confiável quando comparada com expressões negativas de emoções e que expressões faciais que representam duas emoções em polos opostos, como alegria/tristeza, são fáceis de distinguir e discriminar quando comparadas com aquelas que têm traços em comum como tristeza/raiva⁴⁴. Os pares Alegria/Surpresa e Tristeza/Vergonha, são perceptivamente semelhantes o que poderá decorrer a dificuldade de discriminação.

A consciência das emoções e sentimentos da outra pessoa permite-nos sintonizar as suas reacções e assegurar uma comunicação interpessoal satisfatória. Assim, os problemas interpessoais podem resultar parcialmente da afetação do processamento da informação emocional relacionada com as interações sociais, de forma a controlar o próprio afecto e comunicação relevante, com déficits funcionais no uso de emoções como informação^{45,46}.

O REEF é essencial para o funcionamento social intacto. As atribuições hostis a expressões faciais não ameaçadoras, como sejam as emoções tristeza e surpresa, desencorajam interações sociais positivas e têm vindo a ser associadas a comportamentos agressivos⁴⁷. A interpretação de expressões neutras como felicidade pode promover interações sociais mais amigáveis e de sucesso⁴⁸. Portanto, tais interpretações podem ter importantes implicações psicossociais nos IPRS. Por outro lado, os conflitos interpessoais e a dificuldade para gerir emoções têm importantes implicações clínicas, particularmente relacionados com os processos de recaída⁴⁹.

A avaliação dos IPRS visando o REEF, tem potencial para orientar o desenho e implementação de intervenções mais eficazes ao nível do tratamento destes

indivíduos. Os tratamentos que incorporem estratégias de reabilitação sociocognitiva, incluindo a reaprendizagem de interações sociais e comportamentais, visando o reconhecimento das emoções, poderão melhorar os resultados de tratamento¹⁰. Relativamente aos resultados no estudo da variável empatia, estes são consistentes com estudos recentes que indicam maiores dificuldades na empatia cognitiva face à empatia emocional dos IPRS²⁸. Os IPRS da nossa amostra apresentam menores níveis na empatia cognitiva, mais especificamente nos subcomponentes da tomada de perspectiva e fantasia.

Os processos de reconhecimento emocional são essenciais para a empatia cognitiva e para fazer inferências acerca dos seus próprios pensamentos e dos outros, assim como intenções e sentimentos²⁶. Os déficits que os IPRS da nossa amostra apresentam a nível do REEF poderiam em parte explicar a menor empatia cognitiva manifestada.

A empatia emocional entendida como a resposta emocional da pessoa ao estado emocional de outra pessoa, isto é, a habilidade para sentir o que a outra pessoa sente, encontra-se preservada na nossa amostra. Os sujeitos manifestam maior preocupação empática e maior sofrimento pessoal, podendo ser um resultado considerado positivo e benéfico para os utentes, ao conseguirem “sentir o que os outros sentem” e poderem responder e interagir de forma adequada. Indivíduos com baixa empatia estão propensos a continuar a usar droga comparados com indivíduos que têm elevada empatia, pois não se sentem mal pelos danos causados aos outros e podem mesmo não perceber que as outras pessoas estão a manifestar emoções negativas. Têm também maior probabilidade de recair e menos de recuperar³¹.

A compreensão deficitária das intenções e emoções dos outros pode deixar o indivíduo vulnerável para a interpretação de pistas sociais⁵¹ constituindo-se como determinante para os subsequentes comportamentos e interações sociais. O consumo crónico de drogas pode potenciar os défices na

descodificação de pistas empáticas e na correta identificação das emoções nas expressões faciais. O mau funcionamento dessas habilidades pode levar a mal-entendidos e a défices significativos na comunicação nas relações interpessoais, alimentando assim o conflito interpessoal. Um maior conflito interpessoal pode resultar em consumo adicional de drogas como estratégia de coping²⁹.

O facto dos nossos resultados nos indicarem uma baixa empatia cognitiva e uma empatia emocional preservada, está de acordo com a conceptualização de que ambas as componentes definem o constructo, mas que podem ser consideradas independentes, o que significa que uma baixa empatia cognitiva pode perfeitamente coexistir com uma empatia emocional elevada⁵².

