

HILDA CLOTILDE PENTEADO MORANA

**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 apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Zacaria Borge Ali Ramadam

São Paulo

2003

Hilda Morana

“O que torna a vida ainda mais interessante é a possibilidade de realizar um sonho.”

(Autor desconhecido)

DEDICATÓRIA

Ao Prof. Dr. Julio Arboleda-Flórez mestre e amigo, quem me apresentou o instrumento – PCL-R –, objeto de estudo desta pesquisa. Suas lições foram sempre de estimado valor para a conclusão deste estudo. Ser-lhe-ei sempre reconhecida.

DEDICATÓRIA ESPECIAL

**À minha mãe e a todos os
meus amigos**

AGRADECIMENTOS

Hilda Morana

AGRADECIMENTOS

Prof. DR. ZACARIA BORGE ALI RAMADAM, meu orientador no desenvolvimento desta tese. Professor por excelência, me conduziu pelos meandros das idéias e da metodologia do estudo.

Dra. LUÍZA HELENA VILABOAS RUSSO, diretora do Ambulatório de Psiquiatria do HC- FMUSP, por apoiar o Ambulatório de Transtornos da Personalidade que coordeno e por sua preciosa cooperação.

Dr. RUY BENEDICTO MENDES FILHO, meu professor de Psiquiatria. Muitas das idéias contidas neste trabalho são frutos de sua originalidade de pensamento, as quais não as poderia ter desenvolvido sem a sua permanente supervisão.

Psicóloga LILIAN PASQUALINI CASADO, companheira de pesquisa e quem aplicou a maioria das provas de Rorschach nos sujeitos da pesquisa.

Juiz OCTAVIO AUGUSTO MACHADO DE BARROS FILHO, quem forneceu as autorizações, quando no cargo de Juiz Corregedor dos Presídios da Capital, para o exame da população forense, por seu auxílio e suporte, tanto pessoal como profissional.

Prof^a FIORELLA MORANA GUARGUALI, livre-docente em Pedagogia, especialista em cultura antropológica e livre-docente em Literatura Moderna e Linguagem. Minha querida tia, quem realizou a retrotradução do instrumento que compõe o objeto de estudo desta tese, o meu agradecimento e profunda admiração.

Dr. ROBERTO FAZZANI NETO, que me forneceu dois casos para estudo de sujeitos que cometeram crimes violentos. Estes dois casos compuseram a casuística de sua tese de mestrado.

Psicólogo ANTÔNIO P. SERAFIM e Psicóloga SILVIA ALVES LIMA, que participaram do treinamento e da aplicação do PCL-R, o meu agradecimento.

Sr. MANUEL CARLOS PINHEIRO SALVIA, pelo auxílio na execução da análise estatística deste trabalho.

Sr. FREDERICO MOLINA COHRS, pelo auxílio na execução de parte do estudo estatístico. Pela sua amizade e orientação.

Dr. MIGUEL RODRIGUEZ MATAMOROS amigo de todos os momentos, reviu todo texto em suas diversas etapas. Registro a minha profunda admiração e agradeço o apoio incondicional durante todo o período de realização deste trabalho.

Dr. LUIZ SALVADOR DE MIRANDA SÁ JUNIOR, mestre e amigo, consigno a minha admiração pelo seu saber e por sua pessoa. Agradeço pelo incentivo, discussão de idéias e grande ajuda em várias etapas desta tese.

Aos amigos, **Dra ANITA PIVA LORCA**, **Dr. ANTÔNIO LUIZ PÁSSARO**, **Dra ELDA MATILDE HIROSE PASTOR**, **Sra YARA NOLLA**, **Advogada MARIA TEREZA LUPÉRCIO** de quem nos veio todo o apoio emocional, a capacidade de compreensão nos momentos mais difíceis e o incentivo para a conclusão desta tarefa.

Sra. ELIZA SUMIE SOGABE FUKUSHIMA Secretária da Pós-Graduação do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP, pela paciência e pelo carinho na orientação dos processos administrativos e curriculares.

Prof^a SOLANGE VASCONCELOS pela amizade e por ter formatado todo o manuscrito, o meu agradecimento. Por ter estado ao meu lado e por ter me apoiado em momentos tão especiais como o exame de qualificação, o meu reconhecimento.

Dr. PAULO JOSÉ R. SOARES, pela amizade e por ter me ajudado com a revisão de parte do manuscrito, por seu apoio e carinho.

Aos colegas **Dr. PEDRO SINKEVICIUS NETO** e **DR. RICARDO WEINER** por terem me ajudado com a casuística do estudo, o meu agradecimento.

A todos os amigos, parentes, e colegas que juntos compõem a verdadeira alegria de compartilhar as emoções e o aprendizado da vida, a minha eterna gratidão.

Hilda Morana

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas e Siglas

Lista de Tabelas

Lista de Gráficos

Resumo

Summary

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 CONTEXTO PSIQUIÁTRICO-FORENSE	4
1.2 CONCEITUAÇÃO DE PSICOPATIA.....	4
1.3 SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO	6
1.4 PCL-R e PROVA DE RORSCHACH.....	7
1.5 TRANSTORNO GLOBAL E TRANSTORNO PARCIAL DA PERSONALIDADE.....	9
1.6 CORRELAÇÃO ENTRE TG, TP e PSICOPATIA.....	14
1.7 PROCEDIMENTOS PARA O USO DO PCL-R NO BRASIL.....	17
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	21
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS	22
2.2 TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DA PERSONALIDADE (TEP)	25
2.2.1 Conceituação de transtorno específico da personalidade (TEP)	26
2.2.2 F60-F69 transtornos de personalidade e do comportamento do adulto	27
2.3 TRANSTORNO ANTI-SOCIAL DA PERSONALIDADE (TAS) versus PSICOPATIA....	31
2.4. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	35
2.4.1. Prova de Rorschach.....	37
2.4.2. Hare Psychopathy Checklist-Revised (pcl-r)	41
2.5. EPIDEMIOLOGIA.....	44
2.6. TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA E SUA RELAÇÃO COM OS TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE (TEP).....	47
2.7. ASPECTOS ETIOLÓGICOS dos TEP	52
2.8. ASPECTOS BIOLÓGICOS E SUA RELAÇÃO COM A EXPRESSÃO CLÍNICA DOS TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DA PERSONALIDADE (TEP)	56
2.9. ASPECTOS FARMACOLÓGICOS E DE TRATAMENTO, RELACIONADOS AOS TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DA PERSONALIDADE (TEP)	64
2.9.1. Psicopatía	68
2.9.2. Crianças e adolescentes	70

3. OBJETIVOS	73
4. CASUÍSTICA E MÉTODO.....	75
4.1. TRADUÇÃO DA ESCALA HARE PCL-R PARA O PORTUGUÊS	76
4.2. AMOSTRA.....	77
4.2.1. Local de pesquisa	77
4.2.2. Amostra	77
4.2.3. Procedimentos	79
4.2.4. Critério de seleção.....	80
4.2.4.2. População controle	81
4.2.5. Critérios de inclusão	82
4.2.6. Critérios de exclusão	83
4.3. INSTRUMENTOS.....	83
4.3.1. Avaliação psiquiátrica	83
4.3.2. Prova de Rorschach	83
4.3.3. HARE PCL-R.....	84
4.4. CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO	85
4.5. MÉTODO	85
4.5.1. Desenho.....	85
4.5.2. Tratamento estatístico dos resultados	86
4.5.2.1. Grupos.....	86
4.5.2.2. Comparação.....	86
4.5.2.3. Método estatístico	86
4.5.2.4. Validação do pcl-r.....	87
5. RESULTADOS.....	90
6. DISCUSSÃO	110
6.1. DISTINÇÃO ENTRE TRANSTORNO GLOBAL (TG) E PARCIAL (TP) DA PERSONALIDADE	111
6.2. INSENSIBILIDADE AFETIVA.....	113
6.3. USO DE DROGAS	116
6.4. REINCIDÊNCIA CRIMINAL	116
6.5. VERSATILIDADE CRIMINAL.....	117
6.6. PONTO DE CORTE	118

6.7. RESULTADOS FINAIS QUANTO AO PONTO DE CORTE DA ESCALA PCL-R EM POPULAÇÃO FORENSE BRASILEIRA	119
6.8. SENSIBILIDADE DO PCL-R	121
6.9. ÍNDICE DE CONCORDÂNCIA KAPPA.....	122
6.10. GENERALIZAÇÃO DOS RESULTADOS PARA O PONTO DE CORTE DO PCL-R PARA POPULAÇÃO BRASILEIRA	123
6.11. CORRELAÇÃO DO TRANSTORNO GLOBAL COM PSICOPATIA, DEFINIDO PELO PCL-R.....	126
6.12. VALIDAÇÃO CONCORRENTE	126
6.12.1. Grupos do TG's.....	126
6.12.2. Grupos do TP's	127
6.12.3. Grupo controle (não criminosos)	127
6.13. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO PARA O GRUPO CONTROLE	128
6.14. RESTRIÇÕES DA PESQUISA	132
6.15. CONTRIBUIÇÃO SOCIAL DESTA TESE.....	133
7. CONCLUSÕES	134
8. ANEXOS	137
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	159

Hilda Morana

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Af	Índice de Afetividade
CID-10	Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento
COC	Centro de Observação Criminológica do Estado de São Paulo
CTC	Comissão Técnica de Classificação
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DSM-III	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders –3 rd ed.
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders –4 th ed.
HC-FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IMAO	Inibidores da Monoaminoxidase
IMESC	Instituto de Medicina Social e Criminologia de Estado de São Paulo
IMP	Índice de Impulsividade
IPDE	International Personality Disorder Examination
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
MAO	Monoaminoxidase
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
NC	População de Não Criminosos
NCANDS	The National Child Abuse and Neglected Data System
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCL-R	Psychopathic Checklist Revised
PET	Positron Emission Tomography

QTP	Questionário Tridimensional da Personalidade
SIDPR	Structured Interview for DSM III-R Personality Disorders
TAS	Transtorno Anti-Social da Personalidade
TEP	Transtorno Específico da Personalidade
TG	Transtorno Global da Personalidade
TP	Transtorno Parcial da Personalidade

Hilda Morana

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características da personalidade versus classe de medicamentos.....	66
Tabela 2 - Características da personalidade versus neurotransmissão.....	66
Tabela 3 - Dados demográficos da população forense estudada nos respectivos grupos de portadores do Transtorno Global (TG) e de Transtorno Parcial (TP).....	92
Tabela 4 - Antecedentes clínicos da população forense estudada nos respectivos grupos TG e TP.....	93
Tabela 5 - Dados referentes a relatos de comportamento agressivo na idade adulta nos respectivos grupos TG e TP	93
Tabela 6 - Dados referentes ao comportamento sexual nos respectivos grupos TG e TP.....	94
Tabela 7 - Dados referentes ao uso de drogas nos respectivos grupos TG e TP	95
Tabela 8 - Dados referentes à delinquência anterior nos respectivos grupos TG e TP.....	96
Tabela 9 - Dados referentes à atitude predominante do exame psíquico nos respectivos grupos TG e TP.....	97
Tabela 10 - Dados referentes ao crime na ocasião do exame nos respectivos grupos TG e TP.....	97
Tabela 11 - Porcentagem acumulada dos valores do PCL-R considerando os 6 casos do estudo (inclui população forense e controle).....	99
Tabela 12 - Construção das faixas de pontuação do PCL-R através do uso dos quartis.....	100

Tabela 13 - Valores paramétricos de cada um dos grupos testados	101
Tabela 14 - Limite inferior, limite superior e média de cada um dos grupos...	102
Tabela 15 - Faixa de pontuação (1º Procedimento).....	102
Tabela 16 -Pontos de corte para o instrumento HARE na população brasileira	104
Tabela 17 -Casos positivos para TG de acordo com a prova de Rorschach.....	105
Tabela 18 -Pontuações verificadas em F1 e F2 nos indivíduos falsos negativo segundo diagnóstico feito com o auxílio da prova de Rorschach	105
Tabela 19 -Comparação de médias para fatores F1 e F2.....	106
Tabela 20 -Dados selecionados acima da mediana dos valores de pontuação no PCL-R para os grupos TG e TP da população forense estudada	107
Tabela 21 -Predominância dos valores de pontuações dos traços de 1-20 para os TG'S.....	108
Tabela 22 -Predominância dos valores de pontuações dos traços de 1-20 para os TP'S	109
Tabela 23 - Ponto de corte para PSICOPATIA.....	123
Tabela 24 - Comparação de médias para Fatores F1 e F2	125
Tabela 25 - PCL-R.....	130

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Predominância dos valores de pontuações dos traços de 1-20 para os TG's	108
Gráfico 2 - Predominância dos valores de pontuações dos traços de 1-20 para os TP's	109

Hilda Morana

RESUMO

MORANA, HCP. **Identificação do ponto de corte para a escala PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) em população forense brasileira : caracterização de dois subtipos de personalidade ; transtorno global e parcial.** São Paulo, 2003. 178p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

No Brasil, não existem até o momento, na esfera jurídico-penal, instrumentos padronizados que permitam a identificação de sujeitos que possam vir a reincidir em crimes, principalmente os de natureza violenta e cruel. O PCL-R, já amplamente utilizado e institucionalizado em diversos países, preenche esta lacuna. Este estudo visa discriminar, através da análise da personalidade, sujeitos considerados psicopatas e não psicopatas, correlacionados neste estudo como transtorno global (TG) e parcial (TP) da personalidade, respectivamente. O grupo de estudo é composto por 56 sujeitos denominados de POPULAÇÃO FORENSE, sendo: 33 sujeitos identificados como TG e 23 sujeitos identificados como TP. Todos os 56 sujeitos foram analisados através dos dados clínicos, institucionais, da Prova de Rorschach e do PCL-R. Esta população foi comparada a 30 sujeitos denominados de POPULAÇÃO CONTROLE, e que também foram avaliados pelos mesmos instrumentos do grupo de estudo. A personalidade, de ambos os grupos da população forense, se relaciona a condutas anti-sociais, mas apresenta diferenças quanto à dinâmica psíquica e às repercussões sobre o comportamento. A correta identificação de tais sujeitos apresenta implicações diversas para o sistema forense e penitenciário e pode vir a contribuir para diminuir os índices de reincidência criminal e de violência no país. A validação do instrumento (PCL-R) e identificação do ponto de corte para a condição de psicopatia (TG em nossa notação) foi realizada através do uso concorrente entre ambos os instrumentos e resultou no valor de 23 (IC=21,61 a 24,05). A média encontrada foi de 28,63 (IC=26,78 a 30,48). O valor da medida da sensibilidade foi de 84,8% e a confiabilidade entre ambos os instrumentos, medida através do índice Kappa, foi considerada elevada, resultando no valor de 0,8735.

Hilda Morana

SUMMARY

MORANA, HCP. **Identifying the Brazilian PCL-R (*Psychopathy Checklist Revised*) cut-off score for forensic population : characterizing two personality subtypes; global personality disorder (GPD) and Partial personality disorder (PPD)**. São Paulo, 2003. 178p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

In Brazil, there have been no standardized instruments in the legal and penal field so far that enable-identifying subjects who may relapse into crime, mainly those crimes of violent and cruel nature. The PCL-R, broadly used and institutionalized in several countries, fills such gap. The goal of the present study is to discriminate, through in-depth personality assessment, subjects considered psychopathic and non-psychopathic, correlated in this study to individuals specified as having global personality disorder (GPD) and partial personality disorder (PPD), respectively. The sample is composed of a random sample of 56 male subjects referred to as forensic population, these being: 33 subjects identified as GPD and 23 subjects identified as PPD. All 56 subjects have been assessed on the light of clinical data, judicial records, the Rorschach Test and the PCL-R. This population was compared to 30 subjects referred to as non-criminal population, and who have also been assessed via the same instruments as the sample. The personality of both forensic population groups fulfills ICD-10 criteria for antisocial personality disorder, but differences in terms of their psychic dynamics and personality determinants can be clearly identified, which impacts upon their social behavior in different ways. The accurate identification of such subjects presents multiple implications to the forensic and penitentiary system, and may contribute to reduce recidivism rates as well as violence levels in the country. Validation of the instrument (PCL-R) and identification of the cut-off score for the psychopathic condition (GPD in our notation), for the sample drawn from the Brazilian forensic population has been conducted through the concurrent analysis of both instruments of assessment, resulting in a 23 cut-off score (CI = 21.61 to 24,05). The average value is 28,63 (CI= 26,78 to 30, 48). Sensitivity outcome is 84,8%. Specificity is 100%. The reliability rates found for both instruments were high (Kappa = 0.8735).

1. INTRODUÇÃO

Hilda Morana

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa é dirigida à população carcerária, servindo como subsídio para todos os envolvidos com o sistema jurídico.

Propõe-se a apresentar, traduzir para o português e validar a escala “Hare PCL-R” para a língua portuguesa (Brasil).

A validação foi realizada através da identificação do ponto de corte em população forense brasileira, tendo como referência os critérios diagnósticos atualmente aceitos (APA,1994; OMS,1993) e a Prova de Rorschach como instrumento de correlação, permitindo, desta forma, a verificação de superposição entre ambos os instrumentos (GACONO, MELOY, 1994).

Este instrumento é conhecido pela sigla “PCL-R”, de *Psychopathy Check-list Revised* (HARE, 1991).

No plano conceitual, o estudo faz uma revisão dos conceitos inicialmente correlacionados ao Transtorno Específico da Personalidade (**TEP**), (OMS, 1993;) e posteriormente ao Transtorno Anti-social da Personalidade (**TAS**), (OMS, 1993). Desta última condição procura estabelecer a diferenciação com o conceito de **psicopatia**, em acepção estrita (HARE, 1991).

No plano empírico, o estudo seleciona amostra de sujeitos, todos do sexo masculino, que cometeram infrações penais, e que através dos instrumentos de avaliação foram selecionados para a amostra final por apresentarem TAS segundo critérios estabelecidos pela CID-10 (OMS, 1993).

A pesquisa permitiu identificar, na população forense estudada, duas condições gerais dos TAS que foram denominadas de Transtorno Global da Personalidade (**TG**) e Transtorno Parcial da Personalidade (**TP**) (MENDES FILHO, 1995).

Após tomarmos conhecimento que o PCL-R é o instrumento de eleição para o estudo da psicopatia, e que países que o adotaram e o instituíram apresentaram índice de redução da reincidência criminal considerável (HARE, 1998), grande foi o nosso interesse por este instrumento.

Com a autorização do autor, passamos a traduzir o instrumento e a efetuar os procedimentos necessários, como retrotradução, equivalência semântica e correção ao longo de dois anos de trabalho. Após a aprovação da tradução pelo autor, passamos a aplicá-lo em população forense.

O PCL-R é um instrumento usado em diversos países, dentre eles USA, Austrália, Nova Zelândia, Grã-Bretanha, Bélgica, Holanda, Dinamarca, Suécia, Noruega, China, Finlândia e Alemanha (HARE, 1991).

Os procedimentos para sua aplicação e demais orientações encontram-se no Manual e no Caderno de Aplicação do PCL-R.

1.1 CONTEXTO PSIQUIÁTRICO-FORENSE

Transtorno da Personalidade, Transtorno Anti-Social e Psicopatia são termos que se sobrepõem na teoria e na prática psiquiátrica. Todas essas condições implicam em sério desajustamento nas relações interpessoais, violência social e criminalidade com significativos níveis de reincidência, o que associa este transtorno ao sistema penitenciário, tornando importante e necessária a correta identificação dos sujeitos portadores. É no âmbito forense, portanto, que tais condições encontram a maior prevalência.

A dificuldade de identificação destas condições deve-se ao fato de ser este transtorno do comportamento não evidente como, por exemplo, o são as psicoses. Aparentemente, tais sujeitos apresentam um comportamento normal, adequado e até mesmo, em algumas ocasiões, excessivamente agradáveis ao convívio social, como forma de manipulação do outro.

1.2 CONCEITUAÇÃO DE PSICOPATIA

Os critérios das classificações internacionais não consideram as diferenças de tendências anti-sociais encontradas em populações psiquiátricas e forenses.

Há muita discussão quanto a considerar psicopatia como categoria diagnóstica específica entre os transtornos da personalidade (TYRER, SIMONSES, 2003).

O conceito, direcionado para o contexto forense, foi inicialmente proposto por CLECKLEY (1988) e posteriormente desenvolvido por HARE

(1991), que o relacionaram à previsibilidade de identificação do comportamento e à reincidência criminal.

Neste contexto, a condição de psicopatia é a condição mais grave de desarmonia na integração da personalidade.

Psicopatia, segundo HARE e colaboradores (HARE,1998), é o constructo clínico da maior relevância para o sistema jurídico penal, e as implicações do estudo deste transtorno são importantes seja por sua relação com taxas de reincidência criminal, seja para a seleção de tratamento apropriado e programas de reabilitação no sistema penitenciário.

O argumento está fundamentado na premissa de que a personalidade e o comportamento dos agressores diagnosticados como psicopatas diferem de modo fundamental dos demais criminosos quanto aos seguintes aspectos:

- São os responsáveis pela maioria dos crimes violentos em todos os países;
- Iniciam as carreiras criminais em idade precoce;
- Cometem diversos tipos de crimes e com maior frequência que os demais criminosos;
- São os que recebem o maior número de faltas disciplinares no sistema prisional;
- Apresentam insuficiente resposta aos programas de reabilitação; e
- Apresentam os mais elevados índices de reincidência criminal.

Segundo HARE [1995], a prevalência da psicopatia estaria ao redor de 1% na população geral e de 15-20% na população carcerária. Contudo, apesar de sua baixa incidência, são os responsáveis por 50% em média dos crimes violentos cometidos nos EUA sendo, portanto, muito prejudiciais à sociedade.

1.3 SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO

Não há exames padronizados no Sistema Penitenciário Brasileiro para a avaliação da personalidade do preso e a conseqüente previsibilidade de reincidência criminal.

Por tal razão, a autora propõe nesta tese um instrumento para a avaliação da psicopatia, que pode ser o início de esforços psiquiátrico-forenses para se conhecer a personalidade do preso no Brasil.

Hemphill e colaboradores (1998) referem que a taxa de reincidência criminal é ao redor de três vezes maior para os psicopatas do que para outros criminosos. Sendo que, para crimes violentos, a taxa é de quatro vezes maior para os psicopatas quando comparados aos não psicopatas.

Harris e colaboradores (1991) referem que a reincidência para crimes violentos em uma amostra de 169 pacientes masculinos forenses foi de 77% para psicopatas e 21% para não psicopatas, ou seja, mais de quatro vezes maior.

No Brasil o DEPEN - Departamento Penitenciário Nacional - (2003), considera que 82% é a reincidência criminal para o Brasil. A reincidência criminal na cidade de São Paulo é de 58%, ou seja, a cada dois presos que saem da cadeia, um retorna.

Os sujeitos identificados como psicopatas no meio carcerário são minorias e esta diferenciação é fundamental para a questão da reincidência criminal, reabilitação social e concessão de benefícios penitenciários.

A Lei de Execução Penal (Lei nº. 7210/84) criou o sistema progressivo de cumprimento da pena no qual o preso passa do regime fechado para o semi-aberto e, deste, para o aberto.

A liberação do preso para a progressão do regime penitenciário, como também para os benefícios, tais quais: indulto, comutação de pena e outros, depende da atuação das COMISSÕES TÉCNICAS DE CLASSIFICAÇÃO (CTC) que têm como objetivo avaliar o grau de periculosidade e de readaptação à vida em comunidade.

Liberar tais sujeitos para a sociedade, mesmo que de forma progressiva, é medida de extrema responsabilidade.

As CTC não são devidamente treinadas e não dispõem de instrumentos para tal procedimento. Na prática, as CTC acabam por realizar os pretensos exames criminológicos para a concessão de benefícios.

O PCL-R foi projetado para servir a este propósito de maneira segura e objetiva, justificando mais uma vez a necessidade de sua introdução e validação em nosso país.

1.4 PCL-R e PROVA DE RORSCHACH

Gacono (1998) considera que, para uma análise mais individualizada da personalidade do sujeito estudado em particular, o uso do Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) integrado com os dados obtidos pela Prova de Rorschach oferecem maior credibilidade às informações pertinentes à reabilitação, perspectivas de tratamento e reincidência criminal.

Assim se refere (GACONO, 1998 *apud* LOVING, 2002, pp 51-52):

“A administração do PCL-R provê um método padronizado para quantificar e organizar atitudes e comportamentos observáveis [...] O Rorschach acrescenta e refina a hipótese sugerida pelo PCL-R [...] Os itens do PCL-R quantificam atitudes observáveis e documentam comportamentos, enquanto os dados do Rorschach os correlacionam. O PCL-R e o Rorschach avaliam diferentes dimensões da personalidade, mas que se complementam”

A Prova de Rorschach é de difícil aplicação, depende de uma longa formação especializada e anos de supervisão dos protocolos. Não é possível oferecer ao sistema penitenciário tal complexidade de procedimentos que demanda tempo para a especialização na Prova e custos elevados, tanto para o profissional como para o Sistema. Este urge da necessidade de escrutinar os sujeitos com maior probabilidade de voltar a reincidir em atividade criminosa.

Gacono (1998) em pesquisa realizada com o uso do Rorschach e do PCL-R em população forense, verificou que os que apresentaram altas pontuações no PCL-R evidenciaram refratariedade ao tratamento, apresentaram maior quantidade de registros por indisciplina e um elevado risco para reincidência, tanto em crimes violentos como não-violentos.

Muitos estudos verificaram que prisioneiros com altos escores no PCL-R, portanto identificados como psicopatas, estão mais do que duas vezes propensos à reincidência criminal do que outros prisioneiros (HARE, 1995).

1.5 TRANSTORNO GLOBAL E TRANSTORNO PARCIAL DA PERSONALIDADE

A delimitação precisa do que vem a ser o constructo de psicopatia para o contexto forense carece ainda de precisão diagnóstica e, para tal, preferimos as denominações de transtorno global e de transtorno parcial da personalidade, conforme descrito adiante.

Para exemplificar a imprecisão diagnóstica dos limites do constructo de psicopatia, relacionamos algumas referências:

1^o) Buchanan (2001) em um estudo de revisão sobre estudos preditivos de comportamentos violentos define os TRANSTORNOS GRAVES DA PERSONALIDADE como "(...) pessoas diagnosticadas como transtorno anti-social da personalidade e que além disso são portadoras de pelo menos um outro tipo de transtorno específico da personalidade, mais seis ou mais fatores de risco não específicos". Este conceito tem sido usado para medir o que é chamado pela literatura anglo-saxônica de "risk assessment", ou seja fatores de risco para o comportamento violento.

2^o) Os autores que utilizam o PCL-R buscam a diferenciação da condição de psicopatia e não-psicopatia. Para identificar a condição de psicopatia, o instrumento categoriza sujeitos com tendência mais ativa do comportamento, tais quais: avidez por estímulos, descontroles comportamentais, delinqüência juvenil e reincidência criminal, entre outros. Contudo, verifica-se que, sujeitos igualmente psicopatas com tendências outras da personalidade, cujo comportamento não é tão assertivo, mas que apresentam elevada insensibilidade afetiva, podem vir a expressar

comportamento violento e quando mobilizado em seus interesses agir com *animus necandi* (intenção de matar) ou *animus laedendi*, (Intenção de ferir, ofender ou atacar), nos dizeres comuns aos juristas. Todavia, se o sujeito avaliado, ainda não tiver apresentado as características assertivas mencionadas, é possível que o diagnóstico de psicopatia não seja previsível.

3º) Cleckley (1988) refere que "(...) qualquer pessoa que demonstre características de psicopatia não deveria ser considerada como totalmente inválida. É considerado que este defeito, como em outras desordens psiquiátricas, aparece em graus diversos de gravidade, caracterizando-se por impedimentos da personalidade de magnitude variada (...)"

4º) Kernberg (1995) menciona preocupação análoga, referindo-se à gradação existente nos transtornos da personalidade, o que decorre da gravidade das repercussões na conduta

5º) Aluja e Torrubia (1996) entendem que a psicopatia corresponde a um grupo de traços e de distúrbios de conduta. Consideram ser difícil precisar o limite do que corresponderia apenas a uma variante anômala do modo de ser, de uma condição patológica em sentido estrito.

6º) Barker e Shipton (1988) propõem que se definam as impressões clínicas relacionadas com a gravidade da psicopatia e que a capacidade de empatia em psicopatas parciais é diferente da encontrada no que é denominado de verdadeiros psicopatas.

Desta forma, preferimos seguir o critério de SILVEIRA (1971), que considera dois níveis de Psicopatia: um considerado como TRAÇO ANORMAL DE CARÁTER e outro como PSICOPATIA. Preferimos a notação de seu

discípulo, MENDES FILHO (1995), TRANSTORNO PARCIAL DA PERSONALIDADE (TP) e TRANSTORNO GLOBAL DA PERSONALIDADE (TG), respectivamente.

Silveira (1971) considera traço anormal de caráter (TP em nossa notação), como a atenuação genética das formas de psicopatia (TG em nossa notação). Para este autor, traço anormal de caráter se restringe a um nível mais específico da dinâmica da personalidade e as alterações apresentadas são menos graves, o que permite uma melhor integração ao meio social do que nos casos dos sujeitos identificados como psicopatas. Os indivíduos portadores de traço anormal de caráter são, para o autor, mais acessíveis à psicoterapia, não no sentido de correção do traço anormal, mas no sentido de permitir um melhor controle consciente das alterações apresentadas no comportamento.

Já, nas psicopatias, as alterações da personalidade ocorrem de forma mais extensa, comprometendo a personalidade de forma global e, mesmo com o amadurecimento psicológico, o indivíduo não consegue subordinar a individualidade aos sentimentos sociais. As conseqüências se evidenciam por graves conflitos que se expressam tanto no relacionamento interpessoal como nas interações sociais.

Mendes Filho (2002), com referência à conceituação de SILVEIRA, assim se refere: (...) "as tendências e sentimentos mais diferenciados não são concebidos como resultando simplesmente da repressão de impulsos primitivos. E isso porque, para que seja possível a repressão desses mesmos instintos básicos, é necessário supor sensibilidade e mobilização diferenciadas

e não simplesmente inteligência capaz de entender os riscos ou os inconvenientes de uma conduta primária e exclusivamente egoísta”.

Segundo estes dois últimos autores, a dinâmica complexa que envolve o equilíbrio entre individualidade e sociabilidade, são variáveis dependentes tanto do amadurecimento psicológico como da integridade estrutural dos dinamismos genético e ambiental que regem a formação da personalidade. A insuficiente regência dos processos da individualidade por parte da sociabilidade pode se traduzir por desvio global e a este corresponde ao que denominamos de TG; ou por desorganização apenas parcial, correspondendo aos TP.

Em estudo anterior, a autora (MORANA, 1997) verificou a necessidade de estabelecer distinções de ordem prática referentes ao diagnóstico de Transtorno Anti-Social.

Uma dessas questões refere-se ao tipo de crime. A autora verificou que o tipo de crime não caracterizava a personalidade do sujeito, sendo que esta apenas poderia ser aferida através de adequada investigação (MORANA, 1997).

Nesse trabalho, foram estudados 31 casos diagnosticados como TRANSTORNO ANTI-SOCIAL DE PERSONALIDADE pelos critérios da CID-10 e DSM-IV. A investigação foi realizada com casos do Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC).

Através da categorização da CID-10 e do DSM-IV, da história clínica, da avaliação pericial e da prova de Rorschach, foi possível diferenciar subtipos do transtorno, através de características que não eram apreendidas pelo código genérico de transtorno anti-social da personalidade. Os resultados coincidiram

com a afirmação de Hare: “O diagnóstico de transtorno anti-social da personalidade é muito comum na população criminosa, mas estes são heterogêneos no que diz respeito a personalidade e à atitudes e motivações para se engajar em comportamento criminal (...) O critério do DSM-IV para transtorno da personalidade anti-social menospreza as diferenças individuais em relação às tendências psicopáticas encontradas em populações de criminosos e de pacientes psiquiátrico-forenses (...)” (HARE, 1996).

Além de encontrar subtipos, a autora pôde verificar diferentes extensões do comprometimento da personalidade na população estudada e diagnosticada como transtorno anti-social da personalidade. Em alguns casos, a personalidade aparecia comprometida em todas as suas esferas; noutros, o comprometimento pessoal se mostrava mais restrito a certas áreas do desempenho da personalidade.

No primeiro caso, as diferenças encontradas foram denominadas de TRANSTORNO GLOBAL DA PERSONALIDADE (**TG**) e, no segundo, TRANSTORNO PARCIAL DA PERSONALIDADE (**TP**). Pode-se supor que o transtorno global da personalidade, tal como é definido nesta pesquisa, apresenta relação com o conceito de psicopatia operacionalizado através da escala de HARE PCL-R (HARE, 1991), embora não se reduza a este.

Deste modo, a distinção entre o denominado neste estudo de **TG**, tal como foi conceituado inicialmente por Silveira como psicopatia (SILVEIRA, 1962), e o **TP** concebido por Silveira como traço anormal de caráter (SILVEIRA 1962) parece fundamental, já que ambos podem se relacionar a condutas anti-

sociais, mas apresentam diferenças quanto à dinâmica psíquica e às repercussões sobre o comportamento total.

Entretanto, faltou na conceituação apresentada por SILVEIRA (1962) a confirmação e a formalização clara de seus argumentos. Discorrendo sobre essa distinção, para a autora e colaborador (MORANA e MENDES FILHO, 2000) a denominação mais apropriada ao momento contemporâneo seria a de transtornos globais (personalidades psicopáticas) e transtornos parciais (traços anormais de caráter), por trazer implícito os aspectos psicopatológicos inseridos nesta denominação.

Estabelecer o diagnóstico diferencial entre as duas categorias parece ser obrigatório, pois os dois grupos de condições mórbidas implicam diferenças de prognóstico, terapêutica, reabilitação e principalmente quanto à previsão de reincidência criminal em Psiquiatria Forense.

1.6 CORRELAÇÃO ENTRE TG, TP e PSICOPATIA

O conceito de psicopatia e não-psicopatia de HARE parece encontrar relação com o que aqui se denomina, respectivamente, de **TG** e **TP**.

De fato, a autora verificou que os **TP** não manifestam com tanta frequência o descontrole dos impulsos, e semelhante descontrole não faz parte do estilo habitual do sujeito, surgindo em determinadas circunstâncias, nas quais se manifesta uma conduta específica (MORANA, 1999).

Evidenciaram-se, da mesma forma, outros traços e tendências da personalidade que se apresentaram mais desenvolvidos nos transtornos parciais da personalidade quando comparados aos **TG**.

Nos **TG**, a dinâmica do conjunto das disposições afetivo-volitivas encontra-se comprometida, enquanto no **TP** as características não se apresentam de modo tão abrangente nas disposições habituais e manifestas. Nos sujeitos com **TG** o comprometimento da personalidade manifesta-se em uma ampla gama de situações sociais e pessoais. No **TP** a disfunção limita-se a um estímulo ou situação específica desencadeante.

Os pacientes com **TP** se manifestam através de uma qualidade de ressonância emocional mais socializada. Ao contrário, os pacientes com **TG** não apresentam sensibilidade afetiva com propensão à socialização. Talvez por isso, as pessoas com **TP** interiorizem sentimentos mais diferenciados e maior capacidade de controlar os impulsos, a não ser em determinadas circunstâncias.

No entanto, ambos os casos podem ser inseridos na rubrica única de Transtorno Anti-social da Personalidade, dos códigos internacionais de classificação.

Contudo, a diferenciação de ambas as condições foi realizada através da correlação entre os dados do quadro clínico, pericial e da Prova de Rorschach. Porém, a Prova de Rorschach, apesar de ser um método capaz de fornecer a estrutura e a dinâmica da personalidade em todos os seus aspectos, torna-se impraticável em grande escala. A complexidade a torna uma prova de difícil aplicação e interpretação que exige vários anos de formação e alguns anos de prática na utilização do método.

