

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



***FAKING GOOD* NO MMPI-2: UM ESTUDO  
EXPLORATÓRIO DA RELAÇÃO ENTRE  
MEDIDAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS E  
FISIOLÓGICAS**

**Ana Raquel Duarte Mesquita**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde  
Núcleo de Psicoterapia Cognitiva – Comportamental e Integrativa**

**2012**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA**



***FAKING GOOD* NO MMPI-2: UM ESTUDO  
EXPLORATÓRIO DA RELAÇÃO ENTRE  
MEDIDAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS E  
FISIOLÓGICAS**

**Ana Raquel Duarte Mesquita**

**Dissertação orientada pela Prof.<sup>a</sup> Doutora Rosa Novo**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde  
Núcleo de Psicoterapia Cognitiva – Comportamental e Integrativa**

**2012**

## **AGRADECIMENTOS**

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Rosa Novo, por me ter aceite como orientanda, pela disponibilidade que demonstrou para me ensinar e para me ajudar ao longo deste trabalho e por todos os incentivos para a ir cada vez mais longe.

À Margarida, pela ajuda que me deu na realização deste trabalho, pela força para superar as dificuldades que surgiram e, acima de tudo, pela amizade com que pude contar ao longo deste ano.

Aos meus pais e ao meu irmão, por todo o apoio que sempre me deram, por toda a compreensão que recebi ao longo destes anos e por estarem, incondicionalmente, a meu lado.

À Cátia Peliquito e à Joana Machado, por estarem sempre presentes ao longo de todos estes anos e por poder contar sempre com a vossa amizade.

Ao Cláudio, pela amizade e por todos os bons momentos proporcionados, pela partilha de vida académica e pela boa-disposição constante.

À TAPCE e a todos os seus membros por tudo o que me ensinaram, por me permitirem crescer convosco e pelo caminho que percorri com vocês ao longo destes anos.

À Dra. Gisela, pela sua preciosa colaboração e à aos engenheiros Hugo Silva e Filipe Canento, pela sua contribuição para a realização deste trabalho.

E por fim, mas não menos importante, aos participantes, que se disponibilizaram a fazer parte deste estudo e sem os quais este não teria sido possível.

## RESUMO

A avaliação da personalidade e da psicopatologia é realizada frequentemente com recurso a instrumentos de autorrelato. No entanto, a natureza destes instrumentos torna-os particularmente propícios à ocorrência de *faking good*. O comportamento de *faking*, quando ocorre, pode pôr em causa a validade da informação obtida pelo que se exigem formas de o detetar adequadamente. O presente estudo pretende analisar a presença de *faking good* na autoavaliação da personalidade e psicopatologia, associando este comportamento a medidas fisiológicas. Para tal, foi utilizado o MMPI-2 (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*) e o EDA (*electrodermal activity*). A amostra foi constituída por 24 participantes, provenientes de dois contextos diferentes: contexto normal e contexto clínico/forense. Neste último contexto, há uma maior probabilidade de ocorrer, de forma natural, *faking good*, o que fundamenta a sua escolha. Os participantes deste contexto foram recrutados de uma clínica psiquiátrica de Setúbal e de um serviço de psicologia de Lisboa, estando todos inseridos num processo de avaliação psicológica, aquando do momento das aplicações, o que aumenta a validade ecológica do estudo. A análise dos resultados foi realizada a nível intra e inter-participantes, recorrendo a uma metodologia diferencial. A partir desta análise, foi possível identificar e distinguir dois tipos de *faking good*. O *faking good* ‘clássico’ – para o qual foi direcionado este estudo – apresenta características que vão de encontro às descritas na literatura para este tipo de viés de resposta (ver Graham, 2000; Green, 2000). Neste tipo de *faking good*, foi ainda possível encontrar uma associação inversa e diferenciada entre os resultados *T* do MMPI-2 e as ativações de EDA, isto é, foi encontrado um padrão no perfil de validade que é distinto do padrão encontrado no perfil clínico.

Palavras-chave: Avaliação da Personalidade; MMPI-2; *Faking Good*, EDA.

## ABSTRACT

Personality and psychopathology assessment is often conducted using self-report instruments. However, the nature of these instruments makes them particularly prone to the occurrence of *faking good*. When the *faking* behaviour occurs, it may question the validity of the obtained information and ways to correctly detect it are, therefore, demanded. The present study intends to analyse the presence of *faking good* in the self-assessment of the personality and psychopathology, associating this behaviour to physiological measures. For such, the MMPI-2 was used (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2) and the EDA (electrodermal response). The sample consists of 24 participants, from two different contexts: normal context and clinical/ forensic context. In this last context, there is a bigger probability of the occurrence of *faking good*, in a natural way, which justifies its choice. The participants of this context were recruited from a psychiatric clinic in Setúbal and a psychology service from Lisbon, all of them being part of a psychological assessment at the moment of the application, which increases the ecological validity of the study. The analysis of the results was undertaken at both intra and inter-subject, using differential methodology. From this analysis, it was possible to identify and distinguish two types of *faking good*. The ‘classic’ *faking good* – to which this study was directed – shows features which are in accordance to those described in the literature for this type of response bias (see Graham, 2000 and Green, 2000). For this type of *faking good* it was still possible to find an inverse and differentiated association between the *T* results of MMPI-2 and the EDA activations, *i.e.*, we encountered a pattern in the validity profile which is different from the pattern found in the clinical profile.

Keywords: Personality assessment; MMPI-2; *Faking Good*, EDA.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	2
2.1. AVALIAÇÃO .....	2
2.2. MMPI-2 – Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2.....	4
2.3. <i>FAKING</i> – DISTORÇÃO DE RESPOSTA .....	8
2.4. MEDIDAS FISIOLÓGICAS.....	12
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	15
3.1. OBJETIVOS DO ESTUDO.....	15
3.2. PARTICIPANTES .....	17
3.3. INSTRUMENTOS.....	18
3.4. PROCEDIMENTOS .....	20
<b>4. RESULTADOS</b> .....	25
<b>5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b> .....	41
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	47
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	50

## ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1.– Características sociodemográficas da amostra.....	17
QUADRO 2.– Participantes que preencheram as condições de inserção no grupo de <i>faking good</i> .....	26
QUADRO 3.– Número de participantes nos diferentes subgrupos.....	27
QUADRO 4.– Média das Frequência de ativações (EDA) no total dos itens do MMPI-2.....	28
QUADRO 5.– Média das Frequência de ativações (EDA) nos itens de validade do MMPI-2.....	29
QUADRO 6.– Média das Frequência de ativações intensas (EDA) no total de itens do MMPI-2.....	30
QUADRO 7.– Médias ponderadas do tempo total de resposta (em minutos).....	31
QUADRO 8.– Médias ponderadas do tempo de resposta por item (em segundos)...	32
QUADRO 9.– Relação entre os resultados <i>T</i> do MMPI-2 e as ativações de EDA no grupo de <i>faking good</i> ‘clássico’.....	34
QUADRO 10.– Tempos totais de resposta por participante e por tipo de <i>faking good</i> .....	35
QUADRO 11.– Nível de ativação de EDA e de elevação dos Resultados <i>T</i> nas Escalas Clínicas e de Validade do Participante 12.....	36
QUADRO 12. – Nível de ativação de EDA e de elevação dos Resultados <i>T</i> nas Escalas Clínicas e de Validade da Participante 13.....	37

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.– Itens com tempo de resposta mais longo, por escalas.....	33
Figura 2.– Perfil de validade do MMPI-2 dos participantes 12 e 13.....	38
Figura 3.– Perfil clínico do MMPI-2 dos participantes 12 e 13.....	38
Figura 4.– Frequência de ativações (EDA) por escala, nos participantes 12 e 13....	39

## **LISTA DE ANEXOS**

**Anexo A – Dados Sociodemográficos**

**Anexo B – Caracterização das Escalas do MMPI-2**

**Anexo C – Manual de Procedimentos**

**Anexo D – Resultados nas escalas de validade e clínicas do MMPI-2**

**Anexo E – Resultados de ativação de EDA, por escala**

**Anexo F – Tempo total de resposta ao teste e tempo médio por item**

**Anexo G – Nível de ativação de EDA e nível de resultados *T* para os participantes do grupo de *faking good***

## 1. INTRODUÇÃO

A avaliação da personalidade constitui uma base para fundamentar tomadas de decisão em diversos contextos. Uma das formas de avaliar a personalidade é através de instrumentos de autorrelato. Esses instrumentos têm como base informações fornecidas pelo próprio indivíduo e, como tal, estão sujeitos a diferentes tipos de viés de resposta. Assim, impõe-se considerar a atitude dos indivíduos face aos instrumentos e a credibilidade das respostas que a eles dão. Uma das formas de viés de resposta é o *faking*. O estudo e a deteção deste comportamento tornam-se cada vez mais pertinentes pois, como defendem Hall e Hall (2012) este é um comportamento que além de se estar a tornar cada vez mais prevalente, devido a mudanças no funcionamento da sociedade, está também a tornar-se cada vez mais sofisticado, devido ao acesso cada vez maior a informações que o podem facilitar.

O *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* – MMPI-2 – é um inventário de autorrelato, que permite avaliar a personalidade e a psicopatologia. Este instrumento foi desenvolvido com a preocupação explícita de permitir detetar atitudes de *faking* pelo que, aquando da sua construção, foram desenvolvidas diversas escalas – escalas de validade – de modo a objetivar vários tipos de distorção de resposta. Dado o impacto que o *faking* pode ter num processo de avaliação da personalidade e nas consequentes decisões a nível clínico, judicial ou social, torna-se pertinente aprofundar o estudo dos tipos de distorção associados às respostas ao teste e, em particular, às escalas de validade do MMPI-2.

O propósito deste estudo é o de explorar a relação entre o comportamento de *faking good* na autoavaliação da personalidade e da psicopatologia e o comportamento fisiológico. Pretende-se, especificamente, explorar a possibilidade de a resposta eletrodérmica, expressa pelo comportamento de ativação de EDA, poder contribuir para ampliar o conhecimento sobre o comportamento de *faking good* no MMPI-2.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1. AVALIAÇÃO

A avaliação psicológica é o campo da psicologia que permite explorar e analisar o comportamento humano através de métodos de identificação de semelhanças e diferenças entre pessoas no que diz respeito às suas características pessoais. Sendo a personalidade algo específico e único de cada um, que permite caracterizar cada indivíduo e ao mesmo tempo diferenciá-lo dos outros, a atenção que lhe é dada no âmbito da avaliação psicológica tem sido cada vez maior.

Segundo McAdams (1994), a personalidade é um sistema com múltiplos níveis paralelos e interdependentes, que interagem entre si influenciando-se mutuamente. O primeiro nível diz respeito a traços disposicionais, englobando atribuições mais gerais da personalidade. O segundo nível diz respeito a preocupações pessoais, que englobam objetivos, planos, projetos e valores. Por fim, o terceiro nível diz respeito a experiências integradas pelo indivíduo, que constituem uma narrativa integrada da sua história de vida (MacAdams & Olson, 2010). A interação entre estas dimensões da personalidade permite gerar um padrão que assegura a regularidade e consistência do comportamento, do pensamento e dos sentimentos do indivíduo.

Segundo Smith e Archer (2008), a avaliação da personalidade existe, de uma forma informal, desde que começaram as primeiras relações interpessoais. Contudo, do ponto de vista científico, a avaliação da personalidade consiste num método que permite encontrar padrões sociais no comportamento de um indivíduo através da distinção entre comportamentos situacionais e comportamentos duradouros, predizendo como é que o indivíduo se irá comportar em diferentes situações (Beutler, Groth-Marnat, & Rosner, 2003).

A avaliação da personalidade está na base da tomada de decisões de diversos profissionais, em diferentes âmbitos. A avaliação da personalidade permite identificar as capacidades e limitações de um indivíduo, bem como as suas preocupações e necessidades e ainda os seus estilos de *coping* e atitudes perante ele próprio e os outros (Butcher, 2008). Desta forma, a avaliação da personalidade dá-nos uma melhor compreensão do funcionamento do indivíduo, o que constitui uma base segura para apoiar e fundamentar tomadas de decisão em diversas situações e contextos.

O objetivo geral da avaliação da personalidade é descrever e compreender o comportamento e o funcionamento do indivíduo. No entanto, esta compreensão do indivíduo visa atender objetivos mais específicos, que variam de acordo com os diferentes contextos em que a avaliação da personalidade é feita. Segundo Butcher (2008), os objetivos da avaliação da personalidade derivam de características relevantes da personalidade que permitem tomar decisões em contextos clínicos e forense.

No contexto clínico, segundo Beutler e col. (2003), os objetivos da avaliação da personalidade visam a obtenção de diagnósticos diferenciais, a determinação da causa dos problemas apresentados, a identificação do nível funcional do indivíduo bem como das suas capacidades adaptativas. Para além de perceber a situação atual do indivíduo e a origem da mesma, os objetivos passam também por antecipar o seu futuro, o que inclui determinar o prognóstico ou antecipar o curso do problema, ajudar a escolher a intervenção mais adequada para o problema apresentado, bem como avaliar a eficácia do mesmo.

Já no contexto forense, os objetivos são bastante diversificados, uma vez que a aplicação da lei pode ser feita nos mais diversos âmbitos. Estes objetivos passam por avaliar capacidades para assumir determinados direitos e deveres, avaliar competências, determinar responsabilidade criminal e ainda avaliar o grau de perigosidade do indivíduo. Além destes objetivos, a avaliação da personalidade neste contexto visa ainda produzir relatórios ou testemunhos através dos quais é transmitida informação útil aos agentes de justiça para a tomada de decisão relacionada com a aplicação da lei. Neste processo, o objetivo implícito é a da compreensão do funcionamento subjacente ao comportamento sob avaliação na justiça.

Para servir os objetivos da avaliação da personalidade existem diversas metodologias e instrumentos, uns transversais aos diferentes contextos e outros mais específicos e adequados a determinados objetivos de avaliação. Uns permitem avaliar diversas dimensões da personalidade e da psicopatologia, designados como multidimensionais, enquanto outros avaliam apenas uma dimensão em particular. De entre os multidimensionais, existem instrumentos com diferentes graus de estruturação. Os instrumentos pouco estruturados são constituídos por estímulos ambíguos e com poucas instruções relativamente à tarefa a realizar sob a observação do examinador (Weiner, 2003), o que dá ao indivíduo uma grande liberdade de resposta. Já os instrumentos mais estruturados são constituídos por tarefas com instruções precisas. Um exemplo deste tipo de instrumentos são os autorrelatos. Estes permitem que o indivíduo

‘fale’ sobre si próprio e revele informações relativas a comportamentos, pensamentos, emoções e experiências subjetivas. Os dados obtidos possibilitam ao avaliador aceder às percepções e representações da pessoa sobre si e sobre os outros, a atribuições de causalidade, estratégias de *coping* e às expectativas sobre o futuro (Fernández-Ballesteros, 2004). Os autorrelatos têm a vantagem de ser instrumentos de fácil administração e cotação, todavia são bastante suscetíveis a distorções de resposta. A motivação do indivíduo para dar uma imagem favorável ou desfavorável de si pode levar ao enviesamento das respostas e assim pôr em causa a validade da avaliação a realizar sobre elas.

Existem diversas formas de autorrelato que se diferenciam pela diversidade de formas de construção e das estratégias que utilizam para controlo da distorção de resposta.

## **2.2. MMPI-2 – Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2**

O MMPI-2 é um dos tipos de autorrelato utilizado para a avaliação da personalidade e da psicopatologia. Este inventário permite medir as principais dimensões da psicopatologia encontradas no eixo I e algumas perturbações do eixo II do DSM-IV-TR (*American Psychological Association [APA], 2000*), através de escalas clínicas, escalas de conteúdo e escalas suplementares, nas quais podemos distinguir algumas escalas de psicopatologia da personalidade (PSY-5), e inclui também diversas escalas de validade.

O MMPI-2 surgiu do aperfeiçoamento da versão original deste instrumento, o MMPI (Hathaway & McKinley, 1943), o qual foi construído seguindo uma abordagem empírica. Tal que significa que as escalas foram validadas a partir de grupos critério específicos, ou seja, os itens que constituem cada escala são aqueles que permitem distinguir um determinado grupo critério do grupo normativo. Esta forma de construção confere ao instrumento uma importante validade de critério.

Desenvolvido por Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom e Kaemmer, em 1989, o MMPI-2 é um dos inventários mais estudados e mais utilizados na avaliação, tendo sido adaptado para diversas culturas e traduzido em diversas línguas. A sua pertinência prende-se com o facto de este instrumento permitir analisar pensamentos, comportamentos, crenças e problemas do indivíduo, bem como as suas

atitudes de resposta face ao teste, dando-nos assim a conhecer aspetos da personalidade do indivíduo, do seu funcionamento interpessoal, níveis de ajustamento e ainda sintomas específicos que podem constituir indicadores de psicopatologia. A informação obtida irá ser utilizada para atingir determinados objetivos consoante o contexto em que o instrumento é aplicado. Apesar de este instrumento ter sido construído para ajudar a avaliar e diagnosticar pacientes com perturbações mentais (Butcher & Beutler, 2003), atualmente o seu uso vai muito além do âmbito clínico, estendendo-se também ao contexto organizacional e forense. Ele é atualmente utilizado, por exemplo, em seleção profissional, julgamentos em tribunais, determinação de responsabilidade criminal, avaliação de riscos, atribuição de poder paternal, entre outros.

Além de ser um instrumento que pode ser utilizado para servir diversos objetivos em diferentes contextos, existem outras características que fazem dele uma opção importante no âmbito da avaliação: a facilidade de administração e cotação; as suas qualidades psicométricas; e a relação custo-benefício na predição de comportamentos e problemas, a um baixo custo (Butcher & Beutler, 2003).

Sendo o MMPI-2 um instrumento de autorrelato, a informação recolhida é sempre dada em função da forma como o indivíduo se percebe e da imagem que quer transmitir de si. Segundo Butcher, (2002), os inventários de personalidade podem ser influenciados pela motivação do indivíduo para distorcer a sua imagem. Desta forma, a informação obtida nem sempre reflete uma imagem real do indivíduo. Contudo, na sua construção, o MMPI-2 teve em conta a possibilidade de ocorrência de distorção de resposta, construindo escalas de validade que permitem determinar quando é que o indivíduo está a tentar dar uma melhor ou pior imagem de si mesmo. As escalas de validade além de permitirem determinar se o perfil é interpretável, permitem ainda detetar determinados estilos de resposta. Através das escalas de validade é possível fazer uma análise das omissões, da consistência de respostas e da precisão das mesmas.

