



Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde – FACES
Curso de Psicologia Matutino

Possibilidades de Avaliação Psicológica do Transtorno de Personalidade Anti-social: alcances e limitações

PATRÍCIA COROA DO COUTO

Brasília
Dezembro/2009

PATRÍCIA COROA DO COUTO

Possibilidades de Avaliação Psicológica do Transtorno de
Personalidade Anti-social: alcances e limitações

Monografia apresentada ao
Centro Universitário de Brasília –
UniCEUB, como requisito básico
para a obtenção do grau de
Psicólogo da Faculdade de
Ciências da Educação e da Saúde
– FACES.

Professor-Orientador: Frederico
G. Ocampo Abreu

Brasília, dezembro/2009.



Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde – FACES
Curso de Psicologia Matutino

Esta monografia foi aprovada pela
comissão examinadora composta por:

Frederico G. Ocampo Abreu

Otávio de Abreu Leite

Carlene M. Dias Tenório

A menção final obtida foi:

Brasília, dezembro/2009.

Dedico este trabalho à minha mãe,
por seu interesse pelas contribuições dele
e cuja trajetória familiar me serviu de inspiração.

AGRADECIMENTOS

Sendo este o ponto convergente de anos buscando um objetivo, há muito o que agradecer e muitos a quem agradecer.

Às velhas amigas-irmãs e aos novos amigos conquistados pelo caminho, agradeço pela ternura de estarem ao meu lado sempre e de fazerem da minha trajetória acadêmica tão prazerosa e inesquecível.

Aos professores, por sua paixão, sempre objeto de minha admiração, e por assim me apresentarem um “mundo” de possibilidades.

À minha família, absolutamente, por tudo.

À banca examinadora, pela atenção dispensada a este trabalho, em tempos conhecidamente difíceis.

Por fim, sou grata ao professor Frederico Abreu, que ajudou a tornar essa jornada mais leve, demonstrando prontidão, paciência e, principalmente, confiança em mim.

“Eles sabem a letra, mas não a música”*

*Kiehl, Hare, McDonald & Brink, 1999, citados por Morana, Stone & Abdalla-Filho, 2006, referindo-se a psicopatas. [Tradução livre]

SUMÁRIO

Resumo.....	vii
Introdução.....	08
Capítulo I – Psicopatia.....	10
1.1. Histórico do conceito, DSM e CID-10.....	10
1.2. Perversão e perspectiva psicanalítica.....	14
1.3. Características e sintomas.....	18
Capítulo II – Avaliação Psicológica.....	22
2.1. Psicodiagnóstico.....	23
2.2. Entrevista Clínica.....	25
2.3. Testagem Psicológica.....	29
Capítulo III – Alcances e limitações da avaliação do Transtorno de Personalidade Anti-social	31
3.1. Hare PCL-R	32
3.2. MMPI e MMPI-2	34
3.2.1. Sobre o uso conjunto do MMPI e o PCL-R.....	39
3.3. Testes do Método Projetivo.....	40
3.3.1. TAT.....	41
3.3.2. Rorschach.....	43
3.4 Outros instrumentos.....	45
Considerações Finais.....	49
Referências.....	52

RESUMO

Com o objetivo de promover uma discussão acerca de sua aplicabilidade, limitações e contribuições, são apresentados alguns dos instrumentos mais usualmente encontrados na literatura, no que concerne à avaliação do transtorno de personalidade anti-social. Traça-se, primeiramente, um panorama sobre a conceituação do transtorno, suas características e sintomas, apresentando-se, a seguir, constituintes da avaliação psicológica, realizando um recorte para o psicodiagnóstico e testagem psicológica. Por fim, uma breve análise de cada instrumento aqui selecionado dá suporte à discussão sobre sua utilização. A adaptação apropriada ao contexto brasileiro e as divergências de adequação quanto aos métodos utilizados na avaliação da personalidade, bem como a escassez de instrumentos validados no Brasil, constituem um desafio para a prática do psicodiagnóstico. Portanto, a eficácia da avaliação psicológica pode, assim, ser mais facilmente alcançada quando se utiliza uma composição de meios e fontes múltiplas de obtenção de informações, incluindo a observação, os diversos instrumentos de avaliação, as entrevistas com familiares, o histórico clínico e demais possibilidade de obtenção de dados.

Palavras-chave: transtorno de personalidade anti-social; psicopatia; avaliação de personalidade; psicodiagnóstico.

A prática de avaliação psicológica de transtornos de personalidade e, mais especificamente, do transtorno de personalidade anti-social, abrange diversos aspectos e possibilidades de técnicas, instrumentos, métodos, bem como de abordagens em que esses se fundamentam.

Entretanto, a diversidade deste tipo de avaliação apresenta dificuldades que podem trazer limitações, restringindo seu uso. Isso pode ser observado quando se considera os objetivos específicos da cada avaliação, a questão da confiabilidade, precisão e especificidade dos instrumentos, a subjetividade à qual as interpretações dos dados estão suscetíveis, a experiência requerida para utilização de alguns instrumentos mais complexos e, ainda, as variáveis do contexto em que o examinando está inserido.

Assim, traça-se, primeiramente, um panorama sobre a conceituação do transtorno, suas características e sintomas, apresentando-se, a seguir, constituintes da avaliação psicológica, realizando um recorte para o psicodiagnóstico e testagem psicológica. Por fim, uma breve análise de cada instrumento aqui selecionado dá suporte à discussão sobre sua utilização.

Dessa maneira, o objetivo deste trabalho é expor alguns dos instrumentos mais usualmente encontrados na literatura, no que concerne à avaliação do transtorno de personalidade anti-social, promovendo uma discussão acerca de sua aplicabilidade, abrangências e limitações.

Justifica-se a relevância e pertinência deste trabalho pelas divergências de adequação quanto aos métodos utilizados na avaliação da personalidade constituírem um desafio para a prática do psicodiagnóstico. Acrescentam-se a isso os problemas relativos à escassez de instrumentos validados no Brasil, bem como a adaptação apropriada ao contexto brasileiro (Nunes, Nunes & Hutz, 2006).

A eficácia da avaliação psicológica pode, assim, ser mais facilmente alcançada quando se utiliza uma composição de meios e fontes múltiplas de obtenção de informações, incluindo a entrevista (Nunes, *et al.*, 2006). Para isso, os critérios da avaliação psicológica devem estar claros ao profissional avaliador, incluindo as implicações das perspectivas teóricas que os norteiam e, sobretudo, o processo integrado das etapas (Cunha, 2002; Pasquali, 2001).

O capítulo I deste trabalho é dedicado à discussão acerca do histórico do conceito de psicopatia, aqui compreendido como transtorno de personalidade anti-social, abordando as diversas acepções do termo, da perspectiva psicanalítica e correlação entre perversão e psicopatia, bem como da caracterização e semiologia do transtorno.

O capítulo II enfoca a prática da avaliação psicológica clínica, destacando o processo psicodiagnóstico. A entrevista clínica e a testagem psicológica, caracterizadas como etapas fundamentais deste processo, são então brevemente descritas e analisadas.

No capítulo III são consideradas algumas das técnicas mais exploradas e mais presentes na literatura de avaliação do transtorno de personalidade anti-social: o PCL-R, o MMPI, o TAT, o Rorschach e outros instrumentos (HTP e inventários), bem como o uso combinado de alguns deles. A partir disso, discutem-se algumas implicações de sua utilização, concernentes aos alcances e limitações.

CAPÍTULO I

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL

1.1. Histórico do conceito, DSM e CID-10

Ao longo da história, o conceito de psicopatia sofreu modificações, adaptadas ao contexto em que surgiam, buscando uma melhor compreensão e definição do fenômeno, que é aqui denominado transtorno de personalidade anti-social. Holmes (1997) introduz um panorama histórico acerca desse conceito, mencionando o termo “insanidade sem delírio” (p.311), referido por Pinel em 1806, para os indivíduos que apresentavam comportamentos inapropriados, sem ter, porém, outros sintomas tradicionalmente associados ao comportamento anormal.

Shine (2002), por sua vez, faz alusão às contribuições das escolas de psiquiatria francesa, alemã e anglo-saxônica. O autor cita a história que Pinel descreveu, em 1809, de um filho único que, mimado por uma mãe permissiva, manifestava comportamentos impulsivos e desordenados. Também menciona Esquirol que, dando continuidade ao trabalho de Pinel, apontou para a possibilidade de a conduta levar a atos criminosos. Magnan (1835/1916, citado por Shine, 2002) introduziu a idéia de desequilíbrio mental, baseando-se na concepção neurológica de uma falta de harmonia entre diferentes centros nervosos, o que poderia levar a um estado de desequilíbrio mais grave. Além disso, Kraepelin (1856/1925, citado por Shine, 2002), que desenvolveu um trabalho com ênfase nas lesões e má formações neurológicas, criou o termo personalidade

psicopática, em 1904. No entanto, foi Schneider (1923, citado por Shine, 2002) que difundiu tal termo, compreendendo que a inteligência e a estrutura orgânica não eram afetadas pelo distúrbio e definiu que as personalidades psicopáticas eram aquelas “anormais que sofrem por sua anormalidade ou, por ela, fazem sofrer a sociedade” (p.15). Para Kahn (1931, citado por Shine, 2002) as personalidades psicopáticas apresentariam desordens de personalidade não classificadas como doenças mentais e teriam uma condição comum, o desajustamento social. Em 1835, Prichard (citado por Shine, 2002) cunhou o termo insanidade moral, indicando uma alteração mental em que o poder de autocontrole estaria prejudicado.

A 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993), refere-se ao transtorno de personalidade anti-social, caracterizado por indiferença aos sentimentos alheios, atitude persistente de irresponsabilidade e desrespeito por normas sociais, incapacidade de manter relacionamentos, baixa tolerância à frustração e baixo limiar para descarga de agressividade. Há, também, uma tendência a culpar os outros e a oferecer racionalizações para explicar um comportamento que entra em conflito com as normas sociais. Além disso, conforme a CID-10, o comportamento não é facilmente modificado pela adversidade experienciada.

