**Perturbações de Personalidade (PP) no Contexto Forense**

**INTRODUÇÃO**

As perturbações da personalidade (PP) têm uma elevada prevalência na população geral e em contextos clínicos e forenses, ocorrendo geralmente em associação com outras perturbações mentais. A presença de perturbação de personalidade tem um impacto negativo no curso e tratamento de outras perturbações mentais e no funcionamento social dos indivíduos, com problemas frequentes nos relacionamentos interpessoais. Contudo, é frequente a não identificação do diagnóstico de PP, a falta de acesso a intervenções terapêuticas com efetividade validada empiricamente e a exposição das pessoas com PP a tratamentos ineficazes e causadores de dano iatrogénico [1]. A ocorrência de PP em indivíduos sujeitos a avaliações periciais psiquiátricas em diferentes contextos forenses é frequente e a sua relação com o sistema legal é complexa, de certa forma espelhando as dificuldades que existem no seu estudo científico e no contexto clínico [2].

A descrição e conceptualização das perturbações de personalidade tem-se caracterizado por uma marcada controvérsia entre autores que argumentam a favor de classificações categoriais e outros que apontam a existência de sobreposição entre as categorias e a falta de falta de dados empíricos que suportem a sua validade, propondo abordagens dimensionais. Estas enfatizam os componentes nucleares das PP e a não existência de limites claros entre a personalidade normal e diferentes tipos e graus de patologia da personalidade [3].

O presente capítulo abordará o tema das Perturbações da Personalidade, focando-se em aspetos relevantes para a prática pericial psiquiátrico-forense, que serão sequenciados da seguinte forma:

1. Aspetos conceptuais e diagnósticos
2. Avaliação psicométrica da personalidade e suas perturbações
3. Questões médico-legais
4. O processo de avaliação pericial das PP

**ASPETOS CONCEPTUAIS E DIAGNÓSTICOS**

Apesar de referências a explicações para as diferenças nas características individuais em textos das antigas civilizações egípcia, babilónica e indiana, as principais contribuições históricas para a construção do conceito de Perturbação de Personalidade e das suas diferentes tipologias**,** tiveram origem nas tradições da medicina greco-romana antiga. Assim, no século V a.C, a escola hipocrática, que enfatizava a observação clínica e a procura de causas naturais para as doenças, adotou a teoria humoral de Empédocles, explicou a origem das doenças em desequilíbrios entre os quatro humores (sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra) e identificou os quatro temperamentos (sanguíneo, fleumático, colérico e melancólico). Posteriormente, no século II d.C., Galeno elaborou a teoria humoral da personalidade, descrevendo com maior pormenor as inclinações psicológicas dos tipos sanguíneo (otimismo), fleumático (apatia), colérico (irascibilidade) e melancólico (tristeza). Noutra importante civilização do mundo antigo, na China da Dinastia Han, o médico Zhang Zhong Jing (150-219 d.C) proponha uma tipologia da personalidade também baseada na combinação dos elementos naturais, já prenunciada no século V a.C. nos Analectos de Confúcio [4,5].

No século XIX, autores das escolas de psicopatologia descritiva francesa, inglesa e alemã contribuíram com a ilustração de casos e introdução de termos que prenunciariam os constructos modernos de perturbação de personalidade e psicopatia. Pinel descreveu, em 1801, uma perturbação caracterizada pela existência de atos extremos de violência, sem sinais de psicose, que denominou **mania sem delírio**. O médico inglês James Prichard introduziu, em 1835, o termo **insanidade moral**, referindo-se a uma perturbação caracterizada por *perseveração mórbida das emoções, afetos, inclinações, temperamentos, hábitos, disposições morais e impulsos, na ausência de problemas intelectuais, delírios ou alucinações*, equivalente a algumas descrições de casos com implicações forenses que Jean-Etienne Dominique Esquirol incluía nas **monomanias racionais**. Mais tarde, em 1891, o autor alemão Julius Koch utilizou o termo **inferioridade psicopática**, descrevendo uma perturbação que considerava ter causa psicológica e sem base fisiológica [5,6].