A escala *Não Sei (?)* diz-nos o número de itens omissos ao longo do teste. A consistência de respostas é-nos dada através da análise das escalas *VRIN* e *TRIN*, que permitem detetar, por exemplo, respostas ao acaso ou tendência para responder indiscriminadamente ‘verdadeiro’ (efeito de aquiescência) ou ‘falso’ (efeito de desconformidade).

As escalas *F*, *Fb* e *Fp* são escalas de infreqüência, ou seja, são constituídas por itens em que menos 10% da população responde na direção de pontuar. A escala *F* é uma medida da tendência do indivíduo para reconhecer uma grande diversidade de

problemas psicológicos ou para criar uma má imagem de si mesmo (Gómez & Crespo, 2003), o que acontece quando o indivíduo reconhece a sua psicopatologia ou quando está a tentar dar uma imagem distorcida de si. A escala *Fb* é feita à semelhança da escala *F* para detetar igual tendência, estando presente na segunda parte do teste, pelo que, uma tentativa de dar uma imagem ilusória de si leva também à elevação desta escala. A eficácia das escalas *F* e *Fb* foi comprovadas por diversos estudos nomeadamente pelos de Graham, Watts e Timbrook (1991) e por Lim e Butcher (1996), segundos os quais estas escalas conseguem detetar uma elevada percentagem de casos de distorção de resposta no sentido negativo. Contudo, segundo Lim e Butcher (1996), estas escalas falham em fazer uma discriminação precisa entre perfis distorcidos de indivíduos normais e perfis normais de pacientes psiquiátricos, uma vez que tanto um caso como outro levam à elevação destas escalas. A escala *Fp* é também uma escala de infrequência mais direcionada para a população psiquiátrica, uma vez que foi construída para ajudar a distinguir os pacientes que respondem honestamente daqueles que tentam exagerar a sua sintomatologia. O estudo de Arbisi e Ben-Porath (1998) vem comprovar a validade desta escala na deteção de distorção de resposta no sentido negativo em populações clínicas. Este estudo revela ainda que a escala *Fp* proporciona uma melhoria significativa sobre a escala *F* numa identificação segura de perfis distorcidos em populações clínicas, o que evidencia ainda mais o contributo único desta escala em populações com psicopatologia.

Por sua vez a escala *L* está associada ao estilo de resposta oposto, *i.e.*, de tentativa de distorção no sentido positivo, uma vez que o conteúdo dos itens se centra na afirmação de grandes virtudes e características pessoais positivas. Segundo Graham et al. (1991), a escala *L* é a melhor para identificar este tipo de distorção de resposta. Também Lim e Butcher (1996) concluíram no seu estudo que a escala *L* consegue discriminar bastante bem perfis honestos de perfis distorcidos. Apesar da sua utilidade, a validade facial desta escala é muito elevada, pelo que os indivíduos com alguma sofisticação mental podem não ser detetados através desta escala. A pontuação obtida nesta escala está, assim, relacionada com o nível de educação e sofisticação psicológica, sendo que quanto maior o nível educacional menor a pontuação na escala *L* (Graham, 2000). Assim, conclui-se que a eficácia desta escala é maior para indivíduos psicologicamente menos sofisticados

A escala *K* também permite detetar distorções de resposta no sentido positivo, mas de uma forma muito mais subtil. Os itens desta escala são mais subtis que os da

escala *L* e portanto é mais difícil que o indivíduo perceba o seu propósito (Gómez & Crespo, 2003). Ainda segundo estes autores, as pontuações elevadas da escala *K* foram pensadas como uma forma de avaliar a defensividade enquanto as pontuações baixas foram pensadas como uma forma de detetar uma imagem negativa pouco usual. Uma melhor interpretação desta escala é possível quando conjugada com os valores das escalas *F* e *L*, o que permite perceber que estilo de resposta é que foi adotado pelo indivíduo.

Por fim, a escala *S* permite detetar tendências de resposta em que o indivíduo se mostra de uma maneira extremamente virtuosa e positiva. Esta escala está altamente correlacionada com a escala *K* (Rogers, 2008), e apesar dos seus itens serem menos subtis, têm uma maior influência da deseabilidade social, o que torna esta escala uma boa preditora de distorção de resposta. Segundo Lim e Butcher (1996), a escala *S* é particularmente promissora na discriminação de perfis honestos e distorcidos. O estudo de Bagby, Rogers, Nicholson, Buis, Seeman e Rector (1997), demonstra que a escala *S* não só é das melhores a detetar indivíduos que se apresentam de uma maneira mais favorável, como também é capaz de acrescentar valor preditivo às restantes escalas de validade.

Embora existam escalas que são mais eficazes a detetar determinados estilos de resposta em detrimento de outros, é importante que haja uma conjugação e integração de todas as escalas de forma a interpretar corretamente a validade do perfil.

Apesar das qualidades referidas, o MMPI-2 também tem as suas limitações. Porque é um autorrelato, está sempre dependente do que o indivíduo diz acerca de si próprio e do quão disposto está a ser aberto e sincero naquilo que diz (Butcher, 2008). O estudo de Robie, Brown e Beaty (2007) referente a distorção de resposta em inventários de personalidade dá evidências diretas de que as pessoas fazem distorção de resposta nos inventários de personalidade. Verifica-se, assim, que apesar do instrumento ter sido construído tendo em conta a possibilidade dessa ocorrência, ao incluir escalas de validade que permitem detetar esses estilos de resposta, estas distorções de resposta continuam a ocorrer, pelo que se torna pertinente o seu estudo.

### 2.3. *FAKING* – DISTORÇÃO DE RESPOSTA

As autorrevelações exatas e completas são muito raras, mesmo num contexto seguro de relação terapêutica. A maioria dos indivíduos faz uma seleção da informação que revela, que pode ir no sentido de ocultar ou distorcer informação (Rogers 2008). Na avaliação da personalidade, não se pode garantir que o cliente tenha sido completamente honesto ao longo de todo o processo de partilha da informação. A tendência para o indivíduo se mostrar de uma forma mais favorável no que diz respeito aos valores morais e sociais não acontece apenas nos contextos de avaliação e, em certa medida, ela é relativamente frequente.

Quando esta tendência de enviesamento de resposta se intensifica e passa a ser um meio para atingir um fim, dizemos que estamos na presença de distorção. A distorção de resposta, ou *faking*, é uma forma de viés de resposta, que consiste num conjunto de comportamentos motivados pelo desejo de transmitir, deliberadamente, uma imagem ilusória de si mesmo. A distorção de resposta deve ser vista não como um traço, mas sim como um comportamento orientado para um objetivo (MacCann, Ziegler, & Roberts, 2012).

Esta distorção pode ocorrer no sentido de dar uma pior imagem de si, exagerando a sintomatologia ou no sentido de dar uma melhor imagem de si, diminuindo os sintomas e aumentando as qualidades.

Quando o indivíduo tenta dar uma má imagem de si, mostrando-se mais perturbado do que o que na realidade está, dizemos que estamos perante um estilo de resposta de *faking bad* que, segundo Hall e Hall (2012), consiste na produção e/ou exagero de sintomas com o objetivo de obter um ganho secundário específico. Rogers (1997), refere-se a três modelos explicativos para o *faking bad*, sendo que a cada um deles está subjacente uma motivação primária para a ocorrência deste estilo de resposta.

No modelo patogénico, o motivo que justifica a ocorrência de *faking bad* é uma perturbação mental. Na tentativa de esconder a sua perturbação, o indivíduo cria mais sintomas e, à medida que a perturbação progride, o indivíduo deixa de conseguir simular esses sintomas, o que leva a um agravamento da perturbação.

O modelo criminológico, pressupõe que o *faking bad* é provável de ocorrer em: indivíduos diagnosticados com perturbação de personalidade antissocial; avaliações conduzidas em contextos forenses e indivíduos não cooperantes na avaliação e intervenção (APA, 1987, 1994, cit. por Rogers, 1997).

De acordo com o modelo adaptativo, perante uma situação de avaliação, os indivíduos com propensão para fazer *faking bad* vão fazer uma análise dos custos e benefícios de forma a prever a utilidade desse comportamento.

Não se pode partir do princípio que um indivíduo motivado para fazer *faking*, o faça realmente pois, tal como a sua designação indica, os modelos procuram apenas explicar a ocorrência de determinados estilos de resposta.

No polo oposto, quando o indivíduo tenta dar uma melhor imagem de si, mostrando-se mais capacitado do que realmente está, encontra-se um estilo de resposta tendencialmente de *faking good* que se refere, segundo Rogers (2008), à negação ou minimização deliberadas de sintomas físicos e/ou psicológicos. Apesar de haver menos trabalho teórico relativamente a modelos explicativos de *faking good*, os modelos explicativos do *faking bad* podem também ser aplicados ao *faking good*.

Na perspetiva do modelo patogénico, a negação e o recalçamento de psicopatologia podem ser vistas como defesas do ego, sobre as quais o indivíduo não tem qualquer controlo (Laughlin, 1970, cit. por Rogers, 1997). Contudo, ao contrário do que acontece no modelo de *faking bad*, aqui não há necessariamente uma deterioração da perturbação do indivíduo. Relativamente ao modelo criminológico, este tem por base uma imagem positiva e ilusória para tirar partido dos outros, o que é característico da psicopatia. No que diz respeito ao modelo adaptativo, este pode ser utilizado para explicar a negação e minimização de sintomatologia. Quando a avaliação é percebida como algo adverso e que pode trazer consequências indesejadas ou prejudiciais para o indivíduo, a probabilidade dos indivíduos fazerem *faking good* aumenta. No contexto clínico, as avaliações por profissionais de saúde podem ter consequências como o aumento da medicação ou hospitalizações e como tal podem ser percebidas pelos indivíduos como adversas (Rogers, 2008). Esta probabilidade também aumenta quando, mesmo não havendo consequências a evitar, existem incentivos externos.

O grau em que o indivíduo faz distorção de resposta é bastante variável, sendo que não existe um limite estanque que separa estilos de respostas honestos de estilos de resposta distorcidos, nem que permita dizer que a partir de um certo valor o indivíduo está a dar uma imagem distorcida de si. Neste sentido, Rogers (1997) vê o *faking* como algo cuja intensidade varia ao longo de um contínuo, distinguindo entre *faking* leve, *faking* moderado e *faking* severo.

Estes comportamentos de distorção de resposta não ocorrem sem que haja uma necessidade associada, um motivo que justifique o facto de o indivíduo querer parecer melhor ou pior do que o que realmente está. Existem razões que podem levar a que a distorção de resposta possa ser vista como algo desvantajoso, pois além deste ser um comportamento que exige um esforço extra e um direcionar de energia no sentido de providenciar falsas respostas (Ellingson, 2012), pode também colocar em causa a ideia de uma identidade consistente. Na base da procura da consistência do *self*, está a ideia de que os indivíduos formam uma identidade estável, que procuram manter não só na suas interações sociais, como também nas suas escolhas (Smith & McDaniel, 2012). Além de procurar manter a sua consistência do *self*, o indivíduo procura também validar a visão que tem de si mesmo, independentemente desta ser positiva ou negativa. Assim, ao adotar um comportamento de distorção de resposta o indivíduo poderá colocar em risco a sua identidade e colocar-se numa situação de potencial fracasso, caso seja apanhado, ao assumir características que não possui. (Smith & McDaniel, 2012). O comportamento de distorção de resposta pode, assim, ser bastante desvantajoso, dados os riscos que o indivíduo corre ao praticá-lo; assim não será expectável que ocorra sem um incentivo para tal. Para que ocorra distorção de resposta é preciso que o indivíduo percecionese esse comportamento como essencial para ganhar certas oportunidades e como forma de beneficiar os seus próprios interesses (Ellingson, 2012). As condições motivacionais que podem conduzir à distorção de resposta variam bastante consoante o contexto em que o indivíduo está inserido (MacCann et al., 2012) contudo, independentemente do contexto, o comportamento de distorção de resposta refletirá sempre os objetivos pessoais do indivíduo (Rogers, 2008).

Apesar dos ganhos que cada indivíduo obtém através da distorção de resposta, a motivação por si só para adotar este comportamento não é suficiente para a sua ocorrência. Além das motivações pessoais de cada um, é preciso ainda ter em conta outros fatores. Tal como muitos outros comportamentos, o *faking* é um comportamento originado por uma interação entre o indivíduo e as características da situação em que ele se encontra (MacCann et al., 2012). É a interação entre os traços do indivíduo e as exigências da situação que leva à ocorrência ou não de *faking* (MacCann et al, 2012), sendo que a probabilidade deste comportamento ocorrer aumenta quando os indivíduos se sentem com capacidade para dar uma imagem ilusória de si e são colocados numa situação de avaliação que facilita esse comportamento (Ellingson, 2012). Podemos

assim destacar fatores pessoais e fatores situacionais que vão propiciar a ocorrência deste comportamento.

Relativamente aos fatores pessoais, existe um conjunto de capacidades cognitivas e características pessoais, bem como de crenças e valores que vão fazer com que determinados indivíduos sejam mais propensos a fazer distorção de resposta perante determinadas situações. Assim, indivíduos com maior capacidade cognitiva poderão ser mais bem-sucedidos uma vez que têm mais facilidade para identificar as questões nas quais podem dar a imagem que desejam (Heggstad, 2012). Além de fatores cognitivos, também os traços de personalidade e o código de conduta de cada pessoa vão ter impacto na forma como o indivíduo aborda a situação de avaliação e decide envergar pela distorção de resposta (Ellingson, 2012). Já no que diz respeito aos fatores situacionais, estes podem constituir uma oportunidade para o indivíduo se apresentar como deseja, facilitando a distorção de resposta. Segundo Heggstad, (2012) a importância dos resultados da avaliação, a forma como estes vão ser utilizados e ainda os conhecimentos que o indivíduo tem das características que são necessárias para atingir os seus objetivos permitem predizer a possibilidade de ocorrência de distorção de resposta, sendo que a probabilidade deste comportamento aumenta quando o indivíduo avaliado tem bons conhecimentos das características necessárias para atingir os seus objetivos.

Apesar destes fatores – motivacionais, pessoais e situacionais – predizerem a possibilidade de ocorrência de *faking*, o grau de influência que eles têm vai sempre depender da forma como são percebidos pelo indivíduo que está a ser avaliado. Segundo Ellingson (2012), a escolha de adotar ou não um comportamento de *faking* tem como base o julgamento de expectativas, o julgamento instrumental e valência, que refletem, respetivamente, a percepção que o indivíduo tem da sua capacidade para passar uma imagem distorcida de si de forma bem-sucedida, a percepção de que esse comportamento de distorção é necessário e a percepção de que a oportunidade que se ganha tem valor pessoal. Assim, ainda segundo este autor, quando o indivíduo julga que é capaz de fazer *faking* e de que esse comportamento é necessário para obter, com sucesso, uma oportunidade que ele valoriza, a probabilidade desse comportamento ocorrer vai aumentar. Apesar de ser extremamente importante considerar os fatores pessoais e situacionais, é a forma como o indivíduo os percebe que vai determinar a ocorrência ou não de *faking*.

Dado o peso que a avaliação da personalidade tem nas mais diversas tomadas de decisão, torna-se importante ter em atenção possíveis tentativas de *faking* no momento de interpretar os dados obtidos nos testes, uma vez que a ocorrência deste comportamento é determinante para validar as interpretações obtidas através dos resultados dos testes (Butcher, 2008; MacCann et al, 2012).

Tendo em conta que ao adotar um comportamento de *faking* o indivíduo vai estar a transmitir uma imagem diferente de si, é muito importante conseguir detetar estes comportamentos aquando da avaliação da personalidade uma vez que podem influenciar de várias formas as decisões tomadas com base nessas avaliações. O impacto da distorção de resposta pode estar presente nas mais diversas situações nomeadamente na seleção para postos de trabalho, tomada de decisões jurídicas ou mesmo tomadas de decisão a nível clínico. Assim, podemos dizer que a pertinência da deteção deste comportamento prende-se com as consequências que este pode ter em situações futuras.

#### 2.4. MEDIDAS FISIOLÓGICAS

Dado o peso que tem o comportamento de distorção de resposta, e a importância que tem a sua deteção, há uma linha de investigação direccionada para a deteção do engano intencional – *deception* – que utiliza como recurso medidas fisiológicas. O nosso organismo responde aos estímulos externos com alterações fisiológicas, sendo que a maioria dessas alterações são indetetáveis para o indivíduo. Em determinadas situações, essas alterações podem ser indicadoras do grau de credibilidade das declarações de um indivíduo (Biderman & Zimmer, 1961). Em situações potencialmente stressoras, como o comportamento de *faking*, vai haver uma ativação do sistema nervoso autónomo, que se vai refletir em alterações a nível fisiológico, nomeadamente alterações na respiração, na temperatura, na resposta de condutância da pele e no batimento cardíaco.

A resposta de condutância da pele (SCR – *skin conductance response*) também designada por resposta electrodérmica (EDA) – refere-se à elevação momentânea na condutância elétrica da pele que ocorre devido ao aumento da atividade das glândulas sudoríparas (Dawson, Schell & Courtney, 2011). Ainda segundo estes autores, o comportamento de EDA, pelas suas características, pode servir como um indicador objetivo, não-verbal e não voluntário que é relativamente livre de viés de resposta. Um

aumento de EDA reflete um aumento na atividade do sistema nervoso autónomo, que é interpretado como um indicador do aumento do nível da reatividade emocional (Andreassi, 1980 & Raskin, 1973, cit. por Davis & Cowles, 1989). Segundo Dawson et al. (2011), esta resposta ocorre quando o indivíduo se encontra perante estímulos novos, inesperados, intensos, complexos, pessoalmente significativos ou emocionalmente ativadores ou na antecipação de estímulos significativos. Além destes fatores, existem também algumas áreas cerebrais que influenciam a resposta de EDA, sendo que os mais importantes são os neurocircuitos que facilitam os processos de atenção, tomada de decisão e avaliação das características afetivas dos estímulos, bem como a sua antecipação. Quando o indivíduo toma uma decisão que pode ter uma consequência significativa, pode surgir uma resposta eletrodérmica que reflete a expectativa consciente de um possível resultado negativo (Dawson et al, 2011). Segundo Waid e Orne (1982), quanto maior a atenção que um indivíduo dá a um determinado estímulo, maior será a resposta eletrodérmica. Desta forma, um indivíduo que adote um comportamento de distorção de resposta e que preste maior atenção a determinados estímulos de forma a dar uma imagem desejada, terá uma maior ativação fisiológica nesses estímulos que, como tal, tornam-se mais detetáveis.

