



# **Abordagem Multicultural do Transtorno de Personalidade Antissocial e Psicopatia**

versão final após defesa

**Jorge Rúben Lopes dos Santos**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(Mestrado Integrado)

Orientador: Dra. Maria Silvina Salvado Fontes

**Julho de 2020**



# **Dedicatória**

A todos os que tiveram por perto, mesmo quando estavam longe.



# **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha família e todo o apoio que sempre me têm dado, mesmo quando a jornada é longa o apoio é incansável.

Obrigado à Dra. Maria Silvana Salvado Fontes, pela sua orientação, aconselhamento e apoio ao meu ideal de tese e como a realizar.

Obrigado à Covilhã e à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, pois quando aqui cheguei não imaginei que a paixão por estas ruas, salas e anfiteatros fosse atingir tal magnitude.

Sem descurar a importância de ninguém agradeço a todos os que diretamente ou indiretamente tiveram o seu papel para alcançar esta etapa da minha vida.



## Resumo

As perturbações de personalidade são prevalentes e causam uma limitação importante em vários aspetos da vida do indivíduo. Pretendeu-se fazer uma revisão sobre a abordagem multicultural da perturbação de personalidade antissocial e psicopatia tendo-se pesquisado na PubMed, B-On e Science Direct em português e inglês sem limitação temporal.

As diferenças fenotípicas e de fatores externos podem traduzir limitações na construção de qualquer cultura. Para além disso, o conhecimento é limitado às etnias mais estudadas. A Escala de Avaliação de Psicopatia Revisada de Hare e as suas variantes acabaram por ser amplamente utilizadas para o estudo destes doentes. São ainda poucos os estudos realizados em países não ocidentais.

Acredita-se, no entanto, que em Perturbações de personalidade antissocial e psicopatia, os diagnósticos são dos mais ligados a fatores culturais, tornando a continuidade de pesquisa transcultural e transnacional cada vez mais importante. Os sinais e sintomas devem ser considerados e associados a expectativas individuais de cada uma das culturas. Em países em desenvolvimento a avaliação destes doentes é pouco uniforme.

A abordagem e tratamento destas doenças tem conhecido poucos avanços; os estudos revelam elevadas taxas de recidiva, mesmo com aparente progresso no tratamento, especialmente quando associadas a um score elevado na Escala de Avaliação de Psicopatia Revisada de Hare.

## **Palavras-chave**

*Perturbação de Personalidade Antissocial; Psicopatia; Diferenças Culturais; Multicultural; Transnacional.*



## **Abstract**

Personality Disorders are quite prevalent and cause limitations to various important aspects of an individual's life. The goal of this study was to analyze the approach to multiculturalism related to the Antisocial Personality Disorder and Psychopathy, using Pub-Med, B-On and Science Direct for the research, in Portuguese and English, exempt from time period limitations.

The phenotypical differences and external factors may translate in limitations in the growth of any culture. Furthermore, this knowledge is limited to the most studied ethnic groups. Hare Psychopathy Checklist-Revised and its variants ended up being broadly used for studying such patients. There are still few studies conducted in non-western countries.

However, as it is believed, that on Antisocial Personality Disorder and Psychopathy, the diagnoses are more connected to cultural factors, which adds significant importance to the continuation of the transcultural and cross-country research. The signs and symptoms must be considered and associated with individual expectations related to each one of the many cultures. In developing countries, the evaluation of these patients is not very consistent.

The approach and treatment of these conditions is still very limited, and the studies show high relapse rates, even though showing apparent progress, especially when associated with high Hare Psychopathy Checklist-Revised scores.

## **Keywords**

*Antisocial personality disorder; psychopathy; cultural differences; cross-cultural; cross-country.*

# Índice

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos.....	v
Resumo.....	vii
Abstract.....	ix
Lista de Figuras.....	xiii
Lista de Acrónimos.....	xv
1. Introdução.....	1
2. Metodologias e Desenvolvimento.....	3
3. Perturbação de Personalidade Antissocial vs. Psicopatia – Evolução do Diagnóstico.....	5
4. Ferramentas de Avaliação.....	9
4.1. Critérios de Perturbação de Personalidade Antissocial.....	9
4.2. “The Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)” – Medição da Psicopatia.....	13
4.3. Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI-2-RF).....	17
4.4. Psychopathic Personality Inventory (PPI-R).....	21
5. Abordagem ao TP Antissocial e Psicopatia.....	25
6. Prevalência de TP Antissocial vs. Psicopatia.....	27
7. Implicações e dificuldades do tratamento.....	29
8. Diferenças culturais e étnicas.....	33
8.1. Médio-Oriente.....	34
8.2. Afro-Americanos e Caucasianos.....	36
8.3. Hispânicos.....	39
8.4. África do Sul.....	40
9. Conclusão.....	43
10. Bibliografia.....	45



## **Lista de Figuras**

Figura 1 - Estrutura da Escala de PCL-R (Hare, 2003) .....	14
Figura 2 - Estrutura Hierárquica Revisada do MMPI-2-RF (Bagby et al. 2013).....	18
Figura 3 - Parâmetros de Autoavaliação de Psicopatia - Versão Curta (Neumann et al. 2012)	35



## Lista de Acrónimos

APA	American Psychiatric Association
BE	Blame Externalisation
C	Cold-heartedness
CN	Carefree No Playfulness
DR	Deviant Responding
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-II	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd Edition)
DSM-III	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd Edition)
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition)
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition)
F	Fearlessness
FFM	Fife Fator Model
IILC	Invervention In Lieu of Convition
IMP	Interpersonal Measure of Psychopathy
IR	Inconsistent Responding
LPSP	Levenson Primary and Secondary Psychopathy scales
ME	Machiavellian Egocentricity
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
MMPI-2	Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Second Version)
MMPI-2-RF	Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Second Version - Restructured Form)
PCL-R	The Psychopathy Checklist-Revised
PCL-SV	The Psychopathy Checklist-Screening Version
PCL-YV	The Psychopathy Checklist-Youth Version
PPI-R	Psychopathic Personality Inventory - Revised
Py-DF	Facet Scores for Fearless- Dominance
Py-IA	Facet Scores for Impulsive-Antisociality
Py-T	Global Psychopathy Score
RN	Rebellious Nonconformity
SOI	Social Influence
SRP	Self-Report Psychopathy
STI	Street Immunity
PP	Perturbação de personalidade
VR	Virtuous Responding





# 1. Introdução

As perturbações da personalidade têm uma prevalência de cerca de 10% na população mundial. São perturbações que causam um forte impacto na capacidade de trabalho, assim como nas relações íntimas e interpessoais, sendo muito debilitantes. Existem muitas limitações no tratamento destes pacientes, começando desde logo com as controvérsias na definição das perturbações ou da sua severidade. (1)

Em vários estudos 50% dos pacientes com perturbação depressiva também têm critérios para perturbação de personalidade, sendo que este último dificulta o tratamento do anterior. As perturbações de personalidade podem ter uma prevalência de 24% em doentes que vão a consultas nos cuidados primários. (2)

A psicopatia é uma perturbação afetiva e de personalidade, enquanto a perturbação de personalidade antissocial é primariamente comportamental. Na população mundial estima-se uma prevalência de 1-4%, sendo que os homens são 3 a 5 vezes mais diagnosticados que as mulheres pelos critérios DSM-IV. Por outro lado, a psicopatia é quase exclusivamente estudada em populações de criminosos, se bem que se estima que traços de psicopatia poderão estar presentes em cerca de 1% da população, uma vez mais, prevalentes em homens (3). Outro dado relevante é que, jovens e indivíduos com baixo nível de educação parecem estar em maior risco de desenvolver ambas perturbações (3).

O contexto cultural exerce um papel proeminente na compreensão e tratamento da psicopatologia. Num mundo globalizado é estabelecido que o contexto cultural define se o comportamento humano é ajustado ou não, como as pessoas se devem comportar, pensar, sentir e relacionar nas interações sociais. Também determina o limiar de doença e qual o limite normal de adaptabilidade. Como acontece com outras patologias, o sofrimento psicológico implica a compreensão de variáveis biopsicossociais, que tem um contexto cultural (4). Influencia ainda o processo narrativo do seu sofrimento e determina a credibilidade ou a aceitabilidade de um determinado tratamento aos seus olhos e aos olhos da sua família. (5)

A cultura tem um papel importante não só na conceptualização da psicopatologia, mas na explicação e experienciação do sofrimento, saúde e doença. Alguns grupos como minorias

ou migrantes podem aumentar a vulnerabilidade, sendo que estes grupos podem ser expostos a mais fatores de risco para o stress psicológico. O status legal, discriminação social, estigmatização, orientação sexual foram associados ao aumento de suicídio, reações traumáticas ao stress, depressões major, perturbações de ansiedade, entre outros. (6)

De forma geral, os traços de psicopatia parecem relativamente similares. A psicopatia está universalmente associada a outras perturbações, abuso de substâncias, dependência e comportamento criminoso (7). Alguns autores defendem que os comportamentos são similares entre diferentes culturas, mas, por outro lado, existem traços como “sangue-frio” que poderão estar mais associados a determinadas populações (7). Apesar de tudo, a evidência ainda não conseguiu comprovar que existem diferenças culturais evidentes nestas perturbações da personalidade. (7)

## **2. Metodologias e Desenvolvimento**

O desenho deste estudo foi feito através de uma revisão bibliográfica realizada entre Dezembro de 2019 e Fevereiro de 2020, recorrendo para isso às bases de dados PubMed, B-On e Science Direct, pesquisando as seguintes *palavras-chave*: *Antisocial personality disorder; psychopathy; cultural differences; cross-cultural; cross-country*. Apenas foram seleccionados artigos redigidos em inglês e português. Não foi imposta nenhuma limitação temporal.



### **3. Perturbação de Personalidade Antissocial vs. Psicopatia – Evolução do Diagnóstico**

Millon et al. referiram que “a psicopatia foi a primeira perturbação de personalidade a ser reconhecida na psiquiatria” (8). Inicialmente, o termo psicopatia era usado para referir um ramo variado de perturbações de personalidade (“personalidades psicopáticas”) que eram vistas como extremas em relação às formas de personalidade consideradas normais. (9)

Há descrições generalizadas na antiguidade de pessoas que possuíam características semelhantes às da conceptualização moderna da “psicopatia”. (10) Ao longo dos anos um variado número de rótulos tem sido usado para esta condição (e.g. mania sem delírio, insanidade moral, imbecilidade moral, constituição degenerada, delinquência congénita, inferioridade constitucional, mancha psicopática, personalidade psicopática, psicopatia, e mais recentemente perturbação de personalidade antissocial e perturbação de personalidade dissociativa). (11)

Todos os termos utilizados têm sido pejorativos e constituem uma imagem negativa para qualquer pessoa, sendo “psicopatia” o termo com a tradição clínica mais longa. Desta forma, tem sido objeto de muita pesquisa e formulação literária. (11)

A perturbação de personalidade antissocial, inclui algumas características da psicopatia, mas é um conceito mais amplo e baseado em várias características comportamentais e de padrões de atuação. (11)

Em 1941, o psiquiatra americano Hervey Cleckley descreveu a condição da psicopatia no seu livro “Mask of Sanity”, no qual identificou 16 características obtidas através da literatura e da sua experiência clínica: (10)

- Charme superficial e boa inteligência.
- Ausência de sinal de delírio ou pensamento irracional.
- Ausência de “nervosismo” ou manifestações psiconeuróticas.
- Pessoa na qual não se pode confiar.
- Dificuldade em dizer a verdade ou ser sincero.
- Falta de vergonha ou remorsos.