Entre os psiquiatras a prova não é de uso habitual e não é uma prova prática que se possa aplicar de forma corriqueira no trabalho cotidiano, devido aos fatores já enumerados.

Desta forma, tomando conhecimento da escala de HARE PCL-R para psicopatia, e depois da análise de diversos instrumentos de avaliação dos Transtornos da Personalidade (SIDP-R, Coolidge Axis- II Inventory; SCIDII; IPDE – DSM-IV Module), decidimos pela utilização deste instrumento, que apresenta baixa sobreposição de critérios assim como suficiente validação e confiabilidade para alcançar o objetivo primeiro desta investigação que é o de encontrar parâmetros para diferenciar clinicamente o **TG** do **TP**, através do PCL-R.

Dado que, em trabalho anterior, a autora verificou as diferenças de dinâmismos da personalidade encontradas na Prova de Rorschach entre **TG** e **TP**, (MORANA, 1997), no presente trabalho, a autora investigou se as mesmas diferenças, quanto a estes subtipos, são detectadas através da utilização do Hare PCL-R.

É importante lembrar que, o que aqui consideramos como **TP**, correlaciona-se aos assim chamados “criminosos comuns”. Na prática forense, tanto os psiquiatras, como os peritos e os juristas, não conseguem estabelecer, de forma clara, esta distinção, e tal fato pode ter repercussão para a sociedade.

O psicopata, ou seja o **TG**, se liberado para retornar à sociedade por concessão de benefício penitenciário, apresentaria um risco de reincidência criminal muito maior do que o “criminoso comum”.

1.7 PROCEDIMENTOS PARA O USO DO PCL-R NO BRASIL

A escala de Hare, embora amplamente utilizada em outros países, não foi ainda devidamente validada no Brasil. Autores brasileiros e argentinos traduziram a escala para o português e espanhol (JOZEF,1997; MARIETÁN,1998; SABBATINI,1998) e se referem a ela em seus trabalhos, mas não há uma tradução oficial e um estudo de validação desta importante escala em nosso país.

A utilização desse instrumento, depois de devidamente traduzido e adaptado à nossa cultura, será de extrema utilidade para os psiquiatras forenses no diagnóstico e avaliação dos sujeitos suspeitos de serem psicopatas, visando à instrução das medidas médico-legais cabíveis.

Os juristas, adeptos do assim chamado Direito Penal Mínimo, hoje apregoam a necessidade de liberar o Sistema Penitenciário, que em nosso meio encontra-se com superpopulação. Afirmam que, apenas os sujeitos que cometem crimes violentos deveriam ser encarcerados em regime fechado, e defendem a pena alternativa para os que possuem menor probabilidade de reincidência criminal.

Discriminar a população carcerária segundo critérios de probabilidade de reincidência criminal não é, como poderiam pensar alguns, atitude teocrática, mas sim possibilitar que sujeitos com menor potencial de reincidência criminal não sejam prejudicados, em seu processo de reabilitação, pela convivência danosa dos que apresentam tendências mais péfidas da personalidade. Nesse âmbito é que o PCL-R inclui-se como elemento de seleção. Contudo cabe

ressaltar que não é pelo tipo de crime que se define o reincidente criminal, mas pela análise de sua personalidade.

O trabalho desta pesquisa já tem firmado com o Sr Secretário da Secretaria Estadual de Administração Penitenciária, uma proposta ulterior de, uma vez treinadas equipes para aplicação do instrumento PCL-R, já traduzido e validado para a população brasileira, identificar os psicopatas no Sistema Carcerário e removê-los para ambiente penitenciário adequado. Esta proposição tem o objetivo de liberar as prisões da influência nefasta dos mesmos e, desta forma, poder promover a reabilitação dos criminosos não-psicopatas, a exemplo de países como Canadá e Inglaterra.

Loving, (2002 p. 290) assim se refere:

“Apesar de restrições de tempo, recursos financeiros e limitações relacionadas que sofrem os profissionais para reduzir a frequência e profundidade de suas avaliações...principalmente no âmbito forense, avaliações adequadas são necessárias para quaisquer decisões relacionadas à concessão de benefícios penitenciários (grifo nosso)...Embora estes recursos requeiram investimento em treinamento de pessoal qualificado...o custo a longo prazo de escrutínio e avaliações insuficientes são muito maiores, uma vez que comprometem as decisões apropriadas ...colocando em risco a integridade física dos próprios sujeitos, dos funcionários ...e da sociedade.

Para a utilização do Hare PCL-R em nosso meio, é necessário realizar a sua tradução e retrotradução, segundo recomendações prescritas para tal, que consistem na busca de equivalência semântica, conceitual e experiencial,

conseguida pela discussão entre profissionais psiquiatras, psicólogos e professores de inglês.

Uma vez devidamente traduzido e adaptado para o português, o instrumento poderá ser utilizado para o procedimento de validação em nossa cultura.

O Manual do PCL-R (HARE, 1991) contém informações técnicas sobre a procedência do instrumento, sua proposição teórica e comprovação de validade e confiabilidade. Ocorre, todavia, que tal instrumento já foi amplamente validado em diversos países (COOKE, 1995; CÔTÉ, 1990; CÔTÉ & HODGINS, 1996; RAINE, 1985; SHINE, 1996; GRANN, 1999; MOLTO, 1996) inclusive através de diferentes modalidades de validação e verificação da confiabilidade (PETERSON, 1985; SERIN, 1992; SHINE, 1996; SHINE & HOBSON, 1997; SILBAUGH, 1993; SULLIVAN & GRETTON, 1996).

Contudo, uma rigorosa validação é necessária para o uso da escala no Brasil, e desta forma optamos pela validação através da identificação do ponto de corte do PCL-R em população forense brasileira com auxílio da Prova de Rorschach.

Desta forma, os casos diagnosticados como TG, de acordo com os instrumentos utilizados na pesquisa, e que apresentam aspectos comuns apreendidos pela Prova de Rorschach, devem preencher os parâmetros para psicopatia na escala de HARE PCL-R. Se isto ocorrer, verifica-se a hipótese de que os transtornos globais da personalidade apresentam relação com o constructo operacionalizado como psicopatia, através da escala de HARE PCL-R.

Estabelecida a correlação entre transtorno global e psicopatia, o passo seguinte foi o de investigar a possibilidade de se detectar diferenças entre este grupo e o dos transtornos parciais da personalidade, através do PCL-R.

Determinada a correlação entre ambos os constructos, é possível a identificação do ponto de corte para psicopatia na escala PCL-R em população forense brasileira.

A pesquisa justifica-se, portanto, tanto pelo interesse teórico desta distinção, quanto pelas conseqüências práticas, já que através de instrumento acessível, torna-se possível detectar as duas modalidades de transtorno. E, no domínio da perícia, da terapêutica e da reabilitação, como já se mencionou, tal objetivo assume uma especial relevância.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Hilda Morana

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

Desde os primórdios da história da psiquiatria, os especialistas defrontaram-se com indivíduos que, embora apresentassem comportamento de insanidade mental, não evidenciavam sintomatologia delirante, alucinatória ou mesmo deficitária.

Pinel, em 1801 denominou de "manie sans délire", pacientes que não apresentavam alucinações ou distúrbio do entendimento, mas evidenciavam comportamento com sinais de insanidade mental (MURRAY, 1997).

Prichard, em 1822, apresentou o conceito de "insanidade moral" para sujeitos que apresentavam comportamento caracterizado por perversidade mórbida (BERRIOS, 1996).

Lombroso, na segunda metade do século XIX, busca relacionar elementos da morfologia corporal que prenunciassem a propensão ao crime (BOLLONE, 1992).

Koch, em 1888, cunhou o termo "inferioridade psicopática", que teria natureza congênita e permanente, não sendo considerada pelo autor como

doença em sentido estrito. Seu conceito advém das idéias da teoria da degenerescência (BERRIOS, 1993).

Kraepelin, em 1904, empregou o termo mais utilizado até recentemente, o de “personalidades psicopáticas” para referir-se precisamente, a este tipo de pessoas que não seriam nem neuróticos e nem psicóticos (SCHNEIDER, 1943).

Para Kraepelin, as personalidades psicopáticas são formas frustradas de psicoses, definidas segundo um critério fundamentalmente genético e considera que seus defeitos se limitam essencialmente a vida afetiva e volitiva (BRUNO, 1996).

A orientação constitucional teve o seu expoente em KRETSCHMER (1930), que construiu um sistema no qual considerava a ocorrência de morbidade gradativa entre as condições de normalidade, personalidade psicopática e doença. Considerava *p.e.* que existiria uma gradação, sem limites precisos entre a personalidade normal esquizotímica, a psicopatía esquizóide e a esquizofrenia. A doença seria uma acentuação ou um agravamento de temperamentos psicopáticos e normais. Dessa forma, para Kretschmer a personalidade psicopática seria uma forma atenuada de transtorno mental.

Schneider (1943), não aceitou a transição, sem limites precisos, entre personalidade e psicose. Alertava para que fossem distinguidas as idéias de determinação constitucional, agindo como fator de predisposição para determinadas doenças, da idéia de apenas se admitir diferenças graduais entre condições mórbidas diversas. Assim se refere (pp 64): "Ahora bien: sobre la base de la simples experincia clínica, hemos de confesar que no encontramos

tales transiciones". Ou seja, o autor propõe que os limites entre uma personalidade anormal e o de uma psicose esquizofrênica, são em geral evidentes.

Como critério para definir psicopatia, levava em conta o sofrimento infligido a si próprio e aos outros, no relacionamento interpessoal. Para ele, os psicopatas seriam deficientes quanto à afetividade e à volição assim como os oligofrênicos seriam deficientes quanto à inteligência.

Cleckley, desde 1941, no seu consagrado tratado "A Máscara da Sanidade", considera os transtornos psicopáticos da personalidade como insanidade, sem os sintomas peculiares às psicoses. Portanto, mantém, nesta questão, o conceito originário de Pinel (CLECKLEY,1988). Contudo, segundo STONE (1999), o autor considerava que os psicopatas sofriam do que ele chamava de "demência semântica", por não conseguirem entender os significados sociais.

É incontável a série de autores que, desde o início do século, estudaram a questão das personalidades anormais. Desde a primeira classificação de personalidades psicopáticas de Schneider no ano de 1923, os autores vêm continuamente buscando formas mais adequadas de defini-las, descrevê-las e categorizá-las.

Foi apenas no DSM-III (1980), com a criação do chamado EIXO II, que o diagnóstico das personalidades anormais encontrou destaque na nosografia psiquiátrica.

2. 2 TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DA PERSONALIDADE (TEP)

A elevada prevalência, as controvérsias conceituais e diagnósticas e a co-morbidade justificam as pesquisas no campo dos Transtornos da Personalidade.

Os Transtornos Específicos da Personalidade – TEP - ainda são identificados com imprecisão na prática clínica e é justamente os aspectos relacionados com o diagnóstico desta condição que ainda estão por ser devidamente equacionados pela Psiquiatria. A preocupação surge com a limitação terapêutica e elevada refratariedade tanto clínica como psicossocial.

O tema é particularmente relevante para a Psiquiatria Forense. Os problemas apresentados pelas pessoas com TEP freqüentemente alcançam a esfera jurídica em todas as suas áreas.

O risco de infração é maior entre essas pessoas, embora não esteja epidemiologicamente quantificado (DERKSEN, 1995).

Em nosso atendimento, no Ambulatório de Transtornos da Personalidade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, verificamos a dificuldade de familiares do sujeito em aceitar o diagnóstico de TEP. Alegam que quando criança e mesmo no início da adolescência não apresentavam dificuldades ou não exteriorizavam condutas evidentes.

Ocorre que o comportamento conseqüente ao TEP não se expressa de forma tão perturbadora enquanto o sujeito é monitorado pela família e está sob sua responsabilidade e vigilância.

É freqüente que ao redor dos 18 anos ou acima, quando a família já não mais consegue controlar o adolescente, que as atitudes desajustadas do sujeito comecem a se evidenciar. Entretanto é importante lembrar que os TEP manifestam-se desde fases muito precoces do desenvolvimento.

Por outro lado, quando se consideram, de modo geral, os Transtornos Específicos da Personalidade deve-se ter presente que eles variam, não apenas quanto à qualidade dos traços de personalidade afetados, mas quanto à intensidade da afecção que se manifesta em cada um dos traços comprometidos.

2.2.1 CONCEITUAÇÃO DE TRANSTORNO ESPECÍFICO DA PERSONALIDADE (TEP)

Quanto à questão diagnóstica referente às abordagens categóricas e/ou dimensionais dos TEP, os autores em geral, preferem a dimensional quando se trata de definir a validação conceitual do transtorno da personalidade, mas para a prática clínica, e em conseqüência, para a confiabilidade diagnóstica, a abordagem categórica é a preferência dos mesmos. Contudo, verifica-se que o que falta à abordagem categorial é a sua diferenciação em níveis de gravidade.

No bloco de F 60 a F 69 (TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE E DO COMPORTAMENTO EM ADULTOS) da *CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10*, estão relacionados os TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DA PERSONALIDADE (F 60), que correspondem, em linhas gerais, às condições clínicas anteriormente denominadas personalidades psicopáticas (OMS, 1993).

2.2.2 F 60-F 69 TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE E DO COMPORTAMENTO DO ADULTO

F60 Transtornos específicos da personalidade

F60.0 Transtorno paranóide da personalidade.

F60.1 Transtorno esquizóide da personalidade.

F60.2 Transtorno anti-social da personalidade.

F60.3 Transtorno emocionalmente instável da personalidade.

F60.30 tipo impulsivo.

F60.31 tipoborderline.

F60.4 Transtorno histriônico da personalidade.

F60.5 Transtorno anancástico da personalidade.

F60.6 Transtorno ansioso da personalidade.

F60.7 Transtorno dependente da personalidade.

F60.8 Outros transtornos específicos da personalidade.

F60.9 Transtorno da personalidade sem especificação.

Estes transtornos incluem grande variedade de condições e de padrões de comportamento importantes para a clínica, e são considerados perturbações caracterológicas e comportamentais, que se manifestam desde a infância e a adolescência. Com freqüência estão associados ao desempenho pessoal e ao relacionamento interpessoal mais amplo, que se traduzem por comportamentos inadequados, tais quais: litígio, desemprego, comportamento violento, acidentes, uso de drogas, suicídio, homicídio, dentre outras condutas que podem ser delituosas.

O diagnóstico de TEP requer uma abordagem longitudinal da história do indivíduo para que possa ser afirmado. Recomenda a CID-10 considerar todos os aspectos do comportamento, para valorizar aqueles significativos, graves (em intensidade e frequência), persistentes e não explicáveis por outros transtornos mentais e cerebrais.

Os critérios diagnósticos da CID-10 e da DSM-IV exigem história clínica minuciosa, e habilidade semiológica. Mesmo assim, caracterizar as diversas modalidades de reação que tornam tão diferentes as expressões do comportamento, é intrincado.

Por sua vez, KENDELL (1993), destaca que as classificações internacionais fornecem a descrição de “protótipos”, mais do que de categorias específicas com limites precisos e não superpostos

É bem conhecido o fato da confiabilidade do diagnóstico de transtorno da personalidade ser baixa (DHOSSCHE, 1999). Em geral o índice Kappa é maior que 0,70 para os diagnósticos da CID 10 (o que é considerado como bom prognóstico de chance de concordância), sendo que, a média do índice Kappa costuma ser ao redor de 0,51 (o que representa chance de concordância moderada) para os transtornos específicos da personalidade (LÓPEZ-IBOR 1993).

Zanarini e colaboradores (2000), relatam que os fatores dimensionais de confiabilidade do Eixo II do DSM-IV são substancialmente mais altos em comparação com os encontrados para outras categorias diagnósticas. Sugerem que os examinadores tendem a concordar se um sujeito apresenta

uma patologia de caráter em uma certa dimensão mas discordam no número exato de critérios diagnósticos que o sujeito preenche.

Dessa a forma a condição de TEP não deve ser analisada apenas pelo comportamento explícito mas sim pela dinâmica dos processos psíquicos de cada sujeito examinado.

Observamos na prática forense que o critério descritivo para definir o diagnóstico não tem sido suficiente para um procedimento adequado.

No contexto forense a avaliação é extremamente sujeita a viés uma vez que, entre outros fatores:

- O diagnóstico dos TEP é mais dificultoso devido ao caráter investigativo da entrevista;
- O medo dos periciandos e de seus familiares de se comprometerem com a entrevista; e
- Dificuldade de obter informações de terceiros.

Portanto, neste contexto é fundamental que se busque informações, com pessoas que conviveram com o sujeito, a respeito da sua maneira de se relacionar, nos seus diversos momentos da vida, seja na infância, na escola, com os familiares, no relacionamento conjugal e afetivo, com os amigos, no trabalho, nas instituições e onde mais o sujeito tenha exercido alguma atividade.

Há ainda considerável discussão relativa a co-morbidade patogênica dos TEP, principalmente em relação aos transtornos do humor. Autores como GUNDERSON (BOLTON e GUNDERSON 1997) sugerem que em casos de Transtorno Bipolar refratário ao tratamento, seja identificada a condição de

transtorno *borderline* da personalidade. Por outro lado, AKISKAL (1995) considera esta categoria como uma variante caracterológica do *spectrum* dos transtornos afetivos, uma variante subclínica encontrada nos parentes dos pacientes com Transtorno Bipolar. Considera ainda que em mais de 50% da população estudada o transtorno *borderline* da personalidade pode representar uma desordem subafetiva, particularmente relativos aos traços de ciclotimia e irritabilidade.

Embora as principais categorias diagnósticas dos TEP, tenham sofrido diversas modificações pelas nosografias internacionais, há ainda substancial evidência de superposição entre os tipos definidos pelas nosografias vigentes. Autores como BECK (1993), CLARKIN (1996) e DOWSON (1995) consideram que seria necessário considerar muito mais as mesclas ou tipos mistos do que as categorias de transtornos específicos da personalidade, tais quais, definidas pelo DSM-IV (1994).

Da mesma forma verificamos que muitas vezes encontramos dinâmica complexa da personalidade que não podem ser categorizadas em uma única categoria (F 60 - Transtornos Específicos da Personalidade) da CID-10, *p.e.* acentuada tendência explosiva da personalidade e intensa insensibilidade afetiva.

A co-morbidade entre TEP e transtornos psiquiátricos relacionados no Eixo I do DSM-IV (1994), é considerada como fator de morbidade, tanto na prática clínica como em pesquisa (SKODOL, 2002). Desta forma torna-se relevante reconhecer os TEP associados às condições clínicas, porque os trabalhos evidenciam que determinadas patologias, quando associados a

determinados TEP, têm prognóstico variável e respondem melhor ou pior ao tratamento.

Em síntese, os TEP são atualmente considerados anomalias do desenvolvimento psicológico que envolve a desarmonia da afetividade, da excitabilidade, do controle dos impulsos, das atitudes e das condutas, manifestando-se no relacionamento interpessoal. Dessa forma impedem a integração social adequada, de modo contínuo e persistente.

Apesar da capacidade mental poder situar-se em limites normais, os indivíduos que os apresentam evidenciam comprometimento da capacidade de ter consideração pelos demais, de sentir culpa ou remorso pelos atos danosos infligidos a outras pessoas, comportamento impiedoso, e em alguns transtornos, é freqüente a incursão criminal.

2.3 TRANSTORNO ANTI-SOCIAL DA PERSONALIDADE (TAS) versus PSICOPATIA

Já no século XVIII, a medicina interessou-se pelos criminosos brutais, homicidas sanguinários, criminosos passionais e estupradores violentos, com diferentes expressões de perversão. Os alienistas deram explicações a estes transtornos baseados no conhecimento de sua época.

A definição de psicopatia, entendida antes como doença mental, particularmente para os autores da psiquiatria de origem germânica, passou a referir-se e a restringir-se à idéia de personalidade doente ou personalidade psicopática. Evidenciava-se, assim, uma nova condição de anormalidade mental, mas que não apresentava as evidências de loucura ou insanidade

mental. As psicopatias, foram posteriormente subdivididas em neuropatias (para as personalidades ditas neuróticas) e sociopatias (para as personalidades caracterizadas por comportamento anti-social).

Desta forma, de um lado apresentavam-se as neuropatias que foram em contextos diversos denominadas de neurastenia, psicastenia, fobias, obsessões e histeria e, de outro, as sociopatias, que também já foram denominadas de diferentes formas, tais como: insanidade moral, criminosos natos, desalmados, inimigos da sociedade, perversos, atímicos, e anti-sociais.

O constructo de personalidade psicopática hoje se inclui entre os Transtornos Específicos da Personalidade (TEP).

Até os dias atuais, autores norte-americanos preferem a denominação de sociopatia à de personalidade psicopática. Alguns todavia, como WOLMAN (1999), fazem referência a comportamento sociopático anti-social.

Entre os Transtornos Específicos da Personalidade, o Transtorno Anti-social (TAS) é um dos diagnósticos mais amplamente validados da DSM-IV, e o que tem recebido mais atenção dos estudiosos da Psiquiatria Forense, embora outros transtornos da personalidade também sejam relevantes para esta área de atuação.

Deve-se destacar que, apesar da denominação “TRANSTORNO ANTI-SOCIAL DA PERSONALIDADE” ser freqüentemente relacionada ao conceito clássico de PSICOPATIA, mesmo por autores especializados (FREEMAN,1993; PERRY,1992; PRINS,1993), os outros transtornos específicos da personalidade não são, em sentido estrito, menos mórbido e podem, igualmente, implicar algum grau de periculosidade e de dificuldade terapêutica.

Na Europa continental, o termo “psicopatia” é usado para todos os transtornos específicos da personalidade. Na tradição inglesa, é usado somente para o anti-social, particularmente quando se acompanha de comportamento delituoso (MURRAY,1997).

Também a literatura especializada norte-americana e principalmente a literatura canadense aproximam o conceito de psicopatia tangencialmente ao da criminologia. Particularmente na Grã-Bretanha a situação se complica pelo fato de “distúrbio psicopático” ser uma categoria médico-legal que possui pouca semelhança com o constructo norte-americano (HARE, 1991).

Hare (1996) não concorda com a identificação entre psicopatia e transtorno anti-social da personalidade. Acrescenta que, no ano de 1980, com a publicação do DSM-III, “psicopatia” tornou-se sinônimo de transtorno anti-social da personalidade. Isto resultou de um consenso entre os investigadores que contribuíram na elaboração do Manual (HARE, 1991).

Seu argumento baseou-se na consideração de que é mais fácil identificar condutas peculiares que se relacionam a um distúrbio da personalidade do que encontrar a dinâmica subjacente. Em outras palavras, caracterizar um aspecto explícito da conduta de um sujeito implica maior confiabilidade do que entender a disposição psíquica específica. O resultado foi, segundo o autor, um diagnóstico com elevada confiabilidade e duvidosa validade.

Na CID-10, os critérios para o diagnóstico de transtorno anti-social identificam as condições de personalidade que tanto podem adquirir o feitiço de psicopatia, como o de condições mais atenuadas do comportamento anti-

social. Ou seja, tais critérios permitem identificar indivíduos que sejam permanentemente anti-sociais, mas não necessariamente psicopatas.

A maioria dos psicopatas preenche os critérios para transtorno anti-social, mas nem todos os indivíduos que preenchem os critérios para transtorno anti-social são necessariamente psicopatas.

A distinção entre psicopatia e transtorno anti-social é de extrema importância para a prática forense, principalmente no que se refere à reincidência criminal, entre outros fatores.

Outro fator relevante nesta questão se refere à distinção entre o que é conhecido no sistema forense como “bandido comum” e a condição de psicopatia. Para o sistema jurídico esta distinção é necessária uma vez que o Código Penal permite imputabilidade diminuída para os sujeitos que não apresentem a plena capacidade de determinação e que tal condição não se beneficie de tratamento especializado.

Segundo o entendimento jurídico, não ser capaz de se determinar plenamente, embora o entendimento esteja preservado, preenche a condição médico-legal de semi-imputabilidade (BRASIL, 1940).

Pitchford (2001) refere que a Associação Americana de Psiquiatria ao introduzir a categoria diagnóstica de TAS no DSM-III supôs haver incluído o diagnóstico de psicopatia, mas devido a que os psiquiatras não possuem habilidade suficiente para acessar traços da personalidade, as definições do DSM concentraram-se no comportamento anti-social e criminal associados com a condição de psicopatia. Isto acabou por sobrepor a condição de psicopatia

com a de criminoso comum e, é evidente que o segundo nem sempre preenche critérios para psicopatia.

Importante ressaltar que não existem recursos semiológicos precisos nem psiquiátricos fidedignos para se constatar a frieza característica da condição de psicopatia. Prevalece a capacidade do examinador em avaliar o grau de ressonância emocional diminuída na consideração pelos demais.

A escala do Hare PCL-R – *Psychopathic Checklist Revised* – vem preencher essa dificuldade diagnóstica. Permite, através de um ponto de corte determinado, a identificação de características de personalidade compatíveis com o conceito de psicopatia, características essas entendidas como condições mórbidas que pressupõem comportamento anti-social destrutivo e elevada tendência à reincidência delitiva. Desta forma, a psicopatia inclui-se entre os transtornos anti-sociais da personalidade como forma mais grave de manifestação. Tal gravidade é entendida como menor possibilidade de reabilitação, dificuldade de ajuste à instituição prisional, reincidência em crime e violência.

2.4. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

A mensuração dos transtornos psiquiátricos mantém-se controversa, ocupando lugar de destaque em pesquisas que buscam maior homogeneidade nos critérios diagnósticos.

Em entrevistas estruturadas como a SIDP-R (Entrevista Estruturada para Distúrbios da Personalidade pelo DSM-III-R) (TORRES,1994), e o *Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders* (Zimmerman,1994), apesar de

conferirem maior confiabilidade diagnóstica, uma vez que os itens se destinam a preencher campos determinados segundo os critérios do DSM-III-R e DSM-IV, respectivamente, ainda evidenciam viés importante quanto à confiabilidade diagnóstica entre clínicos e pesquisadores (TYRER; SIMONSES 2003).

Para Dolan (1995), nos questionários de autopreenchimento como o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), a personalidade é inferida através de respostas a questões sobre sentimentos e situações excessivamente indutivas para respostas esperadas.

Hare (1993) descreve as suas tentativas de identificar os verdadeiros psicopatas através dos instrumentos comumente utilizados nos anos 60. Um destes instrumentos era o próprio (MMPI). Refere que este instrumento é menos confiável, quando administrado a psicopatas, uma vez que: "(...) os psicopatas são experts em manipular impressões".

Westen (1997) observou que os psiquiatras diagnosticam transtornos específicos da personalidade através do próprio relato dos pacientes, sobre suas relações interpessoais e através da observação direta de sua conduta social. Isso faz com que realizem apenas um, ou priorizem um dos diagnósticos possíveis.

Em vez disso, a utilização de algum instrumento de avaliação para transtorno específico da personalidade costuma resultar em vários diagnósticos, de 3 a 6, segundo o autor. Ocorreria, assim, uma superposição de critérios.

Desta forma, verifica-se que a classificação dos transtornos da personalidade ainda carece de validade de constructo e confiabilidade diagnóstica.

Na presente pesquisa foram utilizados como instrumentos : a Prova de RORSCHACH e o HARE PSYCHOPATHY CHECKLIST-REVISED (PCL-R).

2.4.1. PROVA DE RORSCHACH

A Prova de Rorschach é um instrumento que permite a avaliação global da personalidade. Foi criado pelo psiquiatra suíço HERMMAN RORSCHACH (1884-1922) há aproximadamente oitenta anos atrás e desde então tem sido usado e aprimorado constantemente no que se refere a sua validade e confiabilidade. A Prova de Rorschach é composta de 10 pranchas representados por estímulos (manchas de tinta) acromáticos e cromáticos. Estes estímulos suscitam diferentes situações experimentais de ordem mais reflexiva ou afetiva, respectivamente. As configurações dos borrões são ambíguas, mas cada uma das lâminas apresenta uma proposital simetria e harmonia perceptiva, que segundo os parâmetros das pesquisas, representam os possíveis estímulos que existem em nossa realidade. Além da presença ou ausência das cores, os estímulos podem ser organizados segundo uma maior participação da forma, percepção do espaço, perspectiva, integração entre a figura e o fundo, luminosidade, movimento, dentre outras características.

Esta prova é classificada entre as técnicas projetivas porque se fundamenta no conceito de projeção. Quando o sujeito interpreta o significado

de um borrão de forma pouco definida, como são as manchas desta prova, ele projeta as suas características de comportamento que são analisadas pelos especialistas na prova.

A prova mencionada, quando se dirige à avaliação das dinâmicas psicológicas específicas, que convergem na atividade de percepção do sujeito que se submete a ela, configura-se como um instrumento de eleição na apreciação de aspectos manifestos e latentes da personalidade.

A Prova de Rorschach permite a avaliação dos padrões cognitivos de percepção e de ideação, que são comparados aos dados estabelecidos para populações normais. Além disto, as reações peculiares, reveladas através de determinantes como a forma, a cor, a luminosidade, a tridimensionalidade e a cinestesia, possibilitam analisar de modo consistente as características da vida afetivo-emocional e os padrões de controle dos impulsos.

Todos estes aspectos são analisados em conjunto e submetidos à construção de índices, que foram devidamente confrontados em diversas populações (BOHM, 1979).

A prova de Rorschach não sofre o desvio cultural de outras provas de avaliação da personalidade. Estas muitas vezes dependem que o examinando tenha conhecimentos históricos e sociais, supostamente comuns à maioria.

A Prova de Rorschach, é mundialmente reconhecida como instrumento válido para análise da Personalidade, na qual se inserem as condições anormais que configuram a condição de Psicopatia (GACONO, e MELOY,1994).

Este método, em adição a outros instrumentos de pesquisa, pode fornecer dados relevantes e indispensáveis para a questão dos Transtornos Específicos da Personalidade.

Salientamos que diferentes autores consideram a prova de Rorschach um instrumento adequado para o exame dos transtornos específicos da personalidade, principalmente para o transtorno anti-social da personalidade (GACONO e MELOY,1992; HUSAIN, 1995; PIOTROWSKI,1996; PARISI, e cols., 1992; JUMES, e cols., 2002).

O estudo das populações forense através da Prova de Rorschach foi amplamente utilizado por autores experientes (GACONO, 1992;1998; GREINER, e NUNNO,1994; PAIS,1989; RESNICK, e NUNNO,1991; ZILLMER, ARCHER, e CASTINO,1989), demonstrando apresentar elevada validade para o estudo em questão.

Contudo a Prova de Rorschach depende da correta aplicação e da experiência do investigador. Apenas investigadores suficientemente treinados na técnica é que podem utilizar esse instrumento de maneira confiável, como aliás, deve ser com todos os métodos de avaliação psicológica e psiquiátrica.

Escolhemos a Prova de Rorschach, para esta pesquisa, por ser uma prova psicológica de natureza global, que permite o estudo da personalidade em seu conjunto e compreensão psicodinâmica, como também por sua confiabilidade e validade, já reconhecida por mais de oito décadas de utilização. Quanto a metodologia, seguimos o critério de Silveira (1985) ampliado por Coelho (1998, 2000).

Muitos especialistas na Prova de Rorschach trabalham com os aspectos simbólicos dos conteúdos das respostas à Prova de Rorschach, o que leva a interessantes estudos acerca da dinâmica emocional do indivíduo, mas com isso perde-se a principal função da prova que é a de investigar a estrutura da personalidade, através da dinâmica de seus determinantes.

Segundo os critérios de Silveira (1985), a análise é realizada através da influência das dimensões da personalidade em suas diversas esferas e o resultado é a interdimensionalidade de influências sobre a estrutura dos determinantes da personalidade do sujeito. Desta forma, índices estatísticos, tais quais os de sensibilidade e especificidade, não podem ser aferidos devido a complexidade de interações que ocorrem na dinâmica complexa da personalidade tal qual estruturada para cada sujeito examinado.

O que nos interessou avaliar foi a estrutura e dinâmica da personalidade, independente do ato delinqüente que o indivíduo tenha praticado. O método de Rorschach, avaliado pelos critérios de Silveira, nos permitiu a análise estrutural e sistêmica da personalidade.

O diagnóstico de psicopatia, analisado através dos dinamismos aferidos pela prova, não é categórico, mas depende da estrutura e dinâmica dos processos mentais subjacentes à ocorrência desta condição. A Prova não fornece diagnóstico de, conforme determinado neste estudo, Transtorno Parcial e Global da Personalidade, mas sim, a análise dos mecanismos subjacentes da personalidade que validam a hipótese diagnóstica sugerida pela avaliação clínica e forense do sujeito examinado.

2.4.2. HARE PSYCHOPATHY CHECKLIST-REVISED (PCL-R)

O PCL-R (HARE 1991), é uma escala de pontuação para a avaliação de psicopatia em populações forenses masculinas desenvolvida por Robert Hare, ao longo de mais de 25 anos de pesquisa com populações prisionais, tendo sido amplamente validado. É o instrumento que tem sido mais amplamente utilizado, em diversos países, no contexto forense.

Existe amplo consenso de que até o momento, não existe nenhum outro procedimento que seja tão afinado com a identificação da condição de psicopatia (FULERO, 1995; GACONO e MELOY, 1994; GONÇALVES, 1999).

O conceito de psicopatia de HARE refere-se mais aos traços de personalidade, à maneira como se relaciona com os outros e às características afetivo-emocionais do que às condutas anti-sociais. Ou seja, este instrumento prioriza a análise da estrutura da personalidade, sem deixar de relacionar a conduta explícita do sujeito examinado. E é essa questão que confere ao seu instrumento a elevada validade e aceitação entre os investigadores.

Importante destacar que o PCL-R não permite o diagnóstico clínico de psicopatia, mas a verificação, através de método padronizado, de características da personalidade e condutas que permitem a identificação de sujeitos que apresentam as características prototípicas da psicopatia e que desta forma são mais sujeitos à reincidência criminal.

Verifica-se que, tanto os dados do Rorschach como o PCL-R, não se modificam com a cultura, grau de instrução e durante a vida do sujeito, mantendo suas características prototípicas da personalidade inalteradas no tempo (GACONO, 1998).

As pesquisas sobre o PCL-R revelaram que não há desvios significativos para diferentes grupos culturais, raciais ou relacionados à presença de desordens psiquiátricas (COOKE 1995).

Ressaltamos que o PCL-R não é um teste e sim um instrumento que depende de avaliação dimensional da personalidade. Dessa forma não é influenciado por fatores culturais. Não pode ser entendido, muito menos aplicado, como um teste para pontuar categorias de comportamento. Como exemplo citamos a escolaridade que difere segundo o país, mas que, embora seja uma das questões a ser inquirida na entrevista semi-estruturada proposta pelo autor, não é esta a categoria que deve ser avaliada e sim a maneira como o sujeito conduziu os seus estudos. Desta forma, não é possível uma avaliação pontual de disposições psíquicas da condição de psicopatia com a escala de conferência.

O PCL-R inicia-se por uma entrevista semi-estruturada confiável e válida, segundo diversos autores consultados (DOWSON,1995 GACONO,1998; JOZEF, 1997; MARIETÁN, 1998). Inclui a avaliação sistemática de tendências e traços da personalidade próprios desta condição, segundo uma escala ponderal e a partir de um ponto de corte que a separa de outras manifestações que o autor considera não-psicopáticas

A escala do PCL-R se baseia nas clássicas descrições de psicopatia, desde CLECKEY (1988), exigindo extenso escrutínio da vida do indivíduo, não podendo, em hipótese alguma, limitar-se a uma entrevista com o indivíduo, ou dela prescindir (HARE,1998).Pontua um indivíduo ao longo de 20 itens, usando uma entrevista semi-estruturada e uma validade estimada do grau para o qual

um criminoso ou paciente psiquiátrico-forense se enquadra no conceito tradicional (prototípico) de psicopatia. Cada item é quantificado em uma escala de 3 pontos (0,1,2,3), de acordo com a extensão verificada no sujeito.