Orne et al. (1972, cit. por Waid e Orne 1982), defendem que o engano intencional é um comportamento social no qual está presente a ativação fisiológica, referindo também que a resposta de EDA é a medida fisiológica mais precisa. Além deste estudo, existem outros que mostram a eficácia deste indicador fisiológico na deteção do engano intencional. O estudo de Gödert, Rill e Vossler (2001) revela que há uma grande magnitude na resposta eletrodérmica de indivíduos que utilizam o engano intencional comparativamente com aqueles que não utilizam, revelando ainda que o engano e a honestidade podem ser diferenciados através deste indicador fisiológico. Também Ben-Shakhar e Eyal (2003, cit. por Gamer, Rill, Vossler e Gödert, 2006) referem no seu estudo que a resposta eletrodérmica é a medida mais importante para detetar o engano e diferenciar entre indivíduos inocentes e culpados. Por fim, Gamer et al. (2006) mostram que em indivíduos culpados, a resposta eletrodérmica é maior em estímulos relevantes do que em estímulos irrelevantes.

Segundo o estudo de Gödert et al. (2001), os participantes da condição de engano intencional revelaram estar menos calmos e relaxados, mas mais concentrados que os participantes da condição honesta. Estando os processos atencionais e estado de

*stress* relacionados com o sistema nervoso autónomo, um aumento dos mesmos, levará a um aumento da atividade eletrodérmica.

Além dos bioassinais, também o tempo de resposta pode estar relacionado com o *faking*. Uma resposta distorcida, será mais elaborada e complexa do que uma resposta honesta e, como tal, exige um nível de processamento também ele mais complexo. Tal pode refletir-se no tempo de resposta, que será mais longo nos indivíduos que fazem *faking* comparativamente aos que não fazem *faking*. O estudo de Robie et al. (2007) referente a *faking* em inventários de personalidade mostra que os indivíduos classificados como honestos fazem menos correções e demoram menos tempo a completar o inventário do que os indivíduos que não fazem *faking*. Também Rogers (2008) faz referência aos tempos de resposta quando menciona o *faking* no MMPI-2. Segundo este autor, tempos de reação muito rápidos podem indicar inconsistência de resposta, enquanto que tempos de reação muito longos podem ser indicadores de *faking*, pois nesses casos o indivíduo quer garantir que as respostas que dadas são as respostas ‘corretas’ para passar a imagem desejada.

### 3. METODOLOGIA

A presente investigação enquadra-se no projeto de aferição do MMPI-2 para a população portuguesa em curso na Faculdade de Psicologia e em colaboração com a Universidade de Minnesota. Este estudo, em particular, centra-se nas questões de validade de resposta ao inventário, designadamente na identificação e caracterização de situações de *faking good*.

Neste estudo foi utilizada uma metodologia diferencial, e foi feita e uma análise inter-participantes, de natureza mais quantitativa, na qual se procurou comparar o comportamento de diferentes indivíduos e uma análise intra-participantes, de natureza mais qualitativa, na qual se procurou estudar a forma como diferentes variáveis se relacionavam.

A amostra era proveniente de dois contextos distintos: contexto clínico/forense e contexto normal. A pertinência da escolha do contexto clínico/forense prende-se com o facto de os indivíduos nele inseridos se poderem encontrar intrinsecamente motivados para dar uma determinada imagem de si, aumentando a probabilidade de ocorrer, naturalmente, alguma distorção de resposta. Além disso, os participantes deste contexto encontravam-se inseridos num processo de avaliação psicológica real, o que aumenta a validade ecológica deste estudo. Já a escolha do contexto normal é justificada pela necessidade de estabelecer padrões gerais de ativação face ao tipo de tarefa em causa.

Este estudo visa caracterizar o comportamento de *faking good* em situações de autoavaliação da personalidade e da psicopatologia, associando-o ao comportamento fisiológico. Mais concretamente, pretende-se identificar e diferenciar perfis de *faking good* no MMPI-2 e, posteriormente, associa-los a padrões específicos de ativação de EDA.

#### 3.1. OBJETIVOS DO ESTUDO

A presente investigação, de carácter exploratório, foi delineada com base nos seguintes objetivos gerais e específicos:

1. Identificar perfis de *faking good* a partir dos resultados obtidos no MMPI-2 dos participantes dos dois contextos: contexto normal e contexto clínico.
  - a. Analisar as escalas de validade, para determinar a presença de *faking good*;
  - b. Analisar as escalas clínicas, à luz das escalas de validade, para determinar a presença de *faking good*;
  - c. Categorizar os perfis à luz dos contextos de recolha e dos resultados do MMPI-2 e criar quatro grupos de análise: grupo normal, grupo clínico/forense, grupo de *faking good* e grupo de *não-faking*.
  
2. Caracterizar o comportamento de ativação fisiológica (EDA) associado à resposta ao MMPI-2.
  - a. Identificar a frequência de ativação no conjunto dos itens do MMPI-2 por parte dos participantes de cada grupo constituído (1.c.);
  - b. Identificar a intensidade de ativação no conjunto dos itens do MMPI-2 por parte dos participantes de cada grupo constituído (1.c.);
  - c. Identificar a frequência de ativação nos itens de validade do MMPI-2 por parte dos participantes de cada grupo constituído (1.c.);
  - d. Analisar o comportamento dos participantes relativamente ao tempo e à ativação de EDA, por item.
  
3. Diferenciar tipos de *faking good* no MMPI-2
  - a. Analisar e caracterizar os diferentes tipos de *faking good* considerando o comportamento no MMPI-2 e a resposta de ativação fisiológica associada.

### 3.2. PARTICIPANTES

Para a realização deste estudo, o recrutamento dos participantes ocorreu em dois contextos diferentes: normal e clínico/forense. No contexto normal foram recrutados participantes sem diagnóstico clínico e sem acompanhamento psicológico; no contexto clínico/forense foram recrutados participantes com queixa clínica, com ou sem diagnóstico estabelecido e casos referenciados pelo tribunal para avaliação psicológica. Relativamente às condições de participação, no contexto clínico foram selecionados casos em que não houvesse perturbações graves, psicoses ou histórico de internamentos; no contexto forense a seleção recaiu em casos cuja avaliação estivesse inserida no âmbito de processos cíveis.

Os participantes do contexto clínico/forense foram recolhidos de uma clínica psiquiátrica de Setúbal e de um serviço de psicologia de Lisboa.

No momento de recolha dos dados, os participantes provenientes do contexto normal não se encontravam inseridos em nenhum processo de avaliação. Por sua vez, os participantes provenientes do contexto clínico/forense encontravam-se inseridos num processo de avaliação psicológica com o objetivo de tomar decisões relativas ao processo terapêutico – no caso dos participantes clínicos – ou ao processo judicial em curso – no caso dos participantes forenses.

A amostra foi constituída por 24 participantes de ambos os sexos, sendo 14 (58%) do sexo feminino e 10 (42%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos ( $Med = 26$ ;  $Amp = [18-50]$ ) (ver Quadro 1).

QUADRO 1.– Características demográficas da amostra

	<b>Grupo Clínico/forense</b> ( $n = 13$ )	<b>Grupo Normal</b> ( $n = 11$ )	<b>Total da amostra</b> ( $n = 24$ )
<b>Idade (anos)</b>			
Mediana	31	20	26
Amplitude	[18-50]	[17-27]	[18-50]
<b>Género</b>			
Masculino	46%	36%	58%
Feminino	54%	64%	42%

Nota.  $N = 24$

Do ponto de vista sociodemográfico, 18 participantes eram solteiros, dois estavam em união de facto e quatro eram divorciados. A grande maioria dos participantes ( $n = 21$ ) residia na zona de Lisboa e Vale do Tejo, sendo que os restantes ( $n = 3$ ) residiam no distrito de Setúbal. No que diz respeito às habilitações escolares, a grande maioria tinha um nível de escolaridade superior ( $n = 21$ ) e os restantes ( $n = 3$ ) tinham formação igual ou inferior ao 12º ano. Relativamente à situação profissional, dos 11 participantes inseridos no mercado de trabalho, oito estavam no ativo e três estavam desempregados (ver Anexo A).

Do total de participantes, dois sofriam de doença física (diabetes; défice auditivo). No contexto clínico estavam presentes casos de sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva e no contexto forense estavam presentes dois casos de regulação do exercício das responsabilidades parentais, um caso de violência doméstica e um caso de candidatura a pai adotante.

### 3.3. INSTRUMENTOS

#### Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota – 2

Na presente investigação foi utilizada a versão experimental portuguesa (Silva, Novo, Prazeres, & Pires, 2006) do *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 - MMPI-2* (Butcher, Ben-Porath, Dahlstrom, Graham, Kaemmer, & Tellegen, 1989; Butcher et al., 2001). Este é um inventário de autorrelato, de base empírica, que tem como objetivo contribuir para a avaliação da personalidade e da psicopatologia através da resposta a itens relativos a pensamentos, comportamentos, atitudes e crenças do sujeito. Este instrumento foi desenvolvido a partir de uma revisão do MMPI original (Hathaway & McKinley, 1943) e pode ser aplicado em diversos contextos, clínicos e não-clínicos. Como condições prévias de aplicação devem ser consideradas a idade, igual ou superior a 18 anos, e a escolaridade, sendo exigido um nível mínimo de seis anos de forma a garantir a compreensão verbal dos itens por parte dos indivíduos. Limitações específicas ao nível da leitura não são impedimento da aplicação deste instrumento, uma vez que além da tradicional forma de papel e caneta há ainda a forma audiogravada e o formato em cartões.

O MMPI-2, na sua versão completa, é constituído por 567 itens aos quais o participante responde *Verdadeiro*, caso considere que o item se aplica a si, ou *Falso*, caso considere que o item não se aplica a si. Estes itens estão organizados em diferentes escalas, designadamente: escalas de validade – que permitem avaliar a validade do protocolo tendo em conta a atitude do participante face ao teste; e escalas clínicas – que permitem detetar perturbações clínicas e de personalidade tendo em conta o funcionamento do sujeito (ver Anexo B). Além destas, existem ainda escalas de conteúdo, escalas suplementares e escalas específicas de perturbações de personalidade que não são alvo de análise no presente estudo.

Os resultados brutos obtidos em cada escala são convertidos em resultados *T* que constituem a escala de medida dos resultados do teste. Os resultados  $T > 65$  são considerados elevados e os resultados  $T < 40$  são considerados baixos. É com base neste critério geral que, através dos resultados obtidos, é possível interpretar cada protocolo. A interpretação pode ser de tipo dimensional, a partir dos resultados das escalas; de tipo configuracional, a partir do perfil obtido e ainda de tipo contextual, em que a análise dos resultados é feita tendo em conta a história de vida do sujeito. No entanto, para esta investigação será apenas considerado o tipo de análise dimensional e o configuracional.

No que diz respeito aos aspetos psicométricos, o MMPI-2 é um instrumento estandardizado a nível da administração e cotação. A determinação de resultados *T* assenta em dados normativos específicos sendo que, neste estudo, foram utilizadas as normas norte-americanas, uma vez que em Portugal o instrumento ainda está em aferição. Este instrumento foi alvo de vários estudos que mostram indicadores psicométricos adequados, nomeadamente a nível da estabilidade temporal (estudos de teste-reteste) e consistência interna, em que os valores de alfa de Cronbach foram calculados para ambos os sexos e para diferentes escalas (ver Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom & Kaemmer, 2001).

### Sistema *bioPLUX research*

O Sistema usado na presente investigação é composto por um dispositivo *bioPLUX research* e pelos respetivos sensores *edaPLUX* e *syncPLUX*. Este sistema foi utilizado em simultâneo com a administração do MMPI-2, com o objetivo de permitir o registo da atividade eletrodérmica (EDA) de cada participante, em cada item. O sensor *edaPLUX* liga-se através de dois elétrodos colocados na palma da mão não dominante

do participante e permite registar a sua resposta eletrodérmica. Esta constitui um sinal da reação que ocorre face aos diversos estímulos que chegam ao cérebro.

O sensor *syncPLUX* não se encontra ligado ao participante, pois tem apenas como objetivo, neste estudo, marcar o início da exposição a cada item para garantir a sincronização do registo do bio sinal e do estímulo associado (item).

O dispositivo *bioPLUX research* recolhe e digitaliza os sinais recebidos pelos dois sensores e enviando-os para um computador onde os registos possam ser trabalhados. Assim, é possível fazer um registo das medidas fisiológicas de forma não intrusiva e sem interferir significativamente com a realização do teste.<sup>1</sup>

O estudo de Ward, Marsden, Cahill e Johnson (2001), apresenta as vantagens e valida a fiabilidade da utilização de *software* informático para o registo de medidas fisiológicas. Além disso, os aparelhos acima descritos foram já utilizados para recolha de medidas fisiológicas noutros estudos, que permitem dar evidências da sua qualidade e utilidade. Dois desses estudos são o de Canento, Silva e Fred (2012) e o de Canento, Fred, Silva, Gamboa e Lourenço (2011) nos quais foi utilizado este equipamento com o objetivo de registar medidas fisiológicas para posterior identificação de emoções.

### 3.4. PROCEDIMENTOS

#### Procedimento de aplicação do MMPI-2

No início de cada sessão foi relembrada a informação dada previamente sobre o estudo e sobre as condições de participação, bem como sobre as questões de confidencialidade. Foi ainda entregue a cada participante um Consentimento Informado no qual eram apresentadas as condições mencionadas. Depois de assinado o consentimento, foram dadas as instruções para a realização do teste.

A aplicação do Inventário foi realizada individualmente, no formato de autoadministração, com recurso à versão de cartões. Nesta versão, cada item está impresso num cartão, estando os cartões numerados, ordenados e empilhados. O participante tem a tarefa de, face a cada cartão, decidir se cada afirmação é verdadeira ou falsa em relação a si colocando, depois, o cartão numa das caixas assinaladas com o

---

<sup>1</sup> A utilização deste sistema foi possível graças à cedência do equipamento Plux e à colaboração da equipa de Hugo Silva e Filipe Canento, do Instituto Superior Técnico da Universidade Técnica de Lisboa.

nome de cada categoria de resposta (*‘Verdadeiro’*, *‘Falso’*). As instruções dadas aos participantes foram as estandardizadas para esta versão do Inventário e foram seguidos os restantes procedimentos de aplicação recomendados no manual do Inventário.

Simultaneamente, foram registados os sinais relativos à atividade eletrodérmica (EDA), sendo este registo feito, como previsto, item a item. Na palma da mão não dominante do participante foram colocados dois adesivos com os eléctrodos incorporados para a receção do sinal EDA. O examinador premia um botão sempre que o participante levantava um cartão, para uma melhor sincronização no registo.

A aplicação do inventário seguiu os procedimentos habituais com excepção de pequenas pausas, de cerca de três minutos, de 100 em 100 itens. Este procedimento teve em vista facilitar o registo das respostas e permitir ao participante alguma mobilidade. Foi elaborado previamente um Manual de Procedimentos, no qual estão descritos, mais detalhadamente, os procedimentos de aplicação – Anexo C.

Ainda antes de iniciar a aplicação do MMPI-2 foram colocadas duas questões pré-teste a cada participante: *‘Qual a sua nacionalidade’* e *‘Seria capaz de matar uma pessoa por dinheiro?’*. A primeira, de conteúdo neutro, permitia um registo fisiológico num estado de *‘não ativação’* e a segunda, com um conteúdo potencialmente mais ativador, permitia um registo fisiológico num estado de *‘ativação’*. Estes registos constituíram uma forma de testar o equipamento antes de cada aplicação.

Também no final de cada aplicação foram colocadas duas questões a cada participante: *‘Comparando com uma situação normal qual o seu grau de ansiedade na realização do teste, numa escala de um a cinco?’* e *‘Quando respondeu ao teste quão preocupado se sentiu com a imagem que estava a dar de si mesmo, numa escala de um a cinco?’*. As questões pós-teste foram respondidas segundo uma escala de Lickert de 5 pontos (em que 1 correspondia a pouco ansioso/preocupado e 5 correspondia a muito ansioso/preocupado).

As aplicações decorreram como previsto e em condições adequadas. O tempo de aplicação do teste foi muito variável, com os participantes a responderem entre cinquenta minutos e duas horas.

### Procedimentos de análise de dados

Após a recolha da amostra, foram criados dois grupos de análise, consoante o contexto de proveniência dos participantes. Assim, os participantes recrutados em

contexto normal constituíram o grupo normal (N) ( $n = 11$ ) e os participantes recrutados em contexto clínico/forense constituíram o grupo clínico/forense (CF) ( $n = 13$ ).

No que diz respeito ao MMPI-2, a leitura dos resultados foi feita através de um leitor ótico. A cotação, a determinação de resultados  $T$  e a obtenção de perfis seguiu as normas do Manual e foi feita através de um programa estatístico específico de análise automatizada de dados em SPSS.

Foram assim obtidos gráficos para cada conjunto de escalas – escalas de validade e clínicas. Devido aos objetivos do estudo, em que se pretende estudar comportamentos fisiológicos em perfis de *faking good*, todos os perfis foram considerados válidos, ou seja, todos os perfis foram utilizados independentemente da possibilidade de serem ou não interpretados clinicamente.

Tal como definido nos objetivos, foram criados dois grupos com base nos resultados obtidos nas escalas de validade e nas escalas clínicas: um grupo com indicadores de distorção de resposta – grupo de *faking good* (f), e um grupo sem indicadores de distorção de resposta – grupo não-*faking* (nf).

As condições para considerar *faking good* foram estabelecidas de acordo com a literatura (ver Graham, 2000; Green, 2000) e foram os seguintes:

\* Escalas L, K e/ou S: resultados  $> T70$ ;

\* Escala L: resultado bruto  $>$  cinco;

\* Escala L: a mais elevada do perfil;

\* Índice  $|F-K| \leq 11$ ;

\* Escala Hs: resultado bruto  $\leq$  três;

\* Escalas clínicas resultado  $< T40$ ;

\* Perfil clínico  $< T65$ . Esta condição é mais direccionada para os participantes provenientes do contexto clínico/forense.

Neste estudo, para se considerar um perfil como sendo de *faking good*, ele teria de preencher cinco destas sete condições. Os perfis que não satisfaziam este critério foram incluídos no grupo de ‘não-*faking*’.

Posteriormente foi feito um cruzamento dos grupos constituídos com base na condição de proveniência – normal e clínico/forense – e com base na condição de *faking good* – *faking* e não-*faking* – o que deu origem a quatro subgrupos de análise.

O subgrupo ‘normal *faking*’ (N-f) foi constituído pelos participantes provenientes do contexto normal, com indicadores significativos de *faking good* no perfil do MMPI-2; o subgrupo ‘clínico/forense *faking*’ (CF-f) foi constituído pelos

participantes provenientes do contexto clínico/forense, com indicadores significativos de *faking good* no perfil do MMPI-2; o subgrupo ‘normal não-*faking*’ (N-nf) foi constituído pelos participantes provenientes do contexto normal, sem indicadores significativos de *faking good* no perfil do MMPI-2; por fim, o subgrupo ‘clínico/forense não-*faking*’ (CF-nf) foi constituído pelos participantes provenientes do contexto clínico/forense, sem indicadores significativos de *faking good* no perfil do MMPI-2.