- Comportamento antissocial inadequadamente motivado.
- Falta de discernimento ou dificuldade em aprender através da experiência
- Egocentrismo patológico ou incapacidade de sentir amor.
- Reações afetivas de grau pobre.
- Falta de visão ou percepção em contextos específicos.
- Falta de resposta na maioria das relações interpessoais.
- Comportamento pouco convidativo, quer com ingestão de bebidas alcoólicas, quer sem.
- Raramente cometem suicídio.
- Vida sexual impessoal, trivial e mal integrada.
- Incapacidade para seguir com planos de vida.

No precursor do DSM, a Sociedade Americana de Psiquiatria publicou um conjunto de doenças psiquiátricas em 1932. Nessa altura, o termo “Personalidades Psicopáticas” era usado. Em 1952, na primeira edição do DSM, o termo “Perturbação de Personalidade Sociopática” surgiu. Na segunda edição do DSM (12), em 1968, a perturbação passou a ser denominada como “Perturbação de Personalidade, Tipo Antissocial”, sendo definida nessa altura como: “indivíduos não sociáveis e cujo comportamento os coloca em conflito com a sociedade. São incapazes de demonstrar lealdade a pessoas, grupos ou valores sociais. São egoístas, frios, irresponsáveis, impulsivos e incapazes de sentir culpa ou aprender através das suas experiências ou punições. A tolerância à frustração é baixa. Tendem a culpar os outros ou a arranjar uma explicação racional plausível para o seu comportamento.” (12)

O DSM-II trouxe muita discordância entre os psiquiatras, uma vez que os critérios de diagnóstico não eram uniformes. Como resultado, em vez de utilizar descrições clínicas dos sintomas para os diagnósticos, foram desenvolvidos critérios específicos de diagnóstico. (11)

Esta perturbação tornou-se um critério de diagnóstico para quando são observadas dificuldades comportamentais relacionadas com criminalidade. Para além disso, é observado que muito mais pessoas (nomeadamente prisioneiros) encaixam nos critérios para o diagnóstico de TP antissocial do que são efetivamente diagnosticadas. (11)

Em 1980 foi introduzido o sistema Multi-axial, que permitiu facilitar o diagnóstico das perturbações de personalidade, com critérios de diagnóstico explícitos e o desenvolvimento de entrevista para auxiliar esse diagnóstico. Esta classificação tem, no entanto, limitações,

existindo até à atualidade várias tentativas de desenvolver novas formas de classificação, tanto para propósitos clínicos como laboratoriais. (1)

Em reconhecimento com a ambiguidade entre sintomas de algumas perturbações de personalidade, e devido à dificuldade em diferenciar uma perturbação de personalidade de outra, foram criados agrupamentos no DMS-IV (1) que dividem as perturbações de personalidade em 3 categorias que partilham características semelhantes. A Perturbação de personalidade Antissocial encaixa no grupo B (dramático-excêntrico-emocional). (11)





## 4. Ferramentas de Avaliação

No que toca à atualidade, a avaliação e distinção de perturbação de personalidade antissocial e psicopatia abrange um vasto leque de escalas de medida de score. Existem essencialmente 4 que são as mais utilizadas: O Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais (DSM-5) (4); A Checklist Revista de Psicopatia (PCL-R) (5); O Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI-2-RF) (13) e o Inventário de Personalidade Psicopática (PPI-R) (14). Cada uma destas ferramentas de avaliação foi desenvolvida em países desenvolvidos e ocidentais.

### 4.1. *Critérios de Perturbação de Personalidade Antissocial*

O DSM-5 foi desenvolvido nos Estados Unidos da América como uma forma de classificação geral para doenças mentais. Tendo o mais recente sido lançado em 2013. (4)

O DSM-5 divide os 10 tipos de perturbações de personalidade em 3 grupos (A, B e C), com base em características semelhantes. Mas a utilidade clínica desses grupos não foi estabelecida. (4)

O grupo A é caracterizado por parecer estranho ou excêntrico. Contempla as seguintes perturbações de personalidade e suas características distintivas:

- Paranoide: desconfiança e suspeita
- Esquizoide: desinteresse em outras pessoas
- Esquizotípico: ideias e comportamentos excêntricos

O grupo B é caracterizado por parecer dramático, emocional ou errático. Contempla as seguintes perturbações de personalidade e suas características distintivas:

- Antissocial: irresponsabilidade social, desrespeito por outros, falsidade e manipulação dos outros para ganho pessoal
- Borderline: intolerância a estar sozinho e desregulação emocional
- Histriónico: busca atenção
- Narcisista: autoestima subjacente desregulada e frágil e grandiosidade aparente

O grupo C é caracterizado por parecer ansioso ou apreensivo. Contempla as seguintes perturbações de personalidade e suas características distintivas:

- Esquivo: evitar contato interpessoal por receio de rejeição
- Dependente: submissão e necessidade de ser cuidado
- Obsessivo-compulsivo: perfeccionismo, rigidez e obstinação

O DSM-5 considera comportamentos como parte fundamental no diagnóstico das perturbações de personalidade antissocial/psicopatia, tendo também em consideração traços de personalidade. (4)

No DSM-5 (APA, 2013) (4), os critérios de diagnóstico para perturbação de personalidade antissocial são os seguintes:

As características essenciais de uma perturbação de personalidade, são afeções a nível do funcionamento (pessoal e interpessoal), da sua personalidade e a presença de traços de personalidade patológicos. Para diagnosticar uma perturbação de personalidade antissocial os seguintes critérios devem ser verificados:

A - Afeções significativas no funcionamento da personalidade manifestados por:

1. Afeções no funcionamento pessoal (a ou b):
  - a. Identidade: Egocentrismo; auto-estima derivada de ganho pessoal, poder e prazer.
  - b. Auto-direção: Objetivos de vida baseados na gratificação pessoal, ausência de padrões internos pró-sociais associado à falha em se conformarem com o comportamento correto a nível legal e ético.

E

2. Afeções no funcionamento interpessoal (a ou b):
  - a. Empatia: Falta de preocupação com sentimentos, necessidades ou sofrimento de outros; falta de remorsos após maltratar ou magoar alguém.
  - b. Intimidade: Incapacidade para manter relacionamentos de intimidade mútua, a exploração é um dos meios de se relacionar com outros, incluindo burla e coação; uso de dominância ou intimidação para controlar outras pessoas.

B – Traços de Personalidade Patológica nos seguintes domínios:

1. Antagonismo, caracterizado por:

- a. Manipulação: Uso frequente de subterfúgios para influenciar ou controlar outros; uso de sedução, charme, brilho ou cair em boa graça para conseguirem alcançar determinados fins.
- b. Desonestidade: Desonestidade e fraudulência; representação enganadora de si próprio, embelezamento ou fabricação de eventos relacionados.
- c. Indiferença: Falta de preocupação com sentimentos ou problemas de outros; falta de culpa ou remorsos acerca dos efeitos negativos ou destruidores que as ações podem ter em outros; agressão, sadismo.
- d. Hostilidade: Sentimentos persistentes ou frequentes de revolta; irritabilidade em resposta a pequenas desfeitas ou insultos; comportamento mau, desagradável ou vingativo.

2. Desinibição, caracterizada por:

- a. Irresponsabilidade: Desrespeito por – e falha em honrar – obrigações financeiras ou compromissos de qualquer tipo; falta de respeito por – e incapacidade de dar seguimento – a acordos e promessas.
- b. Impulsividade: Agir por impulso em resposta a estímulos imediatos; agindo em bases momentâneas e sem planos que considerem os resultados possíveis; dificuldade em estabelecer e seguir planos.
- c. Comportamentos de Risco: Envolvimento em atividades perigosas, arriscadas, com riscos potenciais para o próprio, desnecessárias e sem consciência das consequências; tendência para o tédio e início de atividade não ponderadas para combater esse tédio, falta de preocupação com as limitações e negação da realidade de perigo.

C – As afeções de personalidade e expressão individual de traços de personalidade são relativamente estáveis ao longo do tempo e dependendo das circunstâncias.

D - As afeções de personalidade e expressão individual de traços de personalidade não são melhor compreendidas tendo em conta o estado de desenvolvimento do indivíduo ou estatuto sociocultural.

E – As afecções personalidade e expressão individual de traços de personalidade não estão apenas relacionados com o abuso de substâncias (e.g., abuso de ou medicação) ou uma condição médica em geral (e.g. trauma cranioencefálico).

F – O indivíduo tem no mínimo 18 anos de idade.

## **4.2. “*The Psycopathy Checklist-Revised (PCL-R)*” – Medição da Psicopatia**

Desde 1980, um importante instrumento, a checklist de psicopatia revisada (PCL-R) tem estado a ser utilizada, e foi desenvolvida por Robert Hare (15). O próprio autor (5)(15)(16)(17)(18), juntamente com colegas (19)(20)(21)(22) utilizaram a mesma na investigação da psicopatia. A checklist PCL-R tem sido usada repetidamente em avaliações forenses e clínicas e os resultados indicam que o PCL-R tem boas propriedades psicométricas sendo recomendado para analisar características de psicopatia. (23)

O questionário pode ser utilizado por profissionais especialmente treinados para esse propósito, que tenham experiência profissional em populações forenses. A avaliação pode ser feita de duas formas; a primeira é baseada em entrevistas (125 questões) e informação obtida a partir de documentos, e a segunda é baseada em registos forenses psiquiátricos. (23)

O questionário PCL-R contém 20 itens, enquanto os resultados são distinguidos através de números entre 0 e 2 (0 – sem características, 1 – talvez alguns aspetos, 2 – sim). Cada característica é estimada de forma separada, e o resultado é registado no questionário de forma automática permitindo a sua visualização na página seguinte para a adição fácil de pontos em cada uma das facetas e fatores individuais, tal como permitindo um cálculo mais facilitado do score final. Se um item em particular não tiver dados suficientes é omitido, mas, neste caso, o score é adaptado de acordo com uma tabela especial anexada. Apenas cinco itens podem ser deixados de fora do questionário, caso contrário a avaliação é considerada inválida. O score máximo permitido no questionário é de 40, para o fator 1 é 16, para o fator 2 é 20, nas facetas 1 e 2 é 8 e nas facetas 3 e 4 é 10. (23)