Segundo Kernberg (1995a), antes da introdução do termo distúrbio sociopático da personalidade, pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-I), utilizava-se o termo personalidade sociopática, que enfatizava os aspectos socialmente mal-adaptativos. Em 1968, a expressão foi alterada para personalidade anti-social, no DSM-II. Elaborou-se, assim, uma definição mais precisa que, conforme o autor, foi baseada na obra de Handerson (1939) e Cleckley (1941):

Esse termo é restrito a indivíduos que são basicamente não socializados e cujos padrões de comportamento fazem com que repetidamente entrem em conflitos com a sociedade. Trata-se de indivíduos incapazes de fidelidade significativa com pessoas, grupos ou valores sociais. São excessivamente egoístas, insensíveis, irresponsáveis, impulsivos e incapazes de sentir culpa ou aprender com a experiência e com a punição. Sua tolerância à frustração é baixa. Tendem a queixar-se dos outros, ou verbalizar racionalizações plausíveis para seus comportamentos. Uma simples história de crimes ou transgressões de ordem social não é o suficiente para justificar este diagnóstico. (p.74)

Kernberg (1995a) afirma que o DSM-III manteve o termo personalidade anti-social, apenas acrescentando a palavra *transtorno*, por se tratar de uma definição significativa. Entretanto, Hare (1985a, 1986, citado por Beck & Freeman, 1993) aponta para a questão de o DSM-III realçar o comportamento delinquente ou criminoso, negligenciando outros traços de personalidade do transtorno. Tal alerta é feito também por Holmes (1997), quando descreve os critérios diagnósticos do DSM-IV. Este autor pontua a relevância de observar comportamentos criminosos ou delinquentes, sem, no entanto, torná-los determinantes para o diagnóstico.

Henriques (2009), em seu estudo sobre a evolução do conceito de psicopatia, faz uma ressalva importante, a de que no século XIX, a expressão psicopatia não estava ligada à personalidade anti-social especificamente. Possuía um sentido abrangente, indicando doenças mentais de um modo geral. Exemplifica a ampla aceção do termo, citando o uso que Freud faz da expressão, em 1905 ou 1906, em seu artigo *Personagens psicopáticos no palco*. O autor confere à psiquiatria anglo-saxônica moderna e, principalmente, a Cleckley (1941) a determinação da psicopatia como uma

personalidade anti-social. Em seu artigo, Henriques enumera as principais características do psicopata, descritas por Cleckley em *The Mask of Sanity*. A ver:

1. Aparência sedutora e boa inteligência
2. Ausência de delírios e de outras alterações patológicas do pensamento
3. Ausência de “nervosidade” ou manifestações psiconeuróticas
4. Não confiabilidade
5. Desprezo para com a verdade e insinceridade
6. Falta de remorso ou culpa
7. Conduta anti-social não motivada pelas contingências
8. Julgamento pobre e falha em aprender através da experiência
9. Egocentrismo patológico e incapacidade para amar
10. Pobreza geral na maioria das reações afetivas
11. Perda específica de *insight* (compreensão interna)
12. Não reatividade afetiva nas relações interpessoais em geral
13. Comportamento extravagante e inconveniente, algumas vezes sob a ação de bebidas, outras não
14. Suicídio raramente praticado
15. Vida sexual impessoal, trivial e mal integrada
16. Falha em seguir qualquer plano de vida. (Cleckley, 1988, citado por Henriques, 2009, p.289)

O DSM - IV (APA, 2002), que fornece a classificação atual, apresenta como característica essencial do transtorno de personalidade anti-social “o padrão global de

desrespeito e violação dos direitos alheios” (p.656), que inicia na infância ou começo da adolescência e continua na idade adulta. O manual também cita como critérios o fracasso em conformar-se com as normas sociais, a tendência a enganar, a impulsividade, a irresponsabilidade com a própria segurança ou a de outros e com o trabalho e a ausência de remorso. Além disso, para assim ser diagnosticado, o indivíduo deve ter apresentado sintomas do Transtorno da Conduta até os 15 anos de idade.

Embora o termo psicopatia possa implicar acepções diversas, o presente trabalho refere-se ao transtorno de personalidade anti-social, como descrito pela 4ª edição do Manual Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM – IV), da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2002). Ademais, os diferentes termos – psicopatia, sociopatia, personalidade anti-social, personalidade associal e personalidade dissocial – são tomados como sinônimos e utilizados de acordo com a menção de cada autor.

1.2. Perversão e perspectiva psicanalítica

Para uma melhor compreensão do termo perversão, Queiroz (2004) traz uma descrição etimológica da palavra, que vem do latim (*perversio*) e pode indicar “o que está ligado às avessas, o que está fora de ordem, desordenado, desregrado, contrário ao que deve ser, defeituoso, vicioso” (p.77). O verbo, também em latim, *pervertere*, significa “perverter, corromper, destruir subverter” (p.77).

Ao discutir a perversão pela perspectiva da Psicanálise, Queiroz (2004) ressalta as contribuições de Peixoto Jr. (1999) e Calligaris (1986), que estenderam esse conceito para o campo social, dissociando-o da categoria de desvio sexual. Peixoto Jr. (1999)

sugere um processo de metamorfose entre a perversão sexual e social e formas de distingui-las. Conclui seu trabalho ratificando a urgência de um esclarecimento teórico do domínio social. Consoante Queiroz (2004), Freud já ampliara o estudo da perversão ao desenvolver uma teoria do social, onde elucida a perversão no limite entre o individual e o social.

Fenichel (2005) utiliza os termos perversões e neuroses impulsivas, compreendendo que há diferenças estruturais entre os modos de experiência das impulsividades, sendo a impulsividade psicopática, instintiva e egossintônica. Isso quer dizer que as atitudes do indivíduo psicopata não o perturbam e apresentam irresistibilidade característica, por causa da intolerância a tensões.

O problema da correlação entre psicopatia e perversão é abordado por Henriques (2009), que pontua as diferenças entre o diagnóstico psiquiátrico, o qual abordaria a psicopatia como síndrome clínica, e o diagnóstico psicanalítico, que teria uma perspectiva estrutural. Segundo esse autor, a psicanálise compreende a perversão “como uma estruturação subjetiva, isto é, como uma das saídas possíveis do complexo de Édipo, uma tomada de posição frente à ameaça de castração” (p.9). O autor alude ainda ao pressuposto psicanalítico de que há “uma unidade psicopatológica fundamental entre a psicopatia e as parafilias em torno da ‘estrutura perversa’” (p.10), a qual é baseada no modelo do fetichismo, de renegação da ausência do pênis na mãe, com o objetivo de reprimir a angústia da castração. Pode-se ver a ratificação dessa posição por Julien (2002), quando afirma ser o fetichismo “o paradigma de toda perversão” (p.108).

Na obra *Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico*, Freud (1916) denominou três tipos de caráter, dos quais é destacado, no presente trabalho, o tipo *criminosos em consequência de um sentimento de culpa*. Estes indivíduos sofrem de um sentimento de culpa anterior à ação e, com a realização de uma má ação, esse

sentimento é abrandado. Nesse estudo, Freud distingue estes criminosos daqueles “que praticam crimes sem qualquer sentimento de culpa: que, ou não desenvolveram quaisquer inibições morais, ou, em seu conflito com a sociedade, consideram sua ação justificada” (p.376). Ao fazer tal distinção no intuito de excetuar o segundo tipo de criminoso mencionado, Freud contribuiu para a abertura de um novo campo de pesquisa sobre os indivíduos criminosos que não apresentam sentimento de culpa, uma das características mais marcantes da psicopatia (Shine, 2002). Mais tarde, em *Tipos libidinais*, Freud (1931) também marca sua contribuição ao descrever o *tipo narcísico*:

Não existe tensão entre o ego e o superego. (...) O principal interesse do indivíduo se dirige para a autopreservação; é independente e não se abre à intimidação. Seu ego possui uma grande quantidade de agressividade à sua disposição, à qual também se manifesta na presteza à atividade. (...) As pessoas pertencentes a esse tipo são especialmente apropriadas a assumirem o papel de líderes e a darem um novo estímulo ao desenvolvimento cultural ou a danificarem o estado de coisas estabelecido. (p.226)

Uma explicação é oferecida por alguns teóricos que utilizam a abordagem estrutural de Freud à personalidade, na qual se sugere que o superego não se desenvolve adequadamente em indivíduos com o transtorno de personalidade anti-social. Dessa forma, não há um superego adequado para restringir a impulsividade e o hedonismo característicos e tornar possíveis sentimentos como ansiedade e culpa. Essa irregularidade no superego é, supostamente, produto de uma falha de identificação com figuras parentais adequadas, as quais não estavam disponíveis (Fenichel, 1945, citado por Holmes, 1997). Nesse sentido, o superego pode ser compreendido como uma representação interna do temor da castração ou da perda do amor relacionadas às figuras

parentais. Deve ocorrer uma internalização das exigências externas, o perigo passa a ameaçar a partir de dentro, como uma representação interna da ameaça de perda de proteção e punição. Caberia ao superego instituído deliberar sobre quais impulsos serão permitidos e quais serão reprimidos (Fenichel, 2005).

Friedlander (1945, citada por Shine, 2002) também defende a ideia de um superego deficitário, afirmando que o indivíduo com caráter anti-social possui um código moral falho, em que a satisfação dos seus instintos tem maior poder no julgamento do que é certo e do que é errado.