O escore total pode ir de 0 a 40, sendo que 15 a 20% dos criminosos têm um escore de pelo menos 25, valor utilizado para ponto de corte na padronização de pesquisas para o diagnóstico de psicopatia. Contudo o exato ponto de corte sofre variações segundo características culturais (HARE,1991).

Segundo o autor refere em seu manual, nos EUA e no Canadá, o ponto de corte é usado, tradicionalmente, como 30 para definir psicopatia em contraposição com pontuações de 15-29 para definir "alguns traços de psicopatia". Na Europa e, particularmente na Escócia, os autores usam o ponto de corte de 25 para definir psicopatia. HARE, (1991) definiu o ponto de corte em 30 segundo a porcentagem acumulada de casos confirmados de psicopatia.

Seja qual for o ponto de corte escolhido, um escore elevado no PCL-R irá indicar uma probabilidade elevada do sujeito reincidir em atividade criminosa.

O constructo de psicopatia empregado no PCL-R está definido por traços de personalidade inferidos e por comportamentos sociais desviantes. Isso está refletido nos dois fatores estruturais do PCL-R. O **Fator 1** é definido pelas características nucleares dos traços da personalidade que compõem o perfil prototípico da condição de psicopatia, incluindo superficialidade, falsidade, insensibilidade/crueldade, ausência de afeto, culpa, remorso e empatia. O **Fator 2** é definido por comportamentos associados à instabilidade crônica, a impulsividade e ao estilo de vida antisocial, levando ao que é referido como tendências ao comportamento socialmente desviante (HARE, 1991).

A pontuação aos fatores 1 e 2 tem demonstrado diferenças significativas em relação às condições de comprometimento do caráter no que se refere ao comportamento anti-social. Contudo poucas pesquisas existem quanto à correlação fatorial do PCL-R. Se o fator 1 estiver elevado pressupõe-se que a reabilitação do sujeito será mais problemática, uma vez que este fator mede os traços dimensionais da personalidade relacionados com o comprometimento do caráter. O inverso seria verdadeiro para o Fator 2, uma vez que pontuações elevadas neste fator revelam comportamento anti-social derivado de traços como instabilidade e impulsividade que de alguma forma seriam acessíveis as intervenções medicamentosas.

Hare (1991) refere que os dois FATORES (F1 e F2), considerados em conjunto, estão correlacionados (0.5) com as características prototípicas da psicopatia mas apresentam diferentes padrões de correlação dependente de variáveis externas (HART & HARE, 1997). Contudo, afirma que ambos os fatores são mais fortemente correlacionados com tais características através do Fator 1 do que do Fator 2 (COOKE & MICHIE, 1997).

O FATOR TOTAL remete à pontuação que permite estabelecer o ponto de corte para a condição prototípica de psicopatia.

2.5. EPIDEMIOLOGIA

A incidência global dos Transtornos Específicos da Personalidade (TEP) na população geral varia entre 10% e 18%, e a incidência de cada um dos tipos de TEP ocorre entre 0.5% e 3%, segundo alguns autores. (DOBBELS ,2000; MAIER 1992). Outro autor encontrou taxas menores, de 5% e 15% para a

população geral (MERIKANGAS,1986). Para MAIER (1992), 1 em cada 7 pessoas, estaria acometida com alguma categoria dos TEP.

Na Inglaterra, levantamento feito no ano de 1992 para o *Green Book on the Health of the Nation* verificou-se que 7%-13% da população geral apresentam algum tipo de TEP e que no atendimento médico este número sobe para 20%-35% (ROCA E BERNARDO, 1988).

Pesquisas com sujeitos portadores de TEP evidenciam a possibilidade de mais de um diagnóstico de TEP por sujeito, em média 1.5 a 5.6 (DOLAN,1995).

Nos EUA os TEP afetam 10-15% da população adulta, e sua prevalência é a seguinte, segundo BIENENFELD (2002).

- Paranóide 0.5 a 2.5%
- Esquizotípico 3.0%
- Antissocial 3.0% dos homens e 1.0% das mulheres
- Borderline 2.0%
- Histriônico 2.0 a 3.0%
- Narcisista menos de 1.0%
- Esquiva 0.5 a 1.0%
- Obsessivo-compulsivo 1.0%

Quanto ao sexo para a categorização do DSM-IV:

- Cluster A: levemente mais freqüente em mulheres.
- Cluster B:

Antissocial: 3 vezes mais freqüente em homens do que em mulheres.

Borderline: 3 vezes mais freqüentes em mulheres do que em homens

Narcisista: 50-75% são homens.

- Cluster C: Obsessivo-compulsivo é duas vezes mais diagnosticado em homens do que em mulheres.

Com relação aos psicopatas, HARE (1995) refere que se encontram ao redor de 1% na população geral e ao redor de 15-20% na população carcerária. Refere ainda que, embora possa se considerar que os psicopatas sejam uma minoria, tanto na população geral como no sistema carcerário, eles são os responsáveis por 50% em média dos crimes violentos cometidos nos EUA. São portanto extremamente prejudiciais à sociedade. Informa ainda que, neste país, 1 pessoa a cada 100 seria psicopata e que no Reino Unido, 1 pessoa a cada 200 apresentaria este distúrbio.

Em população prisional estima-se que em torno de 65% dos internos apresentem TEP (KONRAD, 2002).

Um estudo sueco revelou elevada frequência de TEP, ao redor de 75%, entre os internos de uma prisão na Noruega (RASMUSSEN, 1999).

O diagnóstico de transtorno anti-social (TAS) é freqüente entre os presidiários:

Para Moran (1999) o TAS tem uma prevalência entre 2 a 3% na população, alcançando até 60% entre os prisioneiros do sexo masculino.

Riesco (1998) estudou uma amostra de 56 internos de uma prisão espanhola através do MMPI e do IPDE, que é o exame oficial da OMS para o diagnóstico de TEP em suas duas versões, para a CID-10 e para a DSM-IV. Concluiu que os crimes mais freqüentes foram os relacionados a tráfico e abuso de drogas (roubos, assaltos, crimes contra o patrimônio público). Também havia crimes de homicídio, tentativa de homicídio, seqüestro e estupro.

Na amostra estudada, 99% apresentaram um ou mais diagnósticos de TEP, sendo mais freqüentes: Anti-social (79%), Paranóide (52%) e Borderline (41%).

Hodgins e Cote (apud RASMUSSEN, 1999 p. 92) verificaram que: doentes mentais criminosos com co-ocorrência de TAS apresentaram índices maiores de condenações dos que os sem TAS, mas afirmam que TAS não estava associado com violência no seu estudo. Contudo, vários pesquisadores relatam uma relação positiva entre psicopatia e crime violento.

No Brasil ainda não há estudos epidemiológicos para a questão.

Oliveira & Teitelbaum (1994) realizaram levantamento diagnóstico da população carcerária do estado do Rio Grande do Sul, envolvendo presos comuns, não considerados como doentes mentais. Concluíram que 23% eram portadores de TAS e 17% de outros transtornos de personalidade.

Rigonatti (1999) encontrou que 96% dos homicidas e 92% dos estupradores, em uma amostra de 100 sujeitos estudados na Penitenciária do estado apresentavam TAS .

2.6. TRANSTORNOS DO COMPORTAMENTO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA E SUA RELAÇÃO COM OS TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE (TEP)

A literatura científica é farta de artigos que buscam correlacionar comportamento anti-social na idade adulta com sinais de agressividade e/ou hiperatividade na infância (JOHNSON, 1999).

Contudo LOEBER (1995) afirma que são poucos os estudos prospectivos que buscam correlacionar o transtorno anti-social na idade adulta com a psicopatologia de crianças e adolescentes em amostras de referencial clínico.

O transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade tem sido observado em cerca de 3 a 7% das crianças, e em torno de 4% dos adultos. Isoladamente ou associado a outros distúrbios, é um fator altamente predisponente para fracasso nos estudos, dificuldades nos relacionamentos, propensão ao uso de drogas, desempenho profissional insatisfatório, maior morbidade, e outros (BOURBON, 1999).

Loeber (1995) em pesquisa realizada com 177 pré-adolescentes, encontrou que o transtorno do déficit de atenção/ hiperatividade prediz o início precoce do transtorno de conduta.

A CID-10 e a DSM-IV fazem a distinção entre o transtorno hipercinético e o transtorno de conduta na infância. A primeira categoria faz referência a comportamento predominantemente irrequieto e turbulento. À segunda categoria são atribuídos o comportamento violento e o desrespeito ao outro.

Bernstein (1996), num estudo longitudinal com adolescentes, verificou que problemas de conduta na infância emergem como um fator consistente e preditivo do diagnóstico de TEP para os três *clusters* da personalidade.

Rohde e colaboradores (2000) encontraram uma alta taxa de comorbidade - em torno de 30 a 50% entre o transtorno de déficit de atenção e os transtornos disruptivos do comportamento (transtorno de conduta e transtorno de desafio e oposição).

Juan (1998), agrupou estudos longitudinais, de adolescentes com transtorno de conduta. Entre os trabalhos agrupados, referiu ser o de maior importância, artigo publicado por ROBINS (ROBINS 1996 apud JUAN, 1998). Neste trabalho, o autor estudou uma amostra de 500 adolescentes e os seguiu durante 30 anos, encontrando uma continuidade psicopatológica entre transtorno de conduta e transtorno anti-social da personalidade em 37% dos casos. Verificou também que todos os casos evoluíram com grande dificuldade de adaptação social, baixo rendimento profissional e atitude de negligência para com os filhos.

Outro estudo, destacado pelo autor, foi o realizado por OFFORD (OFFORD 1992 apud JUAN, 1998), em que se estudou uma população de crianças normais de 04 até 12 anos de idade e outro grupo de crianças de 08 até 16 anos de idade. Seguiu cada amostra por 8 anos. Os resultados revelaram a persistência do diagnóstico de Transtorno de Conduta em 45% dos casos entre o início e o término das avaliações.

Entre todos os estudos analisados, o autor conclui que:

- 1- Existe uma continuidade entre transtorno de conduta na infância até a idade adulta em forma de transtorno anti-social da personalidade em proporções que oscilam entre 33 a 45% em populações masculinas, e em menores proporções no sexo feminino, de 11 a 30%.
- 2- As idades de maior risco para cometer condutas delituosas encontram-se localizadas entre os 16-18 anos de idade e depois aos 24 anos, sempre em populações masculinas. Refere que, em mulheres, não se encontra uma idade crítica.

- 3- Existem fatores de risco, como a existência de co-morbidade entre o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade e oposição desafiadora e na adolescência tardia, com o consumo de álcool e drogas.

Loeber (1995) refere ainda ser o transtorno de conduta um forte prognosticador de transtorno anti-social na idade adulta e que os melhores prognosticadores são: insensibilidade afetivo-emocional, indiferença ao outro, depressão e uso de *Cannabis*.

O Departamento de Saúde dos Estados Unidos da América publicou um relatório – *Youth Violence: A Report of the Surgeon General* – (2003), depois da tragédia que ocorreu no distrito de Colorado, em Abril de 1999, que resultou na morte de 14 estudantes, dentre as quais, dois criminosos e um professor. Neste relatório fazem referência a que os fatores de risco para o comportamento anti-social são significativamente diferentes dos fatores de risco para comportamento violento, assim como roubo, assalto, estupro e homicídio.

Em uma das comunicações deste relatório, baseada em pesquisa de comunidade, relatou-se que cerca de 36 por cento de adolescentes com transtornos da personalidade contra 16 por cento de adolescentes sem transtornos da personalidade cometeram atos violentos contra pessoas durante a adolescência.

Contudo, enfatizou-se que os fatores de risco para comportamento violento não se limitavam a fatores isolados, como, por exemplo, maus-tratos infantis, tão comumente alardeados como fator preditivo de violência na idade adulta. Citam que crianças que tenham sido abusadas ou negligenciadas na

infância normalmente vêm de famílias pobres ou vivem em bairros violentos, e concluem que quanto mais fatores de risco a criança for exposta maior a probabilidade de vir a se tornar um adulto violento.

Em outra pesquisa, ALTEMEIER, e colaboradores (1982), em um estudo prospectivo, analisaram 1400 mães de baixo nível sócio-econômico, que foram entrevistadas na clínica de pré-natal e seguidas por três anos. A incidência de maus-tratos que resultaram em trauma foi de 2%. A conclusão foi de que os dados mais consistentes revelaram tendência agressiva nas mães, gravidez não desejada, e relacionamento intrafamiliar conflituoso.

McCook (2003), encontrou que nem todos os adolescentes que foram abusados sexualmente tornaram-se abusadores sexuais. Realizou uma pesquisa com 224 adolescentes, vítima de abuso sexual e encontrou que 26 rapazes (12%), eventualmente tornaram-se abusadores sexuais durante o período de acompanhamento que se estendeu até a idade de 18 a 34 anos dos mesmos. Relata que os adolescentes que vieram de lares onde sofreram privação material e outras, foram mais propensos, em uma relação de 3,4 vezes maior do que outros, a se tornarem abusadores sexuais.

O THE NATIONAL CHILD ABUSE AND NEGLECTED DATA SYSTEM (NCANDS) encontrou uma prevalência de 12,2 por 1000 crianças que sofreram maus-tratos no ano de 2000 (NCANDS, 2002). As taxas foram semelhantes para crianças do sexo feminino (12,8/1000) e para do sexo masculino (11,2/1000). Contudo, as vítimas de abuso sexual entre as crianças, foi maior para crianças do sexo feminino (1,7/1000 para sexo feminino e 0,4/1000 para sexo masculino).

A OMS (WHO PRESS RELEASES, 2003), considera como maus-tratos infantis, quatro categorias diferentes: negligência, abuso físico, abuso emocional e abuso sexual. Relatam que em países com elevados índices de mortalidade, 1/5000 até 1/10000 crianças na idade de 5 anos morrem todos os anos devido à violência física, embora índices menores tenham sido relatados. Nos mesmos países 1/1000 até 1/180 crianças são levadas, anualmente, a centros especializados devido a maus-tratos.

A correlação entre, proporção de crianças que sofreram maus-tratos na infância que vieram a se tornar adultos violentos ou delinquentes, não foi encontrada na literatura pesquisada.

Os dados acima apontam para a necessidade de alertar a população para a precoce intervenção médica especializada nas crianças e adolescentes que apresentem algum dos distúrbios acima mencionados, ou que apresentem algum distúrbio do comportamento. JUSTICE e colaboradores (1974) referem que a identificação precoce de possíveis comprometimentos da personalidade pode fazer a diferença entre uma juventude sadia e uma vida de violenta criminalidade.

2.7. ASPECTOS ETIOLÓGICOS dos TEP

Marietan (1998), afirma que existe controvérsia quando a etiologia das psicopatias, podendo se estender suas considerações para os TEP de forma geral.

Considera o autor, como primeira orientação doutrinária, a que denomina de intrínseca, e que corresponde à escola constitucionalista. Esta

considera o psicopata um portador de uma constituição especial, geneticamente determinado e, em consequência, pouco se poderia fazer.

A segunda posição seria a social, denominada de extrínseca. Esta orientação considera que a sociedade é quem faz os seus psicopatas, quem produz seus próprios criminosos por não lhes dar os meios educativos e econômicos necessários.

Estudos envolvendo gêmeos, famílias e filhos adotivos evidenciam, em sua maioria, predisposição genética para a condição do TEP.

Bouchard (1994), em um estudo com gêmeos, comparou a personalidade de monozigóticos e dizigóticos e encontrou que ao redor de 50% dos traços de personalidade seria devido a fatores genéticos. Concluiu que a influência do ambiente familiar na personalidade foi pequena e mesmo desprezível.

A comparação entre transtornos da personalidade e ambiente familiar desajustado versus ambiente familiar ajustado também não mostrou diferenças significativas na prevalência dos transtornos da personalidade para outros autores, o que reforça os achados genéticos (LYKKEN, 1995).

Driessen (2000), examinou os trabalhos que relataram associação entre eventos traumáticos na infância e TEP, particularmente no transtorno *borderline* da personalidade. Encontrou que, embora muitas evidências de abusos físicos e sexuais tenham sido relatadas, mesmo em população com transtorno *borderline* da personalidade não clinicamente evidenciável, não havia correlação etiológica entre tais condições, uma vez que TEP não ocorria em muitas das crianças que foram traumatizadas. Também encontrou muitos

erros metodológicos para a validade de relatos retrospectivos de experiência de abusos traumáticos. Concluiu não existir fator singular na gênese dos TEP e que, ao contrário, fatores genéticos, ambientais e intrapsíquicos deviam contribuir de forma independente, adicional ou por inter-relação.

Lyons e colaboradores (1995), consideram que estudos com adultos apresentando comportamento anti-social geralmente concluem ser o fator genético mais significativo que o ambiente familiar, enquanto que estudos sobre delinquência concluem pelo inverso. O autor e colaboradores comparam sintomas do transtorno anti-social, diagnosticados pelo DSM-II-R antes e depois da idade de 15 anos com uma amostra de 3226 pares de gêmeos.

Concluíram que os fatores genéticos causais para traços de personalidade anti-social são muito mais proeminentes para o adulto do que para os mesmos traços na juventude.

Em outro estudo, DAVID KLONSKY (2000) concluiu que:

- parece haver baixa correlação entre TEP e conflitos ou negligência familiar;
- histórias de abuso físico e sexual são mais freqüentes nos relatos de transtorno *borderline* da personalidade;
- pacientes com transtorno anti-social da personalidade relatam falta de disciplina familiar;
- correlações de confiabilidade variam de 0.21 a 0.45, sugerindo, consistente mas baixa associação, entre TEP e conflitos familiares relatados;
- A conclusão do trabalho é que os pacientes com TEP são mais propensos a causar conflitos e a superestimar experiências traumáticas.

Segundo SASSI e SOARES (2001) o córtex pré-frontal sofre intensa maturação e “poda” sináptica durante a infância. Teoricamente, experiências emocionais e estímulos ambientais nesse período seriam capazes de influenciar a neuroarquitetura cortical, com resultado final no volume de substância cinzenta medido na Ressonância Magnética.

TEICHER, M. (2002) refere que :

“(...) até o início dos anos 90, profissionais da área de saúde mental acreditavam que as dificuldades emocionais e sociais ocorriam principalmente por meios psicológicos. Os maus tratos na infância eram vistos como causadores do desenvolvimento de mecanismos de defesa intrapsíquicos, responsáveis pelo fracasso do indivíduo na idade adulta. Ou como paralisadores do desenvolvimento psicossocial, mantendo a vítima presa à condição de "criança ferida". Como o abuso infantil ocorre durante o período formativo crítico em que o cérebro está sendo fisicamente esculpido pela experiência, o impacto do extremo estresse pode deixar uma marca indelével em sua estrutura e função. Tais abusos, parece, induzem a uma cascata de efeitos moleculares e neurobiológicos, que alteram de modo irreversível o desenvolvimento neuronal ”

Outro aspecto, que tem sido relacionado com delinquência, é a relação do hábito de fumar durante a gravidez. Esta tem sido objeto de estudos com resultados positivos. (BRENNAN, 2002)

Talvez possamos considerar que desde a vida intra-uterina a influência ambiental já modifica as disposições constitucionais, seja através de alterações metabólicas, endócrinas, imunológicas, assim como infecciosas. Depois do nascimento, todas as experiências vividas pelo indivíduo imprimem particularidades dinâmicas na expressão do sujeito. Portanto a determinação genética e a determinação ambiental de tendências da personalidade tornam-

se mescladas por influências múltiplas. Encontra-se nos TEP, com freqüência, parentes afetados pelos mesmos transtornos em grau variável, assim como se verificam influências educacionais, sociais e interpessoais que sugerem influência sobre o tipo de transtorno apresentado. Considera-se que o meio sócio-cultural serviria como maior ou menor repressor da expressão da vulnerabilidade biológica nos TEP, de forma geral.

Assim, verifica-se que em sociedades bem estruturadas socialmente, no caso dos transtornos mais graves da personalidade, (psicopatias), os danos sociais advindos da conduta delituosa são menores. O meio social, adequadamente estruturado, funcionaria como contenção das disposições anti-sociais.

2.8. ASPECTOS BIOLÓGICOS E SUA RELAÇÃO COM A EXPRESSÃO CLÍNICA DOS TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DA PERSONALIDADE (TEP)

As pesquisas referentes a achados neurológicos, em sujeitos que apresentam comportamento desviante, foram desenvolvidas, muito mais, com indivíduos que cometeram crimes violentos como também com sujeitos portadores de transtorno anti-social, do que com psicopatas, segundo definição precisa.

Contudo, similaridades de comportamentos entre psicopatas, sem evidências de lesão cerebral, e pacientes com dano no córtex pré-frontal que apresentam comportamento pseudo-psicopático, são referidos em diversos estudos.

Sabe-se hoje, que distúrbios na região citada, podem modificar radicalmente o comportamento do adulto e que, a disfunção do lobo frontal, pode contribuir para o comportamento criminoso (RATEY, 1995).

Estudos relacionados ao tema, vêm sendo feitos desde 1858, desde o célebre caso de Phineas Gage, um trabalhador de ferrovia, que teve uma lesão na região do córtex pré-frontal ventromedial, provocada por uma barra de ferro (SABBATINI, 1998). Este paciente que antes era uma pessoa conscienciosa, tornou-se agressivo e com comportamento psicopático.

Já em 1888, WELT (apud MARIETÁN, 1998), observou uma evidente mudança de caráter, consecutiva a traumatismos que produziam lesão dos setores médios da superfície inferior do cérebro frontal, ou seja, da região orbitária. Refere que um homem anteriormente bondoso e alegre tornou-se, logo depois das lesões, irascível, malvado, perverso e indiferente, sem contudo, afetar-lhe a memória.

Em 1931, KLEIST (apud MARIETÁN, 1998), fez a observação de que o psicopata anti-social seria um enfermo orbitário, vítima de alguma malformação ou disfunção orbitária.

Imagens funcionais do cérebro, tais como as produzidas por PET scan (*positron emission tomography*), têm sido usadas para corroborar a existência de déficit funcionais no lobo frontal em psicopatas. Referências a alguns destes trabalhos são citados a seguir.

Raine (1994) encontrou que bebês do sexo masculino que sofreram complicações no parto têm probabilidade três vezes maior de praticar crimes violentos que aqueles que não foram expostos a este fator. Seu estudo

envolveu 4.629 bebês dinamarqueses nascidos entre setembro de 1959 e dezembro de 1961. As crianças afetadas representavam apenas 4,5% do grupo, mas praticaram 18% dos crimes violentos da cidade.

Raine (1994) também estudou imagens cerebrais através do PET scan, de um grupo de 22 sujeitos acusados de assassinato e 22 sujeitos controles de mesmo sexo e idade. Os resultados mostraram que os assassinos apresentaram significativa redução do metabolismo da glicose em ambos os córtex pré-frontais, lateral e medial, em relação aos controles.

Outro estudo do mesmo autor (RAINE,2000) identificou pacientes, com transtorno anti-social da personalidade e sem evidências de lesão cerebral, que apresentam redução de 11% no volume da substância cinzenta no córtex pré-frontal, além de reduzida atividade autonômica em resposta ao estresse.

As áreas pré-frontais, que atingem, no homem, o seu máximo desenvolvimento, são áreas cerebrais de maturação mais tardia em relação a outras áreas. Relacionam-se com funções do pensamento abstrato e simbólico. Desempenham papel fundamental na formação de intenções e programas, funções estas relacionadas com o planejamento do futuro. São áreas responsáveis por dirigir a atenção para uma tarefa, bem como na regulação e verificação dos comportamentos humanos mais complexos. Está também, ao que se sabe, associado ao comportamento de recompensa, em suas regiões mediais, modulando o afeto e as emoções, assim como modulando a capacidade de adiar gratificações e a de lidar com as frustrações (DALGALARRONDO, 2000).

Dalgalarondo (2000) faz referência às três síndromes pré-frontais descritas: orbitofrontais; frontomediais e da convexidade frontal. A que mais se relaciona, com a questão dos TEP e das psicopatias em particular, são as síndromes orbitofrontais que o autor assim descreve:

“(...) a lesão situa-se geralmente na região frontal supra-orbitária. O indivíduo torna-se desinibido, grosseiro, perde a “sensibilidade social”, faz comentários e piadas inadequadas. Não demonstra empatia e pode apresentar-se muito irritável e lábil, e, às vezes, tende a reações explosivas”.

Benítez, (apud Isabel,1998) considera que a destruição do córtex orbitário anterior produz uma desinibição parcial do córtex temporal basolateral. Em consequência, o cérebro interno reagiria exclusivamente perante impulsos provenientes do cérebro posterior. Não estariam aptos a fornecer dados sobre as alterações morfológicas de outras regiões conectadas com o córtex orbitário anterior.

La-Pierre e colaboradores (1995), referem que:

“(...) os déficits cerebrais encontrados nos exames de neuroimagem, não devem por si só, explicar o comportamento psicopático. Referem que várias regiões cerebrais estão envolvidas em inibir comportamento inadequado, e que uma disfunção em qualquer parte do que denomina de “circuito inibidor do comportamento” pode causar comportamento psicopático”.

Os sujeitos portadores de psicopatia, condição entendida como transtorno grave da personalidade, com tendência à criminalidade, evidenciam nas entrevistas a despreocupação de serem presos quando relatam os motivos e os sentimentos que os levaram ao crime. Tal aspecto pode ser correlacionado com os dados de pesquisa encontrados pelos autores abaixo relacionados.

No ano de 1997, INTRATOR (apud SABBATINI, 1998), usando o PCL-R para o diagnóstico de psicopatia e SPECT(*single positron emission tomography*), analisou um grupo de psicopatas em comparação com um grupo de sujeitos não psicopatas. Refere que em indivíduos normais, o processo neuropsicológico envolvido na codificação da informação afetiva em palavras não requer esforço e portanto não ocorre aumento do metabolismo de glicose nas regiões estudadas. Ao contrário, os psicopatas têm maior dificuldade em processar a informação afetiva, requerendo um esforço cognitivo maior. O autor se refere aos processos emocionais como se fosse outro idioma para os psicopatas, necessitando um esforço para processar o sentido emocional das palavras.

Schneider (2000) estudou a ativação cerebral regional em pacientes com transtorno anti-social (TAS) no processamento de estímulos afetivos aversivos. Encontrou aumento da ativação, nos sujeitos com TAS, nas regiões da amígdala e córtex pré-frontal dorsolateral. Da mesma forma que o autor anteriormente citado, considerou que sujeitos com TAS requerem um esforço adicional para associar emoções negativas, e correlacionou tais achados com o comportamento emocional desviante dos sujeitos com TAS. O material aversivo apresentado a esses sujeitos parece apresentar pouca significância.

Refere que tais sujeitos evidenciam reações cerebrais e autonômicas reduzidas a estímulos aversivos, o que poderia explicar a deficiente resposta à punição.

Herpertz e colaboradores (2001) estudaram 25 psicopatas definidos pelo PCL-R, para avaliar as respostas emocionais destes sujeitos. Utilizaram-se de resposta electrodermal, modulação reflexiva e atividade eletromiográfica. Concluíram que os psicopatas são caracterizados por uma pronunciada ausência de respostas de medo aos estímulos aversivos. Além disso os resultados desta pesquisa sugerem, segundo os autores, um defeito em processar a informação afetiva independentemente do estímulo afetivo ser positivo ou negativo. Sugerem ainda que os psicopatas estariam sujeitos a violência por não serem capazes de sentir emoções e desta forma não conterem o impulso violento.

Desta forma, o baixo envolvimento emocional destes sujeitos com os estímulos aversivos, correlacionados ao nível neurológico funcional com baixa captação de glicose nas regiões pré-frontais e aumento de atividade de regiões sub-corticais como amígdala, poderia também se correlacionar com a falta de preocupação com as conseqüências de seus atos, ou seja, com o fato de poderem vir a ser presos, além é claro, com o fato de não sentirem remorso ou culpa por seus atos.

Vários outros autores fazem referência a incapacidade dos psicopatas em responderem à imagens com apelos emocionais. Desta forma entendemos o porque destes sujeitos não serem passíveis de recuperação através da orientação psicoagógica e mesmo psicoterápica. É improdutivo dizer ao psicopata que deve ter consideração pelos demais e/ou palavras desta ordem.

Os diversos estudos sobre o funcionamento cerebral de sujeitos com TEP vão ao encontro dos dados neuropsicológicos que indicam a dinâmica de regulação e controle dos impulsos. O circuito envolvido percorre do córtex medial, basolateral, temporal e orbitário, às regiões pré-frontais. São sistemas cerebrais interrelacionados, aos quais se pode atribuir um papel proeminente no comportamento diferenciado, que envolve senso ético, moderação dos impulsos e ascendência dos sentimentos (LA-PIERRE e cols,1995).

Quanto aos achados neuroquímicos, vários estudos têm demonstrado a deficiência de atividade de neurotransmissores e seus precursores no cérebro de indivíduos considerados psicopatas. O mesmo ocorre em sujeitos que cometeram crimes violentos e com descontroles impulsivos.

Best e colaboradores (2002), sugerem que pacientes com transtorno explosivo intermitente da personalidade, cuja característica é agressão por impulso, poderiam ter níveis reduzidos de atividade serotoninérgica do circuito córtex pré-frontal orbital/medial.

Cocarro e colaboradores (1997) em estudos com PET scan têm demonstrado que indivíduos com transtorno explosivo intermitente da personalidade apresentam menor atividade da serotonina no córtex fronto-orbitário do que em controles. Verificaram que no líquido, níveis de vasopressina aparecem positivamente relacionados com impulso agressivo, enquanto ocorre uma relação inversa entre a ação da serotonina e vasopressina.

Alm e colaboradores (1996) notaram baixos níveis da atividade da enzima MAO (monoaminoxidase) em sujeitos bem ajustados e criativos e em sujeitos não criminosos. Especularam que a redução da atividade da MAO poderia estar ligada

a traços de personalidade assim como “busca de sensação” e impulsividade, mais do que diretamente à criminalidade. Ressaltam que outros estudos, contudo demonstraram haver evidência de redução da MAO em sujeitos com estilo de vida psicopático ou anti-social.

McBurnett (2000) encontrou baixo nível de cortisol salivar associado com precoce e persistente agressividade em crianças de 7 a 12 anos.

Stone (1999) concluiu, depois de analisar diversas pesquisas neurofisiológicas, que:

“(...) À medida que os níveis de serotonina diminuem, a agressividade normal transforma-se em destemor ou “coragem” incomum, ou seja, em impulsividade e agressividade anormais com tendências violentas” Nessa extremidade do continuum, existem implicações forenses, uma vez que pessoas exibindo esses baixos níveis de serotonina têm maior risco para envolvimento em problemas com a lei”.

A testosterona salivar foi também implicada na criminalidade. BANKS (1996), verificou em um estudo comparativo que a dosagem de testosterona salivar foi maior para o grupo de delinqüentes do que para estudantes que não apresentaram antecedentes de delinqüência.

Resumindo, verifica-se uma correlação entre diversos agentes neuroquímicos com comportamento de violência, agressividade, impulsividade. Contudo, nenhuma destas tendências configura um quadro específico de TEP. Tais fatores não são determinantes dos TEP, apenas buscam correlacionar achados neurobiológicos que ocorrem em sujeitos mais ou menos excitáveis, ativos, ou que apresentem comportamento disruptivo.

2.9. ASPECTOS FARMACOLÓGICOS E DE TRATAMENTO, RELACIONADOS AOS TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DA PERSONALIDADE (TEP)

Questões relacionadas ao tratamento e à reabilitação psicossocial dos transtornos específicos da personalidade, ainda oferecem muita controvérsia.

Muitos profissionais ainda são cépticos quanto ao tratamento dos TEP, considerando que o tratamento é longo e com resultados marginais (CAWTHRA, 1998).

Destaca-se a refratariedade, tanto pedagógica, quanto penal e mesmo terapêutica dos TEP.

Na história da psiquiatria são relatados os tratamentos morais, o punitivo, o psicológico, o medicamentoso e até mesmo o cirúrgico, com resultados controversos e, em geral, insatisfatórios.

Sujeitos com TEP são de difícil aderência ao tratamento, e muito cuidado deve ser tomado tanto com o abuso de substâncias como com a irregularidade do uso de psicotrópicos (THE HARVARD MEDICAL SCHOOL, 1987).

Vários estudos em neuropsicofarmacologia sugerem um substrato biológico para os TEP que podem ser amenizados por intervenção psicofarmacológica (BLOOM, 2002).

Alguns achados empíricos fazem referência a neurolépticos para transtorno esquizóide da personalidade. O lítio e os anticonvulsivantes têm sido indicados para transtornos emocionais instáveis e os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) para os transtornos de impulso e para tendências obsessivas.

Estes tratamentos não transformam a personalidade do sujeito, mas induzem a mudanças na dinâmica neural que permitem ao indivíduo encontrar um melhor nível de adaptação consigo mesmo e com o meio.

De grande importância é o *Questionário Tridimensional da Personalidade*, (QTP), desenvolvido por CLONINGER e colaboradores (1993).

Este questionário foi elaborado com base no princípio de que a personalidade tem três dimensões independentes e hereditárias.

Estas dimensões estariam associadas a um desequilíbrio de neurotransmissores, o que sugere uma possibilidade para o tratamento psicofarmacológico dos transtornos da personalidade.

Assim, o comportamento de busca de novidade ou de sensações, estaria associado a baixos níveis de dopamina; o comportamento de evitação de danos estaria associado a altos níveis de serotonina; e o comportamento dependente de recompensa, estaria associado a níveis baixos de noradrenalina.

As Tabelas 1 e 2, mostradas a seguir, resumem os dados coletados por BLOMM (2002) e colaboradores, referentes à relação entre características da personalidade com classe de medicamentos e neurotransmissão, respectivamente.

Tabela 1 - Características da personalidade versus classe de medicamentos

TRAÇOS, COMPORTAMENTO OU SINTOMAS	MELHORA DOS SINTOMAS	PIORA DOS SINTOMAS
Personalidade Esquizotípica	Neuroléptico	Anfetamina
Personalidade Instável	Lítio	
Traços de Obsessividade	ISRS	
Sintomas dissociativos	Naltrexona	
Hiperatividade na infância	IMAO	
Personalidade ansiosa	Antidepressivos	
Comportamento impulsivo	ISRS; fenitoína; carbamazepina	Amitriptilina
Comportamento antisocial	Carbonato de lítio	
Comportamento violento	Antagonistas beta-adrenérgico (e.g., propranolol, pindolol) em altas doses	Anfetaminas
Agressividade pós-trauma crânio-encefálico	Anticonvulsivantes	

Fonte: BLOMM (2002).

Tabela 2 - Características da personalidade versus neurotransmissão

CONDUTA	↓ NEUROTRANSMISSOR	↑ NEUROTRANSMISSOR
Comportamento agressivo	Atividade serotoninérgica diminuída	Elevada atividade noradrenérgica
Impulsividade	Atividade serotoninérgica diminuída	
Jogador patológico		Elevada atividade noradrenérgica
Busca de novidade	Baixos níveis de dopamina	Elevada atividade noradrenérgica
Evitação de danos		Altos níveis de serotonina
Comportamento dependente de recompensa	Níveis baixos de noradrenalina.	

Fonte: BLOMM (2002).

Bloom (2002), sugere ainda que, o que concordamos em tese, que a tendência impulsiva e/ou agressiva do comportamento possa estar associada com a presença de transtornos epileptiformes.

Considera também, que níveis elevados de testosterona e endorfinas possa se relacionar com comportamento agressivo.

Contudo verifica-se que essas classificações estão longe de dar resposta à complexidade das manifestações psicopatológicas.

Muitas das investigações sobre transtornos da personalidade são realizadas em sujeitos cumprindo pena em regime fechado. A investigação, em geral, centra-se na questão do impulso agressivo. Em um estudo desenvolvido por MCELROY (1998), verificou que tanto o lítio quanto a fenitoína, diminuíram o impulso agressivo em presidiários de regime fechado. A carbamazepina demonstrou diminuir o impulso agressivo em um estudo com pacientes com transtorno *borderline* da personalidade.