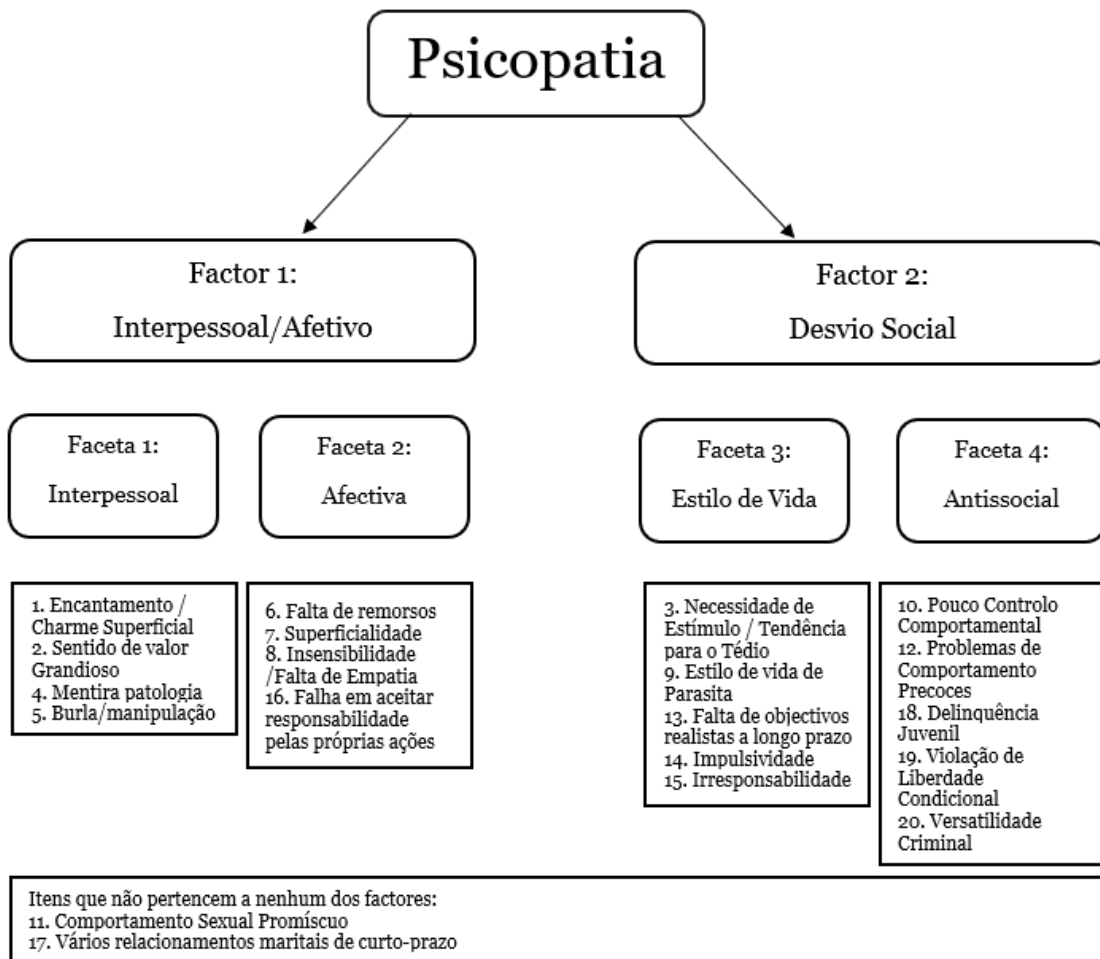


Figura 1 - Estrutura da Escala de PCL-R (Hare, 2003)

O questionário contém quatro escalas que incluem os seguintes aspetos: aspetos interpessoais (faceta 1) – itens 1, 2, 4 e 5; aspetos afetivos (faceta 2) – itens 6, 7, 8 e 16; estilo de vida (faceta 3) – itens 3, 9, 13, 14 e 15, e aspetos antissociais (faceta 4) – itens 10, 12, 18, 19 e 20. (23)

Os itens 11 (promiscuidade sexual) e 17 (várias relações de curto prazo) foram excluídos das facetas devido a instruções do autor da escala. Faceta 1 e 2 para fator 1, enquanto a faceta 3 e 4 constituem o fator 2. Isto aplica-se ao modelo de dois factores. (20)

A construção em torno da psicopatia é importante entre profissionais devido às ricas tradições de investigação, e pelo facto de o diagnóstico de psicopatia ser o melhor preditor

individual no que toca aos comportamentos de criminalidade em crianças e adultos, particularmente em violência doméstica e recidiva após já terem sido cumpridas penas de prisão (24)(25)(26)(27)(28)(29). Por exemplo, Hare et al. (17), numa amostra de agressores, demonstraram que aqueles que possuem um score de PCL-R elevado, têm uma probabilidade duas vezes maior de cometer crimes de uma forma geral e nove vezes maior de cometer crimes violentos. Resultados semelhantes são encontrados em amostras de doentes psiquiátricos, onde um estudo confirmou a capacidade do questionário de prever a possibilidade de comportamento violento durante um período de 2 anos após a saída dos estabelecimentos psiquiátricos. Leistico et al. (30), através duma meta-análise também confirmaram o forte valor preditivo dos resultados, e de ambos fatores no score de PCL-R na previsão de comportamentos desviantes. Estudos paralelos de perturbações de personalidade antissocial não são consistentes, apesar de alguns estudos demonstrarem ser possível prever crimes quando é diagnosticada (31)(32), apesar de falhar muitas vezes. (11)

A psicopatia é um forte preditor de recaídas no que toca a crimes violentos (33) e é avaliada da melhor forma através do questionário PCL-R (15). O autor do PCL-R apresenta dados relativamente a cinco estudos realizados em populações forenses no Canadá (15). A abordagem a características de psicopatia é baseada em entrevistas semiestruturais e dados anteriores recolhidos. Na primeira amostra de 80 pacientes masculinos a média do score de PCL-R era de 22, na segunda amostra de 132 pacientes masculinos a média era de 21.4, na terceira amostra que incluía 65 pacientes masculinos, a média era 18.1, na quarta amostra que possuía 864 participantes, a média era de 21.5 e na quinta amostra de 105 a média era de 23.7. (15)

No que toca aos resultados do PCL-R, alguns autores subdividem os psicopatas entre primários e secundários. Tendo os psicopatas primários características em termos de personalidade mais direcionadas ao fator 1, e os psicopatas secundários demonstram características mais relacionadas com comportamento antissocial e estilo de vida, atingindo mais resultados dentro do fator 2. (34)(35)

A falta de empatia é uma das características da psicopatia. Os aspetos da empatia diferem, mas é consensual que vários investigadores defendem que de facto esta falta de empatia afetiva é confirmada (36)(37). A empatia afetiva constitui reações fisiológicas involuntárias caracterizadas pela excitação do sistema nervoso autónomo.

No entanto, o questionário PCL-R também tem os seus defeitos, pois a sua utilização requer uma abordagem em exige perícia a nível da psicologia e psiquiatria, incluindo treino e experiência em psicopatologia, análise psicométrica, e investigação a nível da psicopatia.

O treino para o uso desta ferramenta exige gastos financeiros consideráveis, mas considerando as dificuldades a nível da formação de profissionais é necessário ter em conta que este é um instrumento com características psicométricas muito respeitáveis para a abordagem da personalidade e de comportamentos desviantes, e também importante em analisar fatores de risco. (23)

Sem o devido treino e experiência tutorada, particularmente em áreas de testes psicométricos e psicopatologia, os resultados obtidos poderão não ser fiáveis ou válidos.

O método PCL-R não pode ser utilizado baseando-se apenas numa entrevista. Para além disso, deve haver acesso a um bom ficheiro sobre o paciente com informações colaterais. A utilização desta ferramenta requer despende de bastante tempo. Muitos agressores têm scores baixos ou moderados de psicopatia e daqueles que têm scores elevados, tipicamente, 20% dos mesmos não voltam a cometer crimes ou a ser presos durante o período de seguimento. Como resultado disso, existem muitos falsos positivos e falsos negativos que devem ser considerados. Os scores obtidos através da checklist de psicopatia de Hare são geralmente estáveis e estáticos e não mudam ao longo do tempo. Devido a esse fator, o instrumento não pode ser considerado como uma medida de avaliação do resultado relacionado com tratamento e de possível libertação da prisão ou do hospital. (23)



### **4.3. Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI-2-RF)**

O Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota original foi publicado em 1940 e a segunda edição revisada, MMPI-2, foi publicada em 1989. Em 2008 a forma restruturada foi publicada (MMPI-2-RF). Depois de cerca de duas décadas de esforços extensivos para afinar de forma psicométrica e teórica, esta ferramenta é considerada como uma das mais utilizadas para avaliar a psicopatologia do adulto em todo o mundo. (38)

O questionário de autoavaliação possui 567 itens e avalia o seu estado psicológico. Tem 9 escalas de validade, abordando mentiras, postura defensiva, bom fingimento e mau fingimento perante outras pessoas. Estas escalas são muito difíceis de manipular intencionalmente nos resultados do MMPI-2. O inventário tem várias escalas clínicas de avaliação de problemas mentais (depressão, ansiedade, stress pós-traumático). Pode também abordar características de personalidade (psicopática) e traços de personalidade gerais como a revolta, somatização, hipocondria, potencial de adicção e muitos outros. (13)

O teste foi originalmente desenvolvido por Hathaway e Mckinley em 1943, usando uma técnica de construção empírica. As escalas de teste (por exemplo a escala de hipocondria) são baseadas em itens de teste que diferenciam pessoas com hipocondria de pessoas “normais.” Comumente, as questões são mais fiáveis quando não estão diretamente relacionadas com o problema de saúde em questão. Isto possuiu duas vantagens. Em primeiro lugar, torna muito difícil aos sujeitos fingir respostas, negar problemas, ou dar uma impressão que os mesmos possam sentir que seja mais apropriada. Em segundo lugar, o MMPI-2 é baseado em pesquisa empírica e não em assunções clínicas. Desta forma, as respostas não vão indiciar as assunções do clínico que faz o teste em relação a um traço de personalidade particular. (38)

O MMPI-2-RF foi contruído utilizando escalas clínicas restruturadas. A medida de avaliação foi desenvolvida utilizando técnicas de análise estatística sofisticadas que produziram escalas restruturadas. Há também métodos desenvolvidos envolvendo medidas de forma teórica que informam acerca da reorganização dessas medidas de avaliação. A reconstrução de medidas foi conseguida tendo por base os 567 itens originais contidos no MMPI-2. A normativas estandardizadas do MMPI-2 foram utilizadas para validar o MMPI-RF; cerca de 53000 correlações baseadas em mais de 600 critérios de referência estão disponíveis no manual técnico de MMPI-2-RF para o propósito de

comparar a fiabilidade e validade das escalas do MMPI-2-RF com as escalas da versão anterior MMPI-2 (39)(40). O método MMPI-2-RF reteve apenas 338 itens dos 567 originais, sendo que a sua estrutura foi reorganizada de forma hierárquica para prover informação não redundante através de 51 escalas que são facilmente interpretáveis. Escalas de validade foram mantidas, mas revisadas, e duas novas escalas foram adicionadas. Há também escalas adicionais para avaliar queixas somáticas. Todas as escalas do MMPI-2-RF mantêm ou até demonstram um aumento no que toca à validade de critérios quando comparadas aos seus equivalentes no MMPI-2 (39)(40). O MMPI-2-RF consegue atribuir um score global de psicopatia (Py-T), tal como scores da faceta dominante (Py-DF) e de impulsividade e antissocialidade (Py-IA) (41). O teste demora entre 60 a 90 minutos para ser realizado, e apenas pode ser administrado por um psiquiatra ou psicólogo devidamente treinado.