Relativamente às medidas fisiológicas, a partir da leitura dos registos e da conversão dos mesmos, foi criada uma base de dados com diversas informações relativamente ao EDA (resposta eletrodérmica) e aos tempos de resposta (por item e no total do teste).

No que diz respeito à análise do EDA, foram detetados, para cada sujeito, os itens em que houve uma ativação desta medida fisiológica, tendo sido calculado o valor dessa ativação, em *Microsiemens* ( $\mu S$ ).

Considerou-se haver ativação em todas as questões onde é detetado um ponto de inflexão associado a uma convexidade no sinal de EDA filtrado dentro do intervalo delimitado à esquerda pelo instante de tempo correspondente à anotação manual que marca o início da apresentação de um dado cartão, e à direita pelo instante de tempo correspondente ou à anotação manual que marca o início da apresentação do cartão seguinte ou ao final do bloco de questões (Canento e Silva, 2012<sup>2</sup>).<sup>3</sup>

Após este trabalho, foi determinado o número de ativações de EDA por participante (frequência de ativação), bem como o valor médio da ativação. Com base nestes valores, foi calculado o número médio de ativações por subgrupo, e por fim foram calculadas as médias para cada grupo (normal, clínico, *faking* e não-*faking*) de forma a permitir uma análise intergrupo. Todo este processo de análise foi repetido, mas desta vez relativamente às ativações nos itens de validade.

A seguir, com base no valor das ativações de EDA, foram calculadas, para cada participante, a média e o desvio-padrão dos valores de ativação. Posteriormente foi determinado o número de itens intensos para cada sujeito, sendo que um item foi considerado intenso quando o valor de ativação era superior à média em pelo menos um desvio-padrão. A partir da frequência de itens intensos por participante, foi calculado o número médio de itens intensos para cada subgrupo. Por fim, foram calculadas as

---

<sup>2</sup> Comunicação pessoal.

<sup>3</sup> Este critério de ativação foi estabelecido prévia e independentemente do examinador.

médias para cada grupo (normal, clínico, *faking* e não-*faking*), de forma a permitir uma análise intergrupo.

No que diz respeito à análise do tempo de resposta foram calculados, a partir da base de dados, o tempo total de resposta e o tempo médio de resposta a cada item para cada participante e para cada um dos subgrupos acima mencionados. Seguidamente foram calculadas as médias a partir das quais foi feita uma análise intergrupo. Por fim, foi feita uma comparação entre a análise dos tempos de resposta e dos valores de ativação do EDA, mais especificamente entre os itens com tempo médio de resposta mais longo (superior em pelo menos um desvio-padrão relativamente à média) e as ativações dos itens de validade.

Num segundo nível de análise, mais direcionado para a análise do grupo de *faking good*, foram constituídos dois grupos consoante o tipo de *faking*: grupo de *faking good* ‘clássico’ e grupo de *faking good* não ‘clássico’. O grupo de *faking* ‘clássico’ englobou os perfis que se aproximam do comportamento de *faking* descrito pela literatura. Já o grupo de *faking* não ‘clássico’ englobou os perfis que apesar de terem algumas semelhanças com o *faking* descrito pela literatura, apresentaram diversas particularidades. Para se poder fazer esta categorização foram determinados três níveis de ativação de EDA: alto (> 20%); médio (15%-20%); e baixo (< 15%) e três níveis de resultados *T*: alto ( $T \geq 65$ ); médio ( $T50-T65$ ) e baixo ( $T < 50$ ).

Os níveis de ativação de EDA foram determinados em função da amplitude de ativação observada no total da amostra e os níveis de resultados *T* foram determinados em função dos pontos de corte específicos do MMPI-2. Os critérios para a diferenciação entre os dois grupos – *faking good* ‘clássico’ e *faking good* não ‘clássico’ – foram o perfil de ativação, os tempos de resposta e os resultados *T* das escalas de validade e nas escalas clínicas.

Por fim, num terceiro nível de análise, de natureza mais qualitativa, foi feita uma comparação dos perfis do grupo de *faking good* ‘clássico’ atendendo: aos resultados *T* das escalas de validade e das escalas clínicas; ao perfil de ativação de EDA; aos tempos de reação; ao nível ansiedade percebida ao longo do teste e ao nível de preocupação com a imagem ao longo do teste.

#### 4. RESULTADOS

A análise de resultados que passamos a apresentar foi realizada seguindo a sequência dos objetivos delineados. Desta forma, foi realizado um primeiro nível de análise, mais geral, relativo à presença de *faking good* e às ativações de EDA. Seguiu-se um segundo nível de análise, orientado para a comparação entre *faking good* ‘clássico’ e não ‘clássico’. Por fim, num terceiro nível, foi feita uma análise qualitativa dos perfis de *faking good* ‘clássico’.

##### Análise dos perfis de MMPI-2

Tendo presente as condições estabelecidas para categorizar um perfil como sendo de *faking good*, consideradas na metodologia, foram analisados os resultados das escalas de validade e das escalas clínicas do MMPI-2. Os resultados dos participantes nas escalas encontram-se descritos no anexo D.

Aplicando o critério de inserção no grupo de *faking good* (f) – que doravante será designado por ‘grupo de *faking*’ – foram identificados quatro participantes que passaram a constituir este grupo, sendo que os restantes ( $n = 20$ ) constituíram o grupo não-*faking good* (nf), doravante designado como grupo não-*faking*.

Ao observar cada participante no que refere ao critério de inclusão no grupo de *faking*, apresentar pelo menos cinco das sete condições estabelecidas, podemos averiguar que das sete condições, nos perfis relativos aos participantes 1 e 14 estão presentes todas elas, no participante 13, estão presentes seis delas e no participante 12, estão presentes cinco.

Analisando agora as sete condições estabelecidas, verifica-se que quatro estão presentes nos quatro participantes que fazem *faking good*: Escalas L, K e/ou  $S \geq T70$ , Escala L:  $RS > 5$ , Escala Hs  $\leq 3$ , Perfil clínico  $< T65$ ; e apenas três condições não estão presentes em todos os participantes: Escala L: a mais elevada,  $|F-K| \geq 11$ , Escalas clínicas:  $< T40$ . Ainda assim, apesar de não estarem presentes em todos os participantes, estão presentes em três dos quatro participantes. Pode assim concluir-se que, no geral, todas as condições tiveram uma boa aplicabilidade na análise de *faking good* das escalas de validade e nas escalas clínicas (ver Quadro 2).

QUADRO 2.– Participantes que preencheram as condições de inserção no grupo *faking good*.

<b>Participante</b> <b>Condição</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>
<b>Escalas L, K e/ou S: <math>\geq T70</math></b>	Sim (L = T70)	Sim (L = T83)	Sim (L=T86;S=T7)	Sim (L = T78)
<b>Escala L: RS &gt;5</b>	Sim (L = 8)	Sim (L = 11)	Sim (L = 11)	Sim (L = 10)
<b>Escala L: a mais elevada</b>	Sim (L = T70)	Não	Sim (L = T86)	Sim (L = T78)
<b> F-K  <math>\geq 11</math></b>	Sim (2-23 = - 21)	Não (11-15 = - 4)	Sim (4-21 = -17)	Sim (3-14 = -11)
<b>Escala Hs: Rb <math>\leq 3</math></b>	Sim (Hs = 2)	Sim (Hs = 1)	Sim (Hs = 3)	Sim (Hs = 3)
<b>Escalas clínicas: &lt; T40</b>	Sim D; Pa; Si	Sim Hs;Hy	Não	Sim Pd; Pt; Sc; Si
<b>Perfil clínico: &lt; T65</b>	Sim	Sim	Sim	Sim

Nota. Rb = resultado bruto; T = resultado T.

A presença de *faking good* – considerada a partir do cumprimento de, pelo menos, cinco das sete condições estabelecidas – verificou-se em 17% da amostra global em estudo, o que equivale aos quatro casos acima mencionados.

Este comportamento decorre maioritariamente no contexto clínico/forense, no qual se encontram três dos participantes que fizeram *faking good*, enquanto que no contexto normal encontra-se apenas um participante. Em qualquer dos casos, este não é um comportamento frequente, uma vez que ocorre em 23% do contexto clínico/forense e em apenas 9% do contexto normal.

Ao combinar os grupos segundo a proveniência e a condição de *faking*, obteve-se a seguinte categorização: no subgrupo normal *faking* (N-f) incluiu-se 1 participante; no subgrupo normal não-*faking* (N-nf) incluíram-se 10 participantes; no subgrupo clínico/forense *faking* (CF-f) incluíram-se 3 participantes e no subgrupo clínico/forense não-*faking* (CF-nf) incluíram-se 10 participantes (ver Quadro 3).

QUADRO 3.– Número de participantes nos diferentes subgrupos

	<b>N</b>	<b>CF</b>	<b>Total</b>
<b>f</b>	1	3	4
<b>nf</b>	10	10	20
<b>Total</b>	11	13	24

*Nota.* N = grupo normal; CF = grupo clínico/forense; f = grupo *faking* e nf = grupo *não-faking*.

### Análise da ativação do EDA

Para a análise da frequência de ativações de EDA, foi determinado para cada participante o número de ativações no total de itens do MMPI-2, seguindo posteriormente o mesmo procedimento para os itens das escalas de validade. Os resultados da ativação de EDA dos participantes encontram-se discriminados no Anexo E. A partir da frequência obtida calculou-se a média de ativações para cada subgrupo: normal *faking*, clínico/forense *faking*, normal *não-faking* e clínico/forense *não-faking*. Por último, foram calculadas as médias ponderadas para cada grupo: normal, clínico/forense, *faking good* e *não-faking*, o que permitiu posteriormente uma comparação intergrupo.

Nesta análise de ativação de EDA, bem como na análise dos tempos de resposta, foram considerados apenas 23 participantes, pois devido a uma falha do equipamento durante uma das aplicações, a análise de um dos protocolos ficou inviabilizada. Assim, nestas análises, o subgrupo normal *não-faking* passa a ser constituído por nove participantes, e o grupo normal passa a ser constituído por 10 participantes.

Começando pela análise no total de itens do MMPI-2, a frequência de ativações de EDA no conjunto da amostra é de 83 itens por participante, o que representa 15% dos itens do MMPI-2.

Comparando os grupos normal e clínico/forense, a frequência de ativações no total dos itens do MMPI-2 no grupo normal é de 69 itens e no grupo clínico/forense é de 94 itens. Verifica-se, assim, um acréscimo de 36% na frequência de ativações de EDA no grupo clínico/forense relativamente ao grupo normal.

Na comparação entre os grupos *faking* e *não-faking*, a frequência de ativações no total de itens do teste no primeiro grupo é de 82 itens, e no segundo grupo é de 84 itens. Verifica-se assim um acréscimo sem expressão no grupo de *não-faking*, relativamente ao grupo de *faking*.

Dentro do grupo de *faking*, verificou-se uma diferença no que diz respeito aos contextos de proveniência dos participantes, sendo que o grupo normal teve uma frequência de ativações de 45 itens e o grupo clínico/forense teve uma frequência de ativações de 84 itens. Verifica-se assim um acréscimo de 108% na frequência de ativações no subgrupo '*faking* clínico/forense' relativamente ao subgrupo '*faking* normal' (ver Quadro 4).

QUADRO 4.– Média das Frequência de ativações (EDA) no total dos itens do MMPI-2

	<b>N</b>	<b>CF</b>	<b>Total</b>
<b>f</b>	45 (n = 1)	94 (n = 3)	82 (n = 4)
<b>nf</b>	72 (n = 9)	94 (n = 10)	84 (n = 19)
<b>Total</b>	69 (n = 10)	94 (n = 13)	(N = 23)

*Nota.* N = grupo normal; CF = grupo clínico/forense; f = grupo *faking* e nf = grupo *não-faking*.

Seguindo agora a análise relativamente aos itens de validade, a frequência de ativações de EDA no conjunto da amostra é de 31 itens por participante, o que corresponde a 33% dos itens de validade do MMPI-2. Ao equiparar este valor (33%) com a frequência de ativação de EDA na generalidade dos itens do MMPI-2 (15%) observa-se que a frequência de ativações de EDA nos itens de validade é aproximadamente o dobro.

Centrando a análise da frequência de ativações de EDA nos itens de validade dos diferentes grupos e na comparação entre os grupos normal e clínico/forense, verifica-se que a frequência de ativações no grupo normal é de 25 itens e no grupo clínico/forense é de 36 itens, que corresponde a um acréscimo de 44% no grupo clínico/forense relativamente ao grupo normal.

Na comparação entre os grupos *faking* e *não-faking*, a frequência de ativações de EDA nos itens de validade no grupo de *faking* é de 30 itens, e no grupo de *não-faking* é

de 31 itens, não se verificando neste caso diferenças assinaláveis na frequência de ativações de EDA no grupo de não-*faking*, relativamente ao grupo de *faking*

Na comparação relativa aos contextos de proveniência dos participantes, verifica-se que o subgrupo '*faking* normal' teve uma frequência de ativações de 14 itens e o subgrupo '*faking* clínico/forense' teve uma frequência de ativações de 35 itens. Verifica-se assim um acréscimo de 150% na frequência de ativações nos itens de validade no subgrupo '*faking* clínico/forense' relativamente ao grupo '*faking* normal' (ver Quadro 5).

QUADRO 5.– Média da Frequência de ativações (EDA) nos itens de validade do MMPI-2

	<b>N</b>	<b>CF</b>	<b>Total</b>
<b>f</b>	14 (n = 1)	35 (n = 3)	30 (n = 4)
<b>nf</b>	26 (n = 9)	36 (n = 10)	31 (n = 19)
<b>Total</b>	25 (n = 10)	36 (n = 13)	(N = 23)

Nota. N = grupo normal; CF = grupo clínico/forense; f = grupo *faking* e nf = grupo não-*faking*

Seguidamente foi realizada uma análise da frequência das ativações intensas de EDA no total dos itens do MMPI-2.

Para esta análise, foi calculado, para cada participante, a média e o desvio-padrão das ativações para o conjunto dos itens. Foram considerados itens intensos aqueles cujo valor de ativação, expresso em *Microsiemens* ( $\mu\text{S}$ ), era superior à média em pelo menos um desvio-padrão. Posteriormente, foi determinado o número de itens intensos para cada participante e a seguir foi determinada a frequência de ativações intensas para cada subgrupo: normal *faking*, clínico/forense *faking*, normal não-*faking* e clínico/forense não-*faking*. Por último foram calculadas as médias ponderadas para cada grupo: normal, clínico/forense, *faking good* e não-*faking*, que permitiu posteriormente uma comparação intergrupo.

O número médio de ativações intensas por sujeito é de 13 itens para o total da amostra, o que corresponde a 16% do total de itens do MMPI-2.

Fazendo uma comparação entre os participantes dos dois contextos, normal e clínico/forense, o número médio de ativações intensas no grupo normal é de 13 itens e

no grupo clínico/forense é de 14 itens, não havendo uma diferença expressiva entre os grupos.

Comparando a intensidade de ativação face à condição de *faking*, a frequência de ativações intensas no grupo de *faking* é de 15 itens e no grupo não-*faking* é de 13 itens, havendo um acréscimo de 15% no grupo de *faking* relativamente ao grupo de não-*faking*.

Ainda relativamente ao grupo de *faking* e comparando os dois contextos de proveniência dos participantes, o número médio de ativações intensas no subgrupo ‘*faking* normal’ é de 10 itens e no subgrupo ‘*faking* clínico/forense’ é de 17 itens, verificando-se assim um acréscimo de 70% nos no subgrupo ‘*faking* clínico/forense’ relativamente ao subgrupo ‘*faking* normal’ (ver Quadro 6).

QUADRO 6.– Média da Frequência de ativações intensas (EDA) no total de itens do MMPI-2

	<b>N</b>	<b>CF</b>	<b>Total</b>
<b>f</b>	10 (n = 1)	17 (n = 3)	15 (n = 4)
<b>nf</b>	13 (n = 9)	13 (n = 10)	13 (n = 19)
<b>Total</b>	13 (n = 10)	14 (n = 13)	(N = 23)

Nota. N = grupo normal; CF = grupo clínico/forense; f = grupo *faking* e nf = grupo não-*faking*

#### Análise dos tempos de resposta

Para a análise dos tempos de resposta foi calculada a média do tempo total para cada subgrupo (normal *faking*, clínico/forense *faking*, normal não-*faking* e clínico/forense não-*faking*) a partir do tempo de resposta de cada participante. Seguidamente foram calculadas as médias ponderadas para cada grupo (normal, clínico/forense, *faking* e não-*faking*) para permitir uma posterior comparação intergrupos. Os tempos de resposta dos participantes encontram-se discriminados no anexo F.

A comparação dos tempos de resposta mostra que no grupo clínico/forense o tempo total de resposta é de 69 minutos e no grupo normal é de 53 minutos, o que se traduz num acréscimo de 30% do grupo clínico/forense relativamente ao grupo normal.

Comparando os tempos de resposta no grupo de *faking* e no grupo de não-*faking*, podemos verificar que no grupo de *faking* o tempo total de resposta é de 79 minutos e no grupo de não-*faking* o tempo total de resposta é de 59 minutos, havendo um acréscimo de 33% no tempo total de resposta no grupo de *faking*, relativamente ao grupo de não-*faking*.

Por fim, ainda relativamente ao grupo de *faking good*, também se verifica uma diferença entre os contextos de proveniência dos participantes. No subgrupo ‘*faking normal*’ o tempo total de resposta é de 53 minutos e no subgrupo ‘*faking clínico/forense*’ o tempo total de resposta é de 64 minutos, havendo um acréscimo de 45% no tempo total de resposta no subgrupo ‘*faking clínico/forense*’ relativamente ao subgrupo ‘*faking normal*’ (ver Quadro 7).

QUADRO 7.– Médias ponderadas do tempo total de resposta (em minutos)

	<b>N</b>	<b>CF</b>	<b>Total</b>
<b>f</b>	58 (n = 1)	86 (n = 3)	79 (n = 4)
<b>nf</b>	53 (n = 9)	64 (n = 10)	59 (n = 19)
<b>Total</b>	53 (n = 11)	69 (n = 13)	(N = 23)

Nota. N = grupo normal; CF = grupo clínico/forense; f = grupo *faking* e nf = grupo não-*faking*

Para a análise do tempo médio de resposta por item, os procedimentos foram semelhantes aos do tempo total de resposta. Primeiro foi calculado o tempo médio de resposta por item, para cada participante (ver Anexo F), e a partir daí foram calculadas as médias para cada subgrupo: normal *faking*, clínico/forense *faking*, normal não-*faking* e clínico/forense não-*faking*. Por fim, foram calculadas as médias ponderadas para cada grupo: normal, clínico/forense, *faking* e não-*faking*.