Os resultados deste estudo devem considerar-se, contudo, preliminares e devem ser interpretados com cautela, já que este estudo não está livre de limitações. Uma delas está relacionada com a não existência de grupo de controlo e outra com o tamanho da amostra que se constitui como limitado, acrescentando o facto de não ter sido aleatoriamente seleccionada. Acreditamos ser necessário realizar estudos de maior envergadura, de forma a ampliar o tamanho e representatividade da amostra, de forma a melhorar a generalização dos resultados. Relativamente à avaliação neuropsicológica, seria relevante incluir outras medidas de processamento emocional e empatia, com maior validade ecológica, como as provas que recorrem ao uso de estímulos dinâmicos. Também se deverá ter em consideração, as limitações próprias dos estudos na população com PRS, como as amostras heterogéneas (policonsumidores, padrão de consumo), o baixo nível de reserva cognitiva e a dificuldade para atribuir a direcção causal entre as alterações neuropsicológicas e o consumo prolongado de substâncias. Estudos futuros deveriam utilizar amostras mais amplas, um grupo controlo aleatorizado, uma maior percentagem de mulheres, neuromarcadores baseados no EEG, técnicas de neuroimagem funcional e análise de conectividade funcional.

CONCLUSÃO

Com este estudo pretendemos que os resultados tenham implicações teóricas e clínicas. Do ponto de vista teórico, este estudo é o primeiro nesta temática efetuado nos nossos serviços e com ele desejamos contribuir para o estudo dos processos sociocognitivos junto da população que tratamos. Do ponto de vista clínico, os resultados deste estudo espelham dificuldades quer na identificação e reconhecimento de emoções negativas quer na componente cognitiva da empatia, nos IPRS que estão em tratamento em CT ou UD.

Estes resultados poderão constituir-se como ponto de partida para que os dispositivos assistenciais que respondem aos comportamentos aditivos e dependências, tenham em conta estes processos na avaliação no início de cada tratamento. Por outro lado, a informação recolhida através da avaliação poderia ser utilizada para personalizar intervenções específicas e mais eficazes, através de programas de reabilitação e programas psicoterapêuticos nos domínios da CS afetados, no sentido de melhorar o funcionamento social, diminuir as recaídas e aumentar a adesão ao tratamento.

O sucesso do tratamento pode ser beneficiado através de intervenções específicas projetadas para melhorar o REEF e empatia