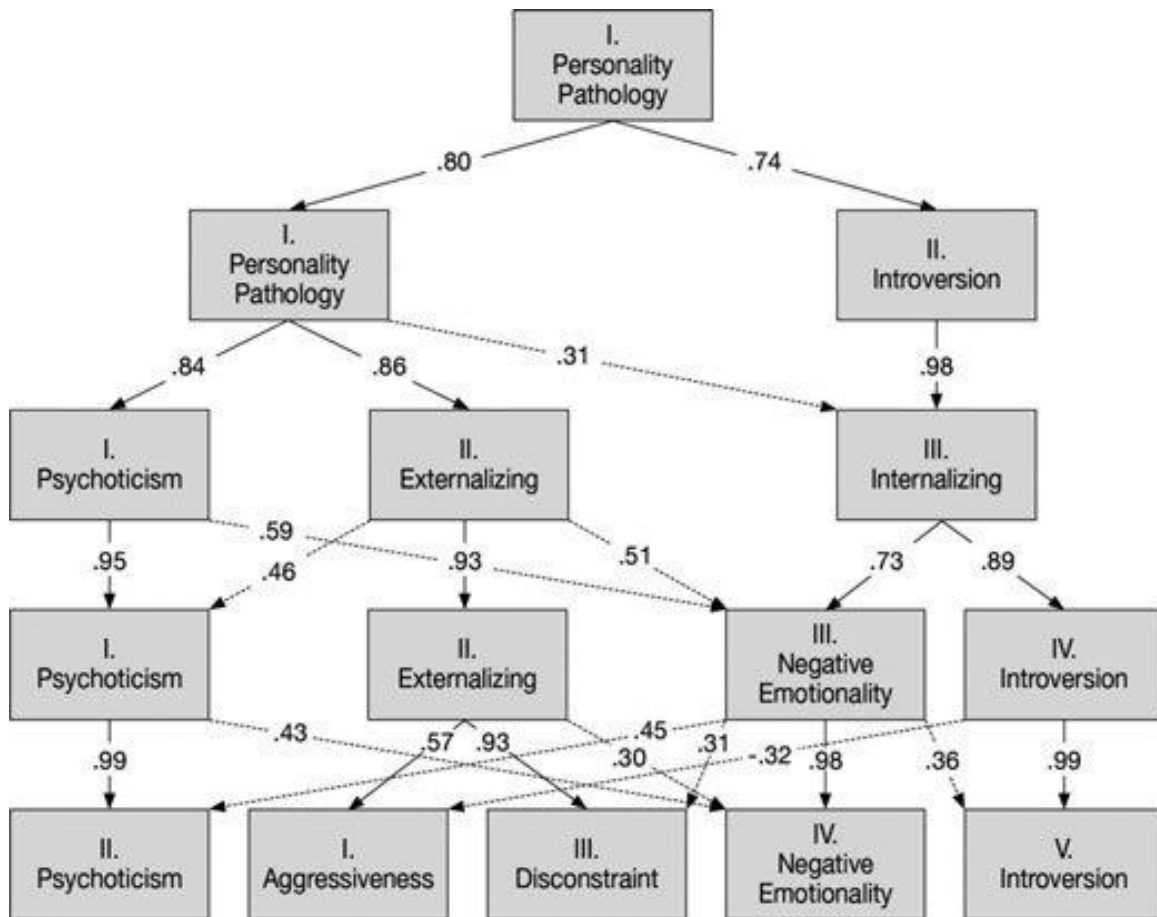


Figura 2 - Estrutura Hierárquica Revisada do MMPI-2-RF (Bagby et al. 2013)

Um estudo conduzido por Mufson em 2012 (41), observou a validade do MMPI-2-RF (2008) como uma medida de avaliação de psicopatia através da viabilidade e validade dos

três scores, Py-T, Py-FD e Py-IA. O estudo examinou o relacionamento, na amostra de uma comunidade de adultos agressores, em psicopatia auto-reportada até história criminal, abuso de substâncias e finalização de programas de diversão. Foi utilizada uma amostra de 424 homens e mulheres que participaram num programa de intervenção mandatado pelo tribunal para abuso de substâncias (IILC) (Intervention In Lieu of Conviction). A média dos participantes era de 33,5 anos e tinham uma média de 12,7 anos de educação. A amostra incluía tanto homens (53.5%) como mulheres (47.5%) e mais de 29% desses reportaram outras etnias para além da caucasiana. O estudo concluiu que validade e utilidade desta ferramenta de medida de psicopatia era fortemente suportada. (38)

O MMPI que foi desenvolvido em Minnesota em 1930 foi baseado em respostas dadas por homens caucasianos, e tomando isso como base, pode ser considerado que este método de avaliação pode constituir um viés para outras etnias (42). O MMPI teve então, como objetivo essencial eliminar este viés cultural, incluindo afro-americanos, hispânicos, americanos nativos e americanos asiáticos. No entanto, a inclusão destes grupos não resolve de forma absoluta um possível problema de viés (43). Tal como o MMPI-2, o MMPI-2 RF (40), precisa de ser mais investigado no que toca ao possível viés cultural. Como esta ferramenta é relativamente recente, não existem muitos estudos até à data que se tenham baseado nela.



#### **4.4. *Psychopathic Personality Inventory (PPI-R)***

O PPI-R (2005) foi desenvolvido para determinar a prevalência de traços psicopáticos e é uma medida de autoavaliação. Como o teste é uma medida de autoavaliação, geralmente, é mais eficiente a nível de custos para administrar do que o PCL-R (44). Uma medida de autoavaliação pode ser uma melhoria em relação a possíveis subjetividades que existam em teste que utilizam entrevistas.

A autoavaliação consiste em 154 itens divididos por oito escalas:

- Egocentrismo Maquiavélico (ME)
- Não-conformismo Rebelde (RN)
- Externalização da Culpa (BE)
- Divertimento Despreocupado (CN)
- Influência Social (SOI)
- Destemor (F)
- Imunidade de Stress (STI)
- Sangue-Frio (C)

Os itens são respondidos usando uma escala de 4 pontos (1-falso, 2-maioritariamente falso, 3-maioritariamente verdadeiro e 4-verdadeiro)

O PPI-R é uma construção válida, eficiente em termos de tempo necessário, e que pode detetar tipos de resposta potencialmente relevantes para a psicopatia (manejo positivo ou negativo de impressões, respostas aleatórias ou de resposta despreocupada). Esta deteção é feita usando 4 escalas de validade, incluindo respostas desviantes (DR), respostas virtuosas (VR), ou duas escalas de graus de respostas inconsistentes (IR-15; IR-40). As escalas DR e VR são utilizadas para respostas que são dadas de forma falsa óbvia ou de forma falsa menos óbvia, respetivamente. As escalas IR eliminam respostas despreocupadas ou aleatórias. Em vez de se focar exclusivamente em comportamentos antissociais ou criminosos, o PPI-R mede a continuidade dos traços de psicopatia presentes numa gama de indivíduos e podem ser utilizados em circunstâncias clínicas (e.g. forenses) e não clínicas (e.g. estudantes, comunidades).

De forma internacional, o PPI-R (2005) tem sido testado quanto à sua validade e consistência interna, e foi considerado aceitável numa amostra de uma prisão americana (14) e de uma comunidade belga (45).

Na África do Sul, Loots (46) estudou também este teste quanto ao seu possível viés cultural utilizando uma amostra de 500 agressores representando várias etnias e tipos de crime. A amostra foi selecionada através da base de dados do Centro Corretivo de Mangaung. Loots, expressou preocupação em relação à validade de construção, convergência, discriminação e validade externa mesmo tendo sido consideradas satisfatórias em estudos internacionais. A preocupação centrava-se em relação às diferentes culturas e aos efeitos socioeconômicos da educação em questões como “Quando vou de férias, planeio tudo antecipadamente”, ou “eu gostava de ter sido um “hippie”. Adicionalmente, administrar a medida de avaliação trouxe também desafios devido à necessidade de traduções linguísticas e dificuldades de compreensão. Foi também observado que a simples tradução poderia ser insuficiente devido às diferenças culturais e à utilização de expressões demasiado características da língua inglesa e desta forma não era bem compreendido por todos os participantes. Um total de 45 itens tiveram de ser emitidos devido a barreiras gerais, culturais, de linguagem e educacionais. (46)

Loots afirma que, culturalmente, a grande maioria dos sul-africanos, incluindo população prisional, advém de uma cultura maioritariamente coletivista. Itens que forem omitidos como “eu tenho orgulho em mim mesmo por possuir um ritmo e uma postura diferente das outras pessoas” ou “eu olho por mim e tomo conta de mim antes de ter em conta as outras pessoas” podem refletir características nucleares de psicopatia. No entanto, este tipo de afirmações também se opõe ao papel de fundo altruísta da maioria dos participantes. Em relação à linguagem e dificuldade de compreensão, a formulação de frases na negativa, tais como “não tenho pensado muito em relação ao que quero fazer com a minha vida”, ou “eu quase nunca sou o líder do grupo”, podem ser difíceis de reformular em diferentes linguagens devido às confusões de tradução. Alguns itens como “skydiving”, escrever poesia, ser um piloto de carros de corrida, e o uso de expressões inglesas simplesmente não se encaixavam no quadro de referências dos participantes. (46)

Loots concluiu que as diferenças culturais têm um papel importante na forma de expressão das psicopatologias. Vários itens tiveram de ser omitidos na escala PPI-R para aumentar as propriedades psicométricas do instrumento dentro do contexto sul-africano, estando relacionados com questões de linguagem, compreensão e herança cultural como já referido

anteriormente. Determinados aspetos, como os fatores de não-conformismo rebelde e destemor, irão requerer atenção adicional a nível de validação. Isto deve-se ao facto de o não-conformismo rebelde se referir à fuga do ortodoxo e desafio de normas sociais, que contradiz os princípios básicos das comunidades coletivistas. O destemor, por outro lado, refere-se à tendência para ter comportamentos de risco e ausência de ansiedade. Os itens selecionados tinham como intenção medir este fator, no entanto, incluem conceitos que seriam estrangeiros a muitos dos agressores, especialmente aqueles que são originários de comunidades pobres. (46)

Loots referiu que é necessário mais investigações para as medidas de PCL-R e PPI-R e que é necessário haver uma amostra mais representativa para determinar a extensão étnica e cultural das influências na manifestação deste tipo de doenças. (46)

Apesar de o PPI-R ser uma ferramenta perfeitamente válida para países ocidentais e desenvolvidos, é necessário ter em conta possíveis adaptações futuras a países de culturas diferentes como os países africanos, é necessário não só omitir itens que não se adaptem à cultura em causa, mas arranjar substitutos que sejam de compreensão fácil e que tenham uma correspondência significativa para que não se perca a validade do teste. (38)





## 5. Abordagem ao TP Antissocial e Psicopatia

Devido às mudanças constantes nos parâmetros de definição de TP antissocial que têm sido usados nas várias edições da DSM, tem sido observado pouco trabalho empírico relativamente a estes critérios. No entanto, no que toca a psicopatia, mais estudos têm sido elaborados, pois os critérios de Hare (PCL-R), continuam a ser utilizados, tendo sido desenvolvidos em 1980.

Outro fator resultante das mudanças de critérios observadas para a TP antissocial e o facto de a maior parte dos estudos serem vocacionados para a psicopatia, é o de muitas vezes ser atribuída uma valoração clínica semelhante à da sintomatologia ou comportamento observado em indivíduos psicopatas, algo que na realidade não é verdade.

Em grande contraste, observa-se que as pesquisas realizadas demonstram que a prevalência de TP Antissocial em prisões está entre cerca de 50 a 80%, enquanto apenas 15% dos prisioneiros (amostras essencialmente obtidas da população Norte Americana) têm resultados no PCL-R altos o suficiente para serem considerados possuidores de características que possam ser identificadas como psicopáticas. (5)

Desta forma é importante demonstrar que é relevante manter sempre esta distinção nos estudos realizados.

Os critérios Revisados de Hare, foram desenvolvidos para medir até que ponto o indivíduo vai de encontro aos critérios de psicopatia. A psicopatia, medida pelos critérios PCL-R está subdividida em elementos antissociais, interpessoais, afetivos e de estilo de vida. São incluídos ainda mais dois itens, comportamento sexual promíscuo e muitos relacionamentos maritais curtos.

Esta escala é para abordar até que ponto determinada pessoa possui características de psicopatia. Apesar de ser verdade que um certo número de pessoas pode possuir determinadas características correspondentes, muito poucas têm elementos suficientes para serem realmente consideradas “psicopatas” (i.e. aproximadamente 15% dos prisioneiros masculinos na América do Norte, 7,5% das prisioneiras femininas, menos de 3% dos doentes psiquiátricos e um valor estimado de menos de 1% na comunidade em geral). (47)

Apesar de ter os seus opositores e problemas legais e éticos, a discussão acerca dos critérios PCL-R tem sido positiva em numerosos estudos realizados e que apoiam a validade do PCL-R. Coid (48) realizou uma análise histórica acerca da psicopatia e relatou que os itens da PCL-R “demonstram consistência com variadas visões tradicionais das características de personalidade e comportamentos que definem a construção da psicopatia.”