Contudo, o autor clássico que mais influenciou a conceptualização categorial das perturbações de personalidade foi o psiquiatra alemão Kurt Schneider que, em 1923, numa análise sistemática da sua experiência clínica, descreveu o que denominou por personalidades psicopáticas, definindo na última edição da sua obra 10 tipos: **hipertímica**; **depressiva**; **insegura** (e seus sub-tipos **sensível** e **anancástico**); **fanática**; **carente de atenção**; **de ânimo instável**; **explosiva**; **insensível**; **abúlica** e **asténica** (4). Kurt Schneider descrevia as pessoas com personalidade psicopáticas como sofrendo com a perturbação, mas também provocando sofrimento nas pessoas do seu contexto social, enfatizando a natureza relacional da perturbação. A dificuldade de formar e manter relacionamentos interpessoais satisfatórios é uma característica nuclear das PP, notada na formulação de Schneider, e mantida nas conceptualizações atuais [1,5].

As diferentes tipologias deste autor, apesar de modificadas, mantiveram-se nas categorias das classificações atuais, que incluem as versões mais recentes da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e do Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-5) [7,8]. No modelo categorial do DSM-5, as PP estão reunidas em três grupos baseados em semelhanças descritivas, embora sem adequada validação empírica. O **grupo A** (indivíduos estranhos e excêntricos) inclui as PP paranoide, esquizoide e esquizotípica. O **grupo B** (indivíduos dramáticos, emocionais e inconstantes) inclui as PP antissocial, *borderline*, histriónica e narcísica. O **grupo C** (indivíduos ansiosos e medrosos) inclui as PP dependente, evitante e obsessivo-compulsiva [8]. A Tabela 1 ilustra as relações entre as tipologias de Galeno e Kurt Schneider e as categorias de Perturbação de Personalidade da CID-10 e DSM-5.

**Tabela 1: Ligações entre tipologias clássicas e classificações modernas de PP**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Galeno** | **Kurt Schneider** | **DSM-5** | **CID-10** |
| Colérico | Emocionalmente  Instável | *Borderline* | Emocionalmente  Instável |
| Explosivo | Antisocial | Dissocial |
| Carente de Atenção | Narcísico |  |
|  | Histriónico | Histriónico |
| Melancólico | Depressivo |  |  |
| Asténico | Evitante | Ansioso (Evitante) |
| Abúlico | Dependente | Dependente |
| Fleumático | Indiferente | Esquizoide | Esquizoide |
|  | Esquizotípico |  |
|  | Inseguro  Sensitivo | Paranoide | Paranoide |
| Inseguro  Anancástico | Obsessivo  Compulsivo | Anancástico |
| Fanático |  |  |
| Sanguíneo | Hipertímico |  |  |

A OMS define na CID-10 os seguintes critérios gerais [7] para o diagnóstico de Perturbação de Personalidade (CID-10; F60):

1. Evidência de que as características individuais, os padrões de comportamento e as vivências internas se desviam marcadamente, de **forma duradoura** e como **um todo**, daquilo que é culturalmente esperado. Este desvio deve ser manifesto em mais do que uma das seguintes áreas: **Cognição**; **Afetividade**; **Controlo dos impulsos** e **necessidade de recompensa**; **Relacionamento com os outros** e **forma de lidar com situações interpessoais**;
2. O **desvio** deve manifestar-se como **um padrão perseverante**, **inflexível**, **não adaptativo** e **disfuncional** num **largo espectro** de **situações pessoais e sociais**;
3. Este padrão de comportamento provoca **mal-estar pessoal** e/ou **impacto adverso no ambiente social**;
4. O desvio é **estável e de longa duração**, tendo o seu início na infância tardia ou adolescência e continua na idade adulta;
5. O desvio não é explicado por outra perturbação mental;
6. O desvio não é explicado por doença orgânica, lesão ou disfunção cerebral.

Os critérios gerais de diagnóstico de Perturbação de Personalidade são semelhantes na DSM-5 e na futura formulação da CID-11 [1,8]. A contrastar com este consenso na formulação geral dos critérios de diagnóstico para Perturbação da Personalidade, são vários os autores que argumentam contra a classificação categorial dos diferentes tipos de PP [8], enunciando vários problemas com esta abordagem:

1. A frequente sobreposição de diagnósticos de diferentes tipos de PP no mesmo indivíduo;
2. Uma inadequada cobertura diagnóstica, apontando estudos que demonstram que na prática clínica o diagnóstico mais frequente é o de Perturbação de Personalidade SOE (sem outra especificação), uma categoria residual das classificações do DSM-5 e CID-10;
3. A existência de heterogeneidade dentro das categorias diagnósticas, em que indivíduos com o mesmo diagnóstico de PP diferem de forma substancial em várias características clínicas;
4. A existência de limiares arbitrários e instáveis para a realização do diagnóstico;
5. A falta de dados empíricos que suportem, de forma robusta, a validade de várias categorias de PP.