Kernberg (1995b) discorre sobre os níveis de patologia do superego, afirmando que o nível mais extremo encontra-se em indivíduos com o transtorno de personalidade anti-social. Segundo o autor, o que caracteriza essa patologia no superego é a falta de compreensão, por parte desses indivíduos, de que as exigências morais “representam um autêntico sistema de moralidade que outras pessoas internalizaram” (p.237), apesar de compreenderem o que deve ser feito para seguir essas regras morais. Dessa forma, os indivíduos com o transtorno “percebem as exigências morais do ambiente como um sistema ‘de alerta’, convencionalmente aceito, a ser explorado pelos corruptos (como eles) e obedecido pelos ingênuos e pelos fingidos” (p.237).

Outra pontuação psicanalítica se baseia na ideia de que o indivíduo com esse transtorno está fixado em um estágio inicial do desenvolvimento psicosssexual, por não ter tido satisfeitas, pelas figuras parentais, suas necessidades de amor, apoio e aceitação. Shine (2002) propõe uma discussão acerca da localização temporal do ponto de fixação da libido – fase oral, anal ou fálica – referindo a alguns teóricos da psiquiatria e psicanálise que defendem ideias distintas. Conforme sugere o autor, a posição poderia ser definida como fase pré-genital, se tal falta de especificidade não fosse um problema.

1.3. Características e sintomas

Beck & Freeman (1993) afirmam que há na literatura uma distinção entre psicopatia primária e secundária. A primeira refere-se a um indivíduo com aparente ausência de culpa sobre seu comportamento ilegal ou imoral e, por isso, é compreendido como não tendo consciência moral. A segunda distingue um indivíduo que manifesta os mesmos comportamentos, porém apresenta sentimento de culpa e temor pelas conseqüências de seus atos; no entanto, devido ao seu fraco controle dos impulsos, não deixará de ter comportamentos anti-sociais.

Na mesma linha de raciocínio, Holmes (1997) destaca que a diferenciação entre transtorno de personalidade anti-social primário e secundário baseia-se no processo responsável pelos baixos níveis de ansiedade. Em ambos os casos, o transtorno tem escassez de ansiedade como característica comum. Entretanto, no tipo primário, considera-se que o indivíduo é incapaz de desenvolver ansiedade; enquanto que no tipo secundário, ele tem a capacidade de desenvolver ansiedade, mas aprende a evitá-la.

Ballone & Moura (2008) mencionam, em seu trabalho, a tipologia desenvolvida por Blackburn (1998) para os subtipos de psicopatas. Conforme os autores, Blackburn também distingue dois tipos de psicopatas, que compartilham um alto grau de impulsividade: “um *Tipo Primário*, caracterizado por uma adequada socialização e uma total falta de perturbações emocionais, e um *Tipo Secundário*, caracterizado pelo isolamento social e traços neuróticos”. Para ele, os psicopatas primários são caracterizados por maior extroversão, autoconfiança e baixo nível de ansiedade; enquanto que os psicopatas secundários apresentam ansiedade, isolamento social, mau

humor e baixa auto-estima. Todavia, ambos os tipos compartilham traços de impulsividade, hostilidade e agressividade.

Holmes (1997) discorre sobre sintomas característicos do transtorno de personalidade anti-social, como sintomas motores, cognitivos e de humor. A impulsividade e a busca de sensações são os sintomas motores indicados pelo autor, observando que o indivíduo com esse transtorno sente-se atraído pela transgressão e por atividades perigosas, visando apenas à diversão.

Ao discorrer sobre os sintomas cognitivos do transtorno, Holmes (1997) ressalta a inteligência e as boas habilidades verbais e sociais, além da capacidade de racionalizar seus atos inadequados de maneira a imprimir-lhes aparência justificável. Acrescenta a isso o fato de a punição não surtir efeito nesses indivíduos, que costumam reincidir no comportamento punido – quando não convencem de sua inocência, utilizando suas habilidades verbais e sociais, para evitar serem punidos.

Entre os sintomas do terceiro tipo (de humor), está o que o autor considera o mais significativo, a ausência de ansiedade ou de culpa. O indivíduo com o transtorno não manifesta qualquer tipo de remorso e não possui “o constrangimento tipicamente suprido pela ansiedade” (p.309), daí o seu caráter impulsivo. Outro sintoma de humor indicado pelo autor é o hedonismo, o que faz com que as pessoas com o transtorno de personalidade anti-social estejam sempre procurando meios de satisfazer os seus próprios desejos, buscando o seu prazer e não se importando em prejudicar outros a sua volta para isso. O terceiro sintoma descrito é a superficialidade de sentimentos e ausência de apegos emocionais a outros. Os indivíduos com o transtorno podem até falar de sentimentos de apego a outra pessoa, porém não os demonstram em seu comportamento.

Há na literatura uma subtipologia desenvolvida por Millon (1998, citado por Ballone & Moura, 2008), com o intuito de extinguir as incongruências acerca das diversas considerações sobre os subtipos de psicopatas, e de maneira a enfatizar a presença de elementos comuns a todos os subtipos – “um marcado egocentrismo e um profundo desprezo pelos sentimentos e necessidades alheias” (Ballone & Moura, 2008). Essa subtipologia, adaptada pelos autores por motivos didáticos, é proposta em cinco tipos: psicopata carente de princípios, psicopata malévolos, psicopata dissimulado, psicopata ambicioso e psicopata explosivo.

O primeiro subtipo caracteriza-se principalmente pela irresponsabilidade social, violação às regras (sem receio de punição) e exploração de outros para seu benefício próprio. Este tipo possui uma forte autovalorização e indiferença em relação ao bem-estar alheio. Por essas razões, diz-se que não existe, nesses indivíduos, o superego.

No segundo subtipo – uma condensação dos subtipos malévolos, tirânico e maléfico – destacam-se os traços vingativos e hostis. São os mais cruéis e destrutivos. Segundo Ballone & Moura (2008), tais indivíduos psicopatas têm um quê de paranoicos, pois estão sempre a desconfiar dos bons sentimentos alheios, acreditando que serão enganados e traídos. Por causa dessa postura ressentida, travam uma luta contra a sociedade, sem, no entanto, perder suas habilidades oportunistas de selecionar as vítimas mais vulneráveis.

O psicopata dissimulado manifesta comportamentos falsos e manipuladores, com grande excitação pelo jogo da sedução e tendência à mentira e à conspiração. Quando confrontados, sua reação pode variar de uma vingança calculista a uma explosão agressiva.

O subtipo psicopata ambicioso experimenta sentimentos de vazio e privação de amor, apoio ou gratificações materiais. Dessa forma, busca compensar-se por meio de

transgressões e usurpação de bens de outros, obtendo, no entanto, maior prazer em tomar do que em ter. Sua motivação advém de ciúmes, inveja e ambição, sem nunca experimentar plena satisfação. Portanto, a despeito do êxito que possa obter, segue sentindo-se não realizado e desolado.

O quinto subtipo, o psicopata explosivo agrega inconstância, fúrias súbitas e imprevisíveis ataques de hostilidade e beligerância, sem alguma provocação aparente. São frustrados com a vida e diferenciam-se dos outros subtipos por não disfarçarem suas atitudes com sutileza e afabilidade.

Assim, compreende-se que o conceito de transtorno de personalidade anti-social tem acompanhado a evolução das teorias e práticas clínicas, sob diversos enfoques e nomenclaturas. Também os traços identificadores de uma personalidade psicopática constituem o foco de vários instrumentos da avaliação psicológica. Sobre esta falaremos no capítulo a seguir. Os instrumentos serão abordados no capítulo III.

CAPÍTULO II

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

A avaliação psicológica constitui-se como uma das funções do psicólogo e abrange vários recursos e abordagens utilizáveis pelos profissionais da área, tendo os seus alicerces fundados no final do século XIX e início do século XX. Durante este século, as correntes de pensamento exerciam influência sobre as estratégias de avaliação, de acordo com os aspectos do psiquismo que lhes serviam de fundamento, como o comportamento, o afeto e a cognição (Cunha, 2002).

De acordo com Pasquali (2001), a avaliação psicológica profissional deve ser baseada na observação, seguindo critérios científicos de confiabilidade e validade, além de subsidiar inferências, que partem de um processo de teste de hipóteses. Essa avaliação deve formar um processo integrado, com uso de técnicas adequadas a cada caso. A primeira etapa do processo é a identificação de necessidades, comportamentos e processos psicológicos, por meio de entrevistas, observação, testes psicométricos e técnicas intuitivas. A segunda etapa é a integração das descrições e escores, onde se realiza uma classificação. A inferência de hipóteses, baseada na interpretação, é a terceira etapa proposta. A intervenção, por meio de orientação psicológica, terapia ou outros programas de intervenção, se caracteriza como a quarta etapa. Por fim, o autor acrescenta a etapa de monitoração das anteriores, fazendo uso de observação e entrevista.

Cunha (2002) aponta para a questão da abrangência semântica da expressão “estratégias de avaliação”, esclarecendo que pode se referir a enfoques teóricos, à

metodologia utilizada pelo psicólogo – como os métodos qualitativos e psicométricos – e, ainda, especificamente às medidas de sintomas ou de síndromes. As estratégias de avaliação usadas na atualidade possuem um objetivo definido, buscando respostas aos problemas encontrados. Como exemplo de avaliação psicológica para fins clínicos, a autora menciona o psicodiagnóstico, observando que este enfoca “a existência ou não de psicopatologia” (p.22) e destaca a testagem como um dos recursos de avaliação.

2.1. Psicodiagnóstico

O termo vem do grego *diagnōstikós*, que significa “discernimento, faculdade de conhecer, de ver através de” (Ancona-Lopez, 1984, p.1). Segundo Ancona-Lopez, o uso do termo diagnóstico psicológico varia de acordo com suas diferentes concepções e estruturas, podendo ser encontradas expressões como psicodiagnóstico, diagnóstico da personalidade, estudo de caso e avaliação psicológica.