BIBLIOGRAFIA

1. Fernández-Serrano, M. J., Pérez-García, M., & Verdejo-García, A. (2011). What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance?. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 377-406.
2. Volkow, N. D., Baler, R. D., & Goldstein, R. Z. (2011). Addiction: pulling at the neural threads of social behaviors. *Neuron*, 69(4), 599-602.
3. Volkow, N., & Morales, M. (2015). The brain on drugs: from reward to addiction. *Cell*, 162(4), 712-725.
4. Green, T. C., Heimer, R., & Grau, L. E. (2008). Distinguishing signs of opioid overdose and indication for naloxone: an evaluation of six overdose training and naloxone distribution programs in the United States. *Addiction*, 103(6), 979-989.
5. Tirapu-Ustároz, J. T. (2012). Cognición social en adicciones. *Trastornos adictivos*, 14(1), 3-9.
6. Fernandez-Serrano, M. J., Pérez-García, M., Schmidt Río-Valle, J., & Verdejo-García, A. (2010). Neuropsychological consequences of alcohol and drug abuse on different components of executive functions. *Journal of psychopharmacology*, 24(9), 1317-1332.
7. Adolphs, R. (2002). Neural systems for recognizing emotion. *Current opinion in neurobiology*, 12(2), 169-177.
8. Ekman, P., Friesen, W. V., & Ellsworth, P. (1972). *Emotion in the Human Face: Guide-lines for Research and an Integration of Findings: Guidelines for Research and an Integration of Findings*. Pergamon.
9. Townshend, J. M., & Duka, T. (2003). Mixed emotions: alcoholics' impairments in the recognition of specific emotional facial expressions. *Neuropsychologia*, 41(7), 773-782.
10. Castellano et al. (2015). Facial emotion recognition in alcohol and substance use disorders: a meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 59, 147-154.
11. Aguilar de Arcos, F. A., Pareja, M. M., Juárez, E. G., Sánchez, F. A., & García, M. P. (2011). Influencia del contenido emocional en la percepción de estímulos visuales en sujetos drogodependientes. *Trastornos adictivos*, 13(2), 57-63.
12. Bayrakçı, A., Sert, E., Zorlu, N., Erol, A., Sarıççek, A., & Mete, L. (2015). Facial emotion recognition deficits in abstinent cannabis dependent patients. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 160-164.
13. Ersche, K. D., Turton, A. J., Chamberlain, S. R., Müller, U., Bullmore, E. T., & Robbins, T. W. (2012). Cognitive dysfunction and anxious-impulsive personality traits are endophenotypes for drug dependence. *American Journal of Psychiatry*, 169(9), 926-936. doi:10.1176/appi.ajp.2012.11091421.
14. Kim, Y. T., Kwon, D. H., & Chang, Y. (2011). Impairments of facial emotion recognition and theory of mind in methamphetamine abusers. *Psychiatry Research*, 186(1), 80-84.
15. Yip, J. T., & Lee, T. M. (2006). Selective impairment of sadness and disgust recognition in abstinent ecstasy users. *Neuropsychologia*, 44(6), 959-96.
16. Martin-Contero, M. C., Secades-Villa, R., & Tirapu-Ustároz, J. (2012). Social cognition in opiate addicts. *Revista de neurologia*, 55(12), 705-712.
17. Kornreich et al. (2003). Impaired emotional facial expression recognition in alcoholics, opiate dependence subjects, methadone maintained subjects and mixed alcohol-opiate antecedents subjects compared with normal controls. *Psychiatry research*, 119(3), 251-260.
18. Miller, W. R., Forcehimes, A. A., & Zweben, A. (2019). *Treating addiction: A guide for professionals*. Guilford Publications.
19. Kornreich et al. (2002). Impaired emotional facial expression recognition is associated with interpersonal problems in alcoholism. *Alcohol and alcoholism*, 37(4), 394-400.
20. Craparo, G., Gori, A., Dell'Aera, S., Costanzo, G., Fasciano, S., Tomasello, A. & Vicario, C.M. (2016). Impaired emotion recognition is linked to alexithymia in heroin addicts. *Peer J* 4:e1864. DOI:10.7717/peerj.1864.
21. Lee, H., Ahn, H., Choi, S., & Choi, W. (2014). The SAMS: Smartphone addiction management system and verification. *Journal of medical systems*, 38(1), 1.