Quando se comparam os tempos médios de resposta por item, nos grupos normal e clínico/forense, verifica-se que no grupo normal o tempo médio é de seis segundos e no grupo clínico/forense o tempo médio é de sete segundos, havendo um acréscimo de 17% no grupo clínico/forense relativamente ao grupo normal.

Comparando os tempos médios de resposta por item na condição de *faking*, verifica-se que no grupo de *faking* o tempo médio é de oito segundos e no grupo não-

*faking* o tempo médio é de seis segundos, havendo um acréscimo de 33% no grupo de *faking* relativamente ao grupo de não-*faking*.

Ainda relativamente ao grupo de *faking*, no subgrupo '*faking* clínico/forense' o tempo médio é de seis segundos e no subgrupo '*faking* normal' o tempo médio é de cinco segundos, havendo um acréscimo de 50% no subgrupo '*faking* clínico/forense' relativamente ao subgrupo '*faking* normal' (ver Quadro 8).

QUADRO 8.– Médias ponderadas do tempo de resposta por item (em segundos)

	<b>N</b>	<b>CF</b>	<b>Total</b>
<b>f</b>	6 (n = 1)	9 (n = 3)	8 (n = 4)
<b>nf</b>	5 (n = 9)	6 (n = 10)	6 (n = 19)
<b>Total</b>	6 (n = 11)	7 (n = 13)	(N = 23)

Nota. N = grupo normal; CF = grupo clínico/forense; f = grupo *faking* e nf = grupo não-*faking*

#### Comparação entre tempos de resposta e ativação

Ao contrário da análise realizada até aqui, que tinha como unidade os participantes, agora a unidade de análise são os itens. Para realizar esta análise, foram utilizados os dados de toda a amostra e de todos os itens por forma a determinar a média do tempo de resposta por item e a frequência de ativação de EDA por item. Tal tem como objetivo identificar os itens com um tempo de resposta mais longo e ver se estão, de algum modo, associados com aos itens que têm maior frequência de ativação. A comparação dos tempos de resposta com o comportamento de ativação de EDA foi realizada utilizando o tempo médio de resposta por item e a média da frequência da ativação por item

Dos 70 itens com um tempo de resposta mais longo, *i.e.*, itens que ultrapassaram a média do tempo de resposta do total dos itens em pelo menos um desvio-padrão, 21 (30%) são itens de validade. Destes 21 itens de validade, 14 (65%) têm também uma maior frequência de ativação de EDA. Desta forma, verifica-se que grande parte dos itens de validade com um maior tempo de resposta ativam também com uma grande

frequência. Nos restantes sete itens de validade (35%) as ativações verificadas não foram tão significativas (ver Figura 1).

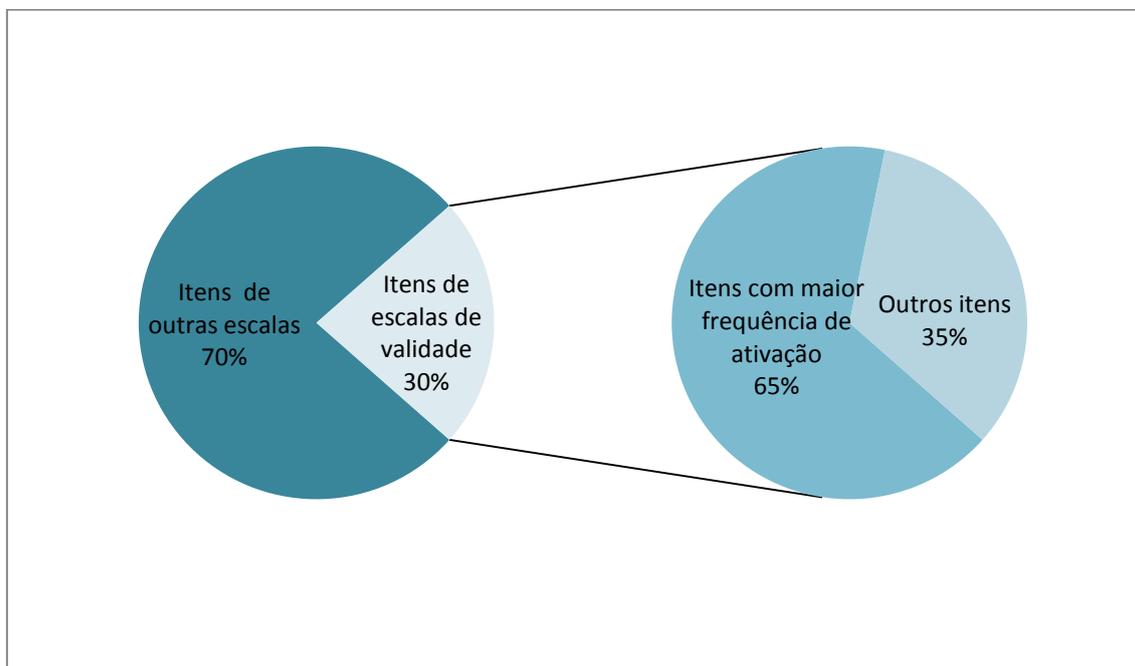


Figura 1.– Itens com tempo de resposta mais longo, por escalas

#### Análise de *faking good* a partir dos resultados do MMPI-2 e do comportamento de activação fisiológica no EDA

Após uma análise da ativação de EDA e dos tempos de resposta a nível dos quatro grupos, foi feita uma análise direccionada para o grupo de *faking*, mais especificamente para os dois tipos de *faking good* que foram encontrados: *faking* ‘clássico’ e *faking* não ‘clássico’.

Segue-se agora uma caracterização de cada um dos grupos, considerando os perfis das escalas de validade e das escalas clínicas do MMPI-2, o perfil de ativações de EDA e os tempos de resposta.

Por fim, será feita uma comparação entre os dois grupos no que diz respeito às principais diferenças entre eles relativamente aos aspetos mencionados: perfis das escalas de validade e das escalas clínicas do MMPI-2; perfil de ativações de EDA; e tempos de resposta. Os resultados *T* e de activação de EDA do grupo de *faking* encontram-se discriminados no anexo G.

Relativamente ao grupo de *faking* ‘clássico’, os resultados *T* das escalas de validade são tendencialmente médio/alto, e os resultados *T* das escalas clínicas são tendencialmente médio/baixo. Já o perfil de ativação de EDA é tendencialmente baixo nas escalas de validade e elevado nas escalas clínicas. Por fim, no que refere aos tempos de resposta, a média do tempo total de resposta deste grupo é de 105 minutos.

Quando se conjugam os resultados dos participantes que constituem este grupo, verifica-se que há uma associação inversa e diferenciada, entre os resultados *T* e as ativações, como indicado no Quadro 9, pois o padrão do perfil de validade é distinto do padrão do perfil clínico, ou seja, no perfil de validade, quando os resultados *T* são médio/alto, as ativações são baixas. Já no perfil clínico/forense o padrão é o oposto, mantendo-se a relação inversa: resultados *T* baixos estão associados a níveis de ativação elevados.

QUADRO 9.– Relação entre os resultados *T* do MMPI-2 e as ativações de EDA no grupo de *faking good* ‘clássico’

	Perfil validade	Perfil Clínico
Resultados <i>T</i>	↑	↓
Ativação	↓	↑

No que diz respeito ao grupo de *faking* não ‘clássico’, os resultados *T* das escalas de validade são tendencialmente médio/baixos, com exceção da escala L, que tem um resultado *T* elevado; também as escalas clínicas apresentam resultados *T* tendencialmente médio/baixos. O perfil de ativação é transversalmente baixo nas escalas de validade e nas escalas clínicas. Por fim, no que refere aos tempos de resposta, a média do tempo total de resposta deste grupo é de 53 minutos.

Posto isto, as principais diferenças entre estes dois grupos ocorrem: ao nível dos resultados *T* das escalas de validade – tendencialmente médio/altos no grupo de *faking* ‘clássico’ e tendencialmente médio/baixos no grupo de *faking* não ‘clássico’; ao nível do perfil de ativação das escalas clínicas – tendencialmente médio/altos no grupo de *faking* ‘clássico’ e tendencialmente médio/baixos no grupo de *faking* não ‘clássico’; e nos tempos totais de resposta, em que há decréscimo de 53% no tempo total de resposta no grupo de *faking* não ‘clássico’ (ver Quadro 10).

QUADRO 10.– Tempos totais de resposta por participante e por tipo de *faking good*

	<i>Faking</i> ‘clássico’		<i>Faking</i> não ‘clássico’	
<b>Participante</b>	12	13	1	14
<b>Tempo total de resposta</b>	117	94	58	48
<b>Média</b>	105		53	

Feita a diferenciação entre ambos os grupos – *faking good* ‘clássico’ e *faking good* não ‘clássico’ – foi feito um terceiro nível de análise, direcionado para os perfis que constituem o grupo de *faking good* ‘clássico’.

#### *Faking* ‘clássico’: Análise qualitativa dos perfis

Este grupo foi constituído pelos participantes 12 e 13, pelo que as análises que se seguem são relativas aos perfis destes dois participantes, considerando as escalas de validade e as escalas clínicas do MMPI-2, o perfil de ativações de EDA e os tempos de resposta.

- Participante 12

Relativamente ao participante 12, este foi recrutado no contexto clínico/forense, mais especificamente no âmbito forense, apresentando um eventual comprometimento clínico. O participante encontrava-se inserido num processo de avaliação feito a pedido do tribunal, estando indiciado por uma queixa de violência doméstica.

Relativamente aos resultados *T*, estes são tendencialmente altos nas escalas de validade e médio/baixos nas escalas clínicas. Mais especificamente, no perfil das escalas de validade, há quatro escalas com resultados *T* altos e duas escalas com resultados *T* baixos. Já no perfil das escalas clínicas, há três escalas com resultados *T* médios e sete escalas com resultados *T* baixos.

No que diz respeito aos resultados de ativação de EDA, a ativação é média/baixa no perfil de validade e média/alta no perfil clínico. Mais especificamente, no perfil de validade há duas escalas com ativação média e quatro escalas com ativação baixa e no perfil clínico há cinco escalas com ativação alta, quatro escalas com ativação média e uma escala com ativação baixa (ver quadros 11).

QUADRO 11.– Nível de ativação de EDA e de elevação dos Resultados  $T$  nas Escalas Clínicas e de Validade do Participante 12

Resultado $T$ / Ativação EDA	Nível baixo: $T < 50$	Nível médio: $T50 - T65$	Nível alto: $T \geq 65$
Nível alto: > 20%	Hs, Mf, Pa, Si		
Nível médio: 15%-20%	Hy, Pd	D, Sc, Ma	
Nível baixo: <15%	Pt		
Nível alto: > 20%			
Nível médio: 15%-20%	K, S		
Nível baixo: <15%			F, Fb, Fp, L

Relativamente ao tempo total de resposta, este participante teve um tempo de 117 minutos o que comparado com o tempo total de resposta do grupo normal e do grupo clínico não-*faking* (ver quadro 10), permite verificar diferenças acentuadas. Quando comparado com o grupo clínico/forense não-*faking*, há um acréscimo de 34% no tempo total de resposta do participante 12. Esta diferença torna-se ainda mais expressiva quando a comparação é feita com o grupo normal não-*faking*, passando o acréscimo a 62%.

- Participante 13

Relativamente à participante 13, esta foi recrutada no contexto clínico/forense, também no âmbito forense, apresentando também um comprometimento clínico. O processo de avaliação em que a participante se encontrava também foi a pedido do tribunal, tendo em vista a regulação da entidade paternal.

A análise dos resultados  $T$  do MMPI-2 revela que estes são tendencialmente médio/altos nas escalas de validade e médios nas escalas clínicas. Mais concretamente, no perfil das escalas de validade, há três escalas com resultados  $T$  altos, duas escalas com resultados  $T$  médios e uma escala com resultados  $T$  baixos. No perfil das escalas clínicas, há oito escalas com resultados  $T$  médios e duas escalas com resultados  $T$  baixos.

No que diz respeito aos resultados de ativação de EDA, a ativação é média/baixa no perfil de validade e média/alta no perfil clínico. Mais especificamente, no perfil de validade há três escalas com ativação alta, uma escala com ativação média e duas escalas com ativação baixa e no perfil clínico há seis escalas com ativação alta, três escalas com ativação média e uma escala com ativação baixa (ver Quadro 12).

QUADRO 12. – Nível de ativação de EDA e de elevação dos Resultados *T* nas Escalas Clínicas e de Validade da Participante 13

Resultado <i>T</i> Ativação EDA	Nível baixo: $T < 50$	Nível médio: $T50 - T65$	Nível alto: $T \geq 65$
Nível alto: > 20%			Fp, L, S
Nível médio: 15%-20%		F	
Nível baixo: <15%	Fb,	K	
Nível alto: > 20%	Si	D, Hy, Mf, Pa, Ma	
Nível médio: 15%-20%		Hs, Pd, Sc	
Nível baixo: <15%	Pt		

Relativamente ao tempo total de resposta, esta participante teve um tempo total de 94 minutos. Tal como o participante 13, quando se compara este valor com os valores do subgrupo clínico/forense não-*faking* e do subgrupo normal não-*faking*, as diferenças encontradas são substanciais. Na comparação com o subgrupo clínico/forense não-*faking* a diferença é de mais 46% para a participante 13; na comparação com o subgrupo normal não-*faking*, essa diferença aumenta para 77%.

Após uma análise de cada perfil, foi feita uma comparação entre os dois participantes. A análise dos perfis de validade dos dois participantes 12 e 13 permite verificar que, em ambos, os resultados *T* das escalas de validade são tendencialmente médio/altos. Relativamente às escalas F, Fb e Fp apesar dos resultados do participante 12 serem mais elevados do que os do participante 13, a tendência dos perfis é similar. Já relativamente às escalas L, K e S, estas são mais elevadas na participante 13, sendo que há tendências de perfil opostas: enquanto na participante 12 os resultados *T* destas escalas descem, no participante 13 os resultados *T* aumentam.

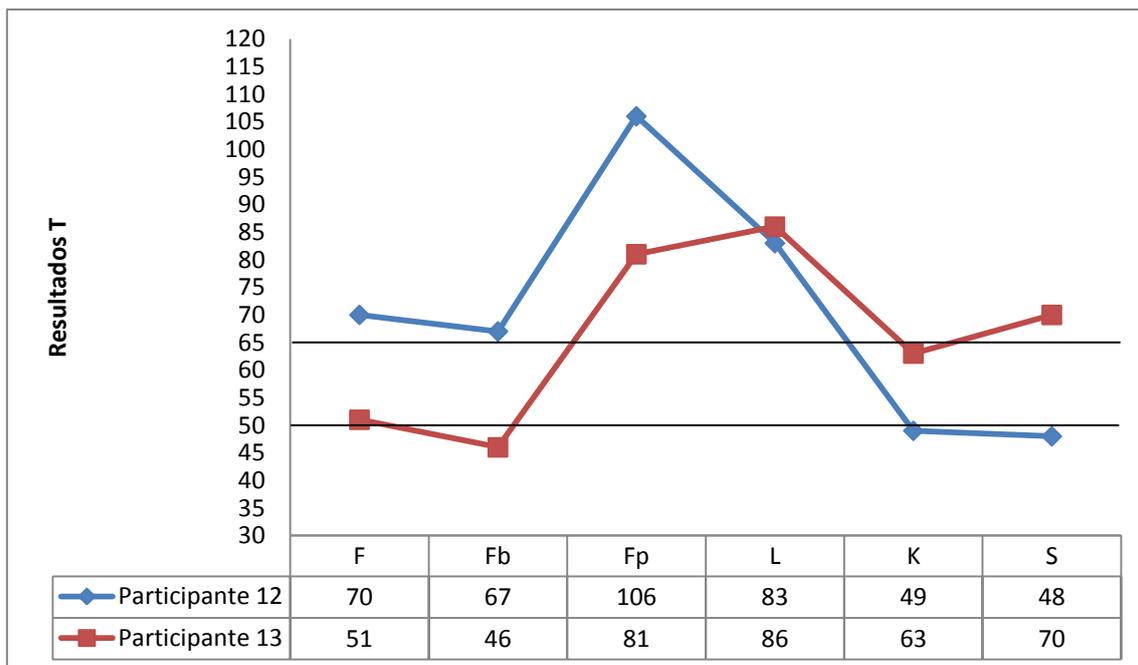


Figura 2.– Perfil de validade do MMPI-2 dos participantes 12 e 13

Analisando agora os dois participantes relativamente ao perfil das escalas clínicas, verifica-se que o participante 12 tem um perfil tendencialmente mais baixo que o participante 13. O participante 12 tem sete escalas no nível baixo – Hs, Hy, Pd, Mf, Pa, Pt e Si – enquanto o participante 13 tem apenas duas escalas no nível baixo – Pt e Si.