Stein (1992) refere que muitos sujeitos diagnosticados como transtorno *borderline* e esquizotípico podem se beneficiar de baixas doses de neurolépticos. Refere ainda, que em pacientes *borderline*, com história de hiperatividade na infância, respondem bem a IMAO (Inibidor da monoaminoxidase).

Há ainda várias outras tentativas de amenizar o comportamento antissocial, como por exemplo, a pesquisa de GESCH e colaboradores (2002). Realizaram um estudo duplo-cego com 231 prisioneiros adultos jovens e verificaram que o uso de suplemento nutricional, comparado com placebo, fez

com que os prisioneiros cometessem menos atos delituosos, incluindo comportamento violento.

Outra proposta bastante polêmica, é a do DEPARTAMENTO DE SAÚDE DE LONDRES que tem um projeto para identificar os sujeitos portadores de transtornos graves da personalidade e trata-los antes que venham a cometer crimes (DEPARTMENT OF HEALTH, 1999; MULLEN, 1999).

Muito se escreveu sobre a necessidade de acompanhamento psicoterápico em sujeitos portadores de TEP. De fato, o acompanhamento, seja psicoagógico, seja por terapia de orientação cognitiva (a mais difundida entre os TEP), tem sido largamente preceituado.

2.9.1. PSICOPATIA

Um estudo de *follow-up* em um programa de comunidade terapêutica, realizado em um centro de saúde mental de segurança máxima em Ontário, encontrou que psicopatas que completaram a terapia, recidivaram em elevado grau, comparados com aqueles que não receberam nenhuma terapia.

Outras experiências ocorreram e confirmaram a idéia de que o tratamento comunitário, ao invés de fazer com que os psicopatas aumentem o seu grau de empatia com os outros, os ensinam a manipular as vulnerabilidades e inseguranças humanas (WORKSHOP ON PSYCHOPATHY CANADÁ, 1990).

Hare, em entrevista para TV, (Psicopatas, Canal de TV GNT, dia 14 de Outubro de 2001), informou que a tentativa de grupo-terapia para psicopatas em uma penitenciária de segurança máxima resultou em um aumento da

reincidência criminal quando confrontados com a taxa de reincidência para os que não participaram do grupo terapêutico.

Quinsey & Lalumière (1995), referem que terapias com orientação para o *insight* induzem os sujeitos com a condição de psicopatia a recidivarem mais do que se não fossem submetidos a este tipo de terapia. Tal fato não ocorre com os não psicopatas. Informam que a taxa de recidiva para os psicopatas presos foi de mais do que duas vezes a taxa para os não psicopatas. Referem ainda que a taxa para a recidiva em violência foi três vezes mais do que para outros criminosos presos.

A justificativa que os autores oferecem para tais fatos é o de que as sessões de psicoterapia acabam por desenvolver aptidões nos psicopatas para a manipulação psicológica, e também porque esta população não admite a necessidade de mudarem suas “admiráveis personalidades” (HARE, 1993 pp 192-206 apud QUINSEY; LALUMIÈRE, 1995) .

Marietán (1998), refere que existiram dois estilos diferentes de institutos especiais para tratamento de psicopatas: A escola inglesa Lyman (fechada em 1972), com um sistema de disciplina rígido e autoritário e a escola norte-americana de Wiltwyck (fundada em 1937), onde a idéia era criar um ambiente tranquilo, afetuoso, favorecendo a amizade. Os psicopatas constituíam 35% da população de ambas escolas, e apesar de Wiltwyck ter apresentado um evidente sucesso inicial, a taxa de reincidência em atos anti-sociais, uma vez liberados destas instituições depois de alguns anos, foi semelhante.

2.9.2. CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Especial atenção deve ser dada às crianças com distúrbios do comportamento. Estas apresentam elevado risco de virem a se tornar adultos com transtornos da personalidade.

É importante destacar que o acompanhamento familiar e institucional, com orientação das pessoas, profissionais, ou não, que lidam com sujeitos com essas alterações graves da personalidade, é fundamental. Pode produzir mudanças significativas com relação à prevenção das conseqüências do comportamento.

Consideramos como aspectos desfavoráveis à evolução dos TEP:

- A ocorrência de insensibilidade evidente aos sentimentos alheios;
- A precocidade das manifestações anti-sociais;
- A freqüência elevada de manifestações anti-sociais;
- A extensão com que as características anormais da personalidade afetam a dinâmica psíquica global,
- Vínculos primários conturbados e passado institucional.

A refratariedade terapêutica dos TEP não pode ser deduzida do rótulo diagnóstico em si, mas da avaliação do conjunto dos fatores da personalidade e do funcionamento global do indivíduo.

A identificação de aspectos psicopatológicos relacionados com a impulsividade, o padrão do humor, a labilidade emocional, a tolerância às frustrações são importantes na questão do tratamento e da reabilitação, podendo ser acessíveis ao tratamento medicamentoso, psicoterapêutico e à reabilitação psicossocial.

Por sua vez, a sensibilidade aos demais e o adequado desenvolvimento dos sentimentos sociais, como expressão da capacidade de considerar o outro e de ter consciência ética, são fator decisivos tanto na terapêutica, quanto na reabilitação psicossocial.

Nossa experiência no ambulatório de transtornos da personalidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, nos permite, até o momento, as seguintes considerações:

- 1 - Após, devidos esclarecimentos, os sujeitos passam a entrar em contato com o fato de portarem defeito permanente da personalidade. A maioria dos pacientes atendidos admitiu saber que eram sujeitos de “mau caráter”, no sentido leigo da expressão. O valor afetivo que se dá a esta condição difere da condição médica de TEP, mas surpreendentemente não produz espanto e é admitido como verdadeiro pelo sujeito.
- 2 - Principalmente os pais do sujeito com comportamento contraventor, agressivo e/ou desafiador, julgam-se culpados, considerando que falharam em sua forma de educar o filho. Pensam que a condição anormal do comportamento teria sido gerada por fatores de doença, desavenças e/ou conflitos familiares. Esclarecido o diagnóstico, este costuma ser amplamente aceito, tanto pelo sujeito como por seus familiares, que se expressam sem surpresas confessando terem sempre desconfiado da condição. Um dos maiores benefícios em estabelecer a terapêutica para sujeitos com TEP é justamente “retirar” a culpa do familiar, esclarecendo sobre a condição congênita e permanente da anomalia da personalidade, e que nada poderia ter sido feito para evitá-la. Além disso, orientar os

familiares sobre os cuidados de vigilância, ajuda a diminuir os prejuízos sociais que podem levar o paciente à esfera criminal.

- 3 - Outro aspecto a destacar é que sujeitos com TEP, chegam ao tratamento especializado depois de terem passado por muitos outros profissionais, que nem sempre alcançam estabelecer o diagnóstico da condição anormal da personalidade. Constatamos que os sujeitos, quando, a nós chegaram para o primeiro atendimento, já demandaram por soluções que consideraram infrutíferas, por um período que varia de 2 a 14 anos. Referem que, até então, entendiam que a condição do seu familiar, ou de si próprio, é de doença estabelecida e que até então nenhum profissional teria conseguido resolvê-la. É freqüente o relato de busca por soluções alternativas, tais quais, centros religiosos e tratamentos médicos alternativos.

Em nossa experiência no Ambulatório de Transtornos da Personalidade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, podemos concluir que é possível prevenir a tendência para o uso da violência para a solução de divergências e busca de objetivos, assim como para o comportamento contraventor.

3. OBJETIVOS

Hilda Morana

3. OBJETIVOS

A proposta do trabalho resume-se em:

1-Validação do Hare PCL-R para o Brasil através da identificação do ponto de corte em população forense brasileira com auxílio da Prova de Rorschach.

2-Encontrar parâmetros que possam diferenciar a condição de Psicopatia, o que denominamos de *transtorno global da personalidade*, (**TG**) do *transtorno parcial da personalidade*, (**TP**) através dos critérios do Hare PCL-R.

Para tal fez-se necessário traduzir e adaptar a escala de Hare PCL-R. (A autorização para tradução foi subscrita pelo autor).

4. CASUÍSTICA E MÉTODO

Hilda Morana

4. CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1. TRADUÇÃO DA ESCALA HARE PCL-R PARA O PORTUGUÊS

Foram traduzidos os seguintes componentes originais do PCL-R:

- ◆ *THE INTERVIEW AND INFORMATION SCHEDULE*
- ◆ *PCL-R QUICKSCORE FORM*
- ◆ *THE RATING BOOKLET.*

A versão para o português foi realizada, com a autorização do autor (HARE), de forma independente, por uma psiquiatra (MORANA,H) e uma psicóloga (PASQUALINI CASADO,L.), ambas profissionais familiarizadas com o inglês e treinadas na versão em inglês do PCL-R. A tradução também foi realizada, de forma independente por uma professora de inglês (PETROUCIC,L.). A tradução, depois de ampla discussão com o grupo de tradutores, em busca de adequação e precisão da mesma, foi avaliada por psiquiatras e profissionais de saúde mental (MENDES FILHO, R.B.; PLIACEKOS, A.; OLIVEIRA E SOUZA,R.).

A revisão técnica da tradução foi realizada por outra psicóloga (STEINER,M.H.), bilíngüe, que comparou a versão original em inglês com o material traduzido. Atenção especial foi dada às questões semânticas,

conceituais e de equivalência cultural, e por esta razão, procedeu-se a retro-
tradução, por psicóloga (GUARGAGLI,F.), livre-docente em Pedagogia,
especialista em cultura antropológica e livre-docente em Literatura Moderna e
Linguagem, não familiarizada com o material original .

4.2. AMOSTRA

4.2.1. LOCAL DE PESQUISA

Os sujeitos de experimentação foram avaliados no Instituto de Medicina
Social e de Criminologia do Estado de São Paulo (IMESC); ou estavam
cumprindo pena na Penitenciária do Estado de São Paulo; no Centro de
Observação Criminológica (SP); Casa de Custódia de Taubaté (SP), Hospital
de Custódia André Teixeira Lima (Cidade de Franco da Rocha, SP) ou ainda na
Penitenciária de ITAÍ (SP).

4.2.2. AMOSTRA

Foi utilizada uma amostra aleatorizada (por sorteio) de 56 indivíduos
masculinos diagnosticados como portadores de Transtorno da Personalidade
Anti-social (TAS) segundo os critérios da CID-10, complementado pela prova
de Rorschach e por exames neurológicos e eletroencefalográficos, quando
necessários. Foram selecionados somente os que apresentavam TAS em sua
história psiquiátrica, sendo excluídos aqueles com patologias psiquiátricas de
natureza psicótica, orgânica ou demencial. Destes 56 indivíduos, 33 foram
diagnosticados pela prova de Rorschach como portadores do subtipo

Transtorno Global da Personalidade (TG), e os 23 restantes como portadores do subtipo Transtorno Parcial da Personalidade (TP). Todos estes indivíduos cumpriam pena em diversos presídios no estado de São Paulo, exceto um deles, que foi selecionado em ambulatório. A média das idades deste grupo foi 27,9 anos, sendo a maior idade 51 anos e a menor 16 anos. Uma amostra de 30 indivíduos sem antecedentes criminológicos e psiquiátricos, que não preencheram critérios para TAS, foi usada como controle. Este grupo também foi submetido à prova de Rorschach, apresentando perfil normal de personalidade, e comparado com 50 indivíduos masculinos da amostra normativa da população brasileira (Coelho, 2000), sem diferenças significativas ($p < 0.01$). Todos os indivíduos consentiram por escrito em participar da experiência após terem sido informados dos objetivos da mesma, sendo-lhes garantido sigilo absoluto sobre os respectivos protocolos.

A seleção compreendeu **14** sujeitos, de uma amostra total de 111 casos, selecionados do IMESC (Instituto de Medicina Social e de Criminologia do Estado de São Paulo); **2** sujeitos, de uma amostra de 4 casos, do COC (Centro de Observação Criminológica do Estado de São Paulo); **5** sujeitos, de uma amostra de 10 casos, da Penitenciária do Estado de São Paulo; **1** sujeito, de uma amostra de 2 casos, da Casa de Custódia e Tratamento “Dr Arnaldo Amado Ferreira”; **3** sujeitos, de uma amostra de 5 casos, do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Professor André Teixeira Lima”; **1** sujeito, de uma amostra de dois casos, inicialmente encaminhado a consultório particular e depois re-encaminhado ao Ambulatório de Transtornos da

Personalidade do Ipq-HC e **30** sujeitos, de uma amostra de 1000 casos, na penitenciária de ITAÍ.

Todos os sujeitos utilizados em nossa pesquisa eram do sexo masculino. A média de idade foi de 27,91 com valor máximo de 51 e mínimo de 16.

4.2.3 PROCEDIMENTOS

O diagnóstico de transtorno global da personalidade (TG) e transtorno parcial da personalidade (TP) baseou-se na avaliação psiquiátrica dos dados clínicos; processuais; institucionais e complementados pela avaliação estrutural e dinâmica da personalidade, aferida através da Prova de Rorschach. Isto implica em que, os dados da referida Prova, forneceram subsídios que, quando correlacionados com os dados clínicos, permitiram o diagnóstico final de TG e TP.

Como controle, foram avaliados 30 indivíduos, todos do sexo masculino, residentes na cidade de São Paulo há pelo menos 5 anos, que não cometeram crimes, sem relato de interdição legal, não demonstraram evidências de psicopatia e não preencheram os critérios para o diagnóstico de Transtorno Anti-social da Personalidade. Além disso, não apresentaram intercorrências psiquiátricas ou desajuste social significativo.

A média da idade do grupo foi de 31,3 com valor máximo de 58 e mínimo de 19 anos.

Neste grupo foram aplicados os mesmos instrumentos do grupo de pesquisa, sendo eles: Prova de Rorschach e PCL-R.

A amostra final do estudo resultou em: 33 casos diagnosticados como **TRANSTORNO GLOBAL DA PERSONALIDADE (TG)**; 23 casos diagnosticados como **TRANSTORNO PARCIAL DA PERSONALIDADE (TP)** ,

totalizando 56 casos do que foi denominado de POPULAÇÃO FORENSE e, 30 casos diagnosticados como POPULAÇÃO CONTROLE (NC) , totalizando 86 casos da amostra.

Aos 86 casos do estudo foram aplicados os procedimentos para o PCL-R, o que resultou, após análise estatística, em 3 faixas distintas de pontuação que foram categorizadas como TG; TP e NC, permitindo evidenciar o ponto de corte de psicopatia (TG) na escala PCL-R para a população forense estudada. Foi também possível identificar a sensibilidade do instrumento (PCL-R) para a aferição da condição de psicopatia, quando comparado com a Prova de Rorschach.

4.2.4. CRITÉRIO DE SELEÇÃO

4.2.4.1. População forense

Em cada estabelecimento penitenciário foi solicitada aos diretores técnicos uma lista de presos que teriam a disponibilidade em participar do estudo como voluntários. A escolha se deu de forma aleatória, sendo solicitado a funcionários locais o sorteio dos sujeitos. A mesma lista era apresentada aos funcionários de forma que todos os sujeitos da amostra tiveram a mesma chance de serem sorteados para o exame. Vários casos foram sendo eliminados, ou por não concordarem em assinarem o termo de consentimento informado, ou por estarem trabalhando e não se disporem a perder o dia trabalhado, ou ainda por questões de segurança, e finalmente, por razões não especificadas. No IMESC o critério de seleção foi o de ordem de exames, segundo a rotina da autora, médica perita da Instituição. Na penitenciária de ITAÍ o critério de seleção

obedeceu a uma tabela de números aleatórios, gerada ao acaso por computador, devido ao elevado número de presos disponíveis para a pesquisa e também devido à Instituição oferecer maiores condições técnicas aos exames o que fez com que os examinadores pudessem permanecer mais tempo em suas dependências, ao contrário dos outros estabelecimentos penitenciários. De toda a amostra, apenas um (01) sujeito foi incluído por preencher os critérios requeridos, mas que nos fora encaminhado para avaliação forense particular. Este sujeito foi depois encaminhado ao ambulatório de transtornos da personalidade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas.

Cada caso foi amplamente discutido com uma psicóloga especializada na Prova de Rorschach e no PCL-R de Hare (PASQUALINI CASADO), além de um professor de psiquiatria (MENDES FILHO), seja quanto ao entendimento da dinâmica da personalidade, seja em relação ao diagnóstico categorial de transtorno de personalidade anti-social. A dificuldade maior foi para a caracterização de transtorno global ou parcial da personalidade, cujos limites dependem de cuidadosa análise em conjunto, dos parâmetros clínicos, processuais e da dinâmica da personalidade apreendida através da Prova de Rorschach. Mesmo assim foi possível um consenso diagnóstico entre os avaliadores, sem prejuízo para a caracterização dos tipos.

4.2.4.2. População controle

Foram selecionados sujeitos conhecidos da autora e da psicóloga auxiliar da pesquisa, assim como parentes e amigos que, devido ao longo convívio, (em média 10 anos) sabia-se da vida pregressa isenta de transtornos,

quer sejam psiquiátricos, psicológicos ou da esfera judicial. (negativos para registro criminal no Fórum Criminal Central Mario Guimarães). Os sujeitos participaram voluntariamente, conheciam as condições necessárias para comporem o grupo de controle e aceitaram voluntariamente participar, assinando o termo de consentimento.

Na Prova de Rorschach adotamos, como único critério, o número mínimo de 15 respostas, uma vez que abaixo disso haveria quantidade insuficiente de material associativo. As aplicações, elaboração do psicograma e tabulação dos dados da Prova de Rorschach, foram realizadas pela psicóloga Lilian Pasqualini Casado, todos no ano de 2002.

O grupo controle foi ainda comparado com 50 sujeitos masculinos da amostra normativa para a população brasileira realizada por Coelho (2000). Não foram evidenciadas diferenças significativas entre ambas as amostras (para cada índice da Prova de Rorschach foram feitas comparações com valores resultantes em p inferiores a 0,01), permitindo concluir que os sujeitos do grupo controle apresentam perfil de personalidade normal quando avaliados pela Prova de Rorschach.

4.2.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Sujeitos diagnosticados como Transtorno de Personalidade Anti-social pelo CID-10, que cometeram infrações penais, que foram processados pela justiça e que cumpriam penas provisórias ou definitivas.

4.2.6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da amostra, sujeitos com patologias psiquiátricas de natureza psicótica, orgânica e demencial.

4.3 INSTRUMENTOS

4.3.1. AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Para a avaliação psiquiátrica foram realizadas: entrevistas clínicas e análise das peças processuais, de forma a proceder-se a categorização diagnóstica do Transtorno de Personalidade Anti-social pelo CID-10.

Foram também aplicadas provas de avaliação psicológica pertinente às implicações de cada caso, assim como avaliações neurológicas e eletroencefalográficas.

Os dados clínicos, foram sistematizados, segundo protocolo da pesquisa anterior, e analisados em conjunto com os resultados da Prova de Rorschach.

4.3.2. PROVA DE RORSCHACH

A Prova de Rorschach foi aplicada, aos 56 sujeitos da amostra e aos 30 sujeitos do grupo controle, por diferentes profissionais, todos psicólogos do Instituto de Medicina e Criminologia do Estado de São Paulo e da Sociedade Rorschach de São Paulo, com curso de especialização na referida sociedade e com larga experiência no método. Todos os protocolos da amostra foram conferidos pela autora, que é também especialista no método e tem ampla

experiência em pesquisa com tal instrumento. Os critérios utilizados foram os sistematizados por SILVEIRA (1985).

O grupo de referência na Prova de Rorschach correspondeu à amostra de 100 pacientes normais, utilizado por SILVEIRA (1985) a partir de padrão adaptado à população brasileira, e que foram re-elaborados por COELHO (1997), que considerou o critério de exame isolado dos estímulos monocromáticos e colorido.

4. 3.3. HARE PCL-R

O Hare PCL-R foi aplicado aos 56 sujeitos da amostra e aos 30 sujeitos do grupo controle, após um prévio treinamento dos entrevistadores, com supervisões e um exame crítico do resultado da entrevista semi-estruturada, antes da pontuação da escala. Todos os aplicadores da escala PCL-R aplicaram o instrumento a no mínimo três sujeitos e repetiram a aplicação nos mesmos sujeitos após algumas semanas, com bons resultados teste-reteste. (coeficiente teste-reteste= 0.94; coeficiente alfa= 0.95).

O instrumento foi aplicado por quatro profissionais (SERAFIM, A.P. MORANA, H. E PASQUALINI CASADO, L. ALVES LIMA, S.) devidamente treinados para tal, em acordo com as recomendações de HARE (1991). Este procedimento visou eliminar o possível viés de contaminação, uma vez que a autora conhecia alguns dos casos anteriormente diagnosticados como Transtorno Global e Parcial da Personalidade. Todas as pontuações da escala de Hare PCL-R foram refeitas pelo menos duas vezes em tempos diferentes e por aplicadores independentes, conforme procedimento indicado pelo autor.

4.4. CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

É bem conhecida a dificuldade em se obter de periciando preso o “consentimento livre e esclarecido” para pesquisa. Contudo tais dificuldades foram discutidas com diretores dos estabelecimentos penitenciários em que ocorreu o estudo e um modelo para tal foi estabelecido. Os sujeitos foram não apenas informados previamente, mas esclarecidos adequadamente sobre a pesquisa a ser realizada.

Um item fundamental do consentimento foi o esclarecimento de que os resultados não seriam incluídos no processo judiciário respectivo e, de nenhuma forma haveriam de influenciar o seu andamento. Foi assegurada a preservação do sigilo e a confidencialidade dos dados, além do anonimato dos indivíduos pesquisados, conforme ANEXO A.

4.5 MÉTODO

4.5.1. DESENHO

Trata-se de um estudo observacional e prognóstico, interessado na busca de parâmetros que possam diferenciar a condição de Psicopatia, o que denominamos de *transtorno global da personalidade (TG)* do *transtorno parcial da personalidade (TP)* através dos critérios do Hare PCL-R.

4.5.2. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS RESULTADOS

4.5.2.1. GRUPOS

Inicialmente comparamos o resultado do PCL-R dos dois sub-grupos, denominados como Transtorno Global da Personalidade (TG) e Transtorno Parcial da Personalidade (TP), identificados através dos dados da entrevista clínica e corroborados pelos dados da Prova de Rorschach.

4.5.2.2. COMPARAÇÃO

O grupo TG era formado por 33 indivíduos e o grupo TP por 23.

Para a comparação dos dois sub-grupos foram analisados os resultados dos Fatores do PCL-R, sejam eles, Fator 1, 2 e Total. (VIDE ANEXO N - HARE 1).

A comparação foi feita com os valores absolutos e com os valores em porcentagem, esta última calculada conforme a tabela de PERCENTIL (HARE, 1991), (VIDE ANEXO O - HARE 2) .

Foram feitas as seguintes comparações:

- TG/F1 versus TP/ F1
- TG/F2 versus TP/ F2
- TG / total versus TP/ total

4.5.2.3. MÉTODO ESTATÍSTICO

A análise estatística (Vide TABELA 1) mostrou que os valores não são distribuídos de forma normal. (teste de “sobreposição” - *goodness to fit*- de Kolmogorov-Smirnov e qui-quadrado adaptado - $p < 0,005$). Portanto usamos um método não paramétrico para comparar os grupos, adotando o método

de Mann-Whitney para as comparações pareadas. O fator alfa utilizado para aceitar ou rejeitar a hipótese nula foi de 5% (0,05), ou seja, a confiabilidade dos nossos resultados foi de 95%.

4.5.2.4. VALIDAÇÃO DO PCL-R

A validação do PCL-R para o Brasil foi realizada através da identificação do ponto de corte em população forense brasileira com auxílio da Prova de Rorschach.

Importante ressaltar que a comparação dos resultados entre a Prova de Rorschach e o PCL-R não se dá ponto-a-ponto. Não se trata de validar o PCL-R através de correlação pontual com os índices da Prova de Rorschach. Ambos os instrumentos não correlacionam uma medida única, mas seus dados são analisados em conjunto permitindo a inferência diagnóstica da personalidade no caso do Rorschach e da condição de psicopatia em sentido estrito, no caso do PCL-R.

A metodologia empregada para a construção do **ponto de corte** do PCL-R para a população forense brasileira seguiu procedimento de etapas sucessivas.

- **ETAPA 1**

Aplicação da Prova de Rorschach na amostra de população forense e de não criminosos, o que permitiu corroborar a identificação de três grupos distintos de diagnóstico:

33 sujeitos com características de TG

23 sujeitos com características de TP

30 sujeitos caracterizados como controle (não-TG não-TP)

- **ETAPA 2**

Aplicação do PCL-R na amostra da população forense (TG e TP) e de não criminosos.

- **ETAPA 3**

Levantamento bibliográfico sobre construção de pontos de corte.

- **ETAPA 4**

Pareamento das fichas com os pontos do PCL-R e os casos diagnosticados como transtorno global da personalidade (TG), transtorno parcial da personalidade (TP) e controle (não -TG, não-TP).

- **ETAPA 5**

Identificação de média, mediana, variância, desvio padrão, coeficiente de, variação, distribuição normal de cada um dos grupos.

- **ETAPA 6**

Elegeram-se, para a construção das faixas ou pontos de corte, duas vezes os desvios padrão acrescidos e subtraídos das médias. Optou-se por um processo de arredondamento, para uma casa decimal, quando necessário, sempre ampliando a faixa.

- **ETAPA 7**

Construção das faixas com o uso dos quartis.

- **ETAPA 8**

Identificação do ponto de corte para a escala PCL-R em população forense brasileira: Etapas de 4 a 7.

Para uma maior ampliação na captura de casos positivos optamos por arredondamentos para mais ou para menos conforme o caso.

A exceção ficou a cargo da definição do ponto de corte entre Transtorno Parcial e Transtorno Global, uma vez que optamos por utilizar o limite superior do Transtorno Parcial para assinalar o limite inferior do Transtorno Global.

- **ETAPA 9**

- **Coeficiente de variação**

- O coeficiente de variação é um cálculo de variabilidade relativa uma vez que considera o desvio padrão e a média.

- Esta medida serve para verificar a variabilidade das variáveis. Quanto maior for o coeficiente de variação, menos representativa será a média.

- **ETAPA10**

- Cálculo das medidas estatísticas de Sensibilidade e do índice Kappa¹.

¹ ARANGO, Héctor Gustavo. **Bioestatística teórica e computacional**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2001. pp. 1.04-106

5. RESULTADOS

Hilda Morana

5. RESULTADOS

AMOSTRA

A amostra é composta por 86 sujeitos, todos do sexo masculino, divididos em dois subgrupos assim relacionados:

- 33 casos diagnosticados como TRANSTORNO GLOBAL DA PERSONALIDADE (**TG**) e,
- 23 casos diagnosticados como TRANSTORNO PARCIAL DA PERSONALIDADE (**TP**), os quais denominamos, em conjunto, como população forense.

Todos esses casos foram diagnosticados através da sistematização dos dados clínicos e forenses, analisados em conjunto com os resultados da Prova de Rorschach.

Foram também examinados 30 casos diagnosticados como não criminosos (**NC**) (Não TG, não TP – GRUPO CONTROLE) totalizando 86 casos no estudo.

Ao total da amostra foram aplicados os procedimentos para a pontuação do PCL-R.

Os dados demográficos da população forense podem ser observados na FIGURA 1 no ANEXO D.

Tabela 3 - Dados demográficos da população forense estudada nos respectivos grupos de portadores do Transtorno Global (TG) e de Transtorno Parcial (TP)

	TG (n=33)	TP (n=23)
GRAU DE INSTRUÇÃO	49% (n=16) Primeiro Grau Incompleto	49% (n=11) Primeiro Grau Incompleto
PROFISSÃO	43% (n=14) Liberal ⁽¹⁾	30% (n=7) Liberal ⁽¹⁾ 36% (n=8) Liberal ⁽²⁾
ESTADO CIVIL	58% (n=19) solteiros	47% (n=12) solteiros
MÉDIA DE IDADE À ÉPOCA DO DELITO COM RESPECTIVO DESVIO PADRÃO	25,25 ± 8,40	31,73 ± 8,08

⁽¹⁾ Liberal: Atividades consideradas como mão de obra não especializada, tais quais: pedreiros, pintores de parede, marceneiros, lavradores, e outras.

⁽²⁾ Liberal: Atividades consideradas como de mão de obra mais especializada, tais quais: auxiliar de produção, vendedores, e outras.

A Tabela 3 mostra os dados demográficos da população forense estudada neste trabalho. Verifica-se uma maior percentagem de solteiros e ausência de trabalhadores especializados no grupo TG quando comparados ao grupo TP. Quanto à idade do primeiro delito penal, verifica-se que no grupo TG isto aconteceu numa idade significativamente mais baixa que no grupo TP (teste t, $p = 0.006$).

Tabela 4 - Antecedentes clínicos da população forense estudada nos respectivos grupos TG e TP

	TG (%) (n= 33)	TP (%) (n=23)
Sem antecedentes	21,21	26,08
História de Epilepsia	15,15	8,69
História de Acidentes traumáticos	15,15	8,69
História de privação	9,09	21,73
Alcoolismo	9,09	0
Sonilóquios	6,06	4,34
Distúrbios de conduta na infância	6,06	8,69
Dificuldade de aprendizado	0	13,04
Outros	18,18	8,69

Verifica-se uma maior prevalência de epilepsia e acidentes traumáticos no TG e, inversamente, uma maior prevalência de privação no grupo TP.

Tabela 5 - Dados referentes a relatos de comportamento agressivo na idade adulta nos respectivos grupos TG e TP

	TG (%) (n= 33)	TP (%) (n=23)
Agressividade sim	87,88 (n = 29)	60,86 (n =14)
Agressividade não	6,06 (n =2)	34,78 (n =8)
Sem informação	6,06 (n =2)	4,34 (n =1)

O percentual de agressividade no grupo TG foi significativamente mais alto em comparação com o grupo TP (χ^2 , p = 0,016).

Tabela 6 - Dados referentes ao comportamento sexual nos respectivos grupos TG e TP

	TG (n= 33)	TP (n=23)
SEM DADOS	12,12% (n=4)	17,39% (n=4)
PROMISCUIDADE²	33,33 % (n=11)	13,04% (n=3)
MUITAS PARCEIRAS	15,15% (n=)5	39,13% (n=9)
HOMOSSEXUALIDADE	6,06% (n=2)	0
CIÚMES	6,06% (n=2)	0
AGRESSIVIDADE	3,03% (n=1)	0
INDIFERENÇA	9,09% (n=3)	0
RELACIONAMENTO ESTÁVEL	6,06% (n=2)	17,39% (n=4)
BESTIALISMO	3,03% (n=1)	0
PRECOCIDADE	3,03% (n=1)	13,13% (n=3)
NORMAL	3,03% (n=1)	0

Comparando-se a vida sexual dos grupos TG e TP, verificou-se maior percentual de vida sexual promíscua no primeiro grupo (33.3% contra 13.0%, respectivamente), em contraste com um maior número de parceiros sexuais no segundo grupo (39.1% contra 15.2%, respectivamente)

² Promiscuidade: definido através de história de vida como comportamento sexual sem discriminação de parceiros, de lugar e de atenção para cuidados de higiene e saúde.

Tabela 7 - Dados referentes ao uso de drogas nos respectivos grupos TG e TP

	TG (n= 33)	TP (n=23)
Várias	21,21% (n=7)	13,04% (n=3)
Várias + álcool	6,06% (n=2)	
Álcool e cocaína	6,06% (n=2)	
Só cocaína	3,03% (n=1)	
Só álcool	18,18% (n=6)	43,47% (n=10)
Maconha + álcool	6,06% (n=2)	8,69% (n=2)
Só maconha	6,06% (n=2)	
Nega uso de drogas/álcool	33,33% (n=11)	34,78% (n=8)

Cerca de dois terços de ambos os grupos negaram uso de álcool ou drogas. O uso de álcool foi mais freqüente no grupo TP (43.5% contra 18.2%, respectivamente), enquanto o abuso de substâncias foi mais freqüente no grupo TG (21.2% contra 13.0%, respectivamente), sem haver, contudo, relato de dependência.

O uso exclusivo de cocaína e/ou maconha não foi relatado pelo grupo TP, enquanto no grupo TG seu uso era baixo (3.0 e 6.1%, respectivamente).

Tabela 8 - Dados referentes à delinquência anterior nos respectivos grupos TG e TP

	TG (n= 33)	TP (n=23)
CRIME CONTRA PESSOAS	36,36% (n=12)	21,73% (n=5)
HOMICÍDIO/TENTATIVA DE HOMICÍDIO	6,06% (n=2)	8,69% (n=2)
ESTUPRO	18,18% (n=6)	8,69% (n=2)
ATENTADO VIOLENTO AO PUDOR	3,03% (n=1)	4,34% (n=1)
LESÃO CORPORAL	9,09% (n=3)	
CRIME CONTRA A PROPRIEDADE	21,21% (n= 7)	8,69% (n=2)
FURTO	9,09% (n=3)	
ASSALTO	9,09% (n=3)	
OUTROS	3,03% (n=1)	8,69% (n=2)
CRIME CONTRA A SOCIEDADE	18,18% (n=6)	4,34% (n=1)
TRÁFICO DE DROGAS	18,18% (n=6)	4,34% (n=1)
NEGA/SEM INFORMAÇÃO	24,24% (n=8)	8,69% (n=2)
Vários crimes (incluindo estupro e/ou homicídio)	24,24% (n=8)	8,69% (n=2)
Primários	0	56,52% (n=13)

Verifica-se que em ambas as amostras houve predomínio de crimes contra a pessoa. No subgrupo dos TG houve, ligeiro predomínio de estupro e tráfico de drogas, enquanto delinquência anterior. No subgrupo dos TP predominou a não delinquência anterior (2 casos negaram e 13 são primários)

No subgrupo dos TG, em relação ao TP, predominou a ocorrência de vários tipos de crimes (incluindo estupro e/ou homicídio) Pode-se inferir que os TP apresentam menor versatilidade criminal, embora sem significância estatística pelo teste de χ^2

Tabela 9 - Dados referentes à atitude predominante do exame psíquico nos respectivos grupos TG e TP

	TG (n= 33)	TP (n=23)
EVASIVO	45,45% (n=15)	34,78% (n=8)
COLABORATIVO	18,18% (n=6)	26% (n=6)
ATITUDE AMEAÇADORA	15,15% (n=5)	8,69% (n=2)
ANSIEDADE	6,06% (n=2)	0
IRRITABILIDADE	6,06% (n=2)	4,34% (n=1)
DESINTERESSE	3,03% (n=1)	0
REVOLTA	3,03% (n=1)	13,04% (n=3)
SIMULAÇÃO DE DOENÇA MENTAL	3,03% (n=1)	0
OUTROS (depressivo, atitude simplória, prolixidade)	0	13,04% (n=3)

Verifica-se que em ambas as amostras houve predomínio da atitude evasiva no exame psíquico. No grupo dos TG houve ligeiro predomínio de atitude ameaçadora e no grupo dos TP atitude de revolta.

Tabela 10 - Dados referentes ao crime na ocasião do exame nos respectivos grupos TG e TP

NATUREZA DO CRIME	TG (n= 33)	TP (n=23)
ESTUPRO	48,48% (n=16)	78,26% (n=18)
HOMICÍDIO/ TENTATIVA DE HOMICÍDIO	36,36% (n=12)	8,69% (n=2)
ATENTADO VIOLENTO AO PUDOR	3,03% (n=1)	4,34% (n=1)
TRÁFICO DE DROGAS	3,03% (n=1)	4,34% (n=1)
ASSALTO	3,03% (n=1)	0
ESTELIONATO	0	4,34% (n=1)
VÁRIOS	6,06% (n=2)	0

Verifica-se que a freqüência de crime de estupro foi significativamente maior no grupo TP em comparação com o grupo TG (χ^2 , $p = 0,049$). Por outro lado, a freqüência de crime por homicídio foi significativamente maior no grupo dos TG (χ^2 , $p = 0,041$). A freqüência de crime por estupro e homicídio totalizou a maioria dos crimes praticados pelos grupos TG e TP, 84,9% e 87,0%, respectivamente.