## **6. Prevalência de TP Antissocial vs. Psicopatia**

Apesar da dificuldade em avaliar, tem sido estimado que cerca de 3 a 5% (prevalência-vida?) das pessoas vão de encontro aos critérios para o diagnóstico de um TP Antissocial. Contrastando com o 1% de pessoas que reúne as características suficientes para obter um score elevado no PCL-R (30/40). Naturalmente, a prevalência muda de acordo com a população a ser estudada. (5)

Aproximadamente, 15% da população masculina nas prisões, 10% criminosos inimputáveis, 7% da população feminina nas prisões, e 1% dos doentes psiquiátricos internados compulsivamente, obtiveram resultados que caem dentro de um score elevado no PCL-R. (49)

Comparando com os dados obtidos relativamente ao TP Antissocial, observamos que há taxas mais elevadas. Num pequeno estudo realizado com 289 pacientes masculinos num programa de manutenção de metadona nos Estados Unidos da América, Tourian et al. encontraram 82 pacientes (32%) que iam de encontro aos critérios de diagnóstico para o TP Antissocial e 62 pacientes (21%) tinham um score superior a 24 no PCL-R. E ainda menos tinham um score superior a 30 que é considerado o cut-off utilizado para considerar um indivíduo avaliado como portador de psicopatia. Estes resultados mostram, novamente, que com prisioneiros, uma proporção mais elevada de pacientes tem critérios para o diagnóstico de um TP Antissocial do que critérios encontrados em scores elevados de PCL-R.



## **7. Implicações e dificuldades do tratamento**

Até à data há poucas evidências que as abordagens convencionais do tratamento psicológico tenham sucesso em psicopatas. Salekin tem discutido que a pesquisa que tem sido conduzida para avaliar a eficácia de tratamento em psicopatas tem sido deficiente e sugere que existem razões para que o otimismo seja contido em relação à possibilidade de haver um tratamento eficaz em psicopatas (50). Wong, conduziu uma análise dos estudos já existentes que tentaram deduzir a eficácia dos tratamentos realizados em psicopatas (51). Apenas dois estudos avaliados foram considerados suficientemente sólidos para garantir uma consideração, mas ambos implementavam abordagens de tratamento inapropriadas.

Wong e Hare desenvolveram um modelo de melhor prática para o tratamento institucional de psicopatas (11). Concluíram que as abordagens definidas no livro mostravam uma promessa positiva de eficácia quando implementadas de forma sistemática. De uma forma geral, esses tratamentos focam-se em mudanças comportamentais em vez de se direcionarem nos fatores emocionais e cognitivos tradicionais, como treino de empatia, habilidades sociais, entre outros.

Para ilustrar um estudo do efeito do tratamento na psicopatia, é de considerar o trabalho de Ogloff et al. (52) Apesar de não terem um grupo de controlo de tratamento, foi conduzida uma abordagem entre tratamentos em que foi avaliado o progresso de 80 prisioneiros masculinos que participaram num programa terapêutico comunitário designado a tratar criminosos com perturbações de personalidade. Foram referidos ao tratamento todos aqueles que revelavam risco mais elevado de violência. Foi utilizado o PCL-R para dividir os pacientes entre grupos de score elevado (27 ou mais), médio (18 a 26) e baixo (17 ou menos). As equipas do staff analisaram o progresso dos prisioneiros utilizando ficheiros de informação institucionais extensivos que estavam disponíveis. As variáveis do resultado incluíam o tempo em que estavam sujeitos ao programa de tratamento, o grau de motivação demonstrado pelos prisioneiros e o grau de progresso observado e avaliado pela equipa de tratamento.

Os prisioneiros nos grupos de score elevado de PCL-R obtiveram resultados muito piores do que aqueles que estavam nos grupos de score médio e baixo. Ou seja, aqueles que se encontravam no grupo de score mais elevado mantiveram-se no programa de tratamento durante um período mais curto de tempo, mostravam menos motivação e esforço, e

demonstraram menos evolução do que os outros. Os autores especularam que apesar de os elementos desses grupos não terem apresentado a mesma evolução positiva que os outros, que mesmo assim houve benefícios da sua participação no programa. No entanto, Hemphill JF (estudo não publicado, 1991) seguiu os grupos que estiveram sujeitos a tratamento e encontrou que a taxa de reincidência era quase o dobro para os criminosos do grupo de score elevado PCL-R (83%) em comparação com o resto dos elementos dentro dos outros scores (42%). (11)

Para além de não ser eficaz para os próprios psicopatas, a participação dos mesmos em grupos convencionais de tratamento pode afetar a dinâmica de funcionamento do grupo. Desta forma, é importante que os criminosos a serem considerados para tratamentos psicológicos convencionais sejam avaliados em relação à possibilidade de possuírem traços de psicopatia ou não. Aqueles que têm scores superiores a 30, requerem abordagens interventivas apropriadas e modificadas, em vez de se misturarem com outros grupos com scores inferiores. (11)

Por fim, deve ser tida precaução ao depender de relatos do progresso do tratamento em infratores psicopatas. Seto e Barbaree investigaram os resultados das avaliações do tratamento para 216 infratores que foram tratados num programa para agressores sexuais no Canadá (53). Mudanças no rating de avaliação do tratamento foram feitos pela equipa clínica e foram divididos em “Bom” e “Mau” em termos de progressão e tratamento. De forma relativamente similar, também foram divididos em grupos de score PCL-R alto (Superior a 15 de 40) e score baixo (Inferior a 15 de 40). Os infratores foram seguidos na comunidade por um tempo médio de 32 meses após terminarem o seu período de sentença de prisão. Participantes no grupo de score de PCL-R baixo tiveram taxas de recidiva geral (10%) e taxa de (5%) de ofensas graves, e as suas taxas de reincidência não se relacionavam com os resultados obtidos após tratamento. (11)

Os achados de Seto e Barbaree (53) foram também verificados por outros investigadores que usaram scores muito baixos para dividir entre grupos PCL-R “alto” e “baixo” (15/40). Looman et al. utilizaram um cut score de 25 para dividir entre grupos PCL-R de “alto” e “baixo” para subdividir uma amostra de 129 agressores sexuais. (54) A taxa de recidiva para uma combinação de crimes sexuais e/ou violentos foi obtido durante um follow-up de aproximadamente 4 anos após a sua libertação. A reincidência era de 40% para o grupo de PCL-R “alto” e de 19,3% para o grupo de PCL-R “baixo”. (11)

Estes estudos e achados revelaram também que agressores com scores altos de PCL-R que se acreditava terem feito bom progresso ao longo do seu tratamento, foram na realidade os que tiveram maiores taxas de novas ofensas e crimes durante o período de follow-up, o que demonstra a importância de realizar diferentes ratings de risco para doentes que têm recidivas, pois as mudanças nos ratings utilizados por médicos durante o tratamento não parecem ser dados seguros no que toca a possibilidade de haver novas ofensas, especialmente por parte de doente com scores PCL-R elevados. Tal como os resultados obtidos para criminosos com ofensas sexuais poderão não ser os mesmos observados em criminosos relacionados com outro tipo de crimes. (11)

A informação apresentada nesta secção demonstra como é particularmente difícil o tratamento para criminosos do âmbito da psiquiatria, com pouco suporte empírico que haja de mudanças positivas, medidas por taxas de novas ofensas. É também importante ter em conta a taxa de “contaminação” que existe em tratamentos que sejam realizados em grupo. Finalmente, foi verificado que as maiores recidivas são observadas em agressores com scores PCL-R que tinham sido avaliados de forma positiva por equipas médicas. Desta forma, é importante ter cuidado com os relatórios transmitidos devido à possibilidade de erro humano durante a avaliação.





## 8. Diferenças culturais e étnicas

A construção da psicopatia tem sido controversa ao longo do tempo, originando diversas perguntas relacionadas com os seus limites, abordagem e causas. (55) Um dos fatores chave por resolver, concentra-se no potencial de existirem eventuais diferenças transculturais nas manifestações fenotípicas e relacionadas com fatores externos correlacionados com a psicopatia. Esta questão traz implicações importantes na medida de tentar entender até que ponto a construção da psicopatia pode ser generalizada para qualquer cultura, incluindo culturas não ocidentais. Como um determinado número de investigadores têm observado (56) (57), a maioria das investigações é limitada em grande escala a comparações entre caucasianos e afro-americanos e entre americanos, europeus e australianos. Para além disso, os achados encontrados nesses estudos são pouco conclusivos. (58)

Alguns investigadores têm reportado uma validade inferior no que toca às dimensões da psicopatia em relação à predição laboratorial em termos de performance e violência em afro-americanos do que em caucasianos (24)(59)(60)(61), enquanto outros reportaram poucas diferenças ou inexistentes (56)(62). Investigações entre países são ainda mais difíceis de encontrar e difíceis de interpretar (63).

Com o objetivo de examinar a validade de construção de psicopatia, Latzman et al., realizaram um estudo em que eram avaliados os parâmetros reportados por estudantes do ensino superior em três nações diferentes, uma ocidental (Estados Unidos da América) e duas do médio oriente (Arábia Saudita e Egito), testando intercorrelações entre subescalas e fatores de “Psychopathic Personality Inventory – Revised” (PPI-R) (14), tal como em associações das características do “Five Factor Model” (FFM).

Trabalhos de investigação deste género são importantes para avaliar se, de facto as diferentes culturas que existem entre países de vários continentes irão obter resultados que as distingam dos estudos que já têm sido realizados a nível da cultura ocidental, onde a maioria da investigação tem sido realizada. Nesse mesmo estudo, Latzman et al. concluíram que as diferenças mais evidentes existem entre o género do que propriamente entre os países comparados, e podem evidenciar circunstâncias pertinentes no que toca à igualdade de género e como isto poderá afetar as características associadas a perturbações de personalidade e psicopatia. (58)

## **8.1. *Médio-Oriente***

A generalização da psicopatia entre culturas é de importante interesse no que toca à pesquisa e abordagem clínica, pois vários investigadores já questionaram até que ponto as patologias a nível de personalidade são associadas a diferentes culturas (64)(65)(66). Adicionalmente, os estudos publicados que utilizaram medidas relacionadas com características de psicopatia estão mais direcionados a outras patologias do que propriamente à psicopatia e características ligadas a TP Antissocial. (67)

De forma mais abrangente, apenas uma mão-cheia de estudos examinou a psicopatia em culturas não ocidentais, a maioria utilizando o score PCL-R e as suas variações. Por exemplo, Sharia et al. (68), utilizando uma versão reduzida PCL-R entre prisioneiros iranianos, encontraram uma estrutura de fatores semelhante ao score original de PCL-R, apesar de terem surgido algumas específicas à cultura. A grande maioria das diferenças estava associada a características de personalidade arrogante, relações interpessoais manipuladoras e experiência emocional deficiente (PCL-R Fator 1). Até 2015, existia apenas um estudo que utilizava uma escala de autoavaliação de psicopatia para avaliação de uma amostra não-ocidental. (58)

Usando uma versão de autoavaliação do score PCL-R. Ghaderi et al. (69) examinaram associações entre psicopatia e do modelo de personalidade de 5 fatores (FFM) em prisioneiros iranianos encarcerados. Quando as subdimensões do PCL-R foram examinadas, ambos fatores apresentavam uma dissociação negativa muito forte com amabilidade e uma dissociação negativa moderada entre conscienciosidade e abertura à experiência. Corroborando achados já verificados em culturas ocidentais (70)(71), resultados de análises multivariadas previram estatisticamente um score global de psicopatia que se inclinava para baixa amabilidade de forma mais evidente, tal como para baixa conscienciosidade. (69)

Numa investigação mais ampla, Neumann et al. (72) analisaram características psicopáticas utilizando a escala de “Self-Report Psychopathy” (SRP), um questionário designado com o objetivo de ser consistente com a contextualização da psicopatia feita através do PCL-R, dentro de uma grande amostra a nível mundial. Os sujeitos da amostra do Médio Oriente reportaram scores mais elevados na faceta interpessoal, com scores mais moderados nas outras facetas, que abordam as características afetivas, estilo de vida e aspetos antissociais da psicopatia. Apesar de Neumann et al. (72) terem incluído a região do Médio Oriente nas

suas análises, os questionários não foram feitos em árabe em nenhum dos países incluídos nesta região (Israel, Líbano, Turquia) e o Egito e Arábia Saudita não foram objeto de estudo.