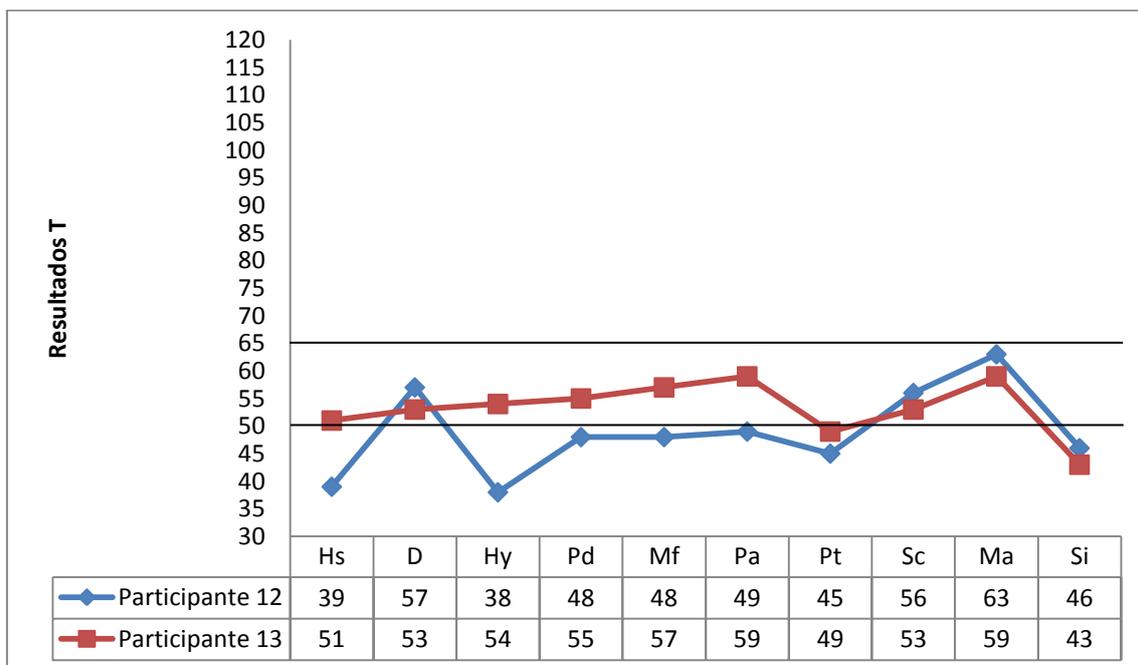


Figura 3.– Perfil clínico do MMPI-2 dos participantes 12 e 13

Prosseguindo a análise entre os participantes para os perfis de ativação de EDA, foram comparados o número de itens que ativam por escalas de validade e clínicas. No perfil das escalas de validade, a frequência das ativações de EDA são relativamente semelhantes nas escalas F, Fb e K. Nestas três escalas, a diferença de ativação de EDA entre os dois participantes não chega a 10. A diferença na escala Fp é de 11, sendo as diferenças nas escalas S e L são, respetivamente, 13 e 14. Para o perfil clínico, a frequência de ativações de EDA é também semelhante entre os participantes. As diferenças maiores encontram-se nas escalas Ma e Si, com diferença de 17 e 12, respetivamente. Todas as restantes escalas têm uma diferença na frequência de ativação de EDA inferior 10.

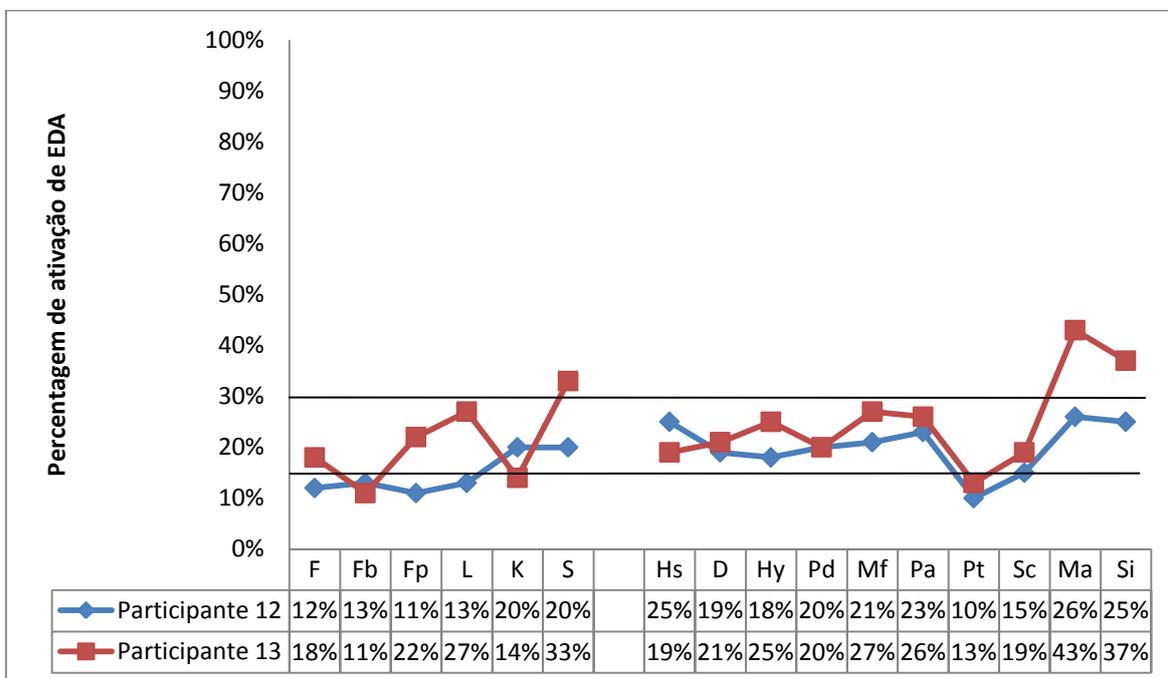


Figura 4.– Frequência de ativações (EDA) por escala, nos participantes 12 e 13

Por fim, foi analisado o nível de ansiedade e de preocupação com a imagem ao longo do teste. Para tal foi calculado, a partir do nível de ansiedade e preocupação de cada um deles o valor médio para cada subgrupo, de forma a permitir uma comparação dos participantes com o seu ‘grupo de referência’: subgrupo clínico/forense não-*faking*.

Quanto ao nível de ansiedade ao longo do teste, não foram encontradas diferenças expressivas entre os participantes: o participante 12 relatou um nível de ansiedade 1 e o participante 12, um nível de ansiedade 2. O mesmo acontece para o

nível de preocupação com a imagem, em que ambos os participantes referem estar ‘pouco preocupados’ – nível 1 – com a imagem que estão a dar de si.

No entanto, apesar de não terem sido encontradas diferenças expressivas entre os participantes, verificou-se que os níveis de ansiedade e preocupação por eles relatados foram sempre inferiores ao que eram relatados pelo subgrupo clínico/forense não-*faking*.

## 5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Iniciamos a discussão pelos resultados do MMPI-2 que permitiram identificar perfis de *faking good*, sendo este considerado como a distorção de resposta no sentido das pessoas darem uma melhor imagem de si. De entre os 24 participantes em análise, os resultados das escalas clínicas e de validade do Inventário conduziram à diferenciação de quatro perfis com particulares características de *faking good*. Os quatro perfis identificados satisfaziam o critério estabelecido previamente, isto é, a presença de pelo menos cinco das sete condições estabelecidas.

A maioria destas condições estavam presentes em quase todos os participantes que apresentaram *faking good*; apenas três das condições não estavam presentes num dos quatro sujeitos. Pode assim considerar-se que as condições estabelecidas tiveram um bom grau de aplicabilidade.

Relativamente ao reduzido número de participantes que apresentaram distorção de resposta, tal pode ser justificado pelo reduzido número da amostra e pelo facto do *faking* só ser considerado realmente significativo a partir de um determinado limiar. Além disso, o *faking* não é um comportamento trivial, é naturalmente muito reduzido pois é preciso que estejam presentes um conjunto de fatores para que o indivíduo adote, de facto, este comportamento.

Os perfis de *faking good* alvo de análise correspondem a participantes provenientes maioritariamente do contexto clínico/forense. Tal já era expectável, uma vez que neste contexto os indivíduos estavam inseridos num processo de avaliação, cujos resultados iriam influenciar a tomada de decisão relativa ao seu processo terapêutico/cível e, portanto, estariam mais motivados para dar uma melhor imagem de si. Isto está de acordo com a literatura, nomeadamente com Rogers (2008) quando refere que o comportamento de *faking* reflete sempre os objetivos pessoais do indivíduo. Já no grupo normal, a realização do Inventário não tinha nenhum objetivo de avaliação, nem implicações na vida dos participantes pelo que era menos expectável a presença de *faking*.

Além do fator ‘motivação’, outro que poderá contribuir para o comportamento de *faking* é a própria situação formal de avaliação psicológica (Ellingson, 2012). Os participantes do contexto clínico/forenses encontravam-se, de facto, em processo de avaliação, podendo percecionarem a resposta ao MMPI-2 como uma oportunidade para dar

a imagem de si próprios mais positiva ou adequada, o que não acontece com os participantes do contexto normal.

Centrando agora a discussão nos resultados obtidos relativamente ao segundo objetivo geral estabelecido para este trabalho, vamos considerar o comportamento de ativação fisiológica, mais concretamente da resposta eletrodérmica (EDA).

Relativamente à frequência de ativações de EDA, verifica-se que tanto no total de itens do teste, como nos itens de validade, a média da frequência de ativações de EDA, por participante, é baixa. Podemos então inferir que, não sendo este um comportamento comum, quando ele ocorre é porque é significativo. Uma das razões para a ocorrência de ativação pode ser a presença de *faking*, podendo ser também devido ao conteúdo dos itens ou mesmo dificuldades de compreensão do mesmo.

Com particular significado é o comportamento de ativação nos itens de validade. A comparação da percentagem de frequência de ativação de EDA no total dos itens do teste com a ativação de EDA nos itens de validade mostra que estes últimos ativam mais do dobro. Tal poderá constituir uma evidência da utilidade dos itens de validade e vai no sentido da literatura que indica que em casos de *faking* a resposta eletrodérmica é maior em estímulos relevantes do que em estímulos irrelevantes (Gamer, Rill, Vossel & Gödert, 2006).

Ao analisar as diferenças entre os grupos normal e clínico/forense nas ativações de EDA no total de itens e nos itens de validade, há uma tendência para o grupo clínico/forense ativar mais, o que poderá significar que os participantes deste grupo além de ativarem nos itens de conteúdo normal, ativam também nos itens de conteúdo clínico que, naturalmente, reconhecem como relevantes.

Quanto à comparação entre os grupos de *faking* e não-*faking*, os valores encontrados de ativação não são muito diferenciados. Todavia, dado que o EDA é uma medida fisiológica que permite indicar o grau de credibilidade dos sujeitos, seria de esperar que a diferença entre estes dois grupos fosse mais expressiva. No entanto, tal diferença torna-se bastante visível quando se faz uma análise mais específica, ao nível dos subgrupos do *faking good*.

No que diz respeito às diferenças entre os subgrupos *faking* normal e *faking* clínico/forense, é onde se verifica a maior diferença intergrupo. Tal pode acontecer devido ao facto deste grupo englobar a condição clínica/forense, que pode levar a um aumento da frequência de ativações relativamente ao grupo normal, e a condição de

*faking good*. Alterações no EDA podem ser indicadoras do grau de credibilidade de um indivíduo (Biderman & Zimmer, 1961). Este indicador fisiológico tem uma maior magnitude em indivíduos que utilizam o engano intencional, comparativamente com os que não utilizam, pelo que esta diferença expressiva na ativação de EDA poderá ser, entre outras razões, devido à distorção de resposta por parte dos participantes deste grupo. Além disso, partindo do pressuposto que os participantes que fazem *faking* vão estar com maior atenção aos itens, de forma a darem a imagem que desejam, então terão também uma maior ativação de EDA, pois quanto maior a atenção dada a um determinado estímulo, maior a resposta eletrodérmica (Waid & Orne, 1982). Este facto pode também constituir uma possível explicação para a diferença entre estes dois grupos no que diz respeito à frequência de ativação de EDA.

As diferenças nas ativações de EDA relativas aos itens de validade são sempre superiores às encontradas para o total de itens do teste nas diversas comparações intergrupos. Mais uma vez, tal poderá constituir uma evidência da utilidade das escalas de validade.

Quanto à intensidade das ativações de EDA, verifica-se que a frequência das ativações intensas tende a ser maior no grupo clínico/forense (comparativamente ao grupo normal), no grupo *faking good* (comparativamente ao grupo não-*faking*) e no subgrupo *faking* clínico/forense (comparativamente ao subgrupo *faking* normal).

Assim, ao considerar que quanto maior a atenção ao estímulo, maior a resposta eletrodérmica (Waid & Orne, 1982), podemos adiantar como explicações dos nossos dados as seguintes: a) o número de itens intensos é maior no grupo clínico/forense devido à sua condição clínica, o que obriga os participantes a uma maior atenção aos itens do que os participantes normais; b) a intensidade de ativação de EDA é maior nos grupos de *faking*, pois como estes querem dar uma melhor imagem de si, têm que estar com mais atenção aos itens; c) o acréscimo da frequência de ativações intensas é maior no subgrupo *faking* clínico/forense uma vez que este reúne as duas condições: clínica e de *faking good* – como tal, neste grupo pode acontecer que os participantes estejam mais atentos devido à condição clínica, o que os obriga a estar mais atentos para compreenderem melhor os itens, e devido à condição de *faking*, o que os obriga a estar mais atentos para transmitirem a imagem que desejam.

Relativamente aos resultados dos tempos de resposta ao teste, estes vão de encontro ao que seria expectável. O grupo clínico/forense tende a demorar mais tempo a responder ao teste. Uma possível razão para justificar esta diferença, o acréscimo de

30%, são as condições associadas ao próprio contexto, ou seja, a própria sintomatologia clínica e a identificação com os itens clínicos do teste podem obrigar os participantes deste grupo a um processamento mais longo da informação e conseqüentemente a maior tempo de resposta. Também o grupo de *faking good* mostra uma tendência para ter um tempo total de resposta mais longo que o grupo não-*faking*. Uma eventual explicação para esta diferença pode ser a própria condição de *faking*. Tempos mais longos podem ser indicadores de *faking*, pois o indivíduo quer garantir que as respostas dadas vão transmitir a imagem desejada (Rogers, 2008). Assim, um tempo de resposta mais longo no grupo de *faking good* poderá indicar que estes participantes tentaram dar uma melhor imagem de si. Esta diferença de tempos totais de resposta mantém-se para os subgrupos *faking* normal e *faking* clínico/forense e é entre eles que se encontra a maior diferença. Tal diferença pode ser explicada pelo facto do subgrupo *faking* clínico/forense reunir a condição clínica com a condição de *faking*, o que obriga os participantes a um processamento mais elaborado da informação, não só pela sintomatologia clínica, mas também pelo esforço que fazem para dar uma imagem distorcida de si.

Comparando o tempo de resposta com as ativações de EDA, verificou-se uma relação entre o tempo médio de resposta e a frequência de ativação de EDA por item: grande parte dos itens de validade que demoraram mais tempo a ser repondidos, foram também os que mais ativaram. Sabendo que um maior tempo de resposta pode estar associado a comportamento de *faking* (Robie, Brown & Beaty 2007; Rogers, 2008) e que uma ativação de EDA pode indicar *faking*, então os nossos resultados indicam que os itens de validade com maior tempo de resposta e, simultaneamente, com maior ativação de EDA são aqueles em que os participantes fizeram *faking* mais vezes.

Atendendo agora ao terceiro objetivo, a discussão é orientada para os resultados do MMPI-2 e de EDA do grupo de *faking* 'clássico'. No que diz respeito aos perfis obtidos através do MMPI-2, os resultados *T* das escalas clínicas e de validade deste grupo vão ao encontro do que é descrito na literatura (ver Graham, 2000). Uma motivação para não assumir dificuldades e aspetos negativos de si traduz-se em escalas *F* e *Fb* tendencialmente baixas. Por sua vez, uma motivação para dar uma melhor imagem de si, salientando as características mais positivas, traduz-se numa elevação da escala *L*. A única escala que se encontra mais elevada que a *L* é a escala *Fp*, sendo que uma possível explicação é os participantes atribuírem aos outros algumas das

dificuldades assumidas. Por fim, o perfil clínico é tendencialmente médio/baixo, devido à tentativa de passar uma imagem mais virtuosa de si.

Já no que diz respeito à frequência de ativações de EDA, nas escalas de validade, resultados *T* elevados estão associados a um perfil de ativação médio/baixo. Uma explicação para esta associação pode ser o facto de os participantes não se terem apercebido da importância dos itens, uma vez que há itens subtis, construídos de forma a não serem reconhecidos pelos indivíduos. Ao não se aperceberem da importância dos itens, os participantes não lhe prestam tanta atenção, o que faz com que as ativações sejam mais baixas e os resultados *T* sejam mais elevados.

No que refere às escalas clínicas, resultados *T* baixos estão associados a um perfil de ativação de EDA tendencialmente elevado. Neste caso, os participantes terão prestado mais atenção aos itens, o que levou a uma maior ativação fisiológica. Esta maior atenção será justificada pela tentativa de os participantes darem uma melhor imagem de si, não sinalizando sintomas ou dificuldades psicológicas, o que por sua vez faz com que os resultados *T* sejam mais baixos.

Relativamente ao tempo total de resposta ao teste, verifica-se uma grande discrepância entre o tempo de resposta destes participantes e o tempo de resposta do grupo subgrupo clínico/forense não-*faking*. Tendo em conta que um maior tempo de resposta pode ser indicador da presença de distorção de resposta (Robie, Brown e Beaty, 2007; Rogers 2008), então esta diferença encontrada pode constituir mais uma evidência, além dos perfis das escalas de validade e clínicas do MMPI-2, de que a atitude de *faking* está presente nestes participantes.

Considerando agora os dois perfis que compõem o grupo de *faking good* ‘clássico’, podemos verificar que estão presentes as características anteriormente identificadas para este tipo de *faking*. Ainda assim, verificámos que existem diferenças entre eles, nomeadamente nos valores das escalas L, K e S, nos valores das escalas F, Fb, e no perfil clínico.

Uma das razões que poderá explicar essas diferenças é o objetivo da avaliação psicológica em curso. Relembrando Rogers (2008), o comportamento de *faking* reflete os objetivos pessoais do indivíduo. Podemos assim considerar a hipótese de que no caso de violência doméstica o participante 12 estaria mais motivado para negar dificuldades e sintomas psicopatológicos, e no caso de regulação de poder paternal, a participante 13 estaria mais motivada a salientar as suas qualidades e dar uma melhor imagem de si. A discussão que se segue será feita à luz desta possível explicação, não excluindo, no

entanto, que poderão existir outras razões que permitam explicar as diferenças encontradas.

O comportamento do participante 12, que pretende negar os aspetos menos positivos de si, mais do que afirmar virtuosidade exacerbada, reflete-se numa diminuição das escalas de sintomas psicopatológicos (F e Fb), mais do que numa elevação das escalas valorativas (L, K e S). No entanto, de forma a ser credível na imagem que está a dar de si, o participante não nega todos os seus defeitos, ele admite alguns deles, mas tende a atribuí-los a terceiros, ou a causas externas, fora da sua responsabilidade, o que pode justificar o facto das escalas F e Fb, bem como a Fp serem mais elevadas nele do que na participante 13. Como consequência desta negação de sintomas e dificuldades, o perfil clínico do MMPI-2 é tendencialmente baixo.

Já o comportamento da participante 13, que pretende dar uma imagem mais virtuosa de si, vai ter mais impacto a nível das escalas valorativas, o que faz com que os resultados *T* destas escalas sejam mais elevados que os do participante 12. Uma vez que mais do que negar sintomas, a participante pretende acentuar as duas qualidades, o perfil clínico do MMPI-2 não está tão baixo do que o do participante 13.

Por fim, a análise dos resultados da ansiedade vivenciada e da preocupação com a imagem de si dada, aquando da resposta ao MMPI-2, indicam uma tendência muito semelhante por parte dos dois participantes no sentido da negação de ansiedade e de preocupação. Estes níveis são sempre inferiores aos relatados pelos participantes dos grupos não-*faking*.