Ancona-Lopez (1984) faz uma distinção das práticas de psicologia clínica e de psicodiagnóstico, alegando que enquanto a primeira tem por objetivo o alívio do sofrimento psíquico do paciente, o segundo visa “organizar os elementos presentes no estudo psicológico, de forma a obter uma compreensão do cliente a fim de ajudá-lo” (p.11).

O psicodiagnóstico é caracterizado por Ocampo, Arzeno & Picollo (2003) como uma situação bipessoal (psicólogo-paciente), com duração limitada, que objetiva uma compreensão e descrição profunda e completa da personalidade do paciente, podendo a investigação ser focalizada em um aspecto particular, dependendo da indicação. Além

disso, o processo psicodiagnóstico utiliza certas técnicas para abordar aspectos passados, presentes e futuros da personalidade do cliente. Segundo o enfoque das autoras, tal processo se divide nos seguintes passos: primeiro contato e entrevista inicial com o paciente; aplicação de testes e técnicas projetivas (previamente selecionados de acordo com o caso); encerramento do processo (entrevista de devolução ao paciente) e informe para o profissional que encaminhou o caso, quando necessário.

Considerando o estudo de Cunha (2002), trata-se de um processo científico, que se limita no tempo e se baseia em um contrato de trabalho entre psicólogo e paciente, e deve partir de um levantamento prévio de hipóteses. Nesse processo, são utilizados testes e técnicas, com objetivos delimitados de acordo com a demanda da consulta, que podem ser de classificação simples ou nosológica, descrição, diagnóstico diferencial, avaliação compreensiva, entendimento dinâmico, prevenção, prognóstico e perícia forense.

A autora propõe as etapas de um modelo psicológico clínico que, resumidamente, assim se apresentam:

- a) levantamento de perguntas relacionadas com os motivos da consulta e definição das hipóteses iniciais e dos objetivos do exame;
- b) planejamento, seleção e utilização de instrumentos de exame psicológico;
- c) levantamento quantitativo e qualitativo dos dados;
- d) integração de dados e informações e formulação de inferências pela integração dos dados, tendo como pontos de referência as hipóteses iniciais e os objetivos do exame;
- e) comunicação de resultados, orientação sobre o caso e encerramento do processo. (p.31)

Além do diagnóstico em si, as possíveis finalidades de um psicodiagnóstico são propostas por Arzeno (1995) como avaliação do tratamento, meio de comunicação e na investigação. O uso do psicodiagnóstico com fins de avaliação do tratamento se constitui em uma nova aplicação da mesma bateria de testes aplicados anteriormente (re-testes), com o objetivo de constatar avanços terapêuticos, planejar uma alta ou até mesmo de “descobrir o motivo de um impasse no tratamento” (p.8). No caso do uso do psicodiagnóstico como meio de comunicação, a autora defende a ideia de que, ao introduzir modificações no atendimento a pacientes que têm dificuldade em se comunicar espontaneamente, pode-se despertar entusiasmo e, assim, favorecer a comunicação e a tomada de *insight*. Por fim, o uso na investigação possui dois objetivos distintos. Um deles seria a criação de novos instrumentos e, o outro, o planejamento de investigação de uma patologia, algum problema educacional, forense etc.

2.2. Entrevista Clínica

Apesar de o processo psicodiagnóstico se fundamentar em etapas, como visto anteriormente, não se pode dizer que tais passos constam de uma forma fixa e estática. A entrevista inicial, que se refere à primeira etapa diagnóstica, não é necessariamente única, tampouco acontece obrigatoriamente no início do processo (Arzeno, 1995). Para Arzeno, isso depende de diversas razões. Quando os objetivos da entrevista inicial não foram atingidos no tempo delimitado, uma nova entrevista se faz necessária; ou, ainda, quando o estado emocional do paciente impossibilita um clima adequado, é necessário

um segundo encontro, quando o paciente geralmente está com menores níveis de ansiedade e tensão e se torna mais colaborador.

Santiago (1984) alerta para a importância de um marco referencial na entrevista inicial, com vistas à constância das variáveis referentes aos objetivos e ao papel do psicólogo, ao lugar e horário das entrevistas, bem como à duração do trabalho e aos honorários. Dessa maneira, pode-se evitar que essas variáveis interfiram no contexto da relação, causando reações de hostilidade, de ansiedade confusional, entre outras.

Para Santiago (1984), a entrevista inicial, por ser o primeiro contato entre psicólogo e paciente, é uma situação desconhecida, a qual pode ocasionar apreensão e ideias preconcebidas sobre o psicólogo e sobre o paciente. A ausência total de tais ideias não seria possível, segundo a autora. Entretanto, é necessário refletir sobre elas, visando à objetividade do trabalho. Além disso, postula que o psicólogo deve se envolver no processo diagnóstico e que a reação emocional que o paciente provoca no psicólogo, isto é, o impacto afetivo, provê ideias sobre os tipos de vínculos que o paciente estabelece.

Tavares (2002) define entrevista clínica como:

(...) um conjunto de técnicas de investigação, de tempo delimitado, dirigido por um entrevistador treinado, que utiliza conhecimentos psicológicos, em uma relação profissional, com o objetivo de descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos (indivíduo, casal, família, rede social), em um processo que visa a fazer recomendações, encaminhamentos ou propor algum tipo de intervenção em benefício das pessoas entrevistadas. (p.45)

O autor afirma que a finalidade comum a todos os tipos de entrevistas clínica é a descrição e avaliação. No entanto, os objetivos instrumentais podem variar de acordo

com cada modalidade de entrevista. Neste trabalho, cabe citar duas das modalidades descritas: a anamnese, que tem por finalidade o levantamento detalhado da história do desenvolvimento da pessoa, e a entrevista de devolução, a qual objetiva comunicar à pessoa o resultado da avaliação e lhe permitir expressar-se em relação às conclusões e recomendações do avaliador.

Adrados (1980) acrescenta a essas modalidades, a entrevista psicossocial, capaz de orientar o entrevistador quanto ao grau de maturidade do paciente, o tônus da sua afetividade, seu envolvimento com a problemática e sua capacidade de discernir a respeito desta; e a entrevista preparatória para a aplicação de testes, sucinta e de caráter explicativo.

Ao apreciar algumas considerações gerais concernentes à entrevista, Adrados (1980) refere-se ao ambiente, o qual deve ser agradável, confortável, tranquilo, reservado e livre de interrupções. Também a distância pessoal deve ser mantida, a fim de respeitar a área de privacidade do paciente. Outro ponto levantado pela autora é o *rapport*, de extrema importância no primeiro contato com o paciente e que, para ser bem estabelecido, deve respeitar o nível cultural, social e emocional do entrevistado.

Ocampo & Arzeno (2003) afirmam que a entrevista inicial deve ser semidirigida por dois motivos. O primeiro é para que o paciente tenha liberdade de se expressar, de expor suas queixas como preferir e possa optar por onde começar. O segundo é para que o entrevistador possa intervir: quando o entrevistado não sabe como começar ou continuar; para assinalar situações de bloqueio ou para questionar sobre aspectos que o entrevistado não mencionou espontaneamente; sobre contradições ou verbalizações ambíguas. Desse modo, torna-se possível um conhecimento mais profundo acerca do paciente, sem que o psicólogo se perca, “ele próprio, no emaranhado da mente do paciente” (Adrados, 1980, p.42).

Arzeno (1995) propõe um guia para se orientar quanto às informações que devem ser coletadas nas entrevistas (tanto na inicial, como nas posteriores), recordando um esquema freudiano:

1. Herança e constituição (ou seja, a história dos seus antepassados);
2. História prévia do sujeito (seja ela real ou fantasiada);
3. Situação desencadeante (individual e familiar). (p.42)

A mesma autora observa que o psicólogo dispõe de alguns recursos para registro de todos os aspectos que julgar necessário registrar, como a comunicação verbal e a comunicação não-verbal, a qual tem valor inestimável por se tratar de um discurso do inconsciente.

Ao final de uma entrevista, é apropriado fazer uma reflexão sobre os seus objetivos, a fim de verificar se foram atingidos (Adrados, 1980). Arzeno (1995) cita tais objetivos, aqui apresentados de forma resumida:

- uma imagem do conflito central e seus derivados;
- uma história de vida do paciente e da situação desencadeadora;
- alguma hipótese inicial sobre o motivo profundo do conflito;
- uma estratégia para usar determinados instrumentos diagnósticos seguindo uma determinada ordem.

Arzeno (1995) faz uma interessante pontuação acerca da atitude do psicólogo, afirmando que “deve ser ao mesmo tempo plástica, aberta, permeável e concretamente precisa e centralizada em um objetivo que não podemos ignorar ou perder de vista em momento algum” (p.34).

2.3. Testagem Psicológica

Os testes psicológicos são ferramentas que foram desenvolvidas a partir da necessidade de medir as diferenças individuais e as reações de um indivíduo perante diferentes situações, da necessidade de avaliação na educação – como é o caso dos testes Binet, de inteligência – bem como da necessidade de identificar deficiências intelectuais (Anastasi & Urbina, 2000).

Anastasi & Urbina (2000) salientam que o emprego dos testes psicológicos na atualidade está relacionado com a solução de diversos problemas práticos, porém os testes também atendem a funções importantes na pesquisa básica. Esses testes podem divergir, entre outros aspectos, quanto ao modo de aplicação – individual e de grupo – e, também, quanto aos aspectos do comportamento que avaliam – testes de habilidades e de personalidade. Conforme as autoras, “um teste psicológico é essencialmente uma medida objetiva e padronizada de uma amostra do comportamento” (p.18). Considera-se o teste como uma medida objetiva, visto que a meta é afastar-se do julgamento subjetivo do examinador, mesmo que a objetividade perfeita seja impossível.

A padronização dos testes consiste em uma uniformidade de procedimento, materiais, limites de tempo, instruções, demonstrações etc. A norma é outro quesito importante da padronização, pois permite a comparação do escore de um indivíduo com o desempenho normal ou médio e o posicionamento desse indivíduo com referência à amostra normativa. No caso dos testes de personalidade, a norma corresponde ao desempenho de pessoas típicas ou na média (Anastasi & Urbina, 2000).

Ainda de acordo com as autoras supracitadas, outras duas características são fundamentais nos testes psicológicos: a fidedignidade e a validade. A fidedignidade de

um teste significa a consistência de escores obtidos pelos mesmos indivíduos, quando retestados com o mesmo teste em momentos diferentes, por diferentes avaliadores ou sob outra condição relevante de testagem. A validade concerne ao grau em que o teste de fato mede o que se propõe a medir e, mais precisamente, o quanto se sabe sobre o que o teste mede.

A avaliação da personalidade é a área da testagem psicológica mais relevante para o presente trabalho. Trata-se de compor e interpretar as medidas de características da personalidade, como estados emocionais, relações interpessoais, motivações, interesses e atitudes. As escalas, os inventários de auto-relato e alguns dos instrumentos de método projetivo são exemplos da testagem de personalidade destacados neste trabalho e abordados no próximo capítulo.

CAPÍTULO III

O USO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO PSICODIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTI- SOCIAL

O presente capítulo destina-se a discorrer brevemente sobre algumas das técnicas mais exploradas e mais presentes na literatura de avaliação do transtorno de personalidade anti-social, considerando suas contribuições para a finalidade psicodiagnóstica, bem como as adversidades e limitações implicadas no uso de tais técnicas.

É relevante salientar que a utilização de instrumentos padronizados auxilia na avaliação psicológica na medida em que diminui a valorização de cunho pessoal, por parte do avaliador, de determinados elementos investigados, em detrimento de outros (Abdalla-Filho, 2004). Todavia, essa afirmação não pretende reduzir a importância de uma avaliação clínica não sistematizada; pelo contrário, esta pode oferecer subsídios essenciais na construção de um diagnóstico clínico.

Obviamente, a utilização de instrumentos de avaliação psicológica requer ética e postura profissional durante todo o processo, seja qual for sua finalidade. Sobretudo, considera-se que uma utilização inadequada pode acarretar prejuízos imediatos e futuros para o indivíduo avaliado (Ambiel, 2006).

3.1. Hare PCL-R (*Psychopathy Checklist Revised*)

Trata-se de uma escala de pontuação desenvolvida por Robert Hare (1991, citado por Morana, 2003) e validada no Brasil por Morana (2003), para avaliação de psicopatia em populações forenses. Segundo Abdalla-Filho (2004), é um instrumento que revela a tendência às práticas criminais caracterizadas pela reincidência.

A *checklist* contém 20 itens, sendo cada item quantificado em uma escala de zero a dois pontos, de acordo com a verificação da aplicabilidade de determinado traço ao indivíduo, totalizando 40 pontos. Utiliza-se uma entrevista semi-estruturada para verificar o grau em que o indivíduo se enquadra no conceito de psicopatia, e fontes adjacentes de informação. Além disso, há dois fatores estruturais que permeiam os 20 itens, porém não são discriminados em todos os aspectos considerados: a) o Fator 1, definido pelas características de personalidade que constituem o perfil psicopático e b) o Fator 2, relacionados aos comportamentos socialmente desviantes (Morana, 2003; Abdalla-Filho, 2004).

Observam-se, a seguir, os 20 itens que compõem a escala, juntamente com os fatores a que estão relacionados, em parênteses:

1. Loquacidade/charme superficial (1); 2. Auto-estima inflada (1); 3. Necessidade de estimulação/tendência ao tédio (2); 4. Mentira patológica (1); 5. Controlador/manipulador (1); 6. Falta de remorso ou culpa (1); 7. Afeto superficial (1); 8. Insensibilidade/falta de empatia (1); 9. Estilo de vida parasitário (2); 10. Frágil controle comportamental (2); 11. Comportamento sexual promíscuo; 12. Problemas comportamentais precoces (2); 13. Falta de metas realísticas

em longo prazo (2); 14. Impulsividade (2); 15. Irresponsabilidade (2); 16. Falha em assumir responsabilidade; 17. Muitos relacionamentos conjugais de curta duração; 18. Delinqüência juvenil (2); 19. Revogação de liberdade condicional (2); 20. Versatilidade criminal (Abdalla-Filho, 2004).

Apesar de o ponto de corte não ser rigidamente estabelecido, conforme salienta Abdalla-Filho (2004), um escore acima de 30 pontos caracterizaria um psicopata típico. Em seu trabalho de tradução e validação da escala no Brasil, Morana (2003) concluiu que o ponto de corte na padronização brasileira é de 23. É importante ressaltar que, ainda de acordo com a autora mencionada, independentemente do ponto de corte, um escore elevado indica probabilidade de reincidência criminal.

Destaque-se que o PCL-R não é um teste, tampouco destinado ao diagnóstico da psicopatia, mas um instrumento para verificação de traços da personalidade e comportamentos do indivíduo que indiquem a condição de psicopatia. Por isso, constitui-se em um instrumento apropriado para a utilização em contexto forense, como de fato o é (Morana, 2003).

Para Abdalla-Filho (2004), o PCL-R tem a dupla função de diagnóstico e de prognóstico, pois também avalia a probabilidade de recidiva. Consoante o autor, compreende-se que a escala identifique a existência de personalidade transtornada e não de doença mental. Assim, conclui que, numa avaliação pericial, a associação entre transtorno mental e comportamento violento não pode ser negligenciada, mas também não deve ser superestimada.

Morana (2003) também atenta para o uso do PCL-R como instrumento para seleção dos criminosos com maior probabilidade de reincidir, visando não prejudicar a reabilitação daqueles com menor potencial de reincidência em crime. Assim, ressalta

que não é o tipo de crime que define tal probabilidade, e sim a personalidade do criminoso.

Conclui-se que, apesar de amplamente utilizado no processo de identificação da psicopatia em diversos países atualmente, o uso mais adequado do PCL-R na avaliação da psicopatia é enquanto instrumento para prática forense, visto que pode identificar traços característicos do transtorno de personalidade anti-social, porém não é apropriado como ferramenta única para um diagnóstico clínico de psicopatia. Ademais, a escala é voltada para a verificação do potencial de reincidência criminal, e não para a avaliação clínica, com vistas a um psicodiagnóstico objetivo.

3.2. MMPI e MMPI-2 (Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota)

Considerado um dos testes mais empregados na avaliação objetiva e psicométrica da personalidade (Villar, 1967; Anastasi & Urbina, 2000; Folino & Mendicoa 2006; Cunha, 2002), o MMPI (Hathaway & McKinley, 1943, citados por Anastasi & Urbina, 2000) suscitou uma versão reconstituída, o MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Keammer, 1989, citados por Anastasi & Urbina, 2000), ambos utilizados para medir o nível de desajustamento emocional e identificação de psicopatologia apresentada, bem como para avaliar a atitude do examinando frente à testagem. No Brasil, o acesso ao inventário é restrito ao MMPI (Cunha, 2002).

O MMPI é um inventário de auto-relato e compreende 566 itens, que descrevem sentimentos, atitudes, sintomas físicos e emocionais e experiências anteriores da vida, para os quais o examinando assinala “certo” ou “errado”, conforme sua concordância

com o item. É composto por 14 escalas, sendo 10 clínicas e quatro de validade. Já o MMPI-2 contém, além das escalas clínicas e de validade, 15 de conteúdo e 18 suplementares. As 10 escalas clínicas, listadas abaixo, são comuns ao MMPI e MMPI-2 e permitem avaliar as diferentes dimensões de personalidade de um indivíduo, além de obter informações sobre provável patologia:

1. Hs – hipocondria;
2. D – depressão;
3. Hy – histeria;
4. Pd – desvio psicopático;
5. Mf – masculinidade-feminilidade;
6. Pa – paranoia;
7. Pt – psicastenia;
8. Sc – esquizofrenia;
9. Ma – mania e
10. Si – introversão social.

As escalas de validade, também comuns às duas versões do inventário, refletem os níveis de descuido, má interpretação, simulação, dissimulação, tendência de respostas e atitudes do examinando, e são divididas em escalas de: mentira (L); infrequência (F) e correção (K). A partir da análise, em conjunto, das escalas com pontuações mais elevadas, obtém-se um perfil de personalidade que, quando avaliado juntamente ao contexto geral do caso, permite o levantamento de hipóteses diagnósticas (Anastasi & Urbina, 2000; Appolinário, Meirelles, Coutinho & Póvoa, 2001; Cunha, 2002; Folino & Mendicoa, 2006). Os maiores escores conjugados de mentira (L), infrequência (F) e correção (K) representam a atitude do sujeito frente ao teste. Assim, se o sujeito,

deliberadamente ou não, transmitir uma imagem favorável ou desfavorável de si mesmo, isso pode ser detectado (Cunha, 2002).

Em 1946, Wiener e Harmon (Wiener, 1963, citado por Cunha, 2002) criaram as escalas óbvias e sutis, a fim de obter maior precisão nos dados fornecidos pelas escalas clínicas, ao que determinaram como óbvios, os itens facilmente detectados como indicadores de perturbação emocional e sutis, aqueles mais difíceis de detectar como indicadores de perturbação. No desenvolvimento das escalas óbvias e sutis, houve êxito apenas com as escalas 2 (D), 4(Pd), 6 (Pa) e 9 (Ma) (Jiménez & Sánchez, 2001). A finalidade das escalas desenvolvidas por Wiener e Harmon era a de averiguar os efeitos de tendências conscientes ou inconscientes do examinando para a apresentação de uma determinada imagem de si mesmo. Como exemplos, pode-se mencionar a apresentação de uma imagem positiva, resultado de defensividade deliberada ou de negação da psicopatologia, e a tentativa de apresentar uma imagem negativa, decorrente de exagero ou simulação de psicopatologia (Cunha, 2002).

Jiménez & Sánchez (2001) realizaram uma pesquisa sobre as contribuições de tais subescalas, a fim de verificar se as mesmas podem, de fato, oferecer informação acerca do fingimento positivo ou negativo realizado pelo sujeito. A amostra utilizada foi de grupos de sujeitos normais e grupos de sujeitos clínicos (com diagnósticos diversos), que responderam a prova sendo sinceros consigo mesmos; grupos de sujeitos instruídos a darem uma boa imagem de si mesmos; grupos cuja instrução foi a de passar uma má imagem de si mesmos e grupos que responderam aos itens de modo diverso e aleatoriamente. Os pesquisadores chegaram à conclusão de que, com relação à escala 4, de desvio psicopático (Pd), as escalas óbvias podem identificar sujeitos que apresentam fingimento negativo, enquanto as escalas sutis parecem não detectar qualquer tipo de fingimento.

Assim, ao considerar uma avaliação psicológica voltada para o psicodiagnóstico de transtorno de personalidade anti-social, a validade e confiabilidade do protocolo MMPI pode ser discutível. Ora, se um indivíduo com esse transtorno encontra-se em um contexto forense de avaliação psicológica e está atento à diminuição de sua imputabilidade, caso seja verificada alguma perturbação de sua saúde mental, não seria raro ocorrer simulação em suas respostas ao inventário, ou seja, um fingimento negativo. Neste caso, se as escalas que têm o objetivo de verificar essa simulação parecem não cumprir completamente seu propósito, qual seria a validade de um psicodiagnóstico que se baseou em um protocolo MMPI? Esta é uma questão polêmica e seus fundamentos são amplamente pesquisados.

Cunha (2002), entretanto, alerta para o fato de que alguns pesquisadores chegaram à conclusão de que as escalas óbvias são mais suscetíveis à simulação proposital do que as escalas sutis e acrescenta que as informações obtidas por meio dessas escalas podem ser complementadas por uma outra escala acrescentada ao MMPI, a de dissimulação (Walters, White & Greene, 1988, citados por Cunha, 2002). Não obstante, a autora ressalta a utilização das escalas óbvias e sutis como fonte de informação extra, no trabalho clínico.

Ao presente trabalho, interessa a discussão acerca da escala 4, citada anteriormente, correspondente ao desvio psicopático (Pd), além da análise de combinações relevantes desta escala com outras, uma vez que certas escalas podem ter efeito excitante ou inibitório sobre tendências e comportamentos associados à elevação da escala 4.

Conforme Cunha (2002), a concepção atual é a de que a escala 4 avalia o nível de ajustamento social. Folino & Mendicoa (2006) explanam que as pontuações elevadas correspondem à tendência a manifestação de condutas anti-sociais, revolta contra

figuras de autoridade, relações familiares conflituosas, tendência a culpar os demais por seus problemas e antecedentes de dificuldade com a escola ou com o trabalho. Além disso, a elevação da escala 4 indica maior probabilidade de impulsividade, tendência à gratificação imediata dos impulsos, irresponsabilidade, impaciência, baixa tolerância à frustração e conduta de risco. Cunha (2002) afirma que os indivíduos com elevação nessa escala apresentam, geralmente, “características associativas e amorais, mostrando um padrão de comportamento repetitivo e persistente, de natureza anti-social” (p.467). Nesse sentido, Cunha (2002) ressalta que esses indivíduos muitas vezes causam boa impressão inicial, capazes de manter um relacionamento aparentemente adequado, até se depararem com uma situação que ponha à prova seu sentido de responsabilidade e consideração pelos demais, revelando sua imaturidade, egocentrismo e instabilidade emocional. A autora conclui que os aspectos destacados na escala associam-se com delinquência ou propensão a esta.

A combinação de tal escala com outras, de caráter inibitório, como a 1, de hipocondria (Hs), a 7, relacionada à psicastenia (Pt), isto é, um padrão neurótico, e sobretudo a 2, que refere à depressão (D), a probabilidade de delinquência diminui, por causa da presença de ansiedade e culpa. A combinação com a escala 2 (D) resulta em comportamentos anti-sociais menos manifestos e disfarçados. Já a combinação com a escala 9, relativa à mania (Ma), aumenta a propensão à comportamentos impulsivos e atuadores (Cunha, 2002). Nesse sentido, é imprescindível apreciar todas as informações do perfil do examinando, quando se deseja levantar alguma hipótese diagnóstica.

Villar (1967) manifesta seu descontentamento pelo MMPI, alegando que um grande número de itens está mais orientado para o diagnóstico psiquiátrico do que para o psicodiagnóstico. Entretanto, isto apenas quer dizer que há grande probabilidade de o inventário falhar quando aplicado em sujeitos normais, o que não desfalca sua

relevância para os propósitos aqui apresentados, ou seja, servir como instrumento de avaliação do transtorno de personalidade anti-social, ainda que sua função se restrinja ao fornecimento de subsídios para o psicodiagnóstico.

De acordo com Cunha (2002), o MMPI-2 apresenta melhor qualidade psicométrica e mais recursos numa avaliação psicológica. Entretanto, o fato de haver mais de 10.000 pesquisas com o MMPI parece ser um dos aspectos compensatórios para suas limitações. Tal observação pode indicar que, se o MMPI cumpre seus propósitos de maneira até aqui considerada eficiente, a adaptação e validação do MMPI-2 para o Brasil, poderia ampliar a abrangência dos aspectos avaliados, bem como a especificidade da análise das escalas, proporcionando um meio mais apurado de avaliação.

3.2.1. Sobre o uso conjunto do MMPI e o PCL-R

Uma pesquisa realizada por Folino & Mendicoa (2006), com vistas a analisar a validade do PCL-R, utilizando o MMPI-2 como parâmetro, resultou na conclusão, por parte dos pesquisadores, de que o uso conjunto dos dois instrumentos pode fornecer informações complementares. Isto quer dizer que, ao estudar um caso, o profissional clínico pode relacionar os dados obtidos com ambos os instrumentos, proporcionando uma “heurística interessante”.

Folino & Mendicoa (2006) apresentam alguns argumentos para tal conclusão. Se o sujeito responder o inventário com relevante sinceridade e sem muita influência de desejabilidade social, os resultados serão compatíveis com sua avaliação clínica por

meio do PCL-R, o que confere maior segurança ao diagnóstico, prognóstico e planejamento terapêutico.

Por outro lado, se o sujeito avaliado responder o MMPI distorcendo a verdade, de modo a apresentar um determinado perfil, este se apresentará incongruente com a avaliação feita com o PCL-R, os dados obtidos por meio dos dois instrumentos serão contraditórios. Desse modo, o profissional avaliador pode observar a necessidade de uma investigação mais ampla, objetivando a obtenção de maiores informações, para a realização de um diagnóstico diferencial. Contudo, o novo dado incorporado pode sustentar a identificação do padrão típico do transtorno de personalidade anti-social, de mentiras e manipulação (Folino & Mendicoa, 2006).

3.3. Testes do Método Projetivo

A expressão *métodos projetivos*, segundo Anzieu (1979), foi criada por Frank em 1939, para designar uma investigação dinâmica e holística da personalidade, a qual, por permitir liberdade de resposta da pessoa avaliada a partir da atividade que lhe é proposta, explora suas associações reveladoras, aquilo que espontaneamente vem à consciência, seus conflitos profundos. Os testes projetivos possibilitam trazer à superfície o que está escondido no interior, desvendando aspectos da estrutura de personalidade, através de seu protocolo de respostas, além de favorecer a descarga dos pontos vulneráveis e indesejados do sujeito, seus impulsos e emoções. O tempo de aplicação de um teste projetivo, em geral, também não é limitado. Dentro do método projetivo, distinguem-se das técnicas projetivas, que permitem liberdade de respostas,

porém com material definido e padronizado, as técnicas expressivas, as quais possibilitam total liberdade, inclusive quanto ao material proposto. Alguns testes que utilizam esse método serão apresentados a seguir, juntamente com a apreciação de seus alcances e limitações para a avaliação psicológica.

3.3.1. TAT (Teste de Apercepção Temática)

Criado por Murray, em 1943, este teste é composto por 31 lâminas, das quais 30 possuem imagens e uma é em branco. Do total de lâminas para cada sujeito avaliado, 11 são universais e nove variam de acordo com o sexo e a faixa etária, totalizando 20 lâminas. As imagens são constituídas por desenhos, fotografias, reproduções de quadros ou de gravuras e cada uma delas explora questões específicas. É solicitado ao sujeito que conte uma história com começo, meio e fim sobre cada lâmina apresentada, estimulando-o a falar sobre o que pensam e sentem os personagens, acontecimentos antecedentes e desfecho. Concernente à lâmina em branco, pede-se ao sujeito para imaginar uma imagem e contar uma história a partir dela (Cunha, 2002; Anzieu, 1979).

Por meio do relato das histórias do sujeito avaliado, espera-se extrair informações acerca de sua experiência, com aspectos perceptivos, mnêmicos, imaginativos e emocionais. No entanto, pode ocorrer uma fuga de conflitos, negação ou defesa, o que não necessariamente constitui os aspectos essenciais da vida do sujeito (Freitas, 2002).

A análise dos dados distingue-se entre análise formal e análise de conteúdo. A análise formal baseia-se em aspectos como cooperação durante a aplicação, percepção, coerência, concisão, riqueza de detalhes, grau de realidade, tendência às descrições ou

às interpretações, entre outros. Na análise de conteúdo, é fundamental identificar o herói nas histórias relatadas, pois este é o personagem com quem o sujeito se identifica. A partir disso, realiza-se uma análise sobre: a) as motivações, tendências, fatores internos e necessidades do herói; b) forças do ambiente que exercem influência sobre ele; c) desenvolvimento e desfecho da história; d) temas das histórias e d) interesses e sentimentos. Em seguida, elabora-se a síntese dos resultados, a fim de traduzir de a dinâmica da personalidade do sujeito testado. Para isso, é necessário avaliar a consistência entre os conteúdos e os conteúdos mais frequentes. Além disso, para a precisão e abrangência das conclusões, é essencial conhecer a história pessoal do caso. Deve-se, também, observar a conduta do sujeito durante a aplicação do teste, visando obter informações significativas por meio da análise conjunta (Anzieu, 1979; Cunha, 2002).

Segundo Freitas (2002), quando se considera critérios diagnósticos específicos, as informações obtidas por meio do TAT são um tanto vagas. Entretanto, esse teste pode contribuir para um diagnóstico diferencial, fornecendo subsídios básicos sobre a dinâmica da personalidade do indivíduo testado. Isto pode ser verificado em um caso apresentado por Shine (2002) sobre um homem de 28 anos, avaliado por solicitação de uma equipe médica. As informações obtidas sobre o sujeito, por meio da história que contou sobre uma lâmina com a imagem de uma mulher nua e um homem em pé próximo a ela, permitiram a identificação de elementos característicos do transtorno de personalidade anti-social: desconsideração pela figura do outro; ausência de sentimento de culpa (por um assassinato); o herói não sofre nenhuma consequência pelo crime que cometeu; indiferença pelo fato de um inocente levar a culpa e provocação ao examinador, não terminando a história, quando isso lhe foi solicitado.

O TAT pode caracterizar-se, portanto, em uma técnica valiosa para obtenção de informações no processo de avaliação psicológica do transtorno de personalidade anti-social. Por ser uma técnica projetiva, a manipulação de resultados torna-se virtualmente inviável, podendo ocorrer, entretanto, uma negação ou mascaramento dos conteúdos reais do sujeito.

No entanto, é importante ressaltar que se trata de uma técnica complexa, que requer muita prática, por parte do avaliador, para se conseguir análises de maior confiabilidade. Além disso, não deve ser utilizado com a finalidade de um diagnóstico específico, mas sim como contribuição para um diagnóstico diferencial.

3.3.2. Rorschach

O desenvolvimento desta técnica complexa e sofisticada se deu por meio de anos de observações, estudos e pesquisas, cabendo ao psiquiatra Rorschach, em 1917, iniciar o uso sistemático de manchas de tinta com seus pacientes psiquiátricos. Seus estudos foram continuados por outros profissionais, sofrendo algumas adaptações ao longo da história (Cunha, 2002).

O teste consiste em apresentar ao sujeito 10 lâminas, uma a uma, com manchas de tinta escassamente estruturadas, das quais cinco são cromáticas e cinco acromáticas, solicitando que o examinando verbalize sobre o que vê nelas. Assim, realiza-se uma interpretação dos dados obtidos, levando em consideração aspectos quantitativos e qualitativos, com o objetivo de obter uma amostra comportamental do sujeito, que

permita inferências sobre o funcionamento e estrutura de sua personalidade (Cunha, 2002).

Cunha (2002) salienta que há uma grande quantidade de dados fornecidos por meio da aplicação do Rorschach, os quais permitem uma descrição geral da personalidade e levantamento de hipóteses diagnósticas. Todavia, a exploração descritiva de tais dados seria uma tarefa demasiada extensa, o que não é o propósito deste trabalho. A autora, então, pontua algumas das possibilidades de exploração das características de personalidade que a análise dos dados oferece: tipos de vivências, organização da experiência perceptual, estratégias para o manejo de problema e recursos de controle interior.

Para Adrados (1980), esse teste oferece dados sobre a estrutura dinâmica da personalidade em estudo, sendo possível detectar características de personalidade pontuadas pela corrente psicanalítica e relacionadas ao transtorno de personalidade anti-social:

- 1) A fraqueza ou debilidade do ego e do superego.
- 2) O egocentrismo e maturidade afetiva.
- 3) A forte instabilidade.
- 4) A baixa capacidade de crítica;
- 5) A ausência de conflito.
- 6) A ausência de angústia e de culpa. (p.186)

Apesar de sua popularidade e ampla utilização, Cunha (2002) alerta para o fato de que conclusões baseadas unicamente no Rorschach podem apresentar “discordâncias com diagnósticos clínicos, calcados em observações prolongadas” (p.342). Portanto, faz-se necessário o conhecimento da história do sujeito avaliado, para uma mais elevada

precisão diagnóstica. Não obstante, as informações obtidas pela utilização dessa técnica são de extrema importância na avaliação de personalidade.

Por ser tratar de uma técnica de alta complexidade, com uma grande quantidade de tempo despendida em uma interpretação aprofundada e realização de laudo rico em detalhes, a administração adequada é imprescindível na garantia de qualidade científica dos resultados. Portanto, esse teste requer especialização, constante estudo e atualização (Anzieu, 1979; Cunha, 2002).

Como técnica projetiva, o Rorschach tem potencialidade para neutralizar tentativas de distorção e mentira, caracterizadoras do padrão manipulativo e dissimulado do comportamento do indivíduo com o transtorno de personalidade anti-social. Por esse motivo, constitui-se em uma contribuição valiosa para o diagnóstico do transtorno de personalidade anti-social.

3.4. Outros instrumentos

Nota-se que alguns instrumentos podem auxiliar no processo psicodiagnóstico do transtorno de personalidade anti-social, no sentido de fornecer informações extras e úteis que, analisadas e interpretadas em conjunto com outros instrumentos, proporcionam maior solidez ao diagnóstico. De acordo com Bartholomeu, Nunes & Machado (2008), o Inventário de Habilidades Sociais (IHS), com itens que descrevem situações de interação social, e a Escala Fatorial de Socialização (EFS), composta por itens de auto-relato que avaliam a socialização, são exemplos de instrumentos que possuem aplicabilidade relevante no diagnóstico clínico, visto que o transtorno de

personalidade anti-social pode afetar significativamente as habilidades sociais e os indivíduos com esse transtorno apresentam baixos escores de socialização. Também o Inventário de Empatia (IE), que se diferencia do IHS, por medir exclusivamente os componentes cognitivos, afetivos e comportamentais da empatia, pode ser considerado um instrumento auxiliar, avaliando deficiências de empatia relacionadas ao transtorno (Falcone, *et al.*, 2008).

Além das adversidades envolvidas na testagem psicológica em geral, o uso de inventários de personalidade envolve dificuldades especiais, sobretudo no que concerne à simulação da imagem transmitida pelo examinando. Outro problema encontrado é o da especificidade situacional dos itens, além da possibilidade de ocorrer variações de respostas caracterizadas por uma área comportamental de não-teste, isto é, a incerteza sobre se o instrumento verifica apenas o que se pretende verificar, eliminando outras variáveis (Anastasi & Urbina, 2000).

Nesse sentido, o teste HTP (*House-Tree-Person*) pode ser também considerado útil para auxiliar uma avaliação psicológica com esse fim, por permitir interpretações acerca dos traços de personalidade do sujeito.

Trata-se de uma técnica expressiva do método projetivo, criada por Buck em 1948, que consiste em duas fases, uma gráfica e outra, verbal. Na fase gráfica, é solicitado ao sujeito que desenhe uma casa, uma árvore e uma pessoa, sendo entregues uma folha de papel em branco, lápis e borracha, para cada um desses itens. A fase verbal pode ter um procedimento mais estruturado, com interrogatório sobre os desenhos, ou mais aberto, estimulando o sujeito falar sobre estes ou até mesmo contar uma história utilizando os três (Freitas & Cunha, 2002).

O HTP é um teste de fácil aplicação e muito econômico quanto ao material utilizado. Apesar disso, como afirma Cunha (2002), a falta de pesquisa sobre este teste é

uma desvantagem que o limita a um instrumento coadjuvante na avaliação da personalidade.

Os instrumentos de avaliação aqui apresentados não abarcam a totalidade de possibilidades. Constituem apenas os mais relevantes para o propósito deste trabalho, bem como os mais frequentemente encontrados na literatura. Muitas combinações são possíveis, dependendo de cada caso e dos objetivos da avaliação, e se mostram mais eficazes do que usos isolados de instrumentos. O conhecimento das abrangências e limitações de cada um também pode tornar seu uso mais eficaz, propiciando um psicodiagnóstico mais confiável.

O DSM-IV (APA, 2002) justifica a conveniência de várias fontes de dados, bem como a consideração do contexto sócio-econômico do sujeito avaliado:

(...) Uma vez que o engodo e a manipulação são aspectos centrais do Transtorno da Personalidade Anti-social, pode ser de especial utilidade integrar as informações adquiridas pela avaliação clínica sistemática com informações coletadas a partir de fontes colaterais. (...) Foram levantadas considerações de que o diagnóstico poderia ser aplicado incorretamente, em alguns casos, em contextos nos quais um comportamento aparentemente anti-social pode fazer parte de uma estratégia protetora de sobrevivência. Ao avaliar os traços anti-sociais, é importante considerar o contexto sócioeconômico no qual os comportamentos ocorrem (APA, 2002, p.656).

Dadas as características dos indivíduos com o transtorno de personalidade anti-social, a aplicação dos instrumentos de avaliação psicológica, juntamente com informações obtidas por meio de outras fontes, torna-se mais relevante porque dificulta a manipulação deliberada de respostas e fornecem elementos diagnósticos

complementares (Morana, Stone & Abdalla-Filho, 2006). A aplicação de instrumentos, no entanto, acaba por apresentar uma limitação inerente ao seu propósito, o de conhecer a personalidade do sujeito examinado, pois sua eficácia depende da vontade do examinando se deixar conhecer, caracterizando um obstáculo ao desenvolvimento do *rapport*. A mediação que a testagem psicológica proporciona na relação avaliador-avaliado pode romper a máscara atrás da qual o examinando se esconde e facilitar sua cooperação. Este é um dos desafios na avaliação psicológica do transtorno de personalidade anti-social, como pontua Shine (2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de transtorno de personalidade anti-social tem acompanhado a evolução das teorias e práticas clínicas, sob diversos enfoques e nomenclaturas. Também os traços identificadores de uma personalidade psicopática constituem o foco de vários instrumentos da avaliação psicológica. O egocentrismo, a não-confiabilidade, a insensibilidade, a ausência de remorso, a insinceridade, a pobreza na formação de *insight* são elementos complicadores na avaliação que tem por finalidade o psicodiagnóstico desse transtorno. Além disso, superficialidade e pobreza nas reações afetivas constituem uma barreira no estabelecimento do *rapport* – este de fundamental importância para um processo eficiente de avaliação.

A avaliação da personalidade é a área da testagem psicológica mais relevante para o presente trabalho. Trata-se de compor e interpretar as medidas de características da personalidade, como estados emocionais, relações interpessoais, motivações, interesses e atitudes. As escalas, os inventários de auto-relato e alguns dos instrumentos de método projetivo são exemplos da testagem de personalidade destacados neste trabalho.

Independentemente de sua finalidade, a utilização de instrumentos de avaliação psicológica exige postura profissional e ética, especialmente visto que uma utilização inadequada pode acarretar prejuízos imediatos e futuros para o indivíduo avaliado.

Considerando as especificidades de cada instrumento aqui destacado, ressalta-se que a ampla variedade de finalidades está relacionada às características de cada um deles, o que acaba por limitar uma precisão diagnóstica apoiada em apenas um instrumento.

Embora, os instrumentos de avaliação aqui apresentados estejam longe de esgotar a totalidade de possibilidades, foram considerados apenas alguns dos mais relevantes e dos mais frequentemente apresentados como objetos de pesquisa. É importante destacar que as possíveis combinações de vários instrumentos no desenvolvimento do processo integrado de psicodiagnóstico se revelam mais confiáveis do que a utilização isolada de apenas um instrumento. Além disso, o conhecimento das abrangências e limitações de cada um também pode tornar seu uso mais eficaz.

Holmes (1997) faz uma leitura interessante sobre o transtorno de personalidade anti-social, que auxilia a compreensão da problemática social acerca desse transtorno. O autor ressalta que na maioria dos outros transtornos os problemas são vividos pelas próprias pessoas que têm o transtorno, enquanto que no caso do transtorno de personalidade anti-social, os problemas são vividos pelas pessoas que estão ao seu redor. Os indivíduos com este transtorno são descritos pelo autor como “os mais interpessoalmente destrutivos e emocionalmente prejudiciais em nossa sociedade” (p.309). Isso é reafirmado por Henriques (2009) quando diz que “a psicopatia certamente é uma das anomalias da personalidade que apresenta consequências sociais mais graves” (p. 15).

Isso leva a uma consideração importante sobre o transtorno. Por mais que a maioria dos transtornos de personalidade atinja, de certa forma, as pessoas que convivem com o indivíduo perturbado, o transtorno de personalidade anti-social pode, mais do que atingir intensamente as pessoas ao seu redor, ser quase um sofrimento exclusivo destas pessoas. Isso quer dizer que, embora não haja sofrimento propriamente dito para o psicopata, as ações direcionadas a esse transtorno (avaliações psicológicas, psicoterapia, pesquisas etc.) têm maior eficácia ao visar à proteção, orientação e bem-estar das pessoas à sua volta. Isso se comprova pela quantidade de pesquisas voltadas

para o contexto forense que, mais frequentemente, têm por objetivo a melhora da qualidade de vida do ambiente. Por isso, o psicodiagnóstico do transtorno de personalidade anti-social está menos voltado para finalidades terapêuticas.

Visto que a grande questão social acerca do transtorno de personalidade anti-social remete às consequências do comportamento amoral desses indivíduos, e que essa amoralidade está relacionada à sua tendência a racionalizar os aspectos afetivos das relações sociais, o processo integrado de avaliação psicológica desse transtorno permite compreender que tais indivíduos “sabem a letra, mas não a música” (Kiehl; Hare; McDonald & Brink, 1999, citados por Morana, *et al.*, 2006, tradução livre).

REFERÊNCIAS

- Abdalla-Filho, E. (2004). *Avaliação de risco de violência em psiquiatria forense*. Retirado do site www.scielo.br em 24/10/09.
- Adrados, I. (1980). *Manual de psicodiagnóstico e diagnóstico diferencial*. Petrópolis: Vozes.
- Ambiel, R. A. M. (2006) *Diagnóstico de psicopatia: a avaliação psicológica no âmbito judicial*. Retirado do site pepsic.bvs-psi.org.br em 06/11/09.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Ancona-Lopes, M. (1984). Contexto geral do diagnóstico clínico. Em Trinca, W. e col. *Diagnóstico psicológico: a prática clínica*. (PP. 01-13). São Paulo: EPU.
- Anzieu, D. (1979). *Os Métodos Projetivos*. Rio de Janeiro: Campus.
- APA, (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. Texto revisado – DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed.
- Appolinário, J. C.; Meirelles, R. M. R.; Coutinho, W. & Póvoa, L. C. (2001). *Associação entre traços de personalidade e sintomas depressivos em mulheres com síndrome do climatério*. Retirado do site www.scielo.br em 08/11/09.
- Arzeno, M. E. (1995). *Psicodiagnóstico clínico: novas contribuições*. Porto Alegre: Artmed.
- Ballone, G. J. e Moura, E. C. (2008) *Transtornos da Linhagem Sociopática*. Retirado do site www.psiqweb.med.br em 06/10/09.

Bartholomeu, D.; Nunes, C. H. S. da S. & Machado, A. A. (2008). *Traços de personalidade e habilidades sociais em universitários*. Retirado do site scielo.bvs-psi.org.br em 15/10/09.

Beck, A. & Freeman, A. e col. (1993). *Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade*. Porto Alegre: Artmed.

Cunha, J. A. e col. (2002) *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artmed.

Falcone, E. M. de O.; Ferreira, M. C.; Luz, R. C. M; Fernandes C. S.; Faria, C. A.; D'Augustin, J. F.; Sardinha, A. & Pinho, V. D. (2008). *Inventário de Empatia (I.E.): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira*. Retirado do site scielo.bvs-psi.org.br em 15/10/09.

Fenichel, O. (2005). *Teoria Psicanalítica das Neuroses: fundamentos e bases da doutrina psicanalítica*. São Paulo: Atheneu.

Folino, J. O. & Mendicoa, G. (2006) *La Psicopatía, el MMPI y la Hare PCL R*. Retirado do site www.alcmeon.com.ar em 06/11/09.

Freitas, N. K. (2002). TAT – Teste de Apercepção Temática, conforme o modelo interpretativo de Murray. Em Cunha, J. A. e col. *Psicodiagnóstico-V*. (PP. 399-408). Porto Alegre: Artmed.

Freitas, N. K. & Cunha, J. A. (2002). Desenho da Casa, Árvore e Pessoa (HTP). Em Cunha, J. A. e col. *Psicodiagnóstico-V*. (PP. 519-528). Porto Alegre: Artmed.

Freud, S. (1916). Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. v. 14. 1980. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1931). Tipos Libidinais. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. v. 21. 1980. Rio de Janeiro: Imago.

Henriques, R. P. (2009) *De H. Cleckley ao DSM-IV-TR: a evolução do conceito de psicopática rumo à medicalização da delinquência*. Retirado do site www.scielo.br em 15/10/09.

Holmes, D. (1997). *Psicologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.

Jiménez, F. & Sánchez, G. (2001). *La contribución de las subescalas Obvio-Sutil del MMPI-2 en la detección del fingimiento*. Retirado do site www.usal.es em 08/11/09.

Julien, P. (2002). *Psicose, Perversão, Neurose*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Kernberg, O. F. (1995a). *Agressão nos Transtornos de Personalidade e nas Perversões*. Porto Alegre: Artmed.

Kernberg, O. F. (1995b). *Transtornos Graves de Personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artmed.

Morana, H. C. P. (2003). *Identificação do ponto de corte para a escala PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) em população forense brasileira: caracterização de dois subtipos da personalidade; transtorno global e parcial*. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Morana, H. C. P.; Stone, M. H. & Abdalla-Filho, E. (2006). *Personality disorders, psychopathy, and serial-killers*. Retirado do site www.scielo.br em 24/10/09.

Nunes, C. H. S. C.; Nunes, M. F. O. & Hutz, C. S. (2006). *Uso conjunto de escalas de personalidade e entrevista para identificação de indicadores de transtorno anti-social*. Retirado do site em pepsic.bvs-psi.org.br 07/11/09.

Ocampo, M. L. S.; Arzeno, M. E. G.; Piccolo, E. G. & col. (2003). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes.

OMS, (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.

Pasquali, L. (2001) *Técnicas de exame psicológico – TEP*. São Paulo: Casa do Psicólogo/Conselho federal de Psicologia.

Peixoto Jr., C. A. (1999). *Metamorfoses entre o sexual e o social: uma leitura da teoria psicanalítica sobre a perversão*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Queiroz, E. F. (2004). *A Clínica da Perversão*. São Paulo: Escuta.

Santiago, M. D. E. (1984). Entrevistas clínicas. Em Trinca, W. e col. *Diagnóstico psicológico: a prática clínica*. (PP. 67-81). São Paulo: EPU.

Shine, S. K. (2002). *Psicopatía*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Tavares, M. (2002). A entrevista clínica. Em Cunha, J.A. e col. *Psicodiagnóstico-V*. (PP. 45-56). Porto Alegre: Artmed.

Villar, A. (1967). *Psicodiagnóstico Clínico: Las técnicas de la exploración psicológica*. Madri: Aguilar.