PCL-R

ANÁLISE ESTATÍSTICA¹

A análise estatística mostrou que os valores da população forense não são distribuídos de forma normal. Portanto usamos um método não paramétrico para comparar os grupos. Os resultados de todas as comparações estão incluídos a seguir na Tabela 11.

Os resultados indicam que, em todos os casos da população forense, os subgrupos TG e TP com seus respectivos Fatores, são estatisticamente diferentes ($p = 0,05$, bi-caudal) .

¹ VIDE NOTA DO ESTATÍSTICO EM ANEXO C

Tabela 11 - Porcentagem acumulada dos valores do PCL-R considerando os 6 casos do estudo (inclui população forense e controle)

Pontuação	Freqüência	Porcentagem	Porcentagem Acumulada
1,0	3	3,49	3,49
2,0	1	1,16	4,65
3,0	2	2,33	6,97
4,0	5	5,81	12,79
5,0	6	6,98	19,77
5,1	1	1,16	20,93
6,0	2	2,33	23,26
7,0	2	2,33	25,58
7,4	1	1,16	26,74
7,8	1	1,16	27,91
8,0	2	2,33	30,23
9,0	2	2,33	32,56
11,0	1	1,16	33,72
12,0	1	1,16	34,88
12,2	1	1,16	36,05
13,0	1	1,16	37,21
14,0	1	1,16	38,37
14,7	1	1,16	39,53
15,0	1	1,16	40,70
15,6	1	1,16	41,86
16,5	1	1,16	43,02
16,7	1	1,16	44,19
17,8	1	1,16	45,35
18,0	4	4,65	50,00
18,8	2	2,33	52,33
18,9	1	1,16	53,49
19,0	1	1,16	54,65
20,0	5	5,81	60,46
21,0	2	2,33	62,79
21,1	2	2,33	65,12
21,2	1	1,16	66,28
22,4	1	1,16	67,44
23,0	1	1,16	68,60
26,0	1	1,16	69,77
26,7	1	1,16	70,93
27,8	3	3,49	74,42
28,0	2	2,33	76,74
28,2	1	1,16	77,91
28,4	1	1,16	79,07
28,8	1	1,16	80,23
29,5	1	1,16	81,39
30,0	2	2,33	83,72
30,5	2	2,33	86,05
30,6	1	1,16	87,21
31,3	1	1,16	88,37
31,6	1	1,16	89,53
31,8	1	1,16	90,70
32,0	1	1,16	91,86
32,2	1	1,16	93,02
32,6	1	1,16	94,19
34,4	1	1,16	95,35
34,7	2	2,33	97,67
36,5	1	1,16	98,84
36,8	1	1,16	100,00

Os itens dentro das faixas de cor amarela são valores considerados pela Prova de Rorschach como TG, mas não percebidos pelo HARE. Os itens em vermelho são os itens diagnosticados pela Prova de Rorschach e percebidos pelo HARE como TG, segundo o ponto de corte estabelecido.

A tabela para frequência acumulada dos valores do ponto de corte para a escala PCL-R, apresentou valores muito próximos ao de Robert Hare (1991) para a população masculina forense (**comparar com ANEXO O - HARE 2**).

RESULTADO DO PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO POR ETAPAS

(ver capítulo Casuística e Método)

1- IDENTIFICAÇÃO DO PONTO DE CORTE NA ESCALA PCL-R

Para a identificação do ponto de corte utilizou-se o diagnóstico da condição de TG; TP e NC através dos dados clínicos, processuais e corroborados pela Prova de Rorschach. A seguir construíram-se as faixas de pontuação no PCL-R.

Verificamos que através do uso de quartis não foi possível identificar o ponto de corte.

Tabela 12 – Construção das faixas de pontuação do PCL-R através do uso dos quartis

	1º Quartil	3º Quartil
T	7,00	28,00
F1	3,00	13,70
F2	3,00	12,00

Não Criminoso

Limite inferior = 0

Limite superior = 7,0

Transtorno Parcial

Limite inferior = 7,10

Limite superior = 28,0

Transtorno Global

Limite inferior = 28,1

Limite superior = 40,0

Com o uso dos Quartis não se verifica definição precisa sobre o uso do 3º Quartil, que permitisse evidenciar o ponto de corte para TG.

Após estudo de autores que discutem os critérios de determinação de ponto de corte para instrumentos de avaliação (ANGOFF, 1971; MARTIN & RAJU, 1992) decidimos pela construção das faixas de pontos de corte, duas vezes o desvio padrão, acrescido e subtraído das médias.

Optou-se por um processo de arredondamento de forma a dar ainda maior ampliação na captura de verdadeiros-positivos. Desta forma chegamos a uma probabilidade de 95,4% de chance das pontuações preencherem as faixas determinadas. O resultado obtido é mostrado na tabela 13.

Tabela 13 - Valores paramétricos de cada um dos grupos testados

	Média	Mediana	Variância	Desv.Padr	C.V.	Normal	Q1	Q3
TG/T	28,63	29,5	27,18	5,21	18,21	Não	27,80	31,80
TG/F1	13,12	14,00	5,09	2,26	17,19	Não	12,00	14,70
TG/F2	12,32	12,40	17,37	4,17	33,81	Não	10,20	15,00
TP/T	18,09	18,80	7,20	2,68	14,83	Não	16,50	20,00
TP/F1	9,70	9,00	8,95	2,99	30,86	Sim	8,00	12,00
TP/F2	7,00	6,40	9,92	3,15	45,02	Sim	5,00	9,00
NC/T	5,48	5,00	7,74	2,78	50,73	Sim	4,00	7,40
NC/F1	2,48	2,50	3,26	1,80	72,76	Sim	1,00	3,30
NC/F2	2,68	2,00	2,70	1,64	61,21	Não	1,00	4,00

C.V. coeficiente de variação. Q1. 1º. quartil. Q3. 3º. quartil.

Esta tabela inclui os valores estatísticos do grupo controle - NC -

Tabela 14 - Limite inferior, limite superior e média de cada um dos grupos

	Limite Inferior	Média	Limite Superior
TG/T	18,21	28,63	39,05
TG/T*	22,21	29,79	37,37
TG/F1	8,60	13,12	17,64
TG/F2	3,98	12,38	20,66
TP/T	12,73	18,09	23,45
TP/F1	3,72	9,70	15,68
TP/F2	1,44	7,00	13,30
NC/T	-0,08	5,48	11,04
NC/F1	-1,12	2,48	6,80
NC/F2	-0,60	2,68	5,96

*A linha corresponde ao cálculo do total do transtorno global sem os valores extremos, o que amplia o limite inferior.

Os valores contidos na coluna "Limite Inferior" corresponde ao valor da média subtraído duas vezes o desvio padrão encontrado para a linha.

Os valores contidos na coluna "Limite Superior" corresponde ao valor da média somado duas vezes o desvio padrão encontrado para a linha.

Para a definição do ponto de corte que permitisse a limitação entre o Transtorno Parcial e Transtorno Global, optamos por utilizar o limite superior do Transtorno Parcial para ser o indicativo do limite inferior do Transtorno Global.

Tabela 15 - Faixa de pontuação (1º Procedimento)

Não Criminoso	-0,08 a 11,04
Transtorno Parcial	12,73 a 23,45
Transtorno Global	22,21 a 37,37

Os motivos de tal procedimento se justificam devido à ocorrência na amostra da população forense de uma faixa de pontuação com ausência de diagnóstico, e em outro momento, uma faixa com interseção diagnóstica.

Ocorreu ausência de pontuação na faixa entre 11,05 e 12,72 (Não Criminosos e Transtorno Parcial, respectivamente) e interseção de pontuações entre 22,21 e 23,45 (Transtorno Global e Transtorno Parcial, respectivamente).

Outra ocorrência foi de:

- 1 caso diagnosticado como TP com pontuação de 12,0. Este valor está abaixo para o limite inferior da faixa de pontuação do TP que é de 12,73.
- 1 caso diagnosticado como NC com pontuação de 12,20. Este caso está acima da pontuação máxima para NC que é de 11,04.

A solução estatística foi a de calcular os pontos extremos de cada faixa, somando-se os valores extremos e dividindo por dois :

- $(11,04 + 12,73) / 2 = 11,88$ ou 11,9 para o corte entre Não Criminosos e Transtorno Parcial, e
- $(23,45 + 22,21) / 2 = 22,83$ ou 22,8 para o corte entre Transtorno Parcial e Transtorno Global.

Conforme o exposto, temos os seguintes resultados definindo os pontos de corte para o instrumento Hare na população brasileira (2º procedimento).

Não Criminoso	Transtorno Parcial	Transtorno Global
Limite inferior = 0	Limite inferior = 11,9	Limite inferior = 22,8
Limite superior = 11,8	Limite superior = 22,7	Limite superior = 40

Tabela 16 - Pontos de corte para o instrumento HARE na população brasileira

	1º procedimento	2º procedimento	arredondamentos
Não Criminoso	-0,08 a 11,04	0 a 11,8	0 a 11
Transtorno Parcial	12,73 a 23,45	11,9 a 22,7	12 a 22
Transtorno Global	22,21 a 37,37	22,8 a 40	23 a 40

	2º procedimento	INTERVALO DE CONFIANÇA em 95%, PARA O PONTO DE CORTE	
Não Criminoso	0 a 11,8		
Transtorno Parcial	11,9 a 22,7	10,24 a 13,56	
Transtorno Global	22,8 a 40,0	21,61 a 24,05	

Sensibilidade do PCL-R

A sensibilidade do PCL-R é de **84,8%**, e a especificidade de **100%**, em comparação com a prova de Rorschach.

De acordo com cálculo feito a partir dos dados obtidos, os casos positivos para TG através dos dados corroborados são:

Prova de Rorschach = 33

Positivos no PCL-R = 28

População total = 86

Tabela 17 - Casos positivos para TG de acordo com a prova de Rorschach

	Rorschach TG	Rorschach TP	TOTAL
Hare (+)	28	0	28
Hare (-)	5	53	58
TOTAL	33	53	86

Obs.: Em 5 casos, considerados TG pelos dados clínicos e corroborados pela prova de Rorschach, O PCL-R não resultou positivo para TG (falsos negativos) uma vez que estiveram abaixo dos valores para o ponto de corte da população forense estudada que foi de 22,8.

Neste 5 casos as pontuações para FATOR TOTAL foram respectivamente: 22,4; 21,1; 18, 18 e 15

Tabela 18 - Pontuações verificadas em F1 e F2 nos indivíduos falsos negativo segundo diagnóstico feito com o auxílio da prova de Rorschach

Protocolo	F1	F2	T
58	10,0	5,0	15,0
22	14,0	4,0	18,0
18	11,0	3,0	18,0
64	14,0	3,9	21,1
65	11,4	7,7	22,4
Valores Máximos Possíveis	16	18	40

Verifica-se elevada pontuação no FATOR F1, na população de TG “falsos negativos” pelo PCL-R quando comparados com os estudos diagnósticos corroborados pela Prova de Rorschach. Como já mencionamos anteriormente o FATOR F1 representa as tendências dimensionais da personalidade definidoras das características prototípicas de psicopatia aferidas pelo PCL-R. Desta forma verificamos a clara tendência para TG nos casos “falsos negativos” que ainda não puderam ser evidenciadas pelo PCL-R através do ponto de corte para FATOR TOTAL.

Tabela 19 - Comparação de médias para fatores F1 e F2

	HARE (1991)	TG	TP	DIFERENÇA	TESTE - t
F1	8,66 (dp=3,95)	13,1 (dp=2,3)	9,7 (dp=2,99)	3,4	4 (p<0,001)
F2	11,44 (dp=3,98)	12,3 (dp=4,2)	7,0 (dp=3,15)	5,3	5 (p<0,001)

Nesta tabela podemos verificar que F1, uma vez que apresenta um coeficiente de variação menor, é mais sensível para a caracterização de TG e TP.

ÍNDICE DE CONCORDÂNCIA KAPPA

Prova de Rorschach				
		+	-	Total
PCL-R	+	28	0	28
	-	5	53	58
	Total	33	53	86

$$\text{Proporção ocorrida: } P_o = \frac{(af \ d)}{n} \quad P_o = \frac{(28 \ f \ 53)}{(86)} \quad P_o = 0,9419$$

$$\text{Proporção casual: } P_c = \frac{((af \ b) \wedge (af \ c)) \wedge f \ (cf \ d) \wedge (bf \ d))}{n^2}$$

$$P_c = \frac{((28 \ f \ 0) \wedge (28 \ f \ 5)) \wedge f \ (5 \ f \ 53) \wedge (0 \ f \ 53))}{(86^2)}$$

$$P_c = 0,5406$$

$$\text{Coeficiente de Kappa: } Kappa = \frac{(P_o \ P_c)}{(1 \ P_c)} \quad Kappa = \frac{(0,9419 \ 0,5406)}{(1 \ 0,5406)}$$

$$Kappa = 0,8735$$

Com o propósito de caracterizar ainda mais os grupos TG e TP dentro da prova do PCL-R, selecionamos as pontuações acima das respectivas medianas para então compará-las entre os grupos TP e TG. Os valores mais elevados para cada um dos grupos estão indicados, na tabela 20, em negrito.

Tabela 20 - Dados selecionados acima da mediana dos valores de pontuação no PCL-R para os grupos TG e TP da população forense estudada

GRUPO TG			GRUPO TP		
Item	Pontos	Significado	Item	Pontos	Significado
7	66	Insensibilidade afetivo-emocional	6	45	Incapacidade de remorso ou de culpa
6	65	Incapacidade de remorso ou de culpa	16	37	Incapacidade de aceitar sua responsabilidade pelos próprios atos
8	63	Insensibilidade pelos sentimento alheios / Falta de empatia	14	36	Impulsividade
14	59	Impulsividade	2	35	Senso grandioso de autoestima
10	57	Descontroles comportamentais	10	29	Descontroles comportamentais
13	57	Ausência de metas realísticas a longo prazo	8	27	Insensibilidade pelos sentimentos alheios / Falta de empatia
16	54	Incapacidade de aceitar sua responsabilidade pelos próprios atos	7	25	Insensibilidade afetivo-emocional
2	53	Senso grandioso de autoestima	13	25	Ausência de metas realísticas a longo prazo
5	51	Engabelador / manipulador	5	23	Engabelador / manipulador

Note que os itens do PCL-R foram os mesmos para ambos os grupos, diferindo apenas na posição segundo ordem dos valores pontuações obtidos.

Os grupos TG e TP compartilham os mesmos itens acima da mediana dos pontos, porém, os valores de pontuação para o grupo TP são sempre inferiores aos do grupo TG, podendo-se falar aqui em uma atenuação. Comparando-se os dois grupos verifica-se que a redução no valor das pontuações para o grupo TP é significativamente diferente do grupo TG (test t, $p = 0.000$), mostrando tratar-se de dois grupos distintos em relação às cargas de valores (escores).

Conclusão: o grupo TP aparece quantitativamente no PCL-R como uma forma significativamente atenuada do grupo TG.

Tabela 21 - Predominância dos valores de pontuações dos traços de 1-20 para os TG'S

	0	1	2	X	Total
TG	116	88	385	51	640

Gráfico 1 - Predominância dos valores de pontuações dos traços de 1-20 para os TG's

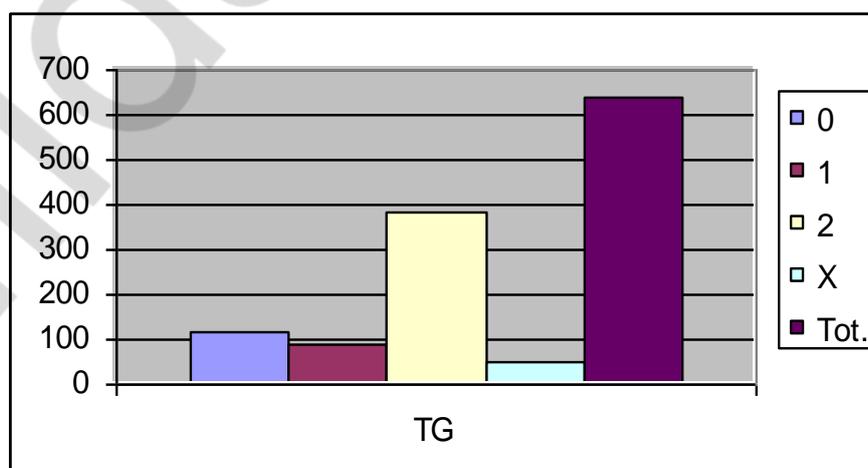
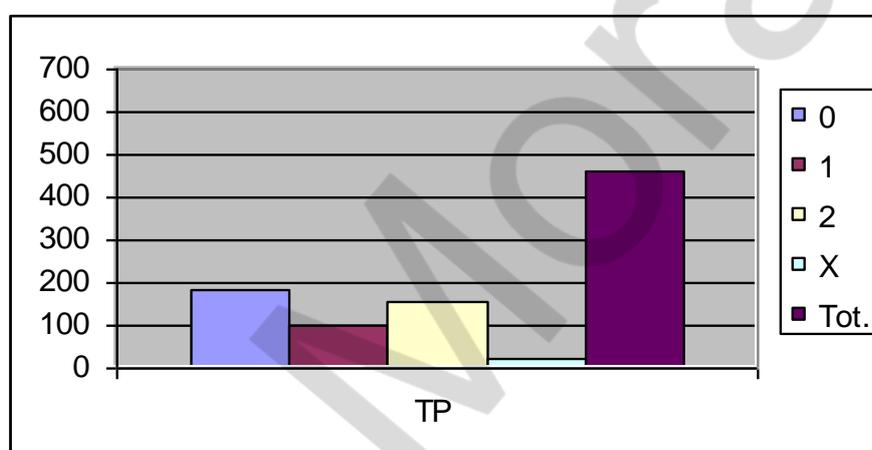


Tabela 22 - Predominância dos valores de pontuações dos traços de 1-20 para os TP'S

	0	1	2	X	Total
TP	183	98	155	24	460

Gráfico 2 - Predominância dos valores de pontuações dos traços de 1-20 para os TP's



Verifica-se menor predominância de traços pontuados com valor 2 entre os TP.

Hilda Morana

6. DISCUSSÃO

6.1. *DISTINÇÃO ENTRE TRANSTORNO GLOBAL (TG) E PARCIAL (TP) DA PERSONALIDADE*

Verificamos, através dos dinamismos apreendidos pela Prova de Rorschach, que os TP corresponde a um traço anormal e mórbido, cuja repercussão sobre a dinâmica psíquica e o comportamento total é menos extensa e, em geral, menos grave do que os TG. Esta dinâmica foi confirmada através dos fatores apreendidos pelo PCL-R. Os valores de pontuação para o grupo TP são sempre inferiores aos do grupo TG. Compartilham dos mesmos itens de pontuação , acima da mediana dos pontos, podendo-se concluir pela, atenuação das tendências aferidas como prototípicas para psicopatia, no caso dos TP.

As características relacionadas aos TP manifestam-se em circunstâncias determinadas, quando as situações vivenciadas pelo sujeito assumem um significado tal que elicitam reação peculiar, a qual expressa a dinâmica psíquica latente considerada. Esta disposição, entretanto, pode interferir de modo mais ou menos intenso na dinâmica subjetiva e também nas diversas modalidades de

relacionamento interpessoal. É preciso considerar que os TP podem se apresentar como um espectro de disposições psíquicas que, em grau muito acentuado, seria realmente difícil distinguí-los dos transtornos globais. Não obstante, foi plausível configurar diferenças significativas de padrão, através dos dados da Prova de Rorschach e do ponto de corte da escala de Hare.

No caso do **TG**, o dinamismo anômalo evidenciou ser mais extenso, envolvendo de modo tão amplo a vida psíquica, que esta condição assume importância particular para a Psiquiatria Forense, em especial pelo fato de apresentar ampla insensibilidade afetiva o que dificultaria os processos de reabilitação.

Em relação aos dados demográficos, clínicos e forenses, o resultado deste estudo demonstrou que: os TP em relação aos TG,

- Desenvolvem atividades profissionais do tipo mão de obra mais especializada,
- Apresentaram relações conjugais mais estáveis, apesar da diferença de idade em que os crimes foram cometidos,
- Iniciam a carreira criminal mais tardiamente (diferença de uma década, a mais, de idade),
- Apresentam comportamento agressivo em menor proporção,
- Relatam o comportamento habitual de ter tido muitas parceiras, com envolvimento sexual, geralmente em seqüência. Contudo, não são tão dados à promiscuidade, conforme definido anteriormente,
- Usam mais álcool que drogas,
- Praticam menos crimes contra pessoas,
- Apresentam menor versatilidade criminal,

- São mais colaborativos no exame psíquico,
- São mais irresponsáveis, além da tendência a se supervalorizarem, contudo,
- São menos insensíveis aos outros,
- Apresentam menor prevalência de reincidência em crimes.

Os dados confirmam a premissa de HARE e colaboradores (HARE,1998), de que os psicopatas diferem de modo fundamental dos demais criminosos e corroboram a proposta da pesquisa: encontrar parâmetros que possam diferenciar a condição de Psicopatia, o que denominamos de *transtorno global da personalidade (TG)* do *transtorno parcial da personalidade (TP)* através dos critérios do Hare PCL-R.

6.2. INSENSIBILIDADE AFETIVA

Os dados do PCL-R confirmaram o que encontramos nos dados demográficos e clínicos.

Destacamos a questão da insensibilidade afetiva predominante nos TG, verificada como predomínio no PCL-R do traço 7 – Insensibilidade afetivo-emocional e traço 8 – Insensibilidade pelos sentimentos alheios/Incapacidade de empatia.

Um aspecto relevante definição da CID-10 é a ênfase dada à discordância de conduta com relação a normas, deveres e obrigações sociais. Este aspecto do comportamento, pensamos, ocorre devido à insensibilidade afetiva. Apesar de não termos apresentado os dados referentes aos índices da Prova de Rorschach, o que estenderia por demais a redação desse estudo, verificamos que os sujeitos categorizados como TG não conseguem integrar a

sua percepção dos fatos, e em consequência, também não conseguem elaborar noções adequadas.

Disto se compreende porque o psicopata costuma oferecer para os seus atos explicações superficiais ou inconsistentes. Ou seja, o indivíduo reage ao ambiente conforme o percebe, mas, em sendo um psicopata, já o percebe de forma desestruturada devido à escassa disponibilidade afetiva para integrar os fatos. Contudo, esses sujeitos não apresentam a noção do real alterada, ao contrário do que ocorre nos quadros psicóticos ou deficitários. Nos psicopatas, as noções são mais indiferenciadas e ambíguas, consideradas do ponto de vista puramente cognitivo intelectual, mas não há prejuízo significativo do entendimento das situações.

Para poder aceitar e interiorizar as normas e obrigações sociais é preciso sensibilidade afetiva. Se esta estiver alterada, o sujeito é capaz de entender os fatos, mas não os assimila, ou seja, não age de acordo com o aceito socialmente. Se a noção é extremamente vaga, subjetiva e fragmentária, será bastante difícil encontrar no código social uma definição clara para as dificuldades, que seja compartilhada pelos demais. Desta forma, ocorreria a discordância com relação a normas, deveres e obrigações sociais. Um exemplo disto é que não conhecemos exatamente as leis e mesmo assim nos orientamos de forma socialmente aceitável. É a diferença entre “compreender” e “entender” no sentido mais amplo, o que envolve os sentimentos e a empatia.

Portanto do ponto de vista médico-legal os indivíduos categorizados como TG, neste estudo correlacionado com o constructo de psicopatia, não devem ser considerados como isentos de dolo, de intenção. Contudo discute-

se se poderiam ser considerados como plenamente imputáveis, uma vez que, apesar do dolo presente, têm a capacidade de determinar-se para a ação criminosa comprometida, devido à insensibilidade estrutural da sua personalidade. Ainda do ponto de vista médico-legal os semi-imputáveis são considerados como culpáveis e socialmente perigosos.

Código Penal (Lei nº. 7209/84).

Artigo 26 – Parágrafo Único

A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

A capacidade de determinação para o sistema penal de outros países restringe-se ao que é denominado de “impulso irresistível” (formulado em Ohio, 1834).

Em nosso sistema penal a capacidade de determinação não se restringe apenas ao “impulso irresistível” que seria o caso para sujeitos com descontrole dos impulsos, mas também ao prejuízo da capacidade do sujeito em não poder resistir ao seu modo habitual de ser, como é o caso dos sujeitos com personalidade anti-social com características de perversidade. Contudo, a tendência do judiciário atualmente é a de considerar como semi-imputável apenas os sujeitos que apresentem comprometimento dos impulsos e neste sentido seguir a orientação internacional.

6.3. USO DE DROGAS

Os leigos e principalmente parentes de sujeitos portadores de TEP, pensam que a droga é o agente responsável pelo comportamento rebelde e contraventor e que a mesma tem o poder de alterar a conduta das pessoas. Assim se referem, por exemplo: “Meu filho sempre foi bonzinho e a droga o transformou”. Verificamos que o efeito da droga, no caso da população forense estudada, agiu apenas como um fator desinibidor do comportamento. O sujeito faz uso da droga, ou de forma pré-ordenada ou apenas para atingir excitação psíquica. Contudo raramente tornam-se dependentes da mesma. Em nosso estudo verificamos que os TG em 21,21% dos casos usaram várias drogas, mas negaram dependência.

6.4. REINCIDÊNCIA CRIMINAL

Gacono e Meloy (1994) concluíram que é preciso estudar a personalidade do agente criminoso para poder predizer quem, entre eles, tem a maior probabilidade de reincidência criminal considerando que simples medidas categorizadas de comportamento não são avaliadores eficientes. Sugerem o uso de instrumentos validados para a avaliação da personalidade a fim de identificar o grau no qual os criminosos apresentam tendências como falta de controle dos impulsos e insensibilidade afetiva que, são as características de pior prognóstico, entre os sujeitos com características anti-sociais da personalidade.

Pontuações elevadas no PCL-R, têm sido relacionadas de forma consistente com a reincidência criminal, incluindo principalmente a reincidência em crimes violentos (GACONO, e BODHOLDT, 2002).

Os dados de literatura referentes ao PCL-R atestam a sua validade e confiabilidade em aferir o risco de reincidência criminal. Harris, Rice e Cormier (1991) relatam que em uma amostra de 169 pacientes forenses masculinos, a escala *PCL-R* foi aplicada. Nestes a recidiva em violência para psicopatas foi de 77%, quatro vezes maior, que para não psicopatas, que foi de 21%.

Os resultado desta pesquisa corroboram os dados acima. A Reincidência criminal na população de TG foi de 39,39% e na de TP foi de 8,69%, ou seja, mais de quatro (4,5) vezes maior.

6.5. VERSATILIDADE CRIMINAL

Gonçalves (1999) encontrou que, embora os psicopatas tendem a ser violentos e não apresentar remorso ou culpa, eles não se limitam a um tipo particular de crime, como o homicídio ou estupro. Ao contrário eles tendem a ser versáteis, aproveitando a oportunidade que lhes aparece. Este dado confirma nossos achados. O traço - versatilidade criminal -, no PCL-R foi 5,1% menor para os TP em relação ao TG. Na verificação forense os resultados para versatilidade criminal foram de 24,24% para os TG e de 8,69% para os TP.

Em nossos estudos verificamos que psicopatas cometem todos os tipos de crimes e não-psicopatas tendem a se limitar mais em algum tipo específico de crime tais como os estupradores

6.6. PONTO DE CORTE

Hare, estabeleceu em seu Manual (Hare, 1991) que o ponto de corte do PCL-R típico como variando entre 22 e 24 com desvio padrão de 6 a 8, em populações, de sujeitos que cometeram crimes. Concluiu que: “estes pontos de corte foram empregados na maioria dos estudos em pesquisas como PCL-R, e tendem a produzir diferenças altamente significativas entre psicopatas e não psicopatas no que se refere a uma diversidade de comportamentos, auto-relatos e variáveis experimentais.” Refere ainda que: “(...) está buscando reunir mais evidências relativas ao ponto de corte diagnóstico mais apropriado para o PCL-R, usando validações externas e agrupamentos de técnicas analíticas.”

Os resultados encontrados por HARE (1991) permitiram-no dividir a população forense em três grupos:

- (1) Abaixo de 20: não-psicopatas;
- (2) Entre 20-29: psicopatas moderados;
- (3) 30 ou mais : psicopatas.

Para a população forense encontramos as faixas de 12 a 23 para TP que corresponderia à faixa de não-psicopatas para HARE, e 23 a 40 para TG que corresponderia à faixa de psicopatas para o autor, incluindo os moderados e os demais.

6.7. RESULTADOS FINAIS QUANTO AO PONTO DE CORTE DA ESCALA PCL-R EM POPULAÇÃO FORENSE BRASILEIRA

- No TRANSTORNO GLOBAL DA PERSONALIDADE (TG), avaliado pela Prova de Rorschach e demais procedimentos clínicos, a escala de Hare PCL-R resultou em um escore acima de 23, que corresponde ao ponto de corte encontrado para a população forense em 84,8 % dos casos. Desta forma podemos inferir que o considerado por HARE como psicopatia corresponde ao conceito operacionalizado neste estudo como Transtorno Global da Personalidade.

- No TRANSTORNO PARCIAL DA PERSONALIDADE, (TP), avaliado pela Prova de Rorschach e demais procedimentos clínicos, verificou-se uma pontuação inferior a 23 na escala de Hare PCL-R em 100% dos casos. Não houve, na amostra, nenhum caso, avaliado pela Prova de Rorschach e demais procedimentos clínicos, em que o resultado tenha sido positivo para TP e o PCL-R tenha resultado em pontuações acima de 23.

Desta forma podemos inferir que o considerado por HARE como não-psicopatia corresponde ao conceito operacionalizado neste estudo como Transtorno Parcial da Personalidade.

- No GRUPO DE CONTROLE (NC), o escore médio do PCL-R foi de 5,5. Há poucos estudos correlacionando o escore do PCL-R com populações sem antecedentes criminais. No Manual do HARE PCL-R (1991), há referência a

três estudos com população sem antecedentes criminais. No primeiro, realizado em uma população de 50 estudantes o escore médio foi de 8,5 (dp = 6,45). Em outro estudo, realizado com 15 estudantes, a média foi de 8,5 (dp = 4,3). Em um outro estudo ainda, a média foi de 5,4, sem referência ao desvio padrão. Ou seja os casos dos NC, os quais não apresentaram antecedentes criminais, coincidiram com a população de referência no MANUAL do HARE (1991) para sujeitos que não cometeram crimes.

Esclarecemos que para os TP, de modo diferente dos TG não se considera o ponto de corte. Isto porque para os TG o ponto de corte refere-se ao valor mínimo necessário para se considerar um sujeito como sendo portador das características prototípicas de população de psicopatas. Nos TP considera-se o intervalo no qual as características de psicopatia não atingem o esperado para a psicopatia e estão acima do que é esperado para a população controle.

Desta forma o intervalo sugerido nesta pesquisa para os TP seria de 12 a 23, o que coincide com dados da população controle (MÁXIMO DE 12) e dados apresentados por pesquisadores internacionais e relacionados no Manual do HARE (1991).

Considerando os resultados das três amostras deste estudo – TG; TP e NC - podemos afirmar que os dois instrumentos – RORSCHACH E PCL-R são adequados para avaliar Psicopatia, e portanto têm validade concorrente.

6.8. SENSIBILIDADE DO PCL-R

Encontramos para o cálculo estatístico de sensibilidade o valor 84,8% em comparação com a prova de Rorschach. HARE (1991) em uma amostra de 229 internos encontrou os seguintes índices de eficiência diagnóstica.

- Sensibilidade = .72
- Especificidade = .93
- Valor preditivo positivo = .86
- Valor preditivo negativo = .84.

A taxa total foi de .85, produzindo um kappa = .67. Portanto, nossos dados coincidem com o do autor, para o valor da sensibilidade.

Consideramos que para o diagnóstico da condição de psicopatia deve-se avaliar a dinâmica dos processos psíquicos e não apenas o comportamento, que pode levar a conclusões errôneas, uma vez que nem sempre os sujeitos já apresentaram em sua história de vida as atitudes próprias do comportamento psicopático. É o que os resultados deste estudo apontaram. Verificamos que nos 5 casos em que a Prova de Rorschach evidenciou dinâmica da personalidade compatível com psicopatia (TG), o PCL-R apresentou pontuações insuficientes para o ponto de corte da psicopatia. Este aspecto evidencia que o PCL-R não identifica sujeitos com personalidade potencial para a psicopatia e sim sujeitos que já manifestaram comportamento para tal, o que não ocorre com a Prova de Rorschach. Ou seja, o PCL-R apresenta menor sensibilidade para a identificação de psicopatia do que a Prova de Rorschach.

Contudo se considerarmos a tendência apontada para o FATOR 1 a sensibilidade do instrumento PCL-R aumenta para 100%.

Para os 5 sujeitos, diagnosticados como psicopatas (TG) pela história clínica e forense, corroborado pela Prova de Rorschach, que não alcançaram o ponto de corte para psicopatia no PCL-R, o FATOR 1 (que corresponde ao fator dimensional da personalidade no PCL-R) apresentou-se elevado, em todos eles (acima de 8,66 que é a média apontada por HARE para o F1). Este dado implica em clara tendência caracterológica para psicopatia. Ou seja, os atos criminosos que pontuariam o FATOR 2, ainda não haviam sido praticados por tais sujeitos na plenitude requerida pelo instrumento de forma a alcançar o ponto de corte necessário no FATOR TOTAL para configurar a condição especificada.

Lembramos que o FATOR 1 refere-se às características do relacionamento interpessoal e condições afetivas, tais quais egocentrismo, falta de remorso e insensibilidade ao outro, e que o FATOR 2 consiste de itens que refletem o desvio da conduta anti-social relacionado à criminalidade, tais como versatilidade e reincidência criminal.

6.9. ÍNDICE DE CONCORDÂNCIA KAPPA

Sendo o coeficiente do teste Kappa considerado como indicativo de forte concordância quando seu valor é igual ou maior que 0,8, podemos afirmar que a concordância entre os diagnósticos feitos pela Prova de Rorschach e teste PCL-R realizados por nós foi forte (valor encontrado igual a 0,8735).

6.10. GENERALIZAÇÃO DOS RESULTADOS PARA O PONTO DE CORTE DO PCL-R PARA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Em nossa pesquisa a média de pontuação para psicopatia (TG) foi 28,6 (pontuação média do PCL-R para os 33 casos de TG quanto ao FATOR TOTAL), com um máximo de 36,8 e mínimo de 15. A mediana foi de 29,5 e o desvio padrão de 5,21.

Para os não psicopatas (TP) a pontuação média foi de 18,1 (pontuação média do PCL-R para os 23 casos dos TP quanto ao FATOR TOTAL) com um máximo de 21,2 e mínimo de 12. A mediana foi de 18,8 e o desvio padrão de 2,68.

Para o grupo de não criminosos a pontuação média para os 30 casos quanto ao FATOR TOTAL, em números absolutos foi de 5,5 com um máximo de 12,2 e mínimo de 1. A mediana foi de 5 e o desvio padrão de 2,78.

Nosso estudo coincide com os dados de HARE(1991) E JOSEF (1997), conforme mostrado na tabela 23, a seguir.

Tabela 23 - Ponto de corte para PSICOPATIA

	NÚMERO DE CASOS	MEDIA	DESVIO PADRÃO	PONTO DE CORTE	MÉTODO
HARE	440	20.56	7.79	30,0	% Acumulada
JOSEF	29	28,07	2,37	25,0	Convencional
HILDA	33	28,60	5,21	23	% Acumulada

Embora o PCL-R seja um instrumento para o diagnóstico dimensional da personalidade psicopática, o ponto de corte de 30 pode ser usado para o diagnóstico de psicopatia, segundo HARE (1991). As pesquisas revelaram que

não há desvios significativos para diferentes grupos culturais, raça ou presença de desordens psiquiátricas. Contudo o ponto de corte pode variar entre diferentes culturas e subgrupos assim como para os itens mais discriminativos da escala. (COOKE & MICHIE, 1997).