Estes resultados são contudo diferentes do encontrado num estudo de Gödert, Rill e Vossler (2001) em que os participantes numa condição semelhante, de engano intencional, relataram estar menos calmos e relaxados que os participantes 'honestos'. Poderemos, apesar de tudo, considerar que os nossos participantes estavam numa situação real de avaliação psicológica com implicações efetivas no processo judicial em curso. Admite-se que estarão particularmente atentos e vigilantes face a todas as questões colocadas, e darão respostas sempre no sentido que comporte menos riscos face à sua imagem. Desta forma, a negação extrema de ansiedade e preocupação com a imagem podem fazer parte desta atitude de dar uma imagem mais adequada de si, o que pode explicar o facto de os níveis de ansiedade e preocupação com a imagem relatados pelos participantes não irem de encontro ao que era expectável.

## 6. CONCLUSÃO

A distorção de resposta no sentido positivo, isto é, a tendência do indivíduo se apresentar de uma forma mais favorável – *faking good* – é um comportamento muito propício a ocorrer nos instrumentos de autorrelato, aquando da avaliação da personalidade e da psicopatologia. O estudo do *faking good* neste tipo de instrumentos torna-se pertinente pelas implicações que a avaliação da personalidade tem na tomada de decisão por parte de psicólogos e, subsequentemente, de outros profissionais em diversos contextos sociais, clínicos ou forenses.

Neste estudo, pretendeu-se identificar diferentes tipos de *faking good* através de um instrumento de autoavaliação da personalidade e da psicopatologia – MMPI-2 – e, posteriormente, associá-los a diferentes padrões de ativação cerebral registada ao nível da resposta eletrodérmica – EDA. Mais concretamente procurou-se: a) identificar perfis de *faking good* a partir dos resultados obtidos no MMPI-2; b) diferenciar o comportamento de ativação fisiológica (EDA) associado à resposta ao MMPI-2; c) analisar e caracterizar diferentes tipos de *faking good* considerando o comportamento no MMPI-2 e a resposta de ativação fisiológica associada. Desta forma, foi selecionado o contexto clínico/forense para facilitar a ocorrência do comportamento de *faking*. Por outro, foi selecionado também o contexto normal para, ao contrastar os grupos normal e clínico/forense, maximizar as diferenças de comportamento dos indivíduos e assim facilitar a análise de dados

A análise das escalas de validade e das escalas clínicas do MMPI-2 permitiu identificar perfis de *faking good*, sobretudo de participantes provenientes do contexto clínico/forense, como era expectável.

Conclui-se que as diferenças intra e inter-participantes, relativamente à frequência de ativação de EDA, tendem a ser superiores quando se referem aos itens que constituem as escalas de validade, por oposição ao total de itens do MMPI-2. Verificou-se também que, nos itens que constituem as escalas de validade, tende a haver uma associação entre a frequência de ativações de EDA e o tempo de resposta por item, sendo que uma grande maioria dos itens cuja resposta é mais longa tem também uma maior frequência de ativação de EDA.

A partir da caracterização dos perfis de *faking good*, foi possível também distinguir dois tipos de *faking good*: ‘clássico’ e ‘não clássico’. Numa análise mais

detalhada do tipo de *faking good* ‘clássico’ conclui-se que estes perfis vão ao encontro das características de *faking good* descritas na literatura. Foi ainda possível verificar que neste tipo de *faking good* há uma associação entre os resultados *T* das escalas de validade e clínicas do MMPI-2 e o nível de ativação do EDA. A relação entre estas duas medidas caracteriza-se por ser inversa – quanto maior a ativação menores os resultados *T* – e diferenciada – com um padrão diferente nas escalas de validade e nas escalas clínicas. Por fim, verifica-se que o tempo de resposta total ao teste tende a ser superior nestes perfis de *faking*, quando comparado com os restantes grupos em estudo, o que poderá significar que os indivíduos que querem dar uma imagem distorcida de si demoram mais tempo a responder ao teste.

O conjunto dos resultados obtidos permite-nos considerar que os itens das escalas de validade parecem estar mais associados a uma maior ativação de EDA e que a ativação nestes itens parece estar associada a um tempo de resposta mais longo. Podemos ainda considerar que, nos perfis dos participantes de *faking good*, uma ativação mais elevada no perfil de MMPI-2 está associada a resultados *T* mais baixos.

Não obstante o valor heurístico dos dados obtidos, este estudo comporta, a nível metodológico, duas limitações centrais relacionadas com a amostra. A primeira é referente ao reduzido número de participantes, facto que impediu a realização de uma análise inferencial e a obtenção de resultados mais significativos que mostrassem algo mais do que tendências e que pudessem ser generalizados às populações em estudo.

Uma segunda limitação refere-se à relativa homogeneidade da amostra no que diz respeito às habilitações escolares. A maioria dos participantes tinha habilitações académicas superiores, o que além de além de fazer com que a amostra não seja representativa da população relativamente a este tópico, pode ter tido implicações a nível do número de perfis de *faking good* encontrados. Indivíduos com um nível de instrução mais elevado têm uma maior capacidade a fazer *faking* de forma mais sofisticada, tornando mais difícil a sua deteção.

Após identificadas as principais limitações, crê-se que a transposição das mesmas abrirá caminhos para encontrar resultados mais expressivos e generalizáveis.

Para além disso, uma sugestão para futuros estudos nesta linha de investigação é a inclusão de outros contextos, além do clínico/forense, como, por exemplo, o de seleção, onde os participantes possam ter uma motivação acrescida para exagerarem nas

suas qualidades e virtudes, e assim aumentar a probabilidade de ocorrência de *faking good*.

Seria também interessante generalizar este estudo à distorção de resposta no sentido negativo – *faking bad* – de forma a identificar possíveis associações entre este comportamento e a ativação de EDA, bem como compará-lo com a ativação de EDA que ocorre nos casos de *faking good*.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. rev.). Washington, DC: APA
- Arbisi, P. A., & Ben-Porath, Y. S. (1998). The ability of *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* validity scales to detect fake-bad responses in psychiatric inpatients. *Psychological Assessment, 10*, 221–228. doi:10.1037/1040-3590.10.3.221
- Bagby, R., Rogers, R., Nicholson, R. A., Buis, T., Seeman, M. V., & Rector, N. A. (1997). Effectiveness of the MMPI-2 validity indicators in the detection of defensive responding in clinical and nonclinical samples. *Psychological Assessment, 9*, 406–413. doi:10.1037/1040-3590.9.4.406
- Beutler, L., & Butcher, J. (2003). The MMPI-2. In L. Beutler, & G. Groth-Marnat (Eds), *Integrative assessment of adult personality* (pp. 157–191). New York, NY: Guilford Press.
- Beutler, L., Groth-Marrnat, G. & Rosner, R. (2003). Introduction to integrative assessment of adult personality. In L. Beutler & G. Groth-Marnat (2<sup>nd</sup> Ed.), *Integrative Assessment of Adult Personality* (pp. 1–37). New York, NY: Guilford Press.
- Biderman, A. D., & Zimmer, H. H. (1961). *The manipulation of human behavior*. Oxford England: Wiley.
- Butcher, J. N. (2002). Clinical personality assessment: an overview. In J. Butcher (2<sup>nd</sup> ed.), *Clinical personality assessment* (pp. 3–9). New York, NY: Oxford University Press.
- Butcher, J. N. (2002). Item content in the interpretation of the MMPI-2. In J. Butcher (2<sup>nd</sup> ed.), *Clinical personality assessment* (pp.303–316). New York, NY: Oxford University Press.

- Butcher, J. N. (2008). The personality assessment process. In R. Green, & I. Weiner (Eds.), *Handbook of personality assessment* (pp. 19–47). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G. & Kaemmer, B. (2001). *MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2) Manual for Administration, Scoring, and Interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N. & Beutler, L. E. (2003). The MMPI-2. In L. Beutler, & G. Groth-Marnat (Eds), *Integrative assessment of adult personality* (pp. 157–191). New York, NY: Guilford Press.
- Canento, F., Fred, A., Silva, H., Gamboa, H., & Lourenço, A. (2011). Multimodal Biosignal Sensor Data Handling for Emotion Recognition, Proc IEEE Sensors, Limerick, Ireland.
- Canento, F., Silva, H., & Fred, A. (2012). Applicability of Multi-Modal Electrophysiological Data Acquisition and Processing to Emotion Recognition. ProcInternational Workshop on Computing Paradigms for Mental Health - MindCare, Portugal.
- Davis, C., & Cowles, M. (1989). Some sources of variance in skin conductance. *Canadian Journal Of Psychology/Revue Canadienne De Psychologie*, 43, 97–103. doi:10.1037/h0084211
- Dawson, M. E., Schell, A. M., & Courtney, C. G. (2011). The skin conductance response, anticipation, and decision-making. *Journal Of Neuroscience, Psychology, And Economics*, 4, 111–116. doi:10.1037/a0022619
- Ellingson, J. (2012). People fake only when they need to fake. In M. Ziegler, C. MacCann, & R. Roberts (Eds.), *New Perspectives on Faking in Personality Assessment* (pp. 19–33). New York, NY: Oxford University Press.
- F. Canento & H. Silva, comunicação pessoal, Maio de 2012.

- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Los autoinformes. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos* (pp. 231–268). Madrid: Pirámide.
- Gamer, M., Rill, H., Vossel, G., & Gödert, H. (2006). Psychophysiological and vocal measures in the detection of guilty knowledge. *International Journal Of Psychophysiology*, *60*, 76–87. doi:10.1016/j.ijpsycho.2005.05.006
- Gödert, H., Rill, H., & Vossel, G. (2001). Psychophysiological differentiation of deception: The effects of electrodermal lability and mode of responding on skin conductance and heart rate. *International Journal Of Psychophysiology*, *40*, 61–75. doi:10.1016/S0167-8760(00)00149-5
- Gómez, F., & Crespo, G. (2003). El cuestionario de personalidad de Minnesota: MMPI. In F. Gómez, & G. Crespo (Eds.), *Evaluación psicológica forense. Contribución de las técnicas de Minnesota y Millon*. Salamanca: Amarú.
- Graham, J. (2000). *MMPI-2. Assessing personality and psychopathology* (3<sup>rd</sup> ed), New York, NY: Oxford University Press.
- Graham, J. R., Watts, D., & Timbrook, R. E. (1991). Detecting Fake-Good and Fake-Bad MMPI-2 Profiles. *Journal Of Personality Assessment*, *57*, 264–277.
- Green, R. L. (2000). *The MMPI-2: An interpretative manual* (2<sup>nd</sup> ed.), Boston: Allyn & Bacon.
- Hall, R., & Hall, R. (2012). Plaintiffs who malingers. In M. Ziegler, C. MacCann, & R. Roberts (Eds.), *New Perspectives on Faking in Personality Assessment* (pp. 255–281). New York, NY: Oxford University Press.
- Heggstad, E. (2012). A conceptual representation of *faking*: putting the horse in front of the cart. In C. MacCann, M. Ziegler, & R. Roberts (Eds.), *New perspectives on faking in personality assessment* (pp. 87–101). New York, NY: Oxford University Press.
- Lim, J., & Butcher, J. N. (1996). Detection of *faking* on the MMPI-2: Differentiation among *faking-bad*, denial, and claiming extreme virtue. *Journal Of Personality Assessment*, *67*, 1–25. doi:10.1207/s15327752jpa6701\_1

- MacCann, C.; Ziegler, M.; & Roberts, R. (2012). *Faking in personality assessment*. In M. Ziegler, C. MacCann, & R. Roberts (Eds.), *New perspectives on faking in personality assessment* (pp. 309–329). New York, NY: Oxford University Press.
- McAdams, D. P. (1994). Can personality change? Levels of stability and growth in personality across the life span. In T. F. Heatherton & J. Weinberger (Eds.), *Can personality change?* (pp. 299–313). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10143-027
- McAdams, D. P., & Olson, B. D. (2010). Personality Development: Continuity and change over the life course. *Annual Review Of Psychology*, *61*(1), 517–542. Doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100507
- Robie, C., Brown, D. J., & Beaty, J. C. (2007). Do people fake on personality inventories? A verbal protocol analysis. *Journal Of Business And Psychology*, *21*, 489-509. doi:10.1007/s10869-007-9038-9
- Rogers, R. (1997). Introduction. In R. Rogers (2nd ed.), *Clinical assessment of Malingering and Deception* (pp. 1–19). New York, NY: Guilford Press.
- Rogers, R. (2008). An introduction to response styles. In R. Rogers (3<sup>rd</sup> ed.), *Clinical assessemnt of malingering and deception* (pp. 3–13). New York, NY: The Guilford Press.
- Silva, D., Novo, R., Prazeres, N., & Pires, R. (2006). *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (Adultos): Versão experimental portuguesa do MMPI-2*. Lisboa: Centro de Investigação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Smith, S. R., & Archer, R.P. (2008). Introducing personality assessment. In R. P. Archer & S. R. Smith (Eds.), *Personality assessment* (pp. 1–35). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Smith, D., & McDaniel, M. (2012). Questioning old assumptions. In M. Ziegler, C. MacCann, & R. Roberts (Eds.), *New perspectives on faking in personality assesment* (pp. 53–70). New York, NY: Oxford University Press.

- Waid, W. M., & Orne, M. T. (1982). The physiological detection of deception. *American Scientist*, *70*, 402–409.
- Ward, R.D., Marsden, P.H., Cahill, B., and Johnson, C. (2002). Physiological Responses to Well-Designed and Poorly Designed Interfaces. In Proceedings of CHI 2002 Workshop on Physiological Computing. Minneapolis, MN, USA.
- Weiner, I. (2003). Assessment psychology. In I. Weiner, J. Graham, & J. Naglieri (Eds.), *Handbook of psychology*. (Vol.1: *History of psychology*, pp.279-302). New York, NY: John Wiley & Sons

# Anexos

## Anexo A – Dados Sociodemográficos

QUADRO A.1.– Dados sociodemográficos dos participantes

<b>Participante</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Área de Residência</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Situação profissional</b>
1	M	27	Lisboa	União de Facto	12º Ano	Empregado
2	M	18	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
3	F	18	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
4	F	20	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
5	M	26	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
6	M	26	Lisboa	Solteiro	Licenciatura	Empregado
7	F	19	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
8	F	18	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
9	F	19	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
10	F	26	Lisboa	Solteiro	Licenciatura	Desempregado
11	F	24	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
12	M	44	Pinhal Novo	Divorciado	2ª Ciclo	-
13	F	44	Sesimbra	Divorciado	3º Ciclo	.
14	M	42	Lisboa	Solteiro	Licenciatura	Empregado
15	F	18	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
16	F	31	Setúbal	Divorciado	Licenciatura	-
17	M	18	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
18	M	36	Lisboa	Solteiro	Licenciatura	Estudante
19	F	31	Lisboa	União de Facto	12º Ano	Empregado
20	M	28	Lisboa	Solteiro	Licenciatura	Empregado
21	M	18	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
22	F	18	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Estudante
23	F	50	Lisboa	Divorciado	12º Ano	Desempregado
24	F	29	Lisboa	Solteiro	12º Ano	Empregado

*Nota.* O traço horizontal significa ausência de resposta do participante

## Anexo B – Caracterização das Escalas do MMPI-2

QUADRO B.1. – Escalas de validade do MMPI-2

<b>Designação e Composição das Escalas</b>	<b>Dimensões Avaliadas</b>
<b>Não Sei (?)</b>	Nº de omissões ou de itens duplamente respondidos.
<b>VRIN</b> 94 itens	Resposta inconsistente a pares de itens com conteúdo semelhante
<b>TRIN</b> 40 itens	Resposta inconsistente a pares de itens com conteúdo oposto.
<b>Infrequência (F)</b> 60 itens	Indica desvio, exagero, não convencionalidade na resposta ou patologia severa.
<b>Infrequência Final (Fb)</b> 40 itens	Itens de conteúdo semelhante a F, contidos na segunda metade do teste.
<b>Infrequência Psicopatológica (Fp)</b> 27 itens	Itens de infrequência direcionados para a população psiquiátrica.
<b>Mentira (L)</b> 15 itens	Não implica a mentira como tal, mas apenas a minimização de falhas de carácter que implicam reprovação social mínima, por receio das consequências da avaliação.
<b>Correção (K)</b> 30 itens	Escala mais subtil que a L, que filtra o número de falsos negativos, na medida em que é sensível à gestão positiva de impressões.
<b>Superlativa (S)</b> 50 itens	Como a K, é influenciada pela intenção de gerir positivamente as impressões, mas mais tendente a detetar a necessidade de desajustamento social.

QUADRO B.1. – Escalas de validade do MMPI-2

Designação e Composição das Escalas	Dimensões Avaliadas
<b>Hipocondria (Hs)</b> 32 itens	Preocupação excessiva com o funcionamento do organismo; queixas somáticas vagas.
<b>Depressão (D)</b> 57 itens	Sintomatologia depressiva (desânimo, desesperança, tristeza, desinteresse e retardamento psicomotor).
<b>Histeria (Hy)</b> 60 itens	Reacções histéricas face ao <i>stress</i> ; negação da saúde física; negação de problemas psicológicos e emocionais
<b>Desvio Psicopático (Pd)</b> 50 itens	Comportamentos anti-sociais, impulsividade; hostilidade; desrespeito por normas sociais e pela autoridade.
<b>Masculinidade - Feminilidade (Mf)</b> 56 itens	Adaptação aos papéis relacionados com o género.
<b>Paranóia (Pa)</b> 40 itens	Pensamento paranóide; sensibilidade; cinismo; moralismo.
<b>Psicastenia (Pt)</b> 48 itens	Sintomas, comportamentos e pensamentos obsessivos; compulsões e medos irracionais.
<b>Esquizofrenia (Sc)</b> 78 itens	Sintomas psicóticos; alienação social; distância afectiva; dificuldade no controlo dos impulsos
<b>Hipomania (Ma)</b> 46 itens	Sintomas hipomaníacos (humor elevado, discurso e atividade motora aceleradas).
<b>Introversão social (Si)</b> 70 itens	Evitamento de contactos e responsabilidades sociais.

## **Anexo C – Manual de Procedimentos**

### **SESSÃO DE APLICAÇÃO**

#### **PREPARAÇÃO DA SESSÃO**

- *bioPLUX* –
  - Ligar o aparelho (colocar o interruptor no ON)
  - Colocar o sensor EDA na entrada 1
  - Colocar o sensor de toque na entrada I/O
  - Colocar a pen no computador
  
- A sala é preparada com três cadeiras e uma mesa ampla, organizada de modo a que o examinador fique frente a frente com o participante, tendo ao seu lado o observador. O computador deve estar colocado de frente para o observador.
- O participante deve ter a mão em que está colocado o aparelho quieta, apoiada na almofada durante todos os momentos de teste. O observador deve estar atento a este aspeto, para impedir erros de leitura do aparelho.