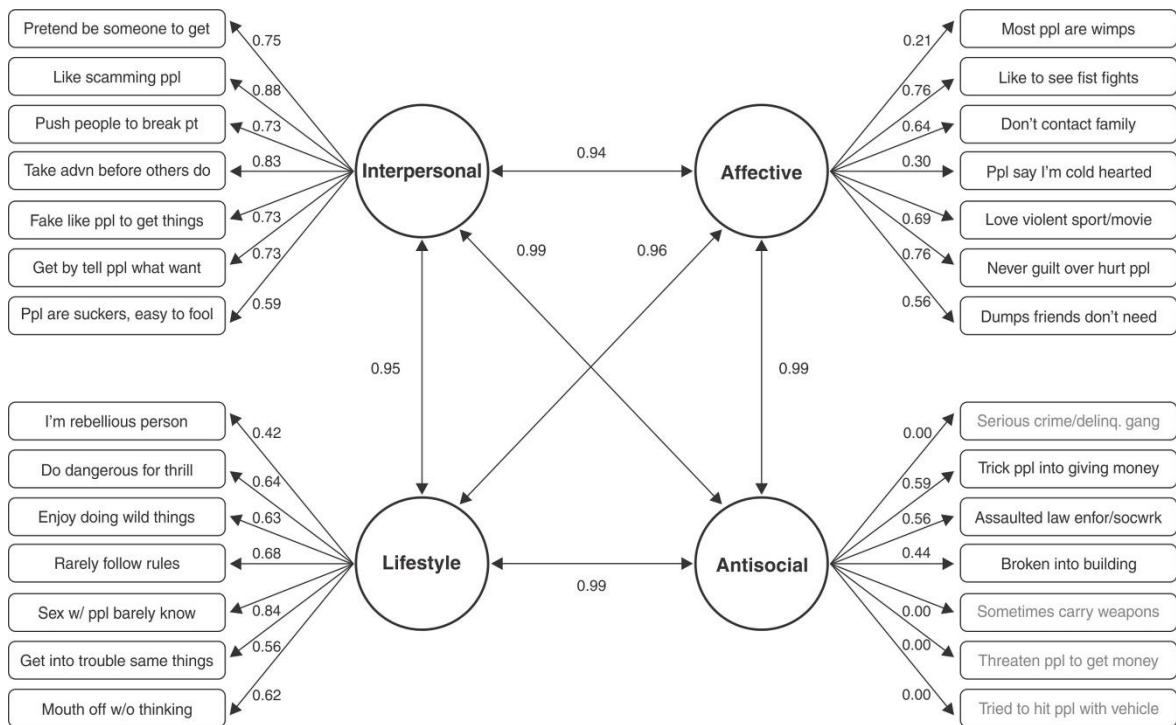


Figura 3 - Parâmetros de Autoavaliação de Psicopatia - Versão Curta (Neumann et al. 2012)

Em conjunto, toda esta literatura sugere a emergência de uma construção de psicopatia similar, mas talvez não idêntica nas amostras recolhidas no Médio Oriente. De qualquer das formas, a extensão pela qual as características nucleares da psicopatia são generalizáveis a nível cultural e social do Médio Oriente em comparação com o ocidente mantém-se pouco esclarecida. (58)

No DSM-5 é dada relevância à necessidade de estudos transculturais no que toca à psicopatia, tal como na versão anterior, é referido que os sinais e sintomas devem ser considerados e associados a expectativas individuais de cada uma das culturas (4). Acredita-se que em Perturbações de Personalidade como a psicopatia, os diagnósticos são dos mais ligados a fatores culturais (64), tornando vital a necessidade de estimular a sua pesquisa transcultural e transnacional. (66)

## **8.2. Afro-Americanos e Caucasianos**

A análise de fatores de PCL-R inicialmente usava dois fatores, o fator 1 (Interpessoal/Componente Afetiva) e o fator 2 (Desrespeito das regras sociais) (15). Posteriormente, Hare (5) propôs um modelo de 4 fatores que dividia os dois fatores originais em quatro facetas: Interpessoal, Afetiva, Estilo de Vida e Antissocial. Cooke et al. (73) também criaram um modelo de três fatores concorrente que era virtualmente idêntico, exceto pelo facto de não incluir a faceta antissocial. A antiga estrutura de dois fatores do PCL mostrou incongruências quando realizada num estudo entre Afro-Americanos e Caucasianos (60). Mas existem de facto diferenças em scores de PCL entre Afro-Americanos e Caucasianos? Numa meta-análise Skeem et al. (74) encontraram apenas a diferença de 1 ponto nos scores totais de PCL-R – o que é considerado uma diferença relativamente trivial. De forma similar, uma meta-análise reportou apenas diferenças negligenciáveis na média entre adolescentes caucasianos e afro-americanos em medidas de PCL (75).

Apesar de estas diferenças nos scores serem importantes, é também de elevada importância estabelecer uma medida padronizada para avaliar estes casos de psicopatia, para definir se de facto poderá ou não estar a prejudicar a análise feita em todo o tipo de populações, grupos étnicos e culturas (76). Uma análise confirmatória de fator relevou que o sistema de 3 fatores do PCL-R não apresentava variações entre Afro-Americanos e Caucasianos (73). Adicionalmente, teorias de análise dos itens do PCL, revelaram que apesar de alguns de itens apresentarem um determinado viés, acabavam por ser contrabalançados por outros itens, demonstrando que a medida como um todo também não apresentava diferenças entre amostras de Euro-Americanos e Afro-Americanos (73). A versão de screening da escala PCL (PCL-SV) (77) também evidenciou invariâncias estruturais entre adultos Afro Americanos e Caucasianos (78)(79)(80). Para agressores adolescentes de origem afro-americana, caucasianos e hispânicos, a versão juvenil da escala de PCL (PCL-YV) (81) também demonstrou invariâncias entre os diferentes grupos étnicos (82), no entanto, foram encontradas diferenças entre 15 dos 20 itens dentro do mesmo grupo étnico (83).

Achados semelhantes emergiram em outros grupos étnicos. Por exemplo, uma análise confirmatória de fatores também demonstrou uma invariabilidade entre uma amostra de população aborígine e não-aborígine (84). Apesar da medida interpessoal de psicopatia (IMP) (85) - uma medida observacional designada a complementar o PCL-R - ter demonstrado invariância entre prisioneiros afro-americanos e caucasianos (86),

investigações na área da medida de invariâncias entre etnias usando outros modelos de avaliação de psicopatia é quase inexistente.

Para além de testar medidas de invariância, a validade de critérios utilizados tem sido investigada entre etnias. Alguns achados, têm sugerido que, entre etnias, o PCL-R não apresenta variações na sua associação com critérios externos. Vachon et al. (56), encontraram apenas 3 dentro de 125 possíveis moderações baseadas em etnias na validade de critérios do PCL-R. O número de moderações foi muito abaixo do esperado, e o tamanho dos efeitos foi pequeno na sua magnitude. Outros encontraram que a psicopatia é um preditor significativo em termos de violência entre agressores afro-americanos (87), e os modelos de 3 e 4 fatores não eram moderados por etnia no que abrangia a questão da agressividade dentro de pacientes psiquiátricos (80).

No entanto, em outros estudos, a relação entre psicopatia e fatores externos tem variado de acordo com a etnia. Algumas meta-análises reportaram que medidas PCL demonstraram efeitos mais fortes com resultados antissociais quando as amostras demonstraram maior homogeneidade étnica tanto para adultos como para jovens (24)(30). A etnia tem também moderado a relação entre a psicopatia e impulsividade (60)(88). Em comparação com caucasianos, os afro-americanos demonstraram associações mais fracas entre a impulsividade tanto no fator 1 como no fator 2.

A maioria dos estudos focou-se no PCL-R e os seus derivados, no entanto esta é apenas uma das ferramentas possíveis para medir a psicopatia, e existem outras contextualizações da patologia. Por exemplo, no inventário de personalidade psicopática (PPI) (89), a medida de autoavaliação de psicopatia mais utilizada foi desenvolvida para abordar a psicopatia com ênfase menos evidente no que toca à criminalidade e comportamentos antissociais. Apesar disso, investigações de grupos étnicos diferentes com medidas e conceptualizações não baseadas em PCL-R têm apresentado diferenças limitadas e pouco definidas. Apenas 4 de 672 potenciais diferenças foram encontradas em medidas de autoavaliação de psicopatia e fatores externos, incluindo características pessoais de ramo normal e características relacionadas com perturbações de personalidade (90). De forma similar, de acordo com as escalas psicopáticas primária e secundária de Levenson (LPSP) (91) também não foram encontradas diferenças étnicas (92).

No entanto, outros reportaram diferenças, num estudo em que foi utilizada uma amostra de agressores afro-americanos e caucasianos, o LPSP estava menos ligado a índices de

comportamento antissocial e criminalidade não violenta ao primeiro grupo da amostra do que ao segundo grupo (93). Etnicidade variável foi encontrada usando o PPI, havendo scores preditivos de violência em prisioneiros afro-americanos, mas não para caucasianos (94).

Em resumo, de forma similar à latência estrutural das medidas de psicopatia, normalmente há evidências de consistência no que toca aos padrões de correlações em variados grupos étnicos. No entanto, há referências espalhadas que poderão, mesmo assim, defender que existam diferenças. (95)

### **8.3. *Hispânicos***

Os achados iniciais da abordagem investigativa no que toca à psicopatia em amostras hispânicas têm variado. Num estudo que utilizou a escala PCL-YV (81), e com uma amostra de adolescentes hispânicos, foi encontrada uma correlação positiva de risco de violência com uma boa validade concorrente (96). Em contraste, Walsh (97), demonstrou que num estudo de prisioneiros latino-americanos, os scores de PCL-R não eram preditivos de violência futura exceto um efeito positivo na quarta faceta (antissocial).

Têm também havido várias investigações das propriedades psicométricas relativamente a amostras hispânicas em scores PCL-R. Tubb (98), encontrou que o modelo de 3 fatores proposto por Cooke e Michie (99) revelou ser mais apropriado na análise de agressores hispânicos do que o modelo de 2 fatores. Sullivan et al. (66), encontraram uma semelhante generalização na validade de confiança e construção ao usar o score de PCL-R em prisioneiros euro-americanos, afro-americanos e latinos. Várias interações foram encontradas entre psicopatia e etnia em predição de resultados. Por exemplo, a faceta afetiva foi afetada positivamente quando relacionada com a medida interpessoal de psicopatia em euro-americanos, contrastando com uma associação negativa nos latinos. Uma interação semelhante foi reportada entre a faceta afetiva e estatuto socioeconómico.

No que toca à validade de medidas de autoavaliação de psicopatia em adultos hispânicos, ainda menos é conhecido. Numa amostra comunitária de jovens, o estudo utilizando LPSP foi invariável entre jovens afro-americanos e hispânicos na base de análise confirmatória de fatores (100). Apesar disso, existe a necessidade de examinar diferenças étnicas em populações adultas de risco tanto para o score LPSP e PPI, uma análise de dados normativos não revelou significância no que toca à média das diferenças étnicas.