Para Hare o ponto de corte de 30 seria o mais usado para psicopatia. Para RICE E HARRIS (1995) a validade preditiva e discriminante é maximizada com um ponto de corte de 25.

Nos estudos de HARE (1991), o ponto de corte de 30 foi definido pela porcentagem acumulada de casos que configuraram psicopatia. JOSEF (1997) considerou o ponto de corte de 25 para a população estudada.

O ponto de corte obtido nesta pesquisa é mais baixo do que para o autor. Este dado é relevante pois, para o autor do PCL-R, o ponto de corte de 30 permite identificar sujeitos que apresentem as características prototípicas da psicopatia. Para tal é necessário que o sujeito já tenha manifestado comportamento criminoso, de forma a pontuar o FATOR 2 que fará com que a SOMA TOTAL se eleve permitindo alcançar o escore elevado. O ponto de corte definido nesta pesquisa foi determinado, inicialmente pela Prova de Rorschach que corroborou os dados clínicos e apenas depois os casos foram submetidos à avaliação ponderada do PCL-R. Desta forma o ponto de corte definido evidencia sujeitos potencialmente psicopatas (TG) e não apenas os que já apresentaram as características prototípicas manifestas da psicopatia.

O ponto de corte de 30, tal qual definido pelo autor, permite uma menor margem de erro para o chamado erro beta, ou seja não se incorreria no erro de pontuar erroneamente alguém como psicopata. O ponto de corte definido neste

estudo como 23 aumenta as chances do chamado erro *alfa*, ou seja, pontuar algum sujeito que, ainda não tenha manifestado suficientes características prototípicas da psicopatia.

A justificativa para aceitarmos os dados estatísticos que permitiram o ponto de corte de 23 é devida a proposta do estudo ter tido como principal enfoque a precisão diagnóstica (por esta razão o uso da Prova de Rorschach) e não de *screening* para a população em geral. O estudo não pretende separar a sociedade em psicopatas e não psicopatas, apenas está validando um instrumento a ser usado em avaliações sobre periculosidade em população definida e com características próprias (*setting* forense). Fora deste cenário, o teste perde o seu valor:

Tabela 24 - Comparação de médias para Fatores F1 e F2

	HARE (1991)	TG	TP	DIF.	Teste-t
F1	8,66 (dp=3,95)	13,1 (dp=2,3)	9,7 (dp=2,99)	3,4	P<0,001
F2	11,44 (dp=3,98)	12,3 (dp=4,2)	7,0 (dp=3,15)	5,3	P<0,001

Nesta tabela podemos verificar que F1, uma vez que apresenta um coeficiente de variação menor, é mais sensível para a caracterização de TG e TP, o que concorda com o obtido por HARE (1991).

O autor refere ainda que os dois FATORES (F1 e F2), considerados em conjunto, estão fortemente correlacionados (0.5) com as características prototípicas da psicopatia mas apresentam diferentes padrões de correlação dependente de variáveis externas (HART e HARE, 1997). Contudo, afirma que

ambos os fatores são mais fortemente correlacionados com tais características através do Fator 1 do que do Fator 2 (COOKE e MICHIE, 1997).

6.11. CORRELAÇÃO DO TRANSTORNO GLOBAL COM PSICOPATIA, DEFINIDO PELO PCL-R

Em nenhum caso encontramos na Prova de Rorschach ou no PCL-R, evidências de Psicopatia em um grupo de pessoas em que esta condição não fosse esperada clinicamente, - GRUPO CONTROLE – , o que nos fornece um índice de especificidade de 100%

Desta forma podemos concluir que ambos os instrumentos são adequados para a avaliação da condição de Psicopatia, e que o conceito operacionalizado de Psicopatia para HARE (1991) corresponde ao conceito operacionalizado nesse estudo como Transtorno Global da Personalidade.

Da mesma forma, como nossos dados coincidem com HARE (1991) e JOSEF (1997) para a população brasileira, os dados desta pesquisa permitem concluir que o que denominamos de (TP) coincide com a denominação de não-psicopatas para os autores.

6.12. VALIDAÇÃO CONCORRENTE

6.12.1. PARA O GRUPO TG

Estabelecido o ponto de corte de 23, para cada amostra verificamos que:

- Em 5 casos em que a Prova de Rorschach corroborou o diagnóstico de TG o PCL-R não alcançou o ponto de corte de 23. Dessa forma para a amostra

de TG 33 casos aferidos pela Prova de Rorschach, apenas 28 casos atingiram o ponto de corte para TG pelo PCL-R.

A concordância entre ambos os instrumentos corresponde a 84,8% dos casos para TG e aumenta para 100% se considerarmos os fatores envolvidos.

6.12.2. PARA O GRUPO TP

Nos TP considera-se o intervalo no qual as características de psicopatia não atingem o esperado para a psicopatia e estão acima do que é esperado para a população não forense. Desta forma o intervalo sugerido nesta pesquisa para os TP seria de 12 a 23, o que coincide com dados da população controle (MÁXIMO DE 12) e dados apresentados por pesquisadores internacionais e relacionados no Manual do HARE (1991).

6.12.3. GRUPO CONTROLE (NÃO CRIMINOSOS)

No GRUPO DE NÃO CRIMINOSOS o PCL-R resultou em um escore médio de 5,5.

Como nos referimos no item RESULTADOS, nossos resultados coincidem como os de HARE (1991) quanto à média do escore para população não criminosa. Os poucos trabalhos que relacionaram o escore do PCL-R com população sem antecedentes criminais resultou em valores pouco mais elevados que 5,5. (8,5 em duas pesquisas e 5,4 em outra (VER item RESULTADOS). Os estudos de controle que integram o Manual do HARE (1991) tiveram como único critério, grupos de estudantes universitários

randomizados. Contudo, não entendemos como suficiente tal critério de seleção para a comparação dos resultados.

6.13. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO PARA O GRUPO CONTROLE

Uma vez que a proposta do PCL-R enquanto instrumento para acessar as características prototípicas da psicopatia em população forense, visa diferenciar o sujeito que por suas características da personalidade apresenta probabilidade de reincidência criminal maior que a de um criminoso comum, não julgamos suficiente o critério de seleção aleatória para o GRUPO DE NÃO CRIMINOSOS, de população cujo único critério de inclusão seja a de ser população de não criminosos.

O que estamos buscando é a diferenciação de uma condição anormal e grave da personalidade e no caso do GRUPO CONTROLE, a de uma população que apresente condição normal da personalidade. Para tal não se justifica uma média estatística entre pessoas que simplesmente não cometeram crimes.

A média estatística entre pessoas selecionadas por este critério vai levar a distorções, uma vez que pelo simples fato de não terem cometido crimes não quer dizer que não venham a apresentar tal comportamento no futuro, ou que as condições da personalidade não estejam alteradas na mesma direção, mas que por algum motivo não chegaram a cometer infrações éticas graves.

Preferimos selecionar sujeitos que por um período prolongado de observação (em média 10 anos) sabíamos das suas condições da personalidade que, embora tivessem em suas vidas apresentadas as

oscilações próprias da existência, não apresentaram desvio éticos ou que ferissem a alteridade, até onde é possível de ser investigado.

Dessa forma podemos confiar mais no padrão de referência para comparação entre este GRUPO CONTROLE (sem antecedentes criminais) e de outras populações forenses, uma vez que não estamos comparando apenas médias estatísticas de população não criminosa, mas sim a média de pessoas que foram selecionadas para servir de parâmetro para a normalidade de caráter.

Concluindo, verificamos que uma vez selecionadas populações de forma randomizada, entre sujeitos que não cometeram crimes, estas revelam um escore mais alto nos estudos referendados no Manual do HARE (1991) – 8,5 – para dois estudos e em nossos resultados alcançamos a média de 5,5 para o GRUPO DE NÃO CRIMINOSOS.

FATOR 1 E FATOR 2 DO PCL-R

Hare (1991) refere que as pontuações aos FATORES 1 e 2 têm demonstrado diferenças significativas em relação às condições de comprometimento do caráter no que se refere ao comportamento anti-social.

Contudo poucas pesquisas existem quanto à correlação fatorial do PCL-R.

Se o Fator 1 estiver elevado pressupõe-se que a reabilitação do sujeito será mais problemática, uma vez que este fator mede os traços dimensionais da personalidade relacionados com o comprometimento do caráter.

O inverso seria verdadeiro para o Fator 2, uma vez que pontuações elevadas neste fator revelam comportamento anti-social derivado de traços

como instabilidade e impulsividade, que de alguma forma seriam acessíveis a intervenção medicamentosa.

Relacionamos, na tabela 25, os traços do FATOR 2 , que de alguma forma podem se relacionar aos dinamismos referidos.

Tabela 25 - PCL-R

FATOR 1	DINAMISMOS
Loquacidade / Charme superficial	
Superestima	
Mendacidade / mitomania (Mentira patológica ou pseudologia)	
Engabelador/ Manipulação das pessoas	
Incapacidade de remorso ou culpa	
Insensibilidade afetivo-emocional	
Insensibilidade pelos sentimentos alheios / Incapacidade de empatia	
Irresponsabilidade pelos próprios atos	
Fracasso em aceitar a responsabilidade de suas próprias ações	
FATOR 2	DINAMISMOS
Avidez de estimulação / Tendência ao tédio (intolerância à quietude)	INSTABILIDADE
Estilo parasitário de relacionamento	INSTABILIDADE
Descontroles comportamentais	IMPULSIVIDADE
Distúrbios de conduta na infância	IMPULSIVIDADE
Ausência de metas realistas a longo prazo (tende a viver o dia-a-dia)	INSTABILIDADE
Impulsividade	IMPULSIVIDADE
Irresponsabilidade (desrespeito por normas)	INSTABILIDADE

FATOR 2	DINAMISMOS
Delinqüência Juvenil	IMPULSIVIDADE
Reincidência criminal	IMPULSIVIDADE
SEM FATOR	
Promiscuidade sexual	
Instabilidade conjugal	
Criminalidade difusa	

Para LOVING (2002), sujeitos com pontuações elevadas no Fator 2 e baixas no Fator 1 são considerados como “criminosos comuns”, uma vez que não apresentariam as características psicopáticas dimensionais, mas apenas o comportamento contraventor.

Este aspecto não se confirma em nossos estudos, e ao contrário do proposto pelo autor, obtivemos valores mais baixos, proporcionalmente para TP (criminoso comum) no FATOR 2.

A média para o TG do FATOR 1 foi de 13,1, para o TP foi de 9,7. A média do FATOR 2 para o TG foi de 12,3 e para o TP foi de 7,0. Apenas um sujeito diagnosticado como TP pelos dados clínicos e corroborado pela Prova de Rorschach apresentou pontuação elevada no FATOR 2 e baixa no FATOR 1, porém tal sujeito não fez parte da amostra deste estudo por não ter concordado em assinar o termo de consentimento para a pesquisa. Este sujeito apresentava comportamento delinqüente, mas apurou-se que tal atitude, entre outros aspectos, ocorria para chamar a atenção dos familiares para si. Na Prova de Rorschach ocorreram indícios de ansiedade e de repercussão emocional que, além de outros fatores, possibilitaria a sua reabilitação e

confirmaram a hipótese de TP, apesar de atingir pontuação para TG no FATOR TOTAL do PCL-R.

Muitos autores, assim como LOVING (2002) têm feito referência a este aspecto de que o FATOR 2 apenas remeteria para o comportamento criminoso *per si*, sem referência ao caráter de psicopatia.

Como vimos anteriormente as tendências relacionadas no FATOR 2, se melhor analisadas, permitem compreender que se trata igualmente de tendências dimensionais da personalidade ligadas à impulsividade e instabilidade do caráter, que é claro, acabam por facilitar o comportamento contraventor.

Desta forma, entendemos que o sujeito que se predispõem à delinqüência, tem a sua personalidade comprometida, em extensão de fatores dimensionais, variável segundo a condição de psicopatia (TG) e/ou a de “bandido comum”, correlacionado neste estudo como (TP) . Ou seja, não seria apenas o FATOR 2 que redefiniria as condições de psicopatia e de “bandido comum”, e sim, a extensão do comprometimento da personalidade, aferível através de ambos os fatores.

6.14. RESTRIÇÕES DA PESQUISA

Coeficiente de variação

O coeficiente de variação é um cálculo de variabilidade relativa uma vez que leva em conta o desvio padrão e a média. Esta medida serve para verificar a variabilidade das variáveis. Quanto maior for o coeficiente de variação, menos representativa será a média.

O Coeficiente de Variabilidade obtido de 18,21 indica que necessitamos de uma amostra maior para efetivamente indicarmos que a média dos TG é a indicada de 28,63. Contudo se levarmos em consideração a validade da Prova de Rorschach e a elevada sensibilidade para aferir as condições da personalidade, o ponto de corte sugerido de 23 para a população forense brasileira é representativo.

6.15. CONTRIBUIÇÃO SOCIAL DESTA TESE

A atual direção da Secretaria da Administração Penitenciária tem por critério a separação de condenados por tipo de delito. É neste projeto que o trabalho tem relevância, sendo possível, através da aplicação do PCL-R separar os psicopatas do convívio com os criminosos comuns. Neste contexto, podemos concluir que o PCL-R é eficaz porque:

1. Mostra-se útil sob condições ideais de aplicação;
2. É eficiente, dado que é elevado o benefício de sua aplicação na prática;
3. Oferece uma boa relação custo-benefício;

É de fácil aplicação mediante treinamento breve dos profissionais habilitados.

7. CONCLUSÕES

Hilda Morana

7. CONCLUSÕES

1. Nossa pesquisa identificou, na população forense estudada, duas condições gerais dos TAS que foram denominadas de Transtorno Global da Personalidade (**TG**) e Transtorno Parcial da Personalidade (**TP**). Os resultados permitem confirmar o prenunciado por Silveira (1971).
2. Transtorno global da personalidade (**TG**) e transtorno parcial da personalidade (**TP**) configuraram diferenças significativas de padrão da personalidade, vistas através dos dados da Prova de Rorschach e do ponto de corte da escala de Hare.
3. Ambas as condições de TG e TP, foram relacionadas a comportamento infrator, mas apresentaram diferenças quanto à dinâmica psíquica e às repercussões sobre o comportamento total.
4. Os casos diagnosticados como TG, de acordo com os instrumentos utilizados na pesquisa, preencheram os critérios para psicopatia na escala de HARE PCL-R, confirmando-se a hipótese de que os TG apresentam relação com o constructo operacionalizado como psicopatia, através da escala avalizada.

5. Verificamos que os sujeitos diagnosticados como TP, apresentaram relação com a condição operacionalizada como de não-psicopatas. Esta relação foi identificada através da similaridade de pontuações aferidas pelo autor do PCL-R e as encontradas em nosso trabalho.
6. Verificamos concorrência de fatores da personalidade dos TG e TP apreendidos através de aspectos comuns pela Prova de Rorschach e os critérios da escala de Hare PCL-R .
7. A Prova de Rorschach corroborou a pontuação obtida pelo PCL-R para a identificação do psicopata no âmbito forense, permitindo o uso concorrente de ambos os instrumentos.
8. As faixas de pontuação do PCL-R para população forense estudada correspondem a:

Não Criminoso	0 a 12
Transtorno Parcial	12 a 23
Transtorno Global	23 a 40
9. Através do critério estatístico, de se utilizar duas vezes o desvio padrão da média de pontuação para cada faixa diagnóstica (TG,TP e NC), encontramos 95,4% de probabilidade dos valores inserirem-se nas faixas propostas.
10. O grupo TP evidencia-se como manifestação caracterológica significativamente atenuada do grupo TG, através da pontuação na escala PCL-R.

Hilda Morana

ANEXO A

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____
Matrícula, _____ concordei em participar deste estudo após ter tomado conhecimento do seu objetivo e dos procedimentos aos quais serei submetido (Prova Psicológica de Rorschach e Entrevista Hare PCL-R); ter sido esclarecido sobre todos os aspectos importantes a ele relacionados; ter minhas dúvidas esclarecidas e perguntas respondidas; ter assegurado o sigilo sobre a minha identidade e a confidencialidade destes dados. Deste modo, em hipótese alguma serão fornecidas informações ao corpo diretivo da instituição penal, bem como, não serão apresentadas informações que possam prejudicar o processo judicial ao qual estou respondendo. Fui também informado sobre o direito de recusar-me a participar desta pesquisa e que a minha recusa não terá consequências para mim.

Dentro dos termos acima, estou de acordo:

Data: _____

ANEXO B



DEPARTMENT & INSTITUTE OF PSYCHIATRY
FACULTY OF MEDICINE - UNIVERSITY OF SÃO PAULO

Prof. Dr. Wagner F. Gattaz
Chairman, Department of Psychiatry
e-mail: gattaz@usp.br

Prof. Dr. Valentim Gentil
Chairman, Institute of Psychiatry
e-mail: vgentil@usp.br



WHO COLLABORATING CENTRE
FOR RESEARCH AND TRAINING
IN MENTAL HEALTH

São Paulo, 01 de fevereiro de 2.000

Exmo. Sr.

Dr. Octávio Augusto Machado de Barros Filho
Juiz Corregedor dos Presídios do Estado de São Paulo
Av. Brig. Luiz Antonio, 1813/12º
São Paulo, Capital

A critério da Diretoria,
autorizo; observando-se a
disciplina interna.
Comunique-se.
SP. *[Handwritten signature]*

Hilda Clotilde Penteado Morana, brasileira, solteira, médica comissionada do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, CRM 36246, com endereço profissional à Rua Goiás, 91 – Higienópolis, CEP 01244-030, vem mui respeitosamente, esclarecer e requerer o seguinte:

OCTAVIO AUGUSTO MACHADO DE BARROS FILHO
Juiz de Direito Corregedor

- 1 – O requerente está preparando Tese de Doutorado vinculado ao estudo de Psiquiatria Forense, na área de Medicina Legal pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em fase inicial.
- 2 – Para subsídio técnico profissional, o requerente necessita realizar entrevistas com os detentos que estão custodiados pela Justiça nos presídios estaduais.
- 3 – Tais considerações e atividades dependerão de expressa autorização desse insigne corregedor, sendo certo que o plano de trabalho anexo garante a pretensão e justificativa técnico-profissional da espécie.
- 4 – Outrossim, horários, dias e demais conotações seriam objeto de entendimento direto do requerente com os responsáveis pelos locais onde o mesmo iria ativar suas atividades científicas.



DEPARTMENT & INSTITUTE OF PSYCHIATRY
FACULTY OF MEDICINE - UNIVERSITY OF SÃO PAULO

Prof. Dr. Wagner F. Gattaz
Chairman, Department of Psychiatry
e-mail: gattaz@usp.br

Prof. Dr. Valentin Gentil
Chairman, Institute of Psychiatry
e-mail: vgentil@usp.br



WHO COLLABORATING CENTRE
FOR RESEARCH AND TRAINING
IN MENTAL HEALTH

5 – Em sendo assim, requer possa Vossa Excelência aferir a situação ora exposta e documentada, autorizando-se aos atos pretendidos com as providências da espécie e, assim agindo, estará colaborando no aperfeiçoamento de cunho científico, objeto dos trabalhos que serão desenvolvidos.

Pede deferimento,

Hilda C. P. Morana
Dra. Hilda Clotilde Penteadó Morana
Médica Comissionada do
Instituto de Psiquiatria do HC.FMUSP

ANEXO C

Notas do Estatístico

1. A comparação acima é entre todos os TG versus TP, assim temos TG/F1 x TP/F1 e TG/F2 x TP/F2 e TG(total) x TP(total)
2. Note que comparamos os grupos em valores absolutos e em percentil.
3. O nível de significância usado foi de 0,05.

MÉTODO (Clark & Schkade 1979; Levine, 1988)

1. Este teste é usado para verificar se duas amostras independentes foram retiradas de um mesmo Universo.
2. Este teste pode ser usado sem a necessidade de assumir as limitações dos testes paramétricos.
3. Para um valor de $\alpha=0,050$ o valor de Z é de $\pm 1,96$, as alternativas possíveis são:
 - a) Rejeite a hipótese nula H_0 e aceite H_a se $Z < -1,96$ ou se $Z > 1,96$
 - b) Aceite H_0 e rejeite H_a se $-1,96 \leq Z \leq 1,96$
Ho hipótese nula , amostras iguais
Há hipótese alternativa, amostras estatisticamente diferentes.

ANEXO D

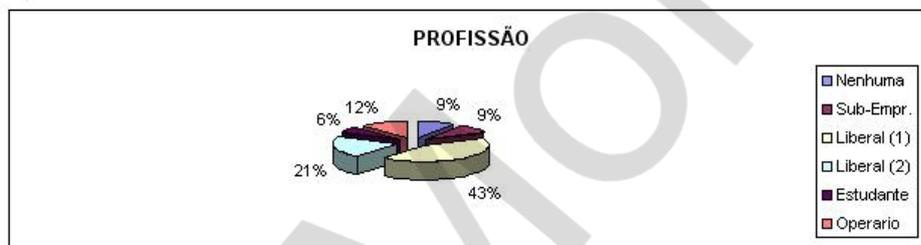
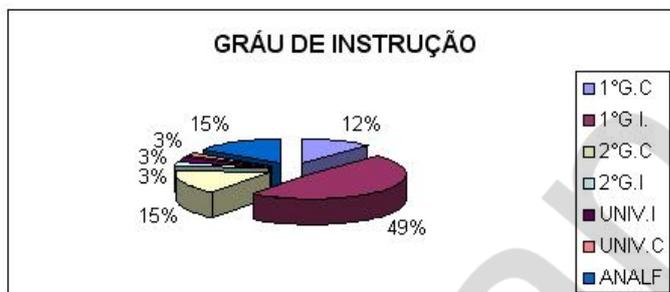
DADOS DEMOGRÁFICOS DE TG

EDUCAÇÃO

1ºG.C	4
1ºG.I.	16
2ºG.C	5
2ºG.I.	1
UNIV.I	1
UNIV.C	1
ANALF	5

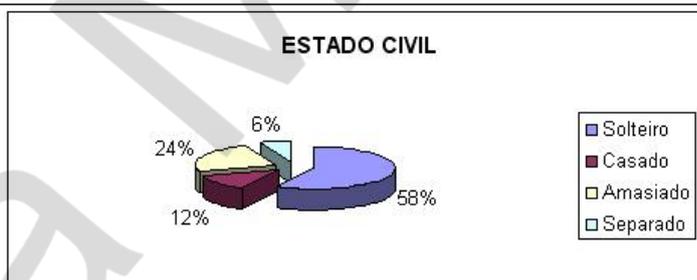
PROFISSÃO

Nenhuma	3
Sub-Empr.	3
Liberal (1)	14 Nivel baixo, pedreiros, pintores, marceneiros, lavrador, etc.
Liberal (2)	7 Aux. De produção, escriturarios, vendedores, universitario(s) etc
Estudante	2
Operario	4 Nivel de fábricas

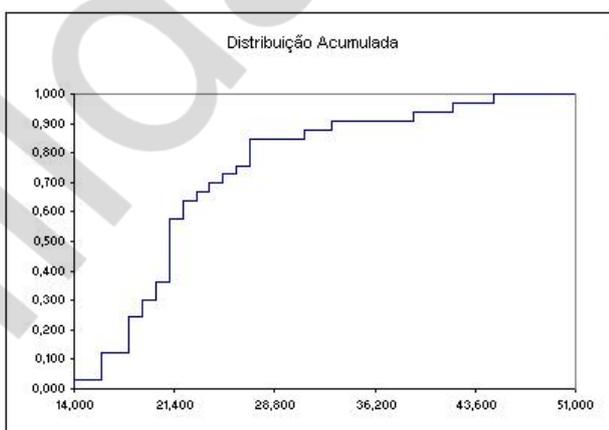


ESTADO CIVIL

Solteiro	19
Casado	4
Amasiado	8
Separado	2



IDADE (à época do delito)



DISTRIBUIÇÃO ACUMULADA

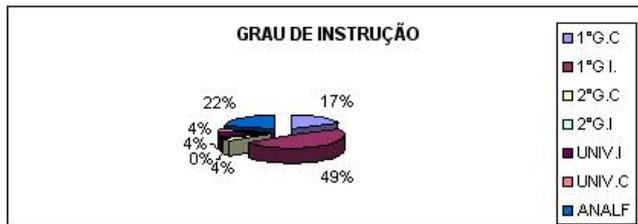
DE	ATÉ	FREQ.
14	16	3,0
16	18	12,1
18	19	24,2
19	20	30,3
20	21	36,4
21	22	57,6
22	23	63,6
23	24	66,7
24	25	69,7
25	26	72,7
26	27	75,8
27	31	84,8
31	33	87,9
33	39	90,9
39	42	93,9
42	45	97,0
45	51	100,0

84% dos delitos foram cometidos com idades de 16 até 31 anos

DADOS DEMOGRÁFICOS DE TP

EDUCAÇÃO

1ºG.C	4
1ºG.I	11
2ºG.C	1
2ºG.I	0
UNIV.I	1
UNIV.C	1
ANALF	5



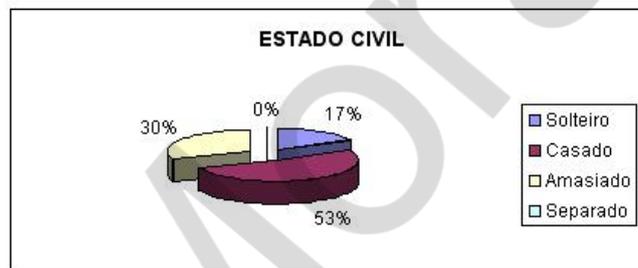
PROFISSÃO

Nenhuma	0
Sub-Empr.	3
Liberal (1)	7
Liberal (2)	8
Estudante	1
Operario	4

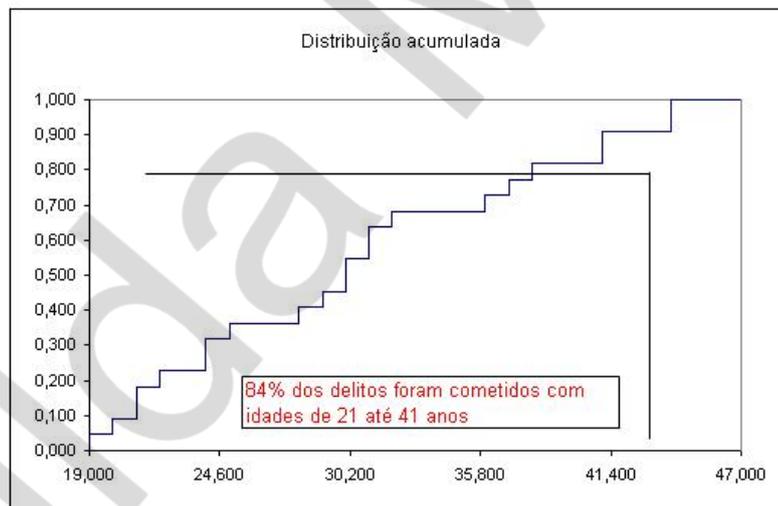


ESTADO CIVIL

Solteiro	4
Casado	12
Amasiado	7
Separado	0



IDADE (à época do delito)



IDADES		FREQ.
DE	ATÉ	%
19	20	4,3
20	21	8,7
21	22	17,4
22	24	26,1
24	25	34,8
25	28	39,1
28	29	43,5
29	30	47,8
30	31	56,5
31	32	65,2
32	36	69,6
36	37	73,9
37	38	78,3
38	41	82,6
41	44	91,3
44	47	100,0

ANEXO E

MANN-WHITNEY U TESTE

Nível de significância alfa=0,050

TP versus TG				
.Não Parametrico teste de Mann-Whitney .				
	Zo	Zc	alfa	Conclusão
F1 abs.	4,185	1,960	0,05	Est.diferentes
F2 abs.	4,334	1,960	0,05	Est.diferentes
F total abs	5,517	1,960	0,05	Est.diferentes
%F1	3,956	1,960	0,05	Est.diferentes
%F2	4,323	1,960	0,05	Est.diferentes
%F total	5,468	1,960	0,05	Est.diferentes

Análise estatística

	TG/F1	TG/F2	TG/Total	TP/F1	TP/F2	TP/Total
No of values used	33	33	33	23	23	23
No of values ignored	0	0	0	10	10	10
No of min. val.	2	1	1	1	1	1
% of min. val.	6,061	3,030	3,030	4,348	4,348	4,348
Minimum	8,000	3,000	15,000	3,000	1,000	12,000
1st quartile	12,000	10,150	27,250	8,000	5,000	16,500
Median	14,000	12,400	29,500	9,000	6,400	18,800
3rd quartile	14,800	15,400	31,900	12,000	9,000	20,000
Maximum	16,000	18,000	36,800	14,000	13,000	21,200
Range	8,000	15,000	21,800	11,000	12,000	9,200
Total	433,100	406,700	944,700	223,000	160,900	416,100
Mean	13,124	12,324	28,627	9,696	6,996	18,091
Geometric mean	12,912	11,365	28,088	9,139	6,118	17,880
Harmonic mean	12,672	10,011	27,453	8,411	4,888	17,647
Kurtosis (Pearson)	-0,361	-0,347	0,230	-0,504	-0,792	-0,570
Skewness (Pearson)	-0,720	-0,605	-0,830	-0,369	0,090	-0,775
Kurtosis	-0,019	-0,002	0,715	-0,028	-0,423	-0,119
Skewness	-0,790	-0,664	-0,911	-0,423	0,103	-0,888
CV (standard deviation/mean)	0,172	0,338	0,182	0,309	0,450	0,148
Sample variance	4,939	16,846	26,353	8,566	9,488	6,886
Estimated variance	5,094	17,373	27,177	8,955	9,920	7,199
Sample standard deviation	2,222	4,104	5,134	2,927	3,080	2,624
Estimated standard deviation	2,257	4,168	5,213	2,992	3,150	2,683
Mean absolute deviation	1,801	3,230	3,831	2,378	2,578	2,140
Standard deviation of the mean	0,393	0,726	0,907	0,624	0,657	0,559

ANEXO F

GRÁFICO BOX-PLOT TG e TP - Índices F1,F2 e F Total.

Neste gráfico podemos visualizar e comparar rapidamente os seguintes dados estatísticos: média (vermelho), mediana (dentro da caixa), máximo, mínimo, quartis e valores extremos.

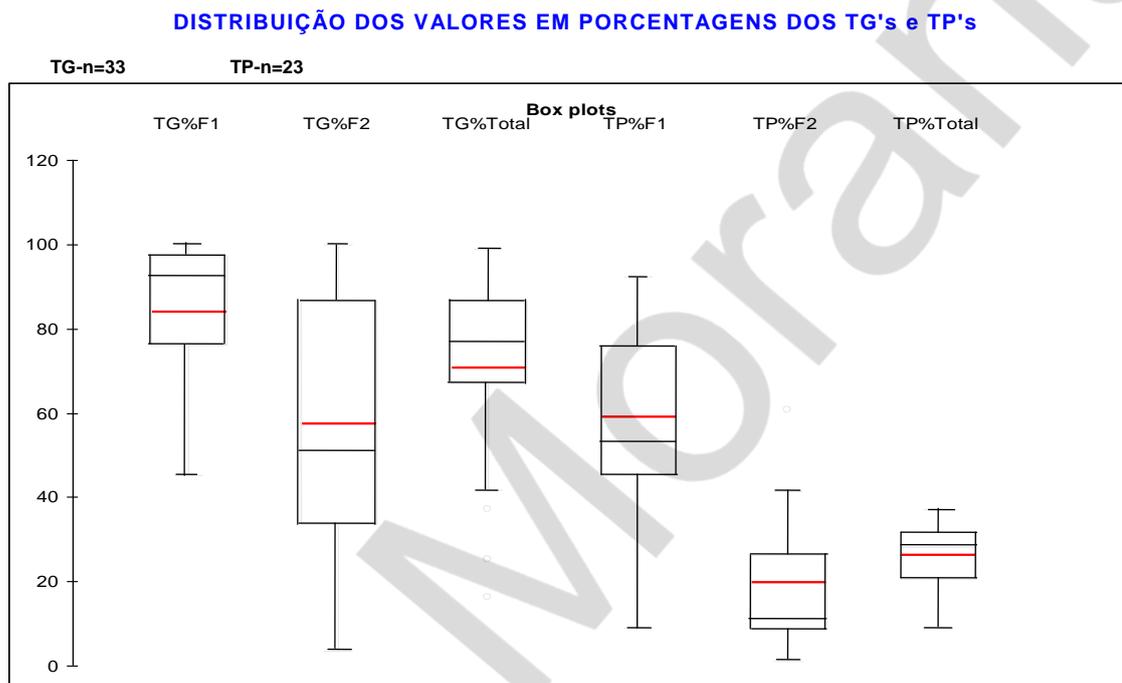


Gráfico 1 – Distribuição dos valores em % dos TG's e TP's

PORCENTAGENS

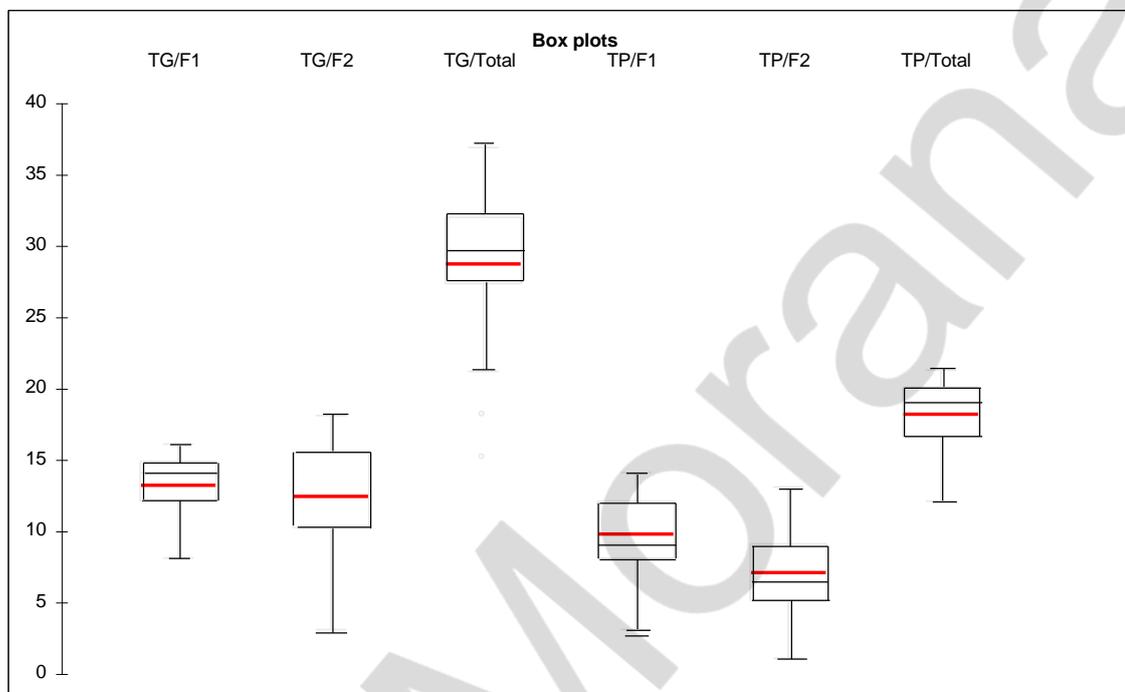
	TG%	TG%	TG%	TP%	TP%	TP%
	F1	F2	Total	F1	F2	Total
Nº de casos	33	33	33	23	23	23
Valor mínimo	45,3	3,4	16,2	8,9	1,1	9,0
1º Quartil	76,0	33,6	67,3	45,3	8,6	20,7
Mediana	92,5	51,1	77,1	53,3	11,2	28,2
3º Quartil	97,6	87,0	86,7	76,0	26,3	31,8
Valor máximo	100,0	100,0	99,0	92,5	60,8	37,1
Variação(Max.Min)	54,7	96,6	82,8	83,6	59,7	28,1
Média	83,9	57,5	70,6	59,0	19,8	26,4
Curtosis	3,06	1,97	3,42	2,79	4,33	2,51
Distorção	-1,07	-0,14	-0,99	-0,30	1,31	-0,59
Desvio Padrão	16,54	30,83	21,83	23,71	16,79	8,42