#### **1º - INÍCIO DA SESSÃO**

Dar informação sobre o estudo e solicitar o consentimento dos participantes.

Após participante, examinador e observador estarem instalados, agradecer a colaboração, explicar que a realização envolve 60 a 75 minutos e solicitar ao participante que desligue o telemóvel para não surgirem interrupções.

Explicar brevemente o que se vai passar:

“Peço a sua atenção para as indicações que lhe vou dar. Vou pedir-lhe para responder a um inventário composto por um conjunto de frases; elas são muitas, mas são simples e penso que não vai ter dificuldades. Todos os dados recolhidos são confidenciais e peço-lhe que seja espontâneo(a) nas suas respostas. Esta aplicação tem uma característica particular, o facto de estar ligado a este aparelho, mas isso não deve incomodar a realização normal do teste. Vamos começar”.

## 2º - FASE DE RESPOSTA AO INVENTÁRIO

Colocar diante do participante os cartões e as caixas para as respostas (verdadeira e falsa) e dizer:

“Estes cartões constituem um conjunto de frases numeradas. Vai ler cada uma delas e decidir se é Verdadeira ou Falsa em relação a si. Se a frase for verdadeira, ou a maior parte das vezes verdadeira em relação a si, deverá colocar o cartão na caixa VERDADEIRO. Se a frase for falsa, ou a maior parte das vezes não verdadeira, em relação a si, coloca na caixa FALSO. Se a frase não se aplicar a si, deve colocar o cartão de lado. Deve tentar dar uma resposta a todas as frases. O importante é a sua opinião sobre si próprio(a).

Vamos ver um exemplo: Frase 1: ‘Gosto de revistas de mecânica.’ Se ‘Gosto de revistas de mecânica’ é Verdadeiro para si, vai fazer colocar neste caixa (exemplificar); se ‘Gosto de revistas de mecânica’ é Falso para si, então colocará nesta caixa (exemplificar). Se se enganar, pode recolocar na caixa correta. [voltar a colocar o cartão na caixa].

Frase 33: ‘É raro preocupar-me com a minha saúde.’ Se ‘É raro preocupar-me com a minha saúde’ é Verdadeiro para si, vai fazer colocar neste caixa (exemplificar); se ‘É raro preocupar-me com a minha saúde’ é Falso para si, então colocará nesta caixa (exemplificar). Se se enganar, pode recolocar na caixa correta. [voltar a colocar o cartão na caixa].

Tem alguma dúvida?”

Durante a aplicação (100 em 100 itens), faremos pequenas pausas para facilitar o registo das respostas.”

De seguida, dizer:

“Vamos agora colocar estes dois pequenos sensores. É destro ou esquerdino? Peça-lhe que retire os adereços na mão do aparelho”

LIGAR O APARELHO [ver notas complementares]

“Deve tentar manter a mão o mais estável possível durante a resposta ao teste. Agora, vou fazer-lhe duas perguntas para testar o aparelho.”

Nota: O observador em sala tem a tarefa de acompanhar toda a sessão, fazer um registo pormenorizado de eventuais anomalias e fazer o registo da sincronização entre tempo e item, de 20 em 20 itens. Não estabelece interação com o examinador e participante durante toda a sessão

(clicar) Q1 – “Qual a sua nacionalidade?” (clicar após a resposta) Q2 – “Seria capaz de matar uma pessoa por dinheiro?” (clicar. pausa para normalizar a atividade autonómica)

“Obrigada. Vamos agora dar início ao teste. Lembre-se que deve tentar responder a todas as frases e dar as suas respostas de modo espontâneo. Peço-lhe ainda, para um registo o mais exato possível, para não interagir comigo ou com o/a colega durante o tempo em que estiver a responder. Durante as pausas, terá oportunidade para colocar todas as suas dúvidas.”

### 3º - FINAL DA SESSÃO

Após a conclusão da tarefa, colocar as seguintes questões:

**Q1** - Comparando com uma situação normal qual o seu grau de ansiedade na realização do teste, numa escala de 1 a 5? [mostrar cartão com a representação gráfica da escala].

**Q2** - Quando respondeu ao questionário, quão preocupado se sentiu com a imagem que estava a dar de si mesmo, numa escala de 1 a 5? [mostrar cartão com a representação gráfica da escala].

Agradecer a participação e valorizar o contributo para o estudo.

### NOTAS COMPLEMENTARES PARA EXAMINADORES

- Ligar o sensor EDA na palma da mão não dominante (um em cada extremidade palmar).
- Abrir o programa no computador
- Clicar 2 vezes no *new*, (canto superior esquerdo)
- Clicar em *Window* e em seguida *Tile* para obter as duas leituras no ecrã
- Clicar em *play* para começar o registo

- Garantir que os dois sensores estão a funcionar corretamente (as leituras devem surgir no ecrã: EDA- linha contínua com alterações ligeiras; Sensor de toque – elevação retangular no ecrã)
- De 100 em 100 itens, fazer uma pausa (premir duas vezes o sensor de toque no fim da última resposta da série), substituir pelos cartões da sequência seguinte e perguntar se existe alguma dúvida. As pausas não inferiores a 3 minutos [cronometrados pelo observador]. De forma a aumentar a concentração, a cada pausa o examinador deve alternar a mão que usa para premir o sensor de toque.
- Após o último item de cada serie (itens 100, 200, 300, 400 e 500), o examinador deverá fazer um duplo clique de forma a assinalar o início de cada pausa

#### **Eventuais erros e procedimentos a seguir:**

**E1** – O aparelho teve um erro e parou o registo de alguns dos sinais/do sensor de toque.

**P1** – Parar, premir o sensor de toque, corrigir o erro no software e recomeçar o teste. [o observador deve registar o momento e características do erro]

**E2** – O participante interrompe o teste com uma questão, fora dos períodos de pausa.

**P2** – O examinador deve dar uma resposta longa e pausada, estendendo o tempo de resposta num mínimo de 120 segundos (sinal de erro para efeito de análise de dados). No final da resposta, premir o sensor no momento em que o participante recomeçar o teste.

## Anexo D – Resultados nas escalas de validade e clínicas do MMPI-2

QUADRO D.1.– Resultados nas escalas de validade do MMPI-2 dos participantes, por subgrupo

Participante	VRI N	TRIN	F	Fb	Fp	L	K	S
<b>normal</b>								
<i>faking</i>								
1	46	50	42	42	48	70	66	59
<b>normal</b>								
<i>não-faking</i>								
2	65	79	55	63	48	52	47	45
3	74	58	51	50	49	47	41	40
4	62	73	58	58	41	52	50	43
5	57	50	48	42	41	48	54	53
6	50	57	61	46	56	48	39	32
7	62	65	82	62	65	42	35	40
8	62	58	44	46	41	57	56	52
9	58	58	75	54	73	57	46	41
10	62	50	61	50	41	38	43	35
11	62	65	82	70	89	47	32	31
<b>clínico/forense</b>								
<i>faking</i>								
12	42	79	70	67	106	83	49	48
13	54	73	51	46	81	86	63	70
14	61	65	45	46	56	78	47	60
<b>clínico/forense</b>								
<i>não-faking</i>								
15	38	58	72	62	49	66	37	31
16	50	58	51	42	49	57	52	47
17	57	78	58	46	63	56	58	51
18	65	57	58	63	41	39	41	38
19	62	80	65	54	57	42	35	34
20	54	50	48	55	56	39	51	37
21	46	65	79	96	70	43	37	33
22	50	65	89	62	73	47	43	33
23	66	58	82	93	89	47	32	33
24	54	50	6	74	57	62	35	33

Nota. Valores expressos em Resultados T.

QUADRO D.2. – Resultados nas escalas clínicas do MMPI-2 dos participantes, por subgrupo

<b>Participante</b>	<b>Hs</b>	<b>D</b>	<b>Hy</b>	<b>Pd</b>	<b>Mf</b>	<b>Pa</b>	<b>Pt</b>	<b>Sc</b>	<b>Ma</b>	<b>Si</b>
<b>normal</b>										
<i>faking</i>										
1	54	40	59	52	56	39	55	54	56	40
<b>normal não-</b>										
<i>faking</i>										
2	51	59	50	72	54	68	66	60	65	46
3	43	62	35	49	52	34	57	46	45	63
4	61	47	45	58	52	39	49	50	59	48
5	62	64	57	57	46	46	57	51	65	46
6	59	62	50	44	50	39	39	49	59	48
7	56	64	58	47	47	59	61	67	56	45
8	61	62	56	47	55	39	64	62	62	44
9	65	62	68	76	43	78	57	78	71	45
10	56	55	65	81	52	63	64	65	56	51
11	63	57	65	73	65	52	57	67	74	49
<b>clínico/forense</b>										
<i>faking</i>										
12	39	57	38	48	48	49	45	56	53	46
13	51	53	54	55	57	59	49	53	59	43
14	42	45	54	35	64	49	37	36	41	39
<b>clínico/forense</b>										
<i>não-faking</i>										
15	73	81	58	53	55	52	62	63	56	66
16	49	64	56	53	40	45	49	44	41	56
17	79	78	74	64	62	61	72	70	51	68
18	48	78	57	69	56	86	83	70	41	68
19	61	62	70	58	52	52	55	53	59	44
20	45	61	38	62	68	39	68	67	53	59
21	59	78	66	92	74	90	87	89	62	64
22	56	70	58	84	69	63	61	82	65	47
23	67	77	77	84	50	70	77	87	82	65
24	71	79	68	71	55	70	66	67	53	66

Nota. Valores expressos em Resultados *T*

## Anexo E – Resultados de ativação de EDA, por escala

QUADRO E.1. – Resultados de ativação de EDA nas escalas de validade do MMPI-2

	<b>F</b>	<b>Fb</b>	<b>Fp</b>	<b>L</b>	<b>K</b>	<b>S</b>
<b>normal</b>						
<i>faking</i>						
1	10%	8%	4%	0%	10%	8%
<b>normal</b>						
<i>não-faking</i>						
2	20%	5%	7%	7%	17%	12%
3	-	-	-	-	-	-
4	13%	8%	4%	33%	13%	16%
5	12%	5%	4%	7%	10%	14%
6	8%	20%	7%	7%	17%	10%
7	12%	7%	8%	0%	0%	7%
8	13%	23%	22%	13%	10%	18%
9	15%	5%	11%	0%	13%	10%
10	10%	10%	15%	7%	23%	16%
11	13%	5%	11%	27%	10%	10%
<b>clínico/forense</b>						
<i>faking</i>						
12	12%	13%	11%	13%	20%	20%
13	18%	11%	22%	27%	14%	33%
14	5%	13%	13%	13%	23%	26%
<b>clínico/forense</b>						
<i>não-faking</i>						
15	5%	3%	0%	13%	10%	8%
16	8%	0%	4%	27%	10%	6%
17	25%	18%	11%	40%	37%	38%
18	15%	20%	11%	7%	20%	16%
19	17%	15%	15%	13%	10%	12%
20	18%	10%	22%	27%	7%	14%
21	12%	18%	4%	13%	13%	26%
22	25%	18%	26%	13%	27%	26%
23	15%	18%	11%	0%	13%	30%
24	10%	6%	7%	40%	13%	8%

Nota. Valores expressos em percentagens de activação no (activações/número de itens da escala).

QUADRO E.2. – Resultados de ativação de EDA nas escalas clínicas do MMPI-2 (em percentagem)

	<b>Hs</b>	<b>D</b>	<b>Hy</b>	<b>Pd</b>	<b>Mf</b>	<b>Pa</b>	<b>Pt</b>	<b>Sc</b>	<b>Ma</b>	<b>Si</b>
<b>normal</b>										
<i>faking</i>										
1	6%	2%	7%	6%	2%	8%	6%	4%	11%	4%
<b>normal</b>										
<i>não-faking</i>										
2	19%	12%	25%	16%	18%	15%	8%	13%	19%	13%
3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	13%	16%	17%	16%	14%	13%	6%	14%	20%	3%
5	13%	9%	12%	10%	13%	13%	19%	14%	17%	12%
6	28%	16%	22%	14%	18%	5%	10%	21%	17%	19%
7	16%	12%	10%	7%	9%	8%	15%	13%	2%	9%
8	13%	14%	20%	16%	20%	28%	19%	21%	11%	14%
9	3%	9%	10%	18%	16%	8%	6%	15%	17%	4%
10	16%	18%	17%	12%	16%	15%	13%	15%	24%	15%
11	16%	7%	15%	10%	13%	18%	15%	17%	9%	6%
<b>clínico/forense</b>										
<i>faking</i>										
12	25%	19%	18%	20%	21%	23%	10%	15%	26%	25%
13	19%	21%	25%	20%	27%	26%	13%	19%	43%	37%
14	13%	7%	13%	10%	11%	15%	13%	6%	17%	13%
<b>clínico/forense</b>										
<i>não-faking</i>										
15	13%	5%	17%	14%	8%	15%	8%	17%	30%	14%
16	16%	21%	20%	13%	14%	3%	6%	8%	20%	10%
17	25%	30%	35%	22%	21%	30%	31%	32%	30%	30%
18	9%	18%	20%	18%	18%	18%	15%	20%	20%	15%
19	22%	11%	15%	12%	13%	18%	19%	17%	11%	12%
20	19%	18%	18%	10%	14%	10%	15%	18%	17%	16%
21	25%	18%	18%	18%	13%	8%	21%	13%	13%	9%
22	9%	23%	17%	20%	16%	20%	15%	24%	20%	23%
23	19%	14%	13%	22%	18%	18%	19%	17%	20%	19%
24	25%	23%	20%	18%	13%	10%	17%	13%	13%	13%

Nota. Valores expressos em percentagens de activação no (activações/número de itens da escala)

## Anexo F – Tempo total de resposta ao teste e tempo médio por item

QUADRO F.1 – Tempo total ao teste e tempo médio de resposta por item, por participante

	<b>Tempo Total de Teste</b>	<b>Tempo Médio de Resposta ao Item</b>
<b>normal <i>Faking</i></b>		
1	58	6
<b>normal não-<i>faking</i></b>		
2	56	6
3	-	-
4	55	5
5	43	5
6	49	4
7	54	5
8	50	5
9	50	4
10	49	5
11	73	7
<b>clínico/forense <i>faking</i></b>		
12	117	12
13	94	10
14	48	5
<b>clínico/forense não-<i>faking</i></b>		
15	63	6
16	59	6
17	82	9
18	57	6
19	60	6
20	51	5
21	90	9
22	63	5
23	68	7
24	49	5

*Nota.* O tempo total de resposta ao teste encontra-se expresso em minutos; o tempo médio de resposta por item encontra-se expresso em segundos.

**Anexo G – Nível de ativação de EDA e nível de resultados *T* para os participantes do grupo de *faking good***

**Escalas de validade<sup>1</sup>**

Quadro G.1. Nível de ativação de EDA e de resultados *T* para a escala F

Ativação	$T < 50$	$T50 - T65$	$T \geq 65$
> 20%			
15-20%		X	
< 15%)	XX		X

Quadro G.2. Nível de ativação de EDA e de resultados *T* para a escala Fb

Ativação	$T < 50$	$T50 - T65$	$T \geq 65$
> 20%			
15-20%			
< 15%)	XXX		X

Quadro G.3. Nível de ativação de EDA e de resultados *T* para a escala Fp

Ativação	$T < 50$	$T50 - T65$	$T \geq 65$
> 20%			X
15-20%			
< 15%)	XX		X

Quadro G.4. Nível de ativação de EDA e de resultados *T* para a escala L

Ativação	$T < 50$	$T50 - T65$	$T \geq 65$
> 20%			X
15-20%			
< 15%)			XXX

Quadro G.5. Nível de ativação de EDA e de resultados *T* para a escala K

Ativação	$T < 50$	$T50 - T65$	$T \geq 65$
> 20%	X		
15-20%	X		
< 15%)		X	X

Quadro G.6. Nível de ativação de EDA e de resultados *T* para a escala S

Ativação	$T < 50$	$T50 - T65$	$T \geq 65$
> 20%		X	X
15-20%	X		
< 15%)		X	

## Escalas clínicas<sup>1</sup>

QUADRO G.7. Nível de ativação de EDA e de resultados  $T$  para a escala Hs

Ativação	$T < 50$	$T50 - T65$	$T \geq 65$
> 20%	X		
15-20%		X	
< 15%)	X	X	

QUADRO G.8. Nível de ativação de EDA e de resultados  $T$  para a escala D

Ativação	$T < 50$	$T50 - T65$	$T \geq 65$
> 20%		X	
15-20%		X	
< 15%)	XX		

QUADRO G.9. Nível de ativação de EDA e de resultados  $T$  para a escala Hy

Ativação	$T < 50$	$T50 - T65$	$T \geq 65$
> 20%		X	
15-20%	X		
< 15%)		XX	

QUADRO G.10. Nível de ativação de EDA e de resultados  $T$  para a escala Pd

Ativação	$T < 50$	$T50 - T65$	$T \geq 65$
> 20%			
15-20%	X	X	
< 15%)	X	X	

QUADRO G.11. Nível de ativação de EDA e de resultados  $T$  para a escala Mf

Ativação	$T < 50$	$T50 - T65$	$T \geq 65$
> 20%	X	X	
15-20%			
< 15%)		XX	

QUADRO G.12. Nível de ativação de EDA e de resultados  $T$  para a escala Pa

Ativação	$T < 50$	$T50 - T65$	$T \geq 65$
> 20%	X	X	
15-20%			
< 15%)	XX		

QUADRO G.13. Nível de ativação de EDA e de resultados  $T$  para a escala Pt

Ativação	$T < 50$	$T50 - T65$	$T \geq 65$
> 20%			
15-20%			
< 15%)	XXX	X	

QUADRO G.14. Nível de ativação de EDA e de resultados  $T$  para a escala Sc

Ativação	$T < 50$	$T50 - T65$	$T \geq 65$
> 20%			
15-20%		XX	
< 15%)	X	X	

QUADRO G.15. Nível de ativação de EDA e de resultados  $T$  para a escala Ma

Ativação	$T < 50$	$T50 - T65$	$T \geq 65$
> 20%		XX	
15-20%	X		
< 15%)			

QUADRO G.16. Nível de ativação de EDA e de resultados  $T$  para a escala Si

Ativação	$T < 50$	$T50 - T65$	$T \geq 65$
> 20%	XX		
15-20%			
< 15%)	XX		

<sup>1</sup> X = Participante 1; X = Participante 12, X = Participante 13; X = Participante 14