Estas insuficiências da abordagem categorial na classificação das Perturbações da Personalidade motivaram o aparecimento de propostas de descrição e classificação baseadas numa abordagem dimensional, considerando as PP como variações estatísticas extremas de diferentes dimensões e traços de personalidade [9,10]. Esta abordagem dimensional tem a sua origem na avaliação psicológica de traços de personalidade em indivíduos da população geral com instrumentos baseados em modelos estruturais da personalidade de **três fatores** (extroversão, neuroticismo, psicoticismo), **cinco fatores** (neuroticismo; extroversão; amabilidade; conscienciosidade e abertura à experiência) e, mais recentemente, **seis fatores** (honestidade/humildade; emocionalidade; extroversão; amabilidade; conscienciosidade; abertura à experiência) [11]. A mesma abordagem tem sido aplicada recentemente em populações clínicas com patologia da personalidade, surgindo várias propostas de descrição das perturbações da personalidade com recurso a diferentes dimensões e traços [9], incorporadas em parte na proposta híbrida alternativa da classificação de personalidade do DSM-5 [8] e a incluir na futura classificação das Perturbações de Personalidade da CID-11 [12].

Assim, na Secção III do DSM-5 foi incluído um modelo alternativo para as Perturbações de Personalidade, caracterizadas por défices de funcionamento da personalidade e pela presença de traços patológicos de personalidade [8]. Numa primeira etapa do processo diagnóstico é determinado se existe um défice no funcionamento da personalidade, considerando os seguintes elementos pessoais e interpessoais:

1. **Identidade**: experiência de si como único, com limites claros entre si e os outros; estabilidade da autoestima e precisão da autoapreciação; capacidade e habilidade para regular uma gama de experiências emocionais.
2. **Autodireção**: procura de objetivos de vida a curto prazo coerentes e significativos; utilização de padrões de comportamento internos construtivos e pró-sociais; capacidade para autorrefletir produtivamente.
3. **Empatia**: compreensão e apreciação das experiências e motivações dos outros; tolerância com perspetivas diferentes; compreensão do próprio comportamento nos outros.
4. **Intimidade**: profundidade e duração da ligação com outros; desejo e capacidade de proximidade; mutualidade da relação refletida no comportamento interpessoal.

A segunda etapa consiste na identificação de traços de personalidade patológicos, organizados em cinco grandes domínios: **Afetividade Negativa**; **Desprendimento**; **Antagonismo**, **Desinibição** e **Psicoticismo**. Estes domínios incluem **25 facetas de traços** (Tabela 2), derivados de uma revisão dos modelos de traços existentes e de estudos empíricos em amostras de pessoas que procuraram os serviços de saúde mental. São ainda considerados critérios que atestam a invasibilidade e estabilidade da perturbação e excluem explicações alternativas para a patologia da personalidade. Neste modelo alternativo, é ainda possível **derivar critérios de diagnóstico categoriais** para PP antissocial, evitante, *borderline*, narcísica, obsessivo-compulsiva e esquizotípica. Permite ainda **uma descrição dimensional do nível de funcionamento da personalidade**, graduando a gravidade do défice de funcionamento próprio (identidade, autodirecção) e interpessoal (empatia, intimidade).

A decisão da Associação Psiquiátrica Americana de relegar o modelo híbrido do DSM-5 para a sessão III do manual e manter a abordagem diagnóstica categorial tem sido, em si mesma, objeto de estudo [13], mas o modelo foi também criticado por autores que preconizavam um sistema de classificação das PP baseado em dimensões [14,15].

**Tabela 2: Domínios e facetas de traços do modelo alternativo de PP do DSM-5**

|  |  |
| --- | --- |
| **Domínios** | **Facetas** |
| **Afetividade Negativa**  ***vs***  **Estabilidade emocional** | Labilidade emocional |
| Ansiedade |
| Insegurança de separação |
| Submissão |
| Hostilidade |
| Perseveração |
| Depressividade |
| Suspeição |
| Afetividade Restrita