22. Rupp, C. I., Derntl, B., Osthaus, F., Kemmler, G., & Fleischhacker, W. W. (2017). Impact of social cognition on alcohol dependence treatment outcome: poorer facial emotion recognition predicts relapse/dropout. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *41*(12), 2197-2206.
23. Pechorro, P., Jesus, S. N., Kahn, R. E., Gonçalves, R. A., & Barroso, R. (2018). A Versão Breve da Escala de Empatia Básica numa Amostra Escolar de Jovens Portugueses: Validade, Fiabilidade e Invariância. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, *4*(49), 157-169.
24. Van Overwalle F (2009). Social cognition and the brain: a meta-analysis. *Hum Brain Mapp* *30*(3):829–858.
25. Mohagheghi, A., Amiri, S., Mousavi Rizi, S., & Safikhanelou, S. (2015). Emotional intelligence components in alcohol dependent and mentally healthy individuals. *The Scientific World Journal*, 2015.
26. Preller et al. (2014). Functional changes of the reward system underlie blunted response to social gaze in cocaine users. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *111*(7), 2842-2847.
27. Stange et al. (2017). Positive association of personal distress with testosterone in opiate-addicted patients. *Journal of Addictive Diseases*, *36*(3), 167–174. doi:10.1080/10550887.2017.1303980
28. Kroll et al. (2018). Socio-cognitive functioning in stimulant poly-substance users. *Drug and alcohol dependence*, *190*, 94-103. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.06.001>.
29. Ferrari, V., Smeraldi, E., Bottero, G., & Politi, E. (2014). Addiction and empathy: a preliminary analysis. *Neurological Sciences*, *35*(6), 855–859. doi:10.1007/s10072-013-1611-6
30. Durbeej, N., Palmstierna, T., Berman, A. H., Kristiansson, M., & Gumpert, C. H. (2014). Offenders with mental health problems and problematic substance use: Affective psychopathic personality traits as potential barriers to participation in substance abuse interventions. *Journal of substance abuse treatment*, *46*(5), 574-583.
31. Massey, S. H., Newmark, R. L., & Wakschlag, L. S. (2017). Explicating the role of empathic processes in substance use disorders: A conceptual framework and research agenda. *Drug and Alcohol Review*, *37*(3), 316–332. doi:10.1111/dar.12548.
32. Reilly, P. M., Clark, H. W., Shopshire, M. S., Lewis, E. W., & Sorensen, D. J. (1994). Anger management and temper control: Critical components of posttraumatic stress disorder and substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, *26*(4), 401-407.
33. Tomei, A., Besson, J., Reber, N., Rougemont-Bücking, A., & Grivel, J. (2016). Personal distress and empathic concern in methadone-maintained patients.
34. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub, 2013.
35. Kern, R. S., & Horan, W. P. (2010). *Definition and Measurement of Neurocognition and Social Cognition. Key Issues in Mental Health*, 1–22. doi:10.1159/000284375
36. Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, *10*, 85-103.
37. Limpo T., Alves R. A., & Catro, S. L. (2010). Medir a empatia: adaptação portuguesa do Índice de Reactividade Interpessoal. *Laboratório de Psicologia, ISPA*, *8*(2), 171-184.
38. Verdejo-García, A., & Bechara, A. (2009). A somatic marker theory of addiction. *Neuropharmacology*, *56*, 48-62.
39. Butt, M.M, Malik, F., & Hoffmann, H. (2015). Emotion Recognition in Individuals with Substance Use Disorder. *Journal of Behavioural Sciences Vol. 25. No. 2*, 47-64.
40. Ekman, P. (2011). *A linguagem das Emoções (C. Szlak, Trad.)*. São Paulo: Lua de Papel.
41. Fernández-Serrano, M. J., Moreno-López, L., Pérez-García, M., & Verdejo-García, A. (2012). Inteligencia emocional en individuos dependientes de cocaína. *Trastornos adictivos*, *14*(1), 27-33.
42. Zou et al. (2012). Association of DRD2 gene polymorphisms with mood disorders: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *136*(3), 229-237.
43. Foisy et al. (2007). Impaired emotional facial expression recognition in alcoholics: are these deficits specific to emotional cues?. *Psychiatry research*, *150*(1), 33-41.
44. Field, T. M., & Walden, T. A. (1982). Production and discrimination of facial expressions by preschool children. *Child development*, 1299-1311.
45. Botero, J. C. R., Medina, C. M. A., Rizzo, A. A., Aristizabal, A. C. G., & Zuluaga, E. H. (2016). Relación entre cognición social y funciones ejecutivas en niños con trastorno negativista desafiante. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, *2*(42), 49-58.
46. Weiss, N. H., Tull, M. T., Viana, A. G., Anestis, M. D., & Gratz, K. L. (2012). Impulsive behaviors as an emotion regulation strategy: Examining associations between PTSD, emotion dysregulation, and impulsive behaviors among substance dependent inpatients. *Journal of anxiety disorders*, *26*(3), 453-458.
47. Keil, V., Paley, B., Frankel, F., & O'Connor, M. J. (2010). Impact of a social skills intervention on the hostile attributions of children with prenatal alcohol exposure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *34*(2), 231-241.
48. Freeman, T. P., Wilson, J., & Mackie, C. (2018). Commentary on Salloum et al.(2018): Rethinking adolescent cannabis use and risk perception. *Addiction*, *113*(6), 1086-1087.
49. Witkiewitz, K., & Villarroel, N. A. (2009). Dynamic association between negative affect and alcohol lapses following alcohol treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, *77*(4), 633.
50. Rupp et al. (2016). Impulsivity and alcohol dependence treatment completion: is there a neurocognitive risk factor at treatment entry?. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *40*(1), 152-160.
51. Onuoha, R. C., Quintana, D. S., Lyvers, M., & Guastella, A. J. (2016). A meta-analysis of theory of mind in alcohol use disorders. *Alcohol and alcoholism*, *51*(4), 410-415.
52. Singer, T. (2006). The neuronal basis of empathy and fairness. In *Novartis Foundation Symposium* (Vol. 278, p. 20). Chichester; New York; John Wiley; 1999.



adictologia

Associação Portuguesa para o Estudo
das Drogas e das Dependências