ANEXO G

DISTRIBUIÇÃO DOS VALORES ABSOLUTOS DOS TG's e TP's

TG-n=33

TP-n=23



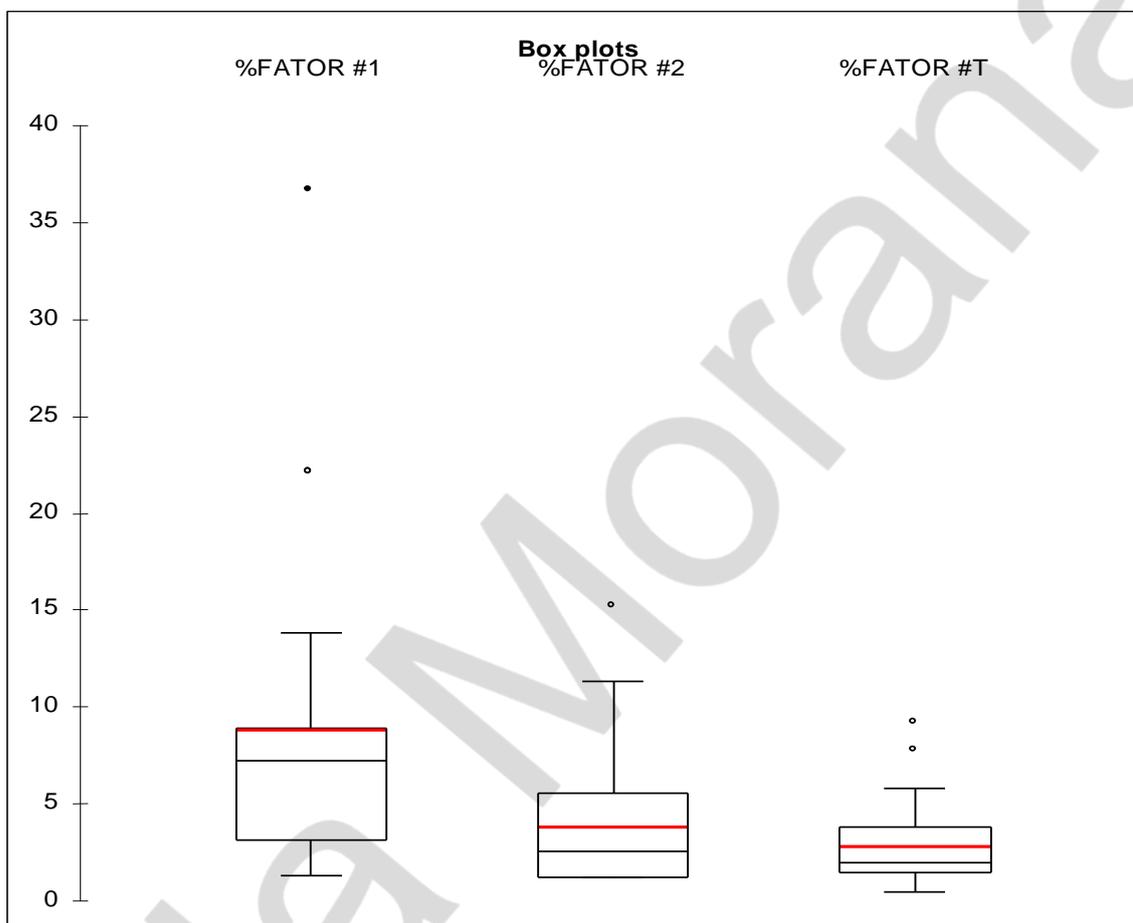
Abril, 2003

Gráfico 2 – Distribuição dos valores absolutos dos TG's e TP's

	Valores absolutos					
	TG/F1	TG/F2	TG/Total	TP/F1	TP/F2	TP/Total
Nº de casos	33	33	33	23	23	23
Valor mínimo	8,0	3,0	15,0	3,0	1,0	12,0
1º Quartil	12,0	10,2	27,3	8,0	5,0	16,5
Mediana	14,0	12,4	29,5	9,0	6,4	18,8
3º Quartil	14,8	15,4	31,9	12,0	9,0	20,0
Valor máximo	16,0	18,0	36,8	14,0	13,0	21,2
Varição(Max.-Min.)	8,0	15,0	21,8	11,0	12,0	9,2
Média	13,1	12,3	28,6	9,7	7,0	18,1
Curtosis	2,98	3,00	3,72	2,97	2,58	2,88
Distorção	-0,79	-0,66	-0,91	-0,42	0,10	-0,89
Desvio Padrão	2,26	4,17	5,21	2,99	3,15	2,68

ANEXO H

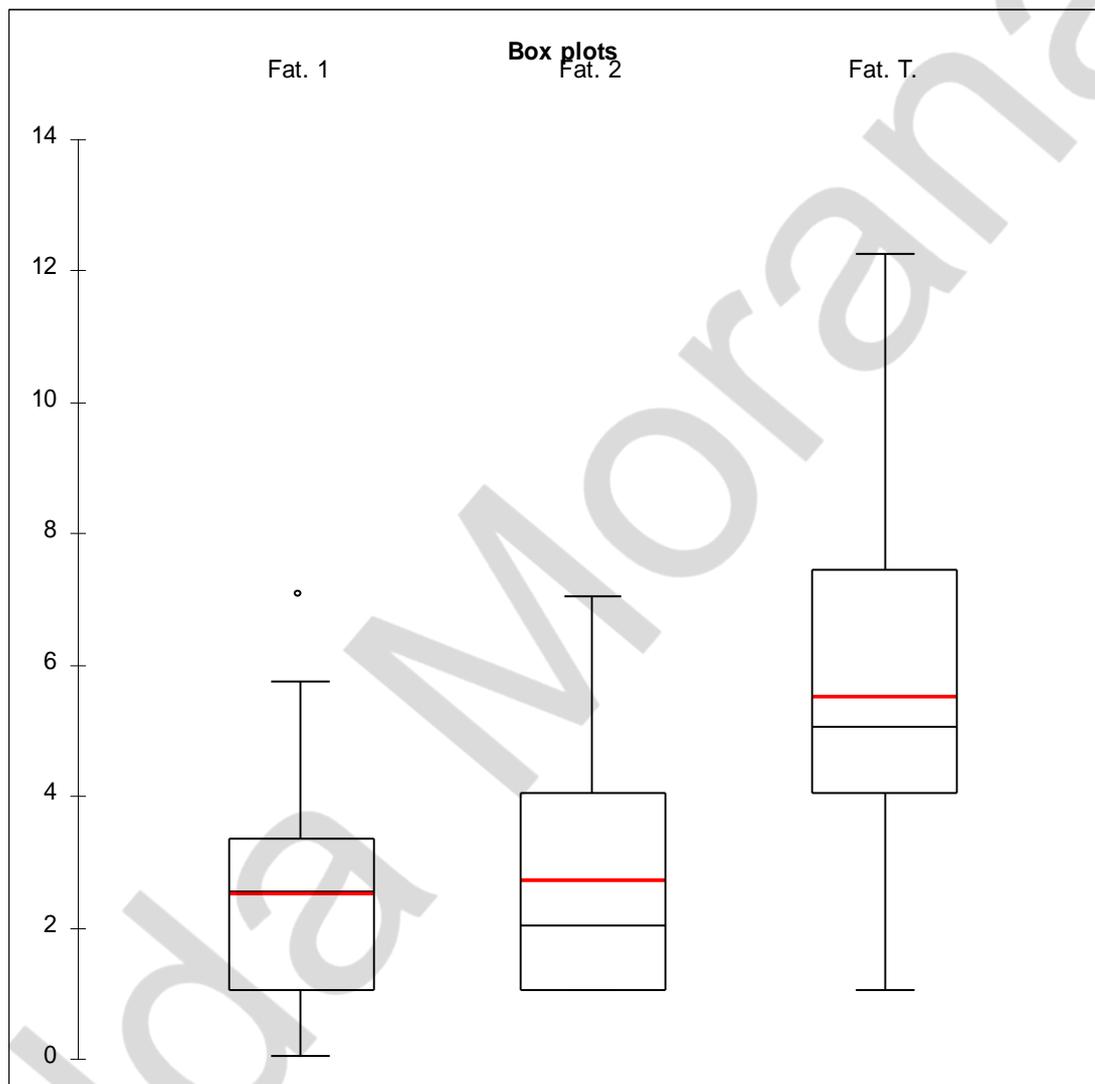
PCL-R – Valores em porcentagens em população de não criminosos



	%FAT1	%FAT2	%FATT
Mínimo	1,2	1,1	0,3
1° Quartil	3	1,1	1,3
Mediana	7,1	2,4	1,8
3° Quartil	8,8	5,4	3,7
Máximo	36,5	15	9
Média	8,7	3,7	2,7
Curtosis	4,29	3,93	1,15
Distorção	1,90	1,94	1,28
Desv. Pad	7,95	3,35	2,21

ANEXO I

PCL-R – Valores absolutos em população de não criminosos

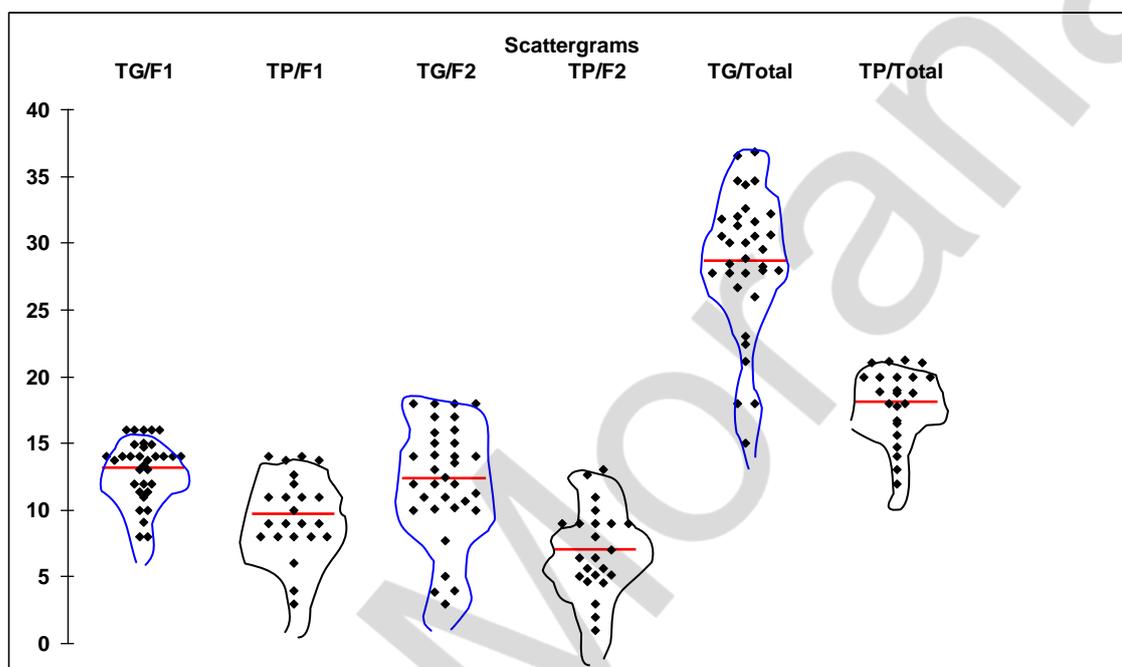


	Fato r1	Fator2	Fator T
Mínimo	0	1	1
1° Quartil	1	1	4
Mediana	2,5	2	5
3° Quartil	3,3	4	7,4
Máximo	7	7	12,2
Mean	2,48	2,68	5,48
Curtosis	0,08	0,27	0,10
Distorção	0,43	0,91	0,44
Std.Dev.	1,80	1,64	2,78

ANEXO J

DISPERÇÃO DOS VALORES EM TORNO DA MÉDIA

NUVENS COM PONTOS



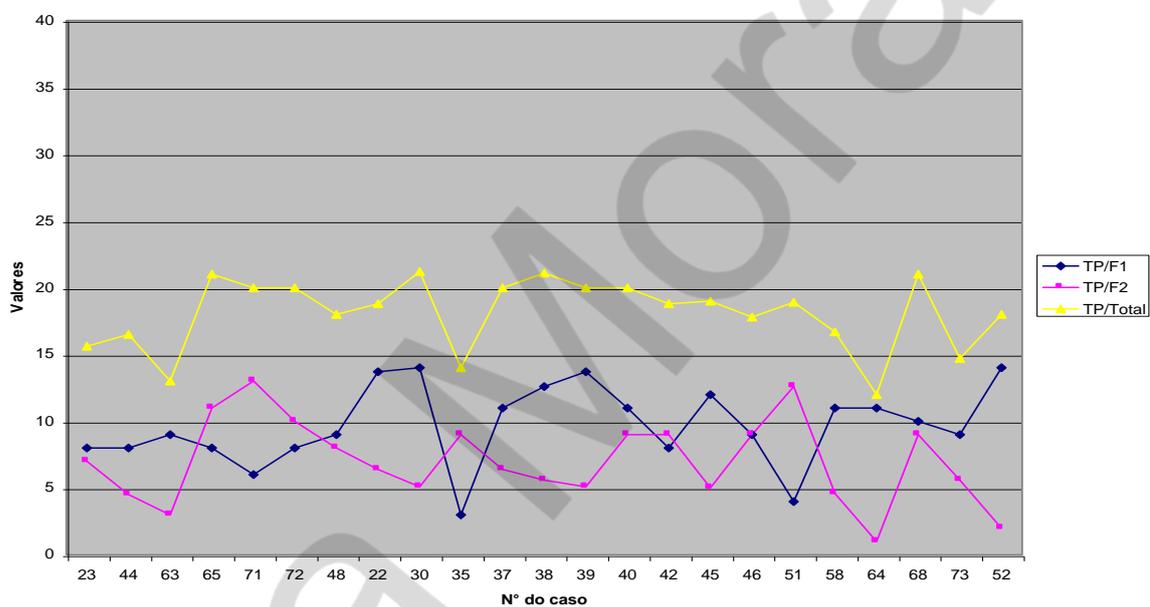
Abril de 2003

ANEXO K

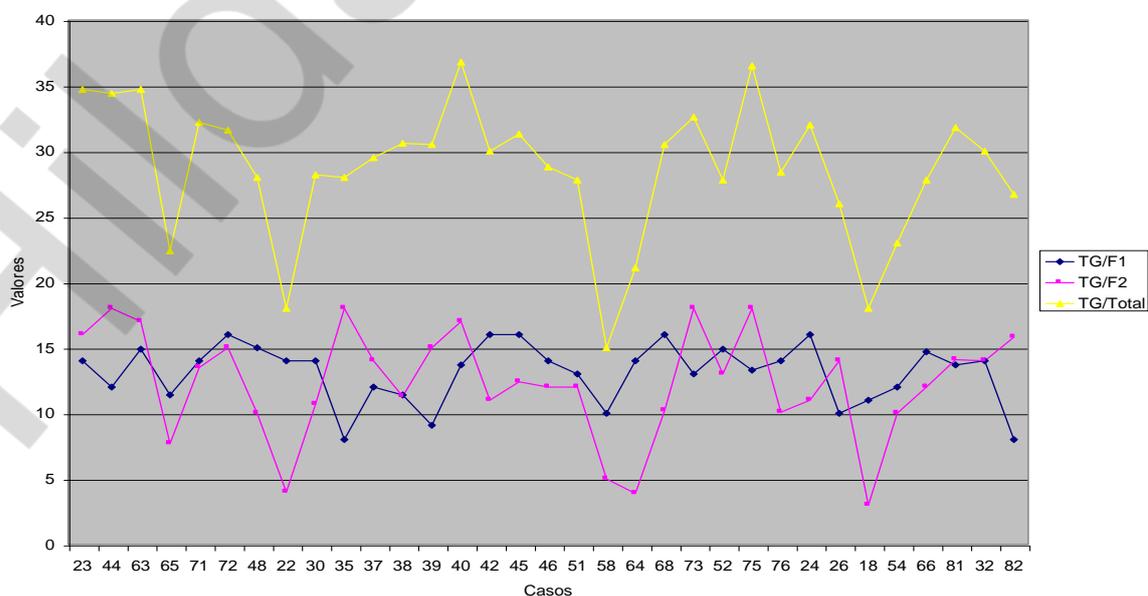
GRÁFICO EM ESCALA X-Y FATORES F1 E F2 EM PORCENTAGEM ACUMULADA

Gráfico em escala X-Y para a distribuição dos dados dos sub-grupos TG e TP quanto aos Fatores F1 e F2 em porcentagem acumulada

DISTRIBUIÇÃO DOS NÚMEROS ABSOLUTOS DOS TP's



DISTRIBUIÇÃO PCL-R SOMA BRUTA TG



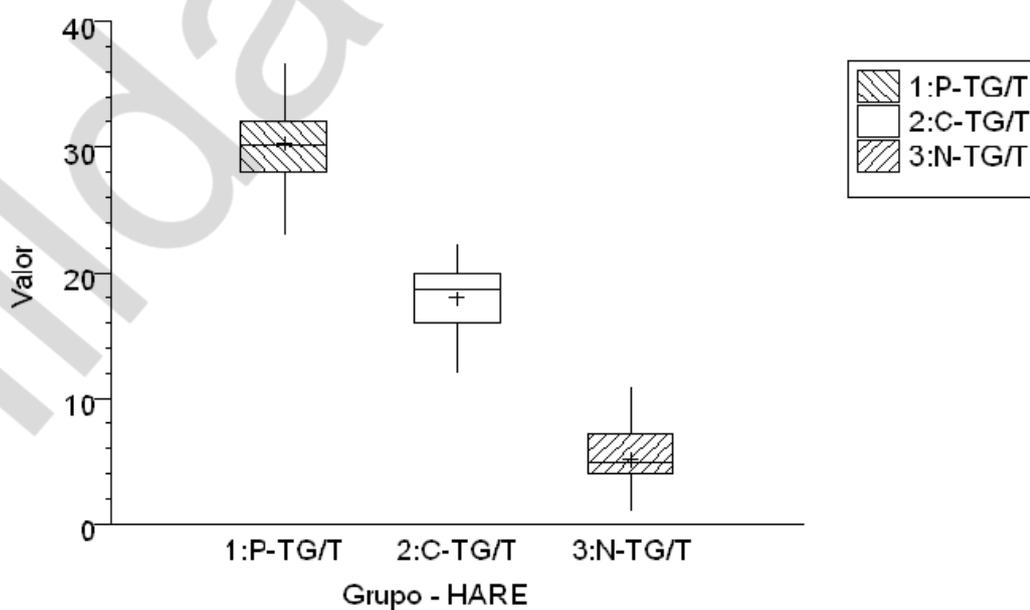
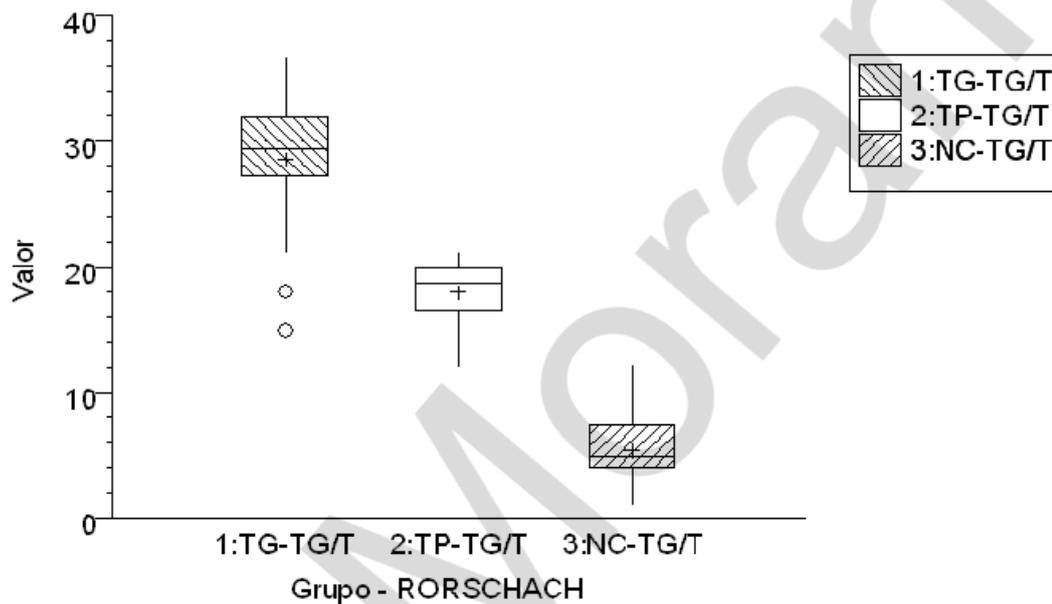
ANEXO L

FREQUÊNCIA ACUMULADA

Pontuação	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Acumulada	Male Forensic Patients (N = 440)			
				Total	Factor 1	Factor 2	Score
1,0	3	3,49	3,49	100.0			40
2,0	1	1,16	4,65	100.0			39
3,0	2	2,33	6,97	99.5			38
4,0	5	5,81	12,79	99.3			37
5,0	6	6,98	19,77	99.1			36
5,1	1	1,16	20,93	98.0			35
6,0	2	2,33	23,26	97.5			34
7,0	2	2,33	25,58	95.9			33
7,4	1	1,16	26,74	94.8			32
7,8	1	1,16	27,91	91.8			31
8,0	2	2,33	30,23	89.3			30
9,0	2	2,33	32,56	86.4			29
11,0	1	1,16	33,72	83.0			28
12,0	1	1,16	34,88	80.9			27
12,2	1	1,16	36,05	77.3			26
13,0	1	1,16	37,21	72.3			25
14,0	1	1,16	38,37	67.5			24
14,7	1	1,16	39,53	61.8			23
15,0	1	1,16	40,70	56.8			22
15,6	1	1,16	41,86	52.7			21
16,5	1	1,16	43,02	48.4			20
16,7	1	1,16	44,19	42.0			19
17,8	1	1,16	45,35	39.3		100.0	18
18,0	4	4,65	50,00	32.7		96.8	17
18,8	2	2,33	52,33	28.9	100.0	93.9	16
18,9	1	1,16	53,49	25.5	97.7	90.0	15
19,0	1	1,16	54,65	21.4	96.1	81.8	14
20,0	5	5,81	60,46	18.4	90.5	70.0	13
21,0	2	2,33	62,79	16.6	85.7	61.4	12
21,1	2	2,33	65,12	14.5	78.9	49.8	11
21,2	1	1,16	66,28	12.7	62.2	41.1	10
22,4	1	1,16	67,44	10.2	64.1	32.5	9
23,0	1	1,16	68,60	8.0	55.0	27.3	8
26,0	1	1,16	69,77	5.7	44.1	20.5	7
26,7	1	1,16	70,93	3.6	38.0	17.3	6
27,8	3	3,49	74,42	2.5	25.7	12.0	5
28,0	2	2,33	76,74	2.3	18.4	9.1	4
28,2	1	1,16	77,91	1.4	12.7	6.1	3
28,4	1	1,16	79,07	0.5	9.3	4.3	2
28,8	1	1,16	80,23	0.2	6.4	2.5	1
29,5	1	1,16	81,39	0.0	3.9	1.4	0
30,0	2	2,33	83,72				
30,5	2	2,33	86,05				
30,6	1	1,16	87,21				
31,3	1	1,16	88,37				
31,6	1	1,16	89,53				
31,8	1	1,16	90,70				
32,0	1	1,16	91,86				
32,2	1	1,16	93,02				
32,6	1	1,16	94,19				
34,4	1	1,16	95,35				
34,7	2	2,33	97,67				
36,5	1	1,16	98,84				
36,8	1	1,16	100,00				

ANEXO M

Parte 3 – Box-plot



Anexo M - Distribuição nos grupos – RORSCHACH

Gráfico de distribuição normal dos Não Criminosos

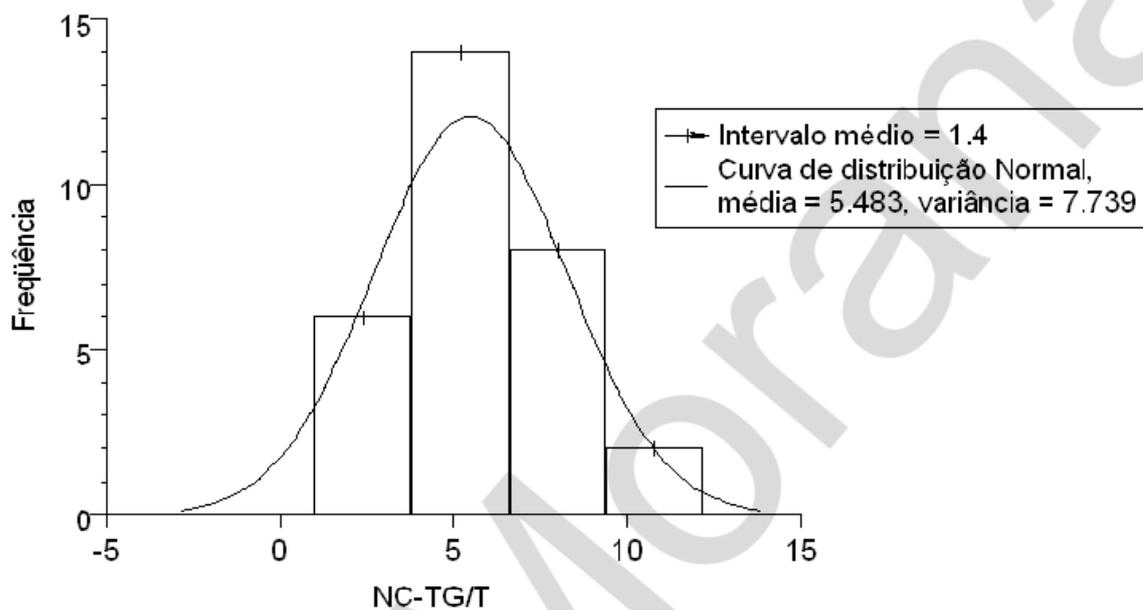


Gráfico de distribuição normal dos Transtornos Parciais

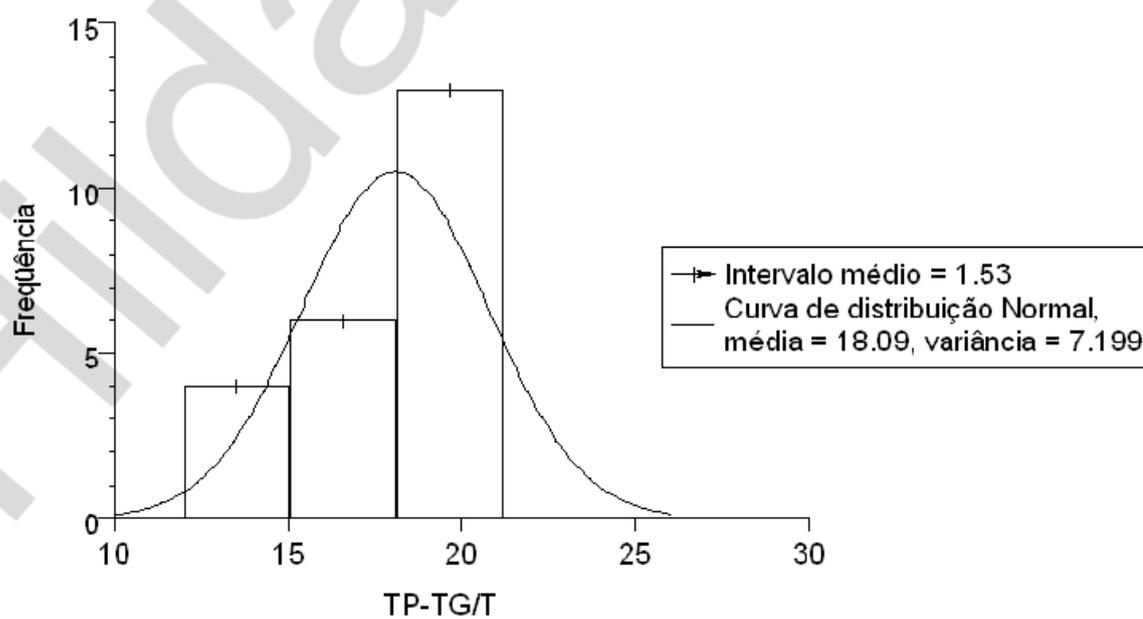
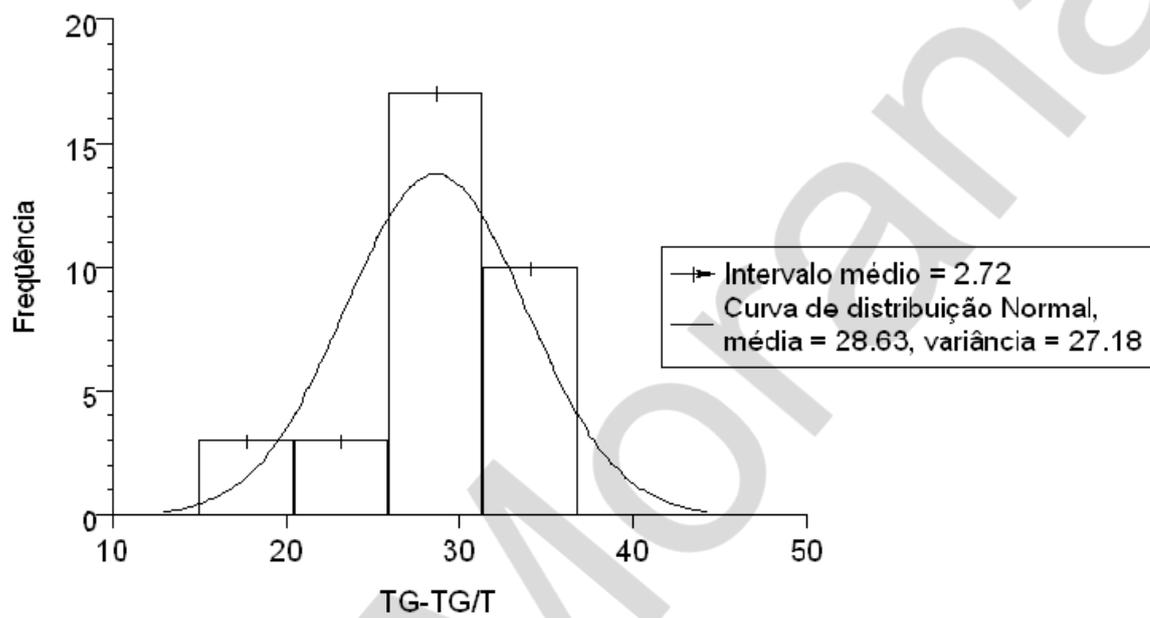


Gráfico de distribuição normal dos Transtornos Globais



ANEXO M - Distribuição nos grupos – HARE

Gráfico de distribuição normal dos Não Criminosos

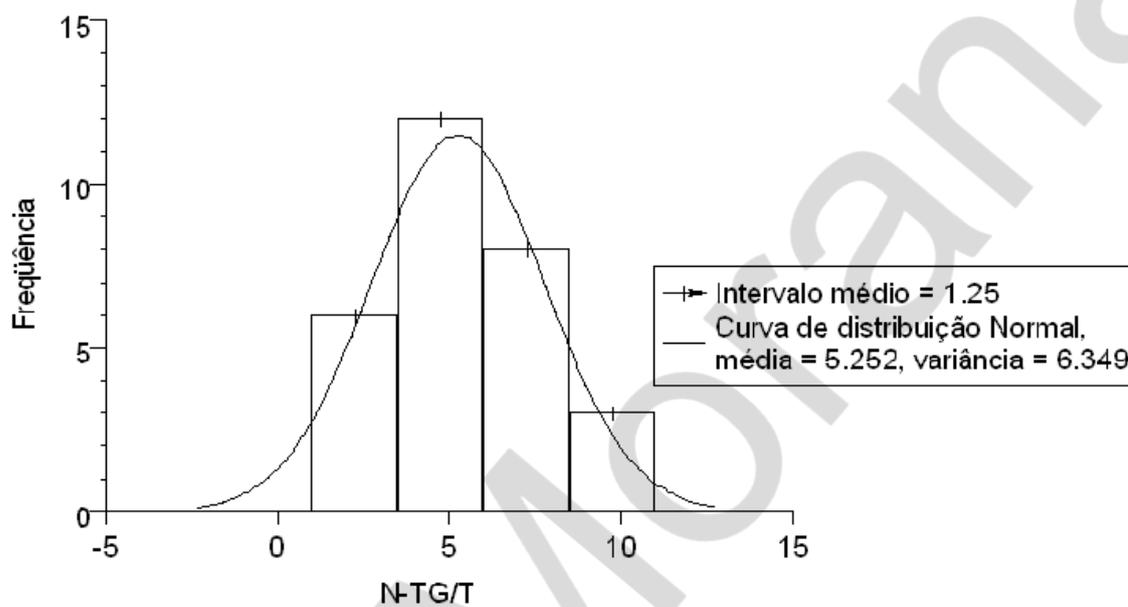
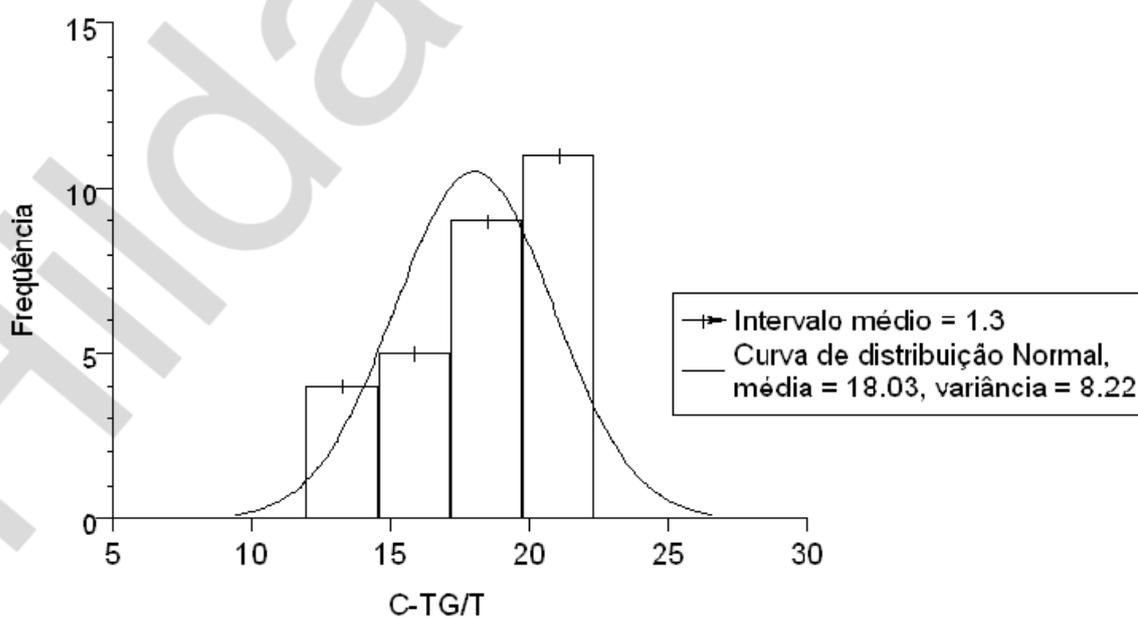
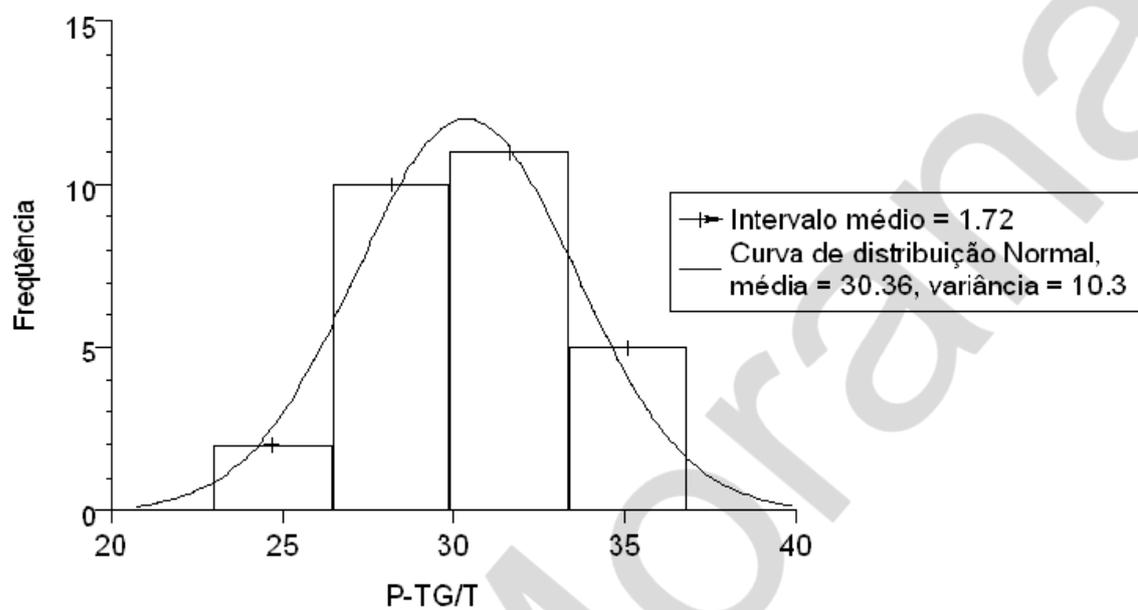


Gráfico de distribuição normal dos Transtornos Parciais



ANEXO M - Gráfico de distribuição normal dos Transtornos Globais

ANEXO N

THE HARE PSYCHOPATHY CHECKLIST - REVISED (PCL-R)
Scoring Grid

Rater: _____ Date: ____/____/____ Name: _____

Factor 1	Factor 2	Total Score	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	1. Glibness/Superficial Charm
<input type="text"/>		<input type="text"/>	2. Grandiose Sense of Self Worth
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3. Need for Stimulation/Proneness to Boredom
<input type="text"/>		<input type="text"/>	4. Pathological Lying
<input type="text"/>		<input type="text"/>	5. Conning/Manipulative
<input type="text"/>		<input type="text"/>	6. Lack of Remorse or Guilt
<input type="text"/>		<input type="text"/>	7. Shallow Affect
<input type="text"/>		<input type="text"/>	8. Callous/Lack of Empathy
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	9. Parasitic Lifestyle
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10. Poor Behavioral Controls
		<input type="text"/>	11. Promiscuous Sexual Behavior
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	12. Early Behavioral Problems
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	13. Lack of Realistic, Long-term Goals
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	14. Impulsivity
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	15. Irresponsibility
<input type="text"/>		<input type="text"/>	16. Failure to Accept Responsibility for Own Actions
		<input type="text"/>	17. Many Short-term Marital Relationships
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	18. Juvenile Delinquency
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	19. Revocation of Conditional Release
		<input type="text"/>	20. Criminal Versatility
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Raw Sum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Number of Missing Items
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Adjusted Sum (from Tables 1, 2, and 3)
Factor 1	Factor 2	Total Score	

ANEXO O

THE HARE PCL-R
Robert D. Hare, Ph.D.

Percentile Ranks for PCL-R Total and Factor Scores

Male Prison Inmates (N = 1192)				Male Forensic Patients (N = 440)			
Score	Total	Factor 1	Factor 2	Total	Factor 1	Factor 2	Score
40	100.0			100.0			40
39	99.9			100.0			39
38	99.7			99.5			38
37	99.0			99.3			37
36	98.1			99.1			36
35	96.0			98.0			35
34	94.4			97.5			34
33	90.9			95.9			33
32	86.7			94.8			32
31	82.0			91.8			31
30	77.1			89.3			30
29	71.6			86.4			29
28	67.3			83.0			28
27	63.5			80.9			27
26	59.3			77.3			26
25	55.0			72.3			25
24	51.1			67.5			24
23	46.3			61.8			23
22	41.7			56.8			22
21	37.1			52.7			21
20	31.8			48.4			20
19	28.2			42.0			19
18	25.3		100.0	39.3		100.0	18
17	22.2		97.7	32.7		96.8	17
16	19.1	100.0	91.4	26.9	100.0	93.9	16
15	16.2	97.6	82.6	25.5	97.7	90.0	15
14	13.5	92.5	71.1	21.4	96.1	81.8	14
13	10.9	85.8	60.8	18.4	90.5	70.0	13
12	9.0	76.0	51.1	16.6	85.7	61.4	12
11	7.6	68.0	41.5	14.5	78.9	49.8	11
10	6.5	60.5	33.6	12.7	62.2	41.1	10
9	5.7	53.3	26.3	10.2	64.1	32.5	9
8	4.9	45.3	20.1	8.0	55.0	27.3	8
7	3.6	36.5	15.0	5.7	44.1	20.5	7
6	2.5	29.0	11.2	3.6	38.0	17.3	6
5	1.8	22.0	8.6	2.5	25.7	12.0	5
4	1.3	13.7	5.4	2.3	18.4	9.1	4
3	0.9	8.8	3.4	1.4	12.7	6.1	3
2	0.7	5.4	1.9	0.5	9.3	4.3	2
1	0.3	3.0	1.1	0.2	6.4	2.5	1
0	0.1	1.2	0.4	0.0	3.9	1.4	0

Copyright © 1990, 1991 by Robert D. Hare, under exclusive license to Multi-Health Systems, Inc., 1990, 1991.

Multi-Health Systems, Inc. (U.S.A), 908 Niagara Falls Boulevard, North Tonawanda, N.Y. 14120, toll-free (800) 456-3003.

Multi-Health Systems, Inc. (Canada), 65 Overlea Boulevard, Suite 210, Toronto, Ontario M4H 1P1, toll-free (800) 268-6011.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hilda Morana

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKISKAL, H.S. Pathologic personality, temperament and treatment.

Encephale, mar, 21, (Special, n.2), p. 47-9, 1995.

ALM, P.O.; KLINTEBERG,B.; HUMBLE,K. Psychopathy, platelet MAO

activity and criminality among former juvenile delinquents. **Acta**

Psychiatr Scand, n.94, p.105-11, 1996.

ALTEMEIER,W.A. 3rd; O'CONNOR,S.; VIETZE, P.M.; SANDLER,H.M.;

SHERROD,K.B. Antecedents of child abuse. **Behav. Pediatr.** v.100,

p. 823-9, 1982.

ALUJA.A;TORRUBIA.T. Componentes psicológicos de la personalidad

antisocial en delincuentes: búsqueda de sensaciones y susceptibilidad a

las señales de premio y castigo. *Rev.Psiquiatria Fac. Med. Barna*,

v.23, p.47-56, 1996.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical**

manual of mental disorders. 3rd., Washington DC, APA,1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical**

manual of mental disorders. 4th., Washington DC, APA,1994.

- ANGOFF, W.H. Scales, norms and equivalent scores. In: THOMDIKE, R.L. **Educational measurement**. Washington DC, American Council on Education, p. 508-600, 1971.
- BANKS, T.; DABBS, J.M. Salivary testosterone and cortisol in a delinquent and violent urban subculture. **Social Psychol.**, v. 136, p. 49-56, 1996.
- BARKER, E.T.; SHIPTON B. The Partial Psychopath. **Annual Meeting of the Ontário Psychiatric Association, 68th**, Canadá. 1988.
- BECK, A.; FREEMAN, A. **Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- BERNSTEIND, D.P.; COHEN, P.; SKODOL, A.; BEZIRGANIAN, S.; BROOK, J.S. Childhood antecedents of adolescent personality disorders. **Am. J. Psychiatry**, v. 153, p. 907-13, 1996.
- BERRIOS, G.E. **The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century**. Cambridge, Cambridge University Press, 1996.
- BEST, M.; WILLIAMS, J.M. ; COCCARO, E.F. Evidence for a dysfunctional prefrontal circuit in patients with an impulsive aggressive disorder. Children's Hospital of Philadelphia Disponível em: <http://www.pnas.org/cgi/content/abstract/112604099v1>. Acesso em maio, 2002.
- BOHM, E. **Manual del psicodiagnóstico de Rorschach**. Madrid, Morata, 7.^a ed., 1979.

BIENENFELD, D. Personality disorders, **eMedicine**, v.3, n.4, 2002.

Disponível em: <http://www.emedicine.com/med/topic3472.htm>. Acesso em maio, 2003.

BLOOM, F.E.; DAVID, M.D.; KUPFER, J. Psychopharmacology: the fourth generation of progress. Am. Coll. **Neuropsychopharmacol.**, v.30, p. 2002. Disponível em:

<http://www.acnp.org/g4/GN401000152/Default.htm>. Acesso em maio, 2003.

BOLLONE, P.L.B. **Cesare Lombroso ovvero il principio dell'irresponsabilità**. Torino, Società Editrice Internazionale, 1992.

BOLTON, S; GUNDERSON, J.G . Distinguishing borderline personality disorder from bipolar disorder : differential diagnosis and implications [clinical conference] . **Am. J. Psychiatry**, v.154, p.1175-6; discussion. 1176-7 Comment in: *Am J Psychiatry*, v.154, p.1176,1997.

BOUCHARD, T. J. Genes, environment, and personality. **Science**, v. 264, p. 1700-01, 1994.

BOURBON, S. Transtorno do Déficit de atenção/ hiperatividade em crianças e adultos - uma revisão. **Rev. Bras. de Neurol. e Psiquiatria**. v. 3, 1999. Disponível em: <http://www.adhd.com.br/transtorno.htm>, Acesso em maio, 2003.

BRASIL, Decreto-Lei nº. 2848 de 07 de dezembro de 1940. Dispõe sobre a redução da pena. Parágrafo único. Disponível em http://www.oabsp.org.br/lexonline/default_fr.html.

BRENNAN, P.A. Maternal Smoking During Pregnancy and Adult Male Criminal Outcomes **Arch. Gen. Psychiatry**. v.56, p. 215-9, 1999.

- BRUNO, A. F.; TÓRTORA, G. F. Las psicopatías, **Psicología forense, sexología y praxis**, v. 2, nº 4, 1996. Disponível em: http://www.aaps.com.ar/forense/4/for4_02.htm. Acesso em maio, 2003.
- BUCHANAN, A. LEESE, M. Detention of people with dangerous severe personality disorders: a systematic review. **Lancet**, v. 358, p.1955-9, 2001.
- CAWTHRA,R.; GIBB, R. Severe personality disorder- whose responsibility? **Br. J. Psychiatry**, v. 173, p. 8-10, 1998.
- CLARK&SCHKADE **Statistical analysis for administrative decision**, 3rd ed. New York, South-Western Publishing, 1979.
- CLARKIN, J.F.; LENZENWEGER, M.F. **Major theories of personality disorder**. New York, Guilford Press, 1996.
- CLECKLEY,H. **The mask of sanity**. 5th ed., St Louis, Mosby, 1988.
- CLONINGER C.R.; SVRAKIC D.M.; PRZYBECK T.R. A psychobiological model of temperament and character. **Arch. Gen. Psychiat.**, v.50, p. 975-89, 1993.
- COCCARO E.F.; Kavoussi R.J.; Cooper, T.B.; Hauger R.L. Central serotonin activity and aggression: inverse relationship with prolactin response to d-fenfluramine, but not CSF 5-HIAA concentration, in human subjects **Am. J. Psychiatry** v.154, p. 1430-5,1997.
- COELHO, L. **Epilepsia e personalidade**. São Paulo, Editora Ática, 1980.
- COELHO,L.; CARLOS SÁLVIA, M. Estudo estatístico dos fatores do Rorschach em população normal. São Paulo, **Sociedade Rorschach de São Paulo**. Publicação Especial, 1997.

- COELHO, L.(coord.) **Rorschach clínico: manual básico**. São Paulo Terceira Margem, 2000.
- COOKE, D. J., MICHIE, C. An Item Response Theory analysis of the Hare Psychopathy Checklist. **Psychol. Assessment**, v.9, p.3-13,1997.
- COOKE, D. J. Psychopathic disturbance in the Scottish prison population: Cross-cultural generalizability of the Hare Psychopathy Checklist. **Psychol., Crime Law**, v.2, p.101-18, 1995.
- CÔTÉ, G. Interrater reliability and interrater agreement with the French version of the Hare's Psychopathy Checklist [Abstract]. **Can. Psychol.**, v.31 (2a), p.391, 1990.
- CÔTÉ, G., HODGINS, S. **L'Échelle de psychopathie de Hare - Révisée: Éléments de la validation de la version française**. Toronto, Multi-Health Systems, 1996.
- DALGALARRONDO, P.; OLIVEIRA MARTINS, M.C. Aspectos neuropsiquiátricos do lobo frontal: o caso da síndrome de Cotard. **Neurobiologia**, v. 63, p. 11-18, 2000.
- DEPARTMENT OF HEALTH, Home Office. **Managing dangerous people with severe personality disorder**. London: Home Office. Disponível em: <http://www.homeoffice.gov.uk/cpd/persdis.htm> 1999. Acesso em out, 2002.
- DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/depen> Acesso em ago, 2003.
- DERKSEN, J. **Personality Disorders: clinical & social perspectives**. New York, Wiley-Interscience Publication John Wiley & Sons, 1995.

DHOSSCHE, D. M. Assessment and importance of personality disorders in medical patients: an update. **South. Med.**, v. 92 p. 546-56,1999.

DOBBELS,F.; PUT,C.;VANHAECKE,J. Personality disorders: a challenge for transplantation. Center for Health Services and Nursing Research; University Hospital Gasthuisberg, Leuven, Belgium. **Prog.Transpl. NATCO** v.10, p.226-32, 2000.

DOLAN, B.; EVANS C.; NORTON K. Multiple axis-II diagnoses of personality disorder. **Br. J. Psychiatry**, v.166, p. 107-12, 1995.

DOWSON,J.H.; GROUNDS, A. **Personality disorders: recognition and clinical management**, Cambridge, University Press, 1995.

DRIESSEN, M.; Herrmann, J.; Stahl, K.; Zwaan, M; Meier, S.; Hill, A.; Osterheider, M.; Petersen, D. Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 57, p. 1115-22, 2000.

FREEMAN,C.P.L. Personality disorders. In: KENDELL,R.E., ZEALLEY,A.K. **Companion to psychiatric studies**. 5Th ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, p.587-615,1993.

FULERO,S. M. Review of the Hare Psychopathy Checklist. In:CONOLEY,J.C. ; IMPARA, J.C. (Ed). **Mental measurements yearbook**. 12th ed. Lincoln, N. E., Buros Institute, p. 453-4,1995.

GACONO,C.B., MELOY,J.R. The Rorschach and the DSM-III antisocial personality: a tribute to Robert Linder. **Clin. Psychol.**, v.48, p. 393-406, 1992.

GACONO,C.B., MELOY,J.R. **The Rorschach assessment of aggressive and psychopathic personalities**. New Jersey, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, 1994.

GACONO,C.B. The use of the psychopathy checklist-revised (PCL-R) and Rorschach in treatment planning with antisocial personality Disordered Patients. **Int.Offender Ther. Comp. Criminol.**, v.42, p. 49-64, 1998.

GACONO, C. B.; BODHOLDT, R. H. The role of the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) in violence risk and threat assessment. **J. Threat Assessment**, v.1, p. 65-79, 2002.

GESCH, C.B.; HAMMOND, S. M.; HAMPSON, S. E.; EVES, A.; CROWDER, M. J. Influence of supplementary vitamins, minerals and essential fatty acids on the antisocial behaviour of young adult prisoners. **Br. J. Psychiatry**, v. 181, p. 22-8, 2002.

GONÇALVES, R. A. Psychopathy and offender types. Results from a Portuguese prison sample. **Int. J. Law Psychiatry**, v. 22, p. 337-46, 1999.

GRANN, M., LÅNGSTRÖM, N., TENGSTROM, A., KULLGREN, G. Psychopathy (PCL-R) predicts violent recidivism among criminal offenders with personality disorders in Sweden. **Law Hum. Behav.**,v. 23, p.205-18, 1999.

GREINER, N.; NUNNO, V. J. Psychopaths at Nuremberg? A Rorschach analysis of the records of the Nazi war criminals. **J. Clin. Psychol.**, v.50, p.415-29, 1994.

HARE,R.D. **Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised**. Toronto, Multi-Health System, 1991.

- HARE, R.D. **Without conscience: the disturbing world of the psychopaths among us.** New York, Simon & Schuster, 1993.
- HARE, R.D. Psychopaths: new trends in research. **Harvard Mental Health Letter**, v.12, p. 4-5, 1995.
- HARE, R.D. Psychopathy and antisocial personality disorder: a case of diagnostic confusion. **Psychiatric Times**, v.13, n.2, p. 39-40, 1996.
- HARE, R.D. The Hare PCL-R: some issues concerning its use and misuse. **Legal Criminol. Psychol.**, v.3, p.101-22, 1998.
- HARE, R.D., HARPUR, T. J., HAKSTIAN, A. R., FORTH, A. E., HART, S. D., & NEWMAN, J. P. The Revised Psychopathy Checklist: Reliability and factor structure. **Psychol. Assessment**, v.2, p. 338-41, 1990.
- HARRIS, G. T.; RICE, M.E.; CORMIER, C. A. Psychopathy and violent recidivism. **Law Hum. Behav.**, v.15, p. 625-37, 1991.
- HART, S. D.; HARE, R. D. The association between psychopathy and narcissism: theoretical views and empirical evidence. In : RONNINGSTAM, E., (Ed.), **Disorders of narcissism: theoretical, empirical, and clinical implications** Washington, DC, American Psychiatric, p. 415-36, 1997.
- HEMPHILL, J. F.; TEMPLEMAN, R.; WONG, S.; HARE, R.D. Psychopathy and crime: Recidivism and criminal careers. In COOKE, D.J.; FORTH, A. E.; HARE, R.D. (Ed.) **Psychoapthy: theory, research and implications for society**, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, p. 375-99), 1998.

HERPERTZ,S.C.; HERPERTZ, S. C.; WERTH, U.; LUKAS, G.; QUNAIBI, M.; SCHUERKENS, A.; KUNERT, H-J.; FREESE, R.; FLESCHE, M.; MUELLER-ISBERNER, R.; OSTERHEIDE, R. M.; SASS, H. Emotion in criminal offenders with psychopathy and Borderline Personality Disorder, **Arch. Gen. Psychiatry**. v.58, p.737-45, 2001.

HUSAIN, O. Is the Rorschach of Psychopaths the same on both side of the Atlantic? In: **Rorschachiana Yearbook of The International Rorschach Society.**, Hogrefe & Huber Publishers, Canada, v. 20, 1995.

ISABEL B.; MONTERO L. O.; AFFANNI J. M. Alteraciones de la corteza orbitaria anterior en un sujeto con grave comportamiento antisocial. ALCMEON Año IX - Vol.7 Nro. 1- Setembro. 18. 5:1. Disponível em: http://www.alcmeon.org.ar/26/alc26_01.htm., 1998. Acesso em maio, 2003.

JOHNSON J. G.; COHEN P., SKODOL A. E.; OLDHAM, J.M.; STEPHANIE, K.; BROOK, J.S. Personality disorders in adolescence and risk of Major Mental Disorders and Suicidality During Adulthood **Arch. Gen. Psychiatry**, v. 56, p. 805-11,1999.

JOZEF, F. O. **Criminosos homicida: estudo clínico-psiquiátrico**. Tese (Doutorado). Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro,1997.

JUAN, A.A. El trastorno de conducta en la infância como precursor del trastorno antisocial del adulto. Estudios de seguimiento a medio y largo plazo. Necesidad de programas preventivos. **Psiquiatria.com**, v.2, n.4, Disponível em: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num4/art_2.htm 1998. Aceso em fev,1999.

- JUMES, M. T. ; OROPEZA. P. P.; GRAY, B. T.; GACONO, C. B. Use of the Rorschach in Forensic settings for treatment planning and monitoring **Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol.**, v.46, p.294-307, 2002.
- JUSTICE,B.; JUSTICE,R.; KRAFT,I.A. Early-warning signs of violence: Is a triad enough? **Am. J. Psychiatry**, v.131, p.457-59, 1974.
- KENDELL,R.E., ZEALLEY,A.K. Companion to psychiatric studies. 5Th ed., Edinburgh, Churchill Livingstone, 1993.
- KERNBERG, O. F. **Transtornos graves de personalidade. Estratégias psicoterapêuticas.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.
- KLONSKY, D. E.; OLTMANN, T.F.; TURKHEIMER, E.; FIEDLER, E. R. Recollections of conflict with parents and family support in the personality disorders. **J. Personal. Disorders** v. 14, p. 327- 38, 2000.
- KONRAD, N. Prisons as New Asylums. **Curr. Opin. Psychiatry** v.15, n.6, p.583-7, 2002.
- KRETSCHMER, E. **La Structure du corps et le Caractère. Recherches sur le problème de la constitution et la science des tempéraments.** Paris, Payot, 1930.
- LaPIERRE, D.; BRAUN C. J. M.; HODGINS, S. Ventral frontal deficits in psychopathy: neuropsychological test findings. **Neuropsychologia**, v.33, n.2, p.139-51,1995.
- LEVINE, D.M. Estatística: teoria e aplicações. São Paulo, LTC, 1998.
- LOEBER, R.; GREEN, S. M.; KEENAN, K.; LAHEY, B. B. Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-

year longitudinal study. **Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v. 34, p. 499-509, 1995.

LÓPEZ-IBOR, J.J.J. The Axis on clinical disorders (Axis I) of ICD-10. **Newsletter World Psychiatric Association**. In: IX World Congress of Psychiatry, 1993.

LOVING, J.L. Treatment planning with psychopathy checklist-revised (PCL-R) . **Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol.**, v.46, p.281-93, 2002.

LYONS, M.J.; True, W. R.; Eisen S.A.; Goldberg, J.; Meyer, J.M.; Faraone, S.V.; Eaves, L.J.; Tsuang, M.T. Differential heritability of adult and juvenile antisocial traits. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.52, p. 906-15, 1995.

LYKKEN D. T. **The antisocial personalities**. Lawrence Erlbaum Assoc., 1995.

MAIER, W. LICHTERMAN D, KLINGER T, HEUN R, HALLMAYER J. Prevalences of Personality disorders (DSM-III) in the community. **J. Personal. Disorders**. v.6, p.187-96, 1992.

MARIETÁN, H. Personalidades psicopáticas. **Alcmeon**, v.7, 1998.

Disponível em:

http://www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/27/alc27_07.htm. Acesso em dez, 1998.

MARTIN, S.L.; RAJU, N.S. Determining Cutoff Scores that optimize utility: A recognition of recruiting costs. **Appl. Psychol.**, v.77, p.15-23, 1992.

- MCBURNETT, K.; BENJAMIN B.; RATHOUZ, L.; PAUL J.; LOEBER, R.
Low salivary cortisol and persistent aggression in boys referred for disruptive behavior. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.5, p. 38-43, 2000.
- MCELROY S.L., SOUTULLO CA, BECKMAN DA, TAYLOR P, KECK P.E.
DSM-IV intermittent explosive disorder: a report of 27 cases. **J. Clin. Psychiatry**. v.59, p. 203-10, 1998.
- MENDES FILHO, R. B. Os transtornos da personalidade. **Bol. Soc. Rorschach São Paulo**. v. 8, n. 1, p.72-83, 1995.
- MENDES FILHO, R. B. **Esboço de uma filosofia da prática em psiquiatria**. São Paulo, 2002. Material didático para grupo de estudos.
- MERIKANGAS, K.; WEISSMAN, M. **Epidemiology of DSM-III Axis II personality disorders**. In: Frances A, Hales R (eds). American Psychiatric Association Annual Review. Washington,DC, American Psychiatric Press, 1986.
- MOLTO, J.; CARMONA, E.; POY, R.; AVILA, C.; TORRUBIA, R. The Psychopathy Checklist-Revised in spanish prison populations: some data on reliability and validity. In Cooke, D. J.; Forth, A. E.; Newman, J. P; Hare, R. D. (Eds.) **Issues in Criminological and Legal Psychology**: n. 24, International perspectives on psychopathy Leicester, British Psychological Society, p. 109-14, 1996.
- MORAN, P. The epidemiology of antisocial personality disorder Soc. Psychiat. **Psychiatric Epidemiol**. v. 34, p. 231-42, 1999.
- MORANA, H. Subtypes of antisocial personality disorder and the implications for forensic research: issues in personality disorder assessment **Int. Med. J**. v. 6, p. 187-99,1999.

MORANA, H. Possível distinção baseada na extensão e grau dos transtornos da personalidade. In: **XV CONGRESSO BRASILEIRO DE PSQUIATRIA**. Brasília, Out., 1997.

MORANA, H; MENDES FILHO, R.M.; PASQUALINI CASADO, L.
Description of the personality of a bushfighter. In: **XIX CONGRESSO BRASILEIRO DE PSQUIATRIA. XVIII JORNADA PERNAMBUCANA DE PSQUIATRIA E II CONGRESSO BRASILEIRO DA ASMELP**. Recife, Out., 2001.

MORANA, H.; MENDES FILHO, R. Trastornos de la Personalidad: Tratamiento e Rehabilitación. In: **VII CONGRESO URUGUAYO DE PSQUIATRIA**. Punta del Este, Uruguay. Abril, 2000.

MULLEN, P.E. Dangerous people with severe personality disorder. *BMJ*, v.319, p. 1146-7,1999.

MURRAY, R.; HILL, P.; McGUFFIN, P. **The essentials of Postgraduate Psychiatry**. 3rd ed. Cambridge, Cambridge University Press, 1997.

National Child Abuse and Neglect Data System (NCANDS).

Children's Bureau Administration on Children, Youth and Families
Summary of Key Findings from Calendar Year 2000 April 2002.

Disponível em

<http://www.calib.com/nccanch/pubs/factsheets/canstats.cfm>.

Acesso em: abr, 2003.

OLIVEIRA, O. P.; TEITELBAUM, P. O. Delinqüência no Rio Grande do Sul: um estudo de prevalência da população carcerária. In: **FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA MÁRIO MARTINS**, Jornada Paulo Guedes, 5. Porto Alegre, Dezembro, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Coord.) **Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Trad. Caetano, D. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993

PAIS, L.M.S.G.G. Elementos para uma melhor compreensão do funcionamento do indivíduo inimputável perigoso homicida. Monografia de fim de curso. Apresentada na área de psicologia Clínica. Instituto Superior de Psicologia Aplicada da Universidade de Coimbra, Portugal, 1988/1989.

PARISI, S., PES, P.; FARAGLIA, A.; LANOTTE, A.; SPACCIA, S. Disturbi di Personalità e Psicodiagnóstica Rorschach. Roma, Edizioni Kappa, 1992.

PERRY, J.C. Problems in considerations in the assessment of personality disorders. Am. J. Psychiatry, v. 149, p.1645-53,1992.

PETERSON, B. J. Cross-validation of the checklist for the assessment of psychopathy in a prison sample. Dissertation Abstracts International, 45 (10-B), 3343, 1985.

PIOTROWSKI, C. Use of the Rorschach in forensic practice. Perceptual Motor Skills, v.82, p.254, 1996.

PITCHFORD, I. The origins of violence: is psychopathy an adaptation? The Human Nature Review. v.1, p. 28-36, 2001. Disponível em <http://human.nature.com/nibbs/01/psychopathy.html>. Acesso em fev, 2003.

PLOMIN, R.; DANIELS, D. Why are children in the same family so different from one another? Behav. Brain Science, v.10, p.1-60, 1987.

- PRINS, H. Antisocial (psychopathic) personality disorders and dangerousness: two potentially dangerous concepts. In: Tyrer,P.;Stein,G. Gaskell. **Personality Disorder Reviewed**. Royal College of Psychiatrists, London, 1993.
- QUINSEY ,V.L.; LALUMIÈRE, M. L. Psychopathy is a nonarbitrary class. **Behav. Brain Sci**, v.18, p.571,1995.
- RAINE, A. A psychometric assessment of Hare's checklist for psychopathy in an English prison population. **Brit. J. Clin. Psychol.**, v.24, p.247-58, 1985.
- RAINE A. Selective Reductions In Prefrontal Glucose Metabolism In Murderers. **Biol Psychiatry**, v.15; p. 365-73, 1994.
- RAINE, A.; LENCZ,T.; BIHRLE,S.; LaCASSE,L.; COLLETTI,P. Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. **Arch. Gen. Psychiatry**; v.57, p. 119-29, 2000.
- RASMUSSEN, K.; STORS-ETER, O.; LEVANDER, S. Personality Disorders, Psychopathy, and Crime in a Norwegian Prison Population. **Int. J. Law Psychiatry**, v.22, p.91, 1999.
- RATEY, J.J. **Neuropsychiatry of Personality Disorders**. London, Blackweel Science, 1995.
- RESNICK,M.N., NUNNO,V.J. The Nuremberg mind redeemed: a comprehensive analysis of the Rorschachs of Nazi war criminals. **J.Pers.Assess.**,v. 57, p.19-29, 1991

- RIESCO Y; PEREZ URDANIZ A; RUBIO V; IZQUIERDO JA; SANCHEZ IGLESIAS S; SANTOS JM; CARRASCO JL. Evaluación de trastornos de la personalidad en una población penal con el IPDE y el MMPI. **Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines**, SPAIN, v. 26, p. 151-4, 1998.
- RICE, M. E.; HARRIS, G.T. Psychopathy, schizophrenia, alcohol abuse and violent recidivism. **Int. J. Law Psychiatry**. v.18, p. 333-42, 1995.
- RIGONATTI, S.P. **Análise Comparativa da Morbidade Psiquiátrica Entre Condenados por Assassinato e Estupro**. Tese (doutorado), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1999.
- ROCA, M.; BERNARDO, P. M. Epidemiologia. In: BERNARDO, P. M.; ROCA, M., (Ed). **Trastornos de la Personalidad**. Masson, Madrid, p. 1-18. 1998.
- ROHDE, L.A.; BARBOSA,G.; TRAMONTINA, S.; POLANCZYK, G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 22 (Supl II), p. 7-11, 2000.
- SABBATINI, R.M.E. O Cérebro do Psicopata. "Brain & Mind" magazine **Informática Médica**, n. 7, Set-Nov., Campinas. Disponível em: <http://www.epub.org.br/cm/07/doencas/index.html>. Acesso em out.,1998.
- SASSI, R.B.; SOARES,J.C. Ressonância magnética estrutural nos transtornos afetivos. **Rev. Bras. Psiquiatria** v.23, p. 11-4, 2001. Suplemento.
- SCHNEIDER, F.; HABEL, U.; KESSLER,C.; POSSE,S.; GRODD, W.;MÜLLER-GÄRTNER,H-W. Functional imaging of conditioned aversive emotional responses in antisocial personality disorder. **Neuropsychobiology**, v.42, p.192-201, 2000.

SCHNEIDER, K. **Las Personalidades psicopáticas**. Madrid, Ediciones Morata, 1943.

SERIN, R.C. The clinical application of the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) in a prison population. **J. of Clin. Psychol.**, 48, p.637-42, 1992.

SHINE, J. H. The use of the Psychopathy Checklist - Revised in the UK [Letter]. **Forensic Update**, v.47, p.33-4, 1996.

SHINE, J. H., HOBSON, J. A. Construct validity of the Hare Psychopathy Checklist, Revised, on a UK prison population. **J. Forensic Psychiatry**, v. 8, p. 546-61, 1997.

SILBAUGH, D. L. **The cognitive style questionnaire: a cross-validation study, utilizing the MMPI and the Hare Psychopathy Checklist with a population of incarcerated females**. Dissertation Abstracts International, 53 (12 B), 6574, 1993.

SILVEIRA, A. Cerebral systems in the pathogenesis of endogenous psychoses. **Arq. Neuro Psiquiatria**, São Paulo, v.20, p. 263-78, 1962.

SILVEIRA, A. **A genética humana como uma aproximação à classificação das doenças mentais**. Apresentado no Congresso Internacional de Psiquiatria de Paris, em 1950.

SILVEIRA, A. **Transtorno da integração afetivo-instintiva da personalidade. dinamismo das personalidades psicopáticas e em quadros afins**. Material didático. (Aula proferida na Residência do Estado, no Hospital do Juqueri. São Paulo), 1971.

SILVEIRA, A. **Prova de Rorschach: elaboração do psicograma.** São Paulo, Edbras, 1985.

SKODOL, A. E.; GUNDERSON, J. G.; MCGLASHAN, T.,H.; DYCK, I. R.; STOUT, R. L.; BENDER, D. S.; GRILO, C. M.; SHEA, M. T.; ZANARINI, M. C.; MOREY, L. C.; SANISLOW, C. A.; OLDHAM, J. M. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. **Am. J. Psychiatry** v.159, p. 276-83, 2002.

STEIN, G. Drug treatment of the personality disorders King's College Hospital, Orpington, Kent. **Br. J. Psychiatry**,v.161, p. 167-84, 1992.

STONE, M.H. **A cura da mente: a história da psiquiatria da antigüidade até o presente.** Porto Alegre, Arte Médicas, 1999.

SULLIVAN, L., GRETTON, H. **Concurrent validity of the MMPI-A and the Hare Psychopathy Checklist-Revised in an adolescent forensic population.** Paper presented at the Biennial Meeting of the American Psychology-Law Society (Division 41 of the American Psychological Association), South Carolina, Hilton Head, March, 1996.

TEICHER, M.H. **Feridas que não cicatrizam: a neurobiologia do abuso infantil.** Scientific American Brasil, Junho, 2002.

THE HARVARD MEDICAL SCHOOL MENTAL HEALTH LETTER, **Personality and Personality Disorders.** September (Part I), October (Part II), 1987.

TORRES, A.R. **Figura e fundo: um estudo da comorbidade do distúrbio obsessivo compulsivo e distúrbios da personalidade.** Tese (Doutorado). Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, 1994.

TYRER,P.; SIMONSES,E. **Personality disorder in psychiatric practice.**

WPA OFFICIAL JOURNAL. Section Report, v.41, p.43, 2003.

WESTEN, D. Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: implications for research and the evolution of Axis II. **Am. J. Psychiatry**, v.154, p. 895-903,1997.

WHO PRESS RELEASES. **Fact sheets and features.** Disponível em: <http://www.who.ch//> ou <http://www.who.int/inf-fs/en/fact150.html>. Fev, 2003.

WOLMAN, B. B. **Antisocial behavior: personality disorders from hostility to homicide.** New York, Prometheus Books, 1999.

WORKSHOP ON PSYCHOPATHY: **highlights need for appropriate intervention.** Convention of the Canadian Psychological Association. June, 1, 1990.

Youth Violence: a report of the surgeon general: Disponível em <http://www.surgeongeneral.gov/library/youthviolence/chapter3/chapter4/> Acesso em jan., 2003.

ZANARINI, M. C.; SKODOL, E.; BENDER, D.; DOLAN, R.; SANISLOW, E.; SCHAFFER, E.; MOREY, L. C.; GRILO, C.M.; SHEA, M. T.; McGLASHAN, T. H.; GUNDERSON, J. G. The Collaborative longitudinal Personality Disorders Study: reliability of Axis I And Axis II Diagnosis. **J. Personal. Dis.**, v. 14, 2000.

ZILLMER,E.A.; ARCHER,R.P.;CASTINO R. Rorschach records of nazi war criminals: a reanalysis using current scoring and interpretation practices. **J. Personal. Assessment**, v. 53, p.85-9, 1989.

ZIMMERMAN, M. **Interview guide for evaluating DSM-IV psychiatric disorders and the mental status examination.** United States of America Psych Products Press, 1994.