## **8.4. África do Sul**

Com a elevada taxa de crime na África do Sul, é racional considerar que variados estudos foram realizados relativamente ao crime. A maioria desses estudos centra-se em crimes e incidentes reportados e os contributos sociais para esses crimes (101). Apesar de ser inegável que fatores ambientais e o estatuto socioeconómico estão relacionados com o crime, estes poderão não ser a principal razão para as altas taxas de crimes violentos (101)(102). A pesquisa, no que toca ao papel das características de personalidade e consequentemente perturbações de personalidade, em relação ao crime, tem sido negligenciada na África do Sul e também nos outros países em desenvolvimento. (101)

Durante a pesquisa da literatura acerca da violência na África do Sul e a causa destes crimes, vários estudos têm aparecido. Mas estes essencialmente tentam relacionar essa violência com determinados fatores ambientais. Apenas um estudo denominado “Criminal thinking styles of offenders meeting criteria for antisocial personalities in South Africa” realizado por Loots em 2011 abordava de forma exclusiva o papel de personalidades antissociais e da psicopatia utilizando uma amostra Sul-Africana. Este estudo procurava identificar se existia alguma diferença entre as formas de pensamento criminal dos agressores com perturbações de personalidade antissocial em comparação com outros agressores. (101)

Os achados desta pesquisa indicaram que não havia uma diferença significativa entre o pensamento criminal de um psicopata e um não-psicopata. Fator que fazia contraste com achados de pesquisas semelhantes feitas em outros países. Uma razão para esta diferença dada pelo investigador seria devido às diferentes expressões destas perturbações dependendo de cultura para cultura. Adicionalmente, é referido que a medida de avaliação para determinação da psicopatia dentro do contexto sul-africano deve ser refinada para albergar as respetivas diferenças culturais. O estudo encontrou, no entanto, que existe um forte complexo de superioridade e poderio (101). Walters indicou no seu manual “The Psychological Inventory Criminal Thinking Style Manual” que esse complexo de superioridade está relacionado com o sentido de propriedade, privilégio e singularidade. Os indivíduos atribuem a si próprios a permissão para violar as leis da sociedade e outras regras devido a este complexo de superioridade. (103)

Na África do Sul, existe apenas um estudo, até à data, que aborda a prevalência de psicopatia dentro de uma amostra de população oriunda da África do Sul. Este estudo, revelou que o número total de agressores que correspondiam aos critérios para o



diagnóstico de psicopatia era de 27% (101). Esta percentagem vai de encontro aos estudos já realizados na América do Norte em que a percentagem se situava nos 28%, apesar de demonstrarem diferenças em relação a amostras na Grã-Bretanha que se situava entre os 10% (104) e os 18% (105). Diferenças que possivelmente estão associadas a diferenças culturais. É também necessário revelar algum ceticismo em relação à semelhança percentual que se observa entre os Estados Unidos e a África do Sul. Sendo essencial ter em conta que as medidas de avaliação de psicopatia possivelmente terão de ser investigadas de forma mais extensiva devido ao facto das mesmas terem sido desenvolvidas em países ocidentais/industriais e que podem revelar um viés a nível cultural. (38)

No que toca ao tratamento, não foram encontradas pesquisas que utilizassem amostras baseadas na população sul-africana. É possível traçar um cenário hipotético, baseado em estudos já realizados a nível ocidental e países desenvolvidos que revelam a dificuldade que é tratar este tipo de perturbações de personalidade antissocial e psicopatia. Para além disso, Tareen Elis refere que possivelmente serão ainda mais difíceis de tratar do que em países ocidentais devido ao elevado número de culturas existentes na África do Sul e como a psicopatia se poderá manifestar entre estas variações. (38)

Desta forma, isto poderá significar que a nível da África da Sul, um vasto número de diferentes programas de tratamento precisa de ser formulado de forma a ir de encontro às necessidades destes aspetos culturais, que podem estar a influenciar a respetiva perturbação. Por outras palavras, seria improvável que um tratamento ocidental ou de um país desenvolvido viesse a ser aplicado de forma eficiente e bem-sucedida. Claro que isto implicaria ser testado e avaliado. (38)



## 9. Conclusão

As perturbações de personalidade são frequentes na população geral, sendo que a psicopatia está mais presente entre as populações de criminosos. São perturbações de difícil definição, tanto para o diagnóstico como para a severidade. São utilizadas ferramentas em todo mundo, como o PCR-L, MMPI-2-RF e PPI-R, que são ferramentas de avaliação utilizadas por profissionais ou de autoavaliação, servindo para tentar uniformizar a abordagem destes doentes.

Potencialmente existem eventuais diferenças transculturais nas manifestações fenotípicas e relacionadas com fatores externos. Os investigadores têm tentado avaliar se, de facto, as diferenças culturais que existem entre países de vários continentes e culturas irão obter resultados que as distingam dos estudos que já têm sido realizados a nível da cultura ocidental onde a maioria das investigações tem sido realizada.

A realidade é que são ainda poucos os estudos realizados em países não ocidentais, verificando-se também que as ferramentas utilizadas poderão não obter a mesma eficácia de avaliação e diagnóstico nestes países. Acredita-se, no entanto, que em Perturbações de personalidade como a psicopatia, os diagnósticos são dos mais ligados a fatores culturais, tornando a continuidade de pesquisa transcultural e transnacional cada vez mais importante. Os sinais e sintomas devem ser considerados e associados a expectativas individuais de cada uma das culturas.

A abordagem e tratamento destas doenças tem conhecido poucos avanços, os estudos revelam elevadas taxas de recidiva, mesmo com aparente progresso no tratamento, desde que tenham elevado PCR-L. Para além disto, a participação destes doentes tende a afetar a dinâmica de funcionamento do grupo. Acresce a tudo isto que em países em desenvolvimento a abordagem destes doentes é pouco uniforme; muitas vezes precisarão de ser formuladas de forma a ir de encontro às necessidades destes aspetos culturais que podem estar a influenciar a respetiva perturbação.



## 10. Bibliografia

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. Porcerelli JH, Huprich SK. Approach to Personality Disorders in Primary Care Convergent and Discriminant Validity of Personality Inventory for DSM-5-BF in a Primary Care Sample View project [Internet]. 2007. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/264955040>
3. Werner KB, Few LR, Bucholz KK. Epidemiology, comorbidity, and behavioral genetics of antisocial personality disorder and psychopathy. *Psychiatric Annals*. 2015 Apr 1;45(4):195–9.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
5. Hare RD. Manual for the hare psychopathy checklist. 2nd ed. revised. Toronto, ON: Multi-Health Systems; 2003.
6. Moleiro C. Culture and psychopathology: New perspectives on research, practice, and clinical training in a globalized world. Vol. 9, *Frontiers in Psychiatry*. Frontiers Media S.A.; 2018.
7. Davies N. New Dimensions in Psychopathy: Are There Cultural Differences in Psychopaths? [Internet]. 2018. Available from: <https://www.psychiatryadvisor.com/home/topics/disruptive-impulse-control-and-conduct-disorders/new-dimensions-in-psychopathy-are-there-cultu>
8. Millon Theodore. *Psychopathy: antisocial, criminal, and violent behavior*. New York ;;London : Guilford Press; 1998. 476.
9. Schneider K. *Die psychopathischen persönlichkeiten [The psychopathic personalities]*. Vienna: Deuticke; 1923.

10. Cleckley H. *The Mask of Sanity*. St. Louis: Mosby; 1941.
11. Ogloff JRP. Psychopathy/Antisocial Personality Disorder Conundrum. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006 Jun;40(6-7):519-28.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1968.
13. Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, Tellegen AM KB. *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory- 2 (MMPI-2) Manual for Administration and Scoring*. Minneapolis MN: University of Minneapolis Press; 1989.
14. Lilienfeld SO WM. *Psychopathic personality inventory-Revised (PPI-R) professional manual*. Odessa: PAR; 2005.
15. Hare RD. *Manual of the Hare Psychopathy Checklist - Revised*. Toronto ON: Multi-Health Systems; 1991.
16. Hare RD. Psychopathy as a risk factor for violence. *Psychiatr Q*. 1999;(70):181-97.
17. Hare RD, Clark D, Grann M TD. Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective. *Behavioral Sciences and the Law*. 2000;(18):623-645.
18. Hare RD. Psychopathy: a clinical and forensic overview. *Psychiatr Clin North Am*. 2006;(29):709-24.
19. Hare RD & Neumann CS. Structural models of psychopathy. *Curr Psychiatry*. 2005;(7):57-64.
20. Hare RD & Neumann CS. Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annu Rev Clin Psychol*. 2008;(4):217-466.
21. Hare RD & Neumann CS. Psychopathy: assessment and forensic implications. *Can J Psychiatry*. 2009;(54):791-802.

22. Hare RD & Neumann CS. The role of antisociality in the psychopathy construct: Comment on Skeem and Cooke. *Psychol Assess.* 2010;(22):446–54.
23. Buzina N. Psychopathy - Historical controversies and new diagnostic approach. Vol. 24, *Psychiatria Danubina.* 2012.
24. Edens JF, Campbell JS WJ. Youth psychopathy and criminal recidivism: A meta-analysis of the psychopathy checklist measures. *Law and Human Behavior.* 2007;(31):53–75.
25. Gretton HM, Hare RD CR. Psychopathy and Offending From Adolescence to Adulthood: A 10-Year Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2004;(72):636–45.
26. Porter S & Woodworth M. “I’m sorry I did it...but he started it”: A comparison of the official and self-reported homicide descriptions of psychopaths and nonpsychopaths. *Law & Human Behavior.* 2007;(31):91–107.
27. Salekin RT. Psychopathy and recidivism from midadolescence to young adulthood: Cumulating legal problems and limiting life opportunities. *Journal of Abnormal Psychology.* 2008;(117):386–395.
28. Žarković Palijan T, Radeljak S, Kovač M KD. Relationship between comorbidity and violence risk assessment in forensic psychiatry – the implication of neuroimaging studies. *Psychiatr Danub.* 2010;(22):253–6.
29. Jakšić N, Čuržik D JM. Antisocijalni poremećaj ličnosti i psihopatija – pregled suvremenih spoznaja. *Socijalna psihijatrija.* 2012;(40):57–69.
30. Leistico AR, Salekin RT, DeCoster J RR. A largescale meta-analysis relating the Hare measures of psychopathy to antisocial conduct. *Law and Human Behavior.* 2008;(32):28–45.
31. Bovasso GB, Alterman AI, Cacciola JS RM. The prediction of violent and nonviolent criminal behavior in a methadone maintenance population. *Journal of Personality Disorders.* 2002;(16):360–373.

32. Wormith JS, Olver ME, Stevenson HE GL. The long-term prediction of offender recidivism using diagnostic, personality, and risk/need approaches to offender assessment. *Psychological Services*. 2007;(4):287–305.
33. Dolan M DM. Violence risk prediction: Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist. *British Journal of Psychiatry*. 2000;(177):303–11.
34. Lykken DT. *The antisocial personalities*. New York: Erlbaum; 1995.
35. Skeem J, Johansson P, Andershed H, Kerr M LJ. Two subtypes psychopathic violent offenders that parallel primary and secondary variants. *Journal of Abnormal Psychology*. 2007;(116):395–409.
36. Blair RJ. Neurobiological basis of psychopathy. *British Journal of Psychiatry*. 2003;(182):5–7.
37. Blair RJ, Mitchell D BK. *The Psychopath - Emotion and the Brain*. Oxford: Blackwell Publishing; 2005.
38. Ellis T. Psychopathy as a cause of violent crime in South Africa: A study into the etiology, prevalence and treatment of psychopathy as a cause of violence with particular reference to domestic violence in South Africa.
39. Ben-Porath YS. *Interpreting the MMPI-2-RF*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 2012.
40. Tellegen A & Ben-Porath YS. *MMPI-2-RF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form): Technical manual*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 2008.
41. Mufson L. *Validity of MMPI-2-RF measures of psychopathy*. 2012.
42. Graham JR. *MMPI-2 Assessing Personality and Psychopathology*. 3ed ed. New York NY: Oxford University Press; 2000.



43. Butcher JN. Comparisons of Mexican and American norms of the MMPI-2. *Journal of Clinical Psychology*. 2001;57(12):1466–8.
44. Edens JF CK& B-VJ. Forensic and correctional applications of the Personality Assessment Inventory. *Behavioral Sciences and the Law*. 2001;(19):519–543.
45. Uzieblo K, Verschuere B V den BE& CG. The Validity of the Psychopathic Personality Inventory-Revised in a Community Sample. *Assessment*. 2010;(17):334–46.
46. Loots S. Antisocial Personalities among maximum security prisoners: Article 1 the Construct Validity of PPI-R psychopathy among offenders in South Africa. 2010.
47. Douglas KS, Ogloff JRP, Nicholls T GI. Assessing risk for violence among psychiatric patients: the HCR-20 violence risk assessment scheme and the psychopathy checklist: screening version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1999;(67):917–930.
48. Coid J. Current concepts and classifications of psychopathic disorder. Tyrer P, Stein G, eds *Personality disorder reviewed*. 1993;113–164.
49. Cunningham MD RT. Antisocial PD and psychopathy: diagnostic dilemmas in classifying patterns of antisocial behavior in sentencing evaluations. *Behavioral Sciences and the Law*. 1998;(16):333–351.
50. Salekin R. Psychopathy and therapeutic pessimism: clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review*. 2002;(22):79–112.
51. Wong S. Treatment of criminal psychopath. In: Hodgins S, Muller-Isberner R, eds *Violence, crime and mentally disordered offenders: concepts and methods for effective treatment and prevention*. London: Wiley; 2001.
52. Ogloff JRP, Wong S GA. Treating criminal psychopaths in a therapeutic community program. *Behavioral Sciences and Law*. 1990;(8):181–190.
53. Seto MC BH. Psychopathy, treatment behavior, and sex offenders recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*. 1999;(14):1235–1248.

54. Looman J, Abracen J, Serin R MP. Psychopathy, treatment change and recidivism in high-risk high-need sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*. 2005;(20):549–568.
55. Patrick CJ, Fowles DC KR. Triarchic conceptualization of psychopathy: developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Dev Psychopathol*. 2009;(21):913–938.
56. Vachon DD, Lynam DR, Loeber R S-LM. Generalizing the nomological network of psychopathy across populations differing on race and conviction status. *J Abnorm Psychol*. 2012;(121):263–9.
57. Verona E, Sadeh N and JS. The influences of gender and culture on child and adolescent psychopathy. In: R.T. Salekin & D.R. Lynam, editor. *Handbook of Child and Adolescent Psychopathy*. New York NY: Guilford Press; 2010. p. 317–342.
58. Latzman RD, Megreya AM, Hecht LK, Miller JD, Winiarski DA, Lilienfeld SO. Self-reported psychopathy in the Middle East: A cross-national comparison across Egypt, Saudi Arabia, and the United States. *BMC Psychology*. 2015 Oct 29;3(1).
59. Baskin-Sommers AR, Newman JP, Sathasivam N CJ. Evaluating the generalizability of a fear deficit in psychopathic African American offenders. *J Abnorm Psychol*. 2011;(120):71.
60. Kosson DS, Smith SS NJ. Evaluating the construct validity of psychopathy in black and white male inmates: three preliminary studies. *J Abnorm Psychol*. 1990;(99):250–259.
61. Thornquist MH ZM. Psychopathy, passive-avoidance learning and basic dimensions of personality. *Personal Individ Differ*. 1995;(19):525–534.
62. Latzman RD, Vaidya JV, Malikina M, Berg JM LS. Exploring associations between psychopathic personality and components of Disinhibition vs Constraint. *J Psychopathol Behav Assess*. 2014;(36):497–509.

63. Wernke MR HM. An alternative explanation for cross-cultural differences in the expression of psychopathy. *Aggress Violent Behav.* 2008;(13):229–236.
64. Cooke DJ. Psychopathy across cultures. In: *Psychopathy: Theory, research and implications for society*. New York NY: Springer Publishing; 1998. p. 13–45.
65. Murphy JM. Psychiatric labeling in cross-cultural perspective: Similar kinds of disturbed behavior appear to be labeled abnormal in diverse cultures. *Science.* 1976;(191):1019–1028.
66. Sullivan EA KD. Ethnic and cultural variations in psychopathy. In: Patrick CJ, editor. *Handbook of psychopathy*. Guilford Press; 2006. p. 437–458.
67. Soliman AM. International adaptations of the MMPI-2: Research and clinical applications. In: Butcher JN, editor. *Development of an Arabic translation of the MMPI-2: with clinical applications*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1996.
68. Shariat S, Assadi S, Noroozian M, Pakravannejad M, Yahyazadeh O A, S et al. Psychopathy in Iran: a cross-cultural study. *J Pers Disord.* 2010;(24):676–691.
69. Ghaderi D, Borjali A, Bahrami H and SF. Survey the relationship between five factor model and psychopathic personality in a sample of male prisoners in Iran. *Ann Biol Res.* 2011;(26):116–22.
70. Decuyper M, De Pauw S, De Fruyt F, De Bolle M DCB. A meta-analysis of psychopathy-, antisocial PD- and FFM associations. *Eur J Personal.* 2009;(23):531–565.
71. Lynam DR & Derefinko KJ. Psychopathy and personality. In: Patrick CJ, editor. *Handbook of psychopathy*. New York: Guilford Press; 2006.
72. Neumann CS, Schmitt DS, Carter R EI & HR. Psychopathic traits in females and males across the globe. *Behav Sci Law.* 2012;(30):557–574.

73. Cooke DJ, Kosson DS & MC. Psychopathy and ethnicity: Structural, item, and test generalizability of the Psychopathy Checklist–Revised (PCL-R) in Caucasian and African American participants. *Psychological Assessment*. 2001;(13):531–42.
74. Skeem JL, Edens JF, Camp J & CL. Are there ethnic differences in levels of psychopathy? A metaanalysis. *Law and Human Behavior*. 2004;(28):505–27.
75. McCoy WK & Edens JF. Do black and white youths differ in levels of psychopathic traits? A meta-analysis of the Psychopathy Checklist measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006;(74):386–92.
76. Millsap RE. Invariance in measurement and prediction revisited. *Psychometrika*. 2007;(72):461–73.
77. Hart SD, Cox DN & HR. *Manual for the Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL: SV)*. Toronto ON: Multi-Health Systems; 1995.
78. Neumann, C. S., & Hare RD. Psychopathic traits in a large community sample: Links to violence, alcohol use, and intelligence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008;(76):893–9.
79. Skeem JL, Mulvey EP & GT. Applicability of traditional and revised models of psychopathy to the Psychopathy Checklist: Screening Version. *Psychological Assessment*. 2003;(15):41–55.
80. Vitacco MJ, Neumann CS & JR. Testing a four-factor model of psychopathy and its association with ethnicity, gender, intelligence, and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005;(73):466–76.
81. Forth AE KD & HR. *The Psychopathy Checklist: Youth Version*. Toronto ON: MultiHealth Systems; 2003.
82. Jones S, Cauffman E MJ & ME. Investigating different factor structures of the Psychopathy Checklist: Youth Version: Confirmatory factor analytic findings. *Psychological Assessment*. 2006;(18):33–48.

83. Tsang S PA& CE. An examination of the Psychopathy Checklist: Youth Version (PCL:YV) among male adolescent offenders: An item response theory analysis. *Psychological Assessment*. 2014;(26):1333–46.
84. Olver ME, Neumann CS WS& HR. The structural and predictive properties of the Psychopathy Checklist–Revised in Canadian Aboriginal and non-Aboriginal offenders. *Psychological Assessment*. 2013;(25):167–79.
85. Kosson DS, Steuerwald BL FA& KK. A new method for assessing the interpersonal behavior of psychopathic individuals: Preliminary validation studies. *Psychological Assessment*. 1997;(9):89–101.
86. Vitacco MJ & Kosson DS. Understanding psychopathy through an evaluation of interpersonal behavior: Testing the factor structure of the interpersonal measure of psychopathy in a large sample of jail detainees. *Psychological Assessment*. 2010;(22):638–49.
87. Walsh Z & Kosson DS. Psychopathy and violent crime: A prospective study of the influence of socioeconomic status and ethnicity. *Law and Human Behavior*. 2007;(31):209–29.
88. Jackson RL NC& VM. Impulsivity, anger, and psychopathy: The moderating effect of ethnicity. *Journal of Personality Disorders*. 2007;(21):289–304.
89. Lilienfeld SO & Andrews BP. Development and preliminary validation of a self-report measure of psychopathic personality traits in noncriminal populations. *Journal of Personality Assessment*. 1996;(66):488–524.
90. Benning SD, Patrick CJ SR& LA. Convergent and discriminant validity of psychopathy factors assessed via self-report: A comparison of three instruments. *Psychological Assessment*. 2005;(12):270–89.
91. Levenson MR KK& FC. Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995;(68):151–8.

92. Epstein MK PN& BK. The self-report psychopathy scale and passive avoidance learning: A validation study of race and gender effects. *Psychological Assessment*. 2006;(13):197–207.
93. Brinkley CA, Schmitt WA SS& NJ. Construct validation of a self-report psychopathy scale: Does Levenson's Self-Report Psychopathy Scale measure the same constructs as Hare's Psychopathy Checklist-Revised? *Personality and Individual Differences*. 2001;(31):1021–38.
94. Camp JP, Skeem JL, Barchard K LS& PN. Psychopathic predators? Getting specific about the relation between psychopathy and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2013;(81):467–80.
95. Gatner DT, Blanchard AJE, Douglas KS, Lilienfeld SO, Edens JF. Psychopathy in a Multiethnic World: Investigating Multiple Measures of Psychopathy in Hispanic, African American, and Caucasian Offenders. *Assessment*. 2018 Mar 1;25(2):206–21.
96. Borum R BP& FA. Structured assessment of violence risk in youth: Professional manual. Lutz FL: Psychological Assessment Resources; 2006.
97. Walsh Z. Psychopathy and criminal violence: The moderating effect of ethnicity. *Law and Human Behavior*. 2013;(37):303–11.
98. Tubb VA. The factor structure and psychometric properties of the Psychopathy Checklist-Revised: Data from an Hispanic federal-inmate sample. In: *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering*; 2002.
99. Cooke DJ & Michie C. Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*. 2001;(13):171–88.
100. Horan JM, Brown JL JS& AJ. Assessing invariance across sex and race/ethnicity in measures of youth psychopathic characteristics. *Psychological Assessment*. 2015;(27):657–68.
101. Loots S LD. Antisocial personalities: Measuring prevalence among offenders in South Africa. *SA Crime Quarterly*. 2011;36:31–6.

102. Gould C. Conference report National and international perspectives on crime and policing towards a coherent strategy for crime reduction in South Africa. 2010.
103. Walters GD. The Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles (PICTS) Professional Manual. Allentown: Centre for Lifestyle Studies; 2006.
104. Gunn J, Maden A SM. Treatment Needs of Prisoners with Psychiatric Disorders. *BMJ Clinical Research*. 1991;303(6798):338–41.
105. Cooke DJ. Psychopathic disturbance in Scottish prison population: The cross-cultural generalizability of the Hare Psychopathy Checklist. *Psychology, Crime and Law*. 1995;(2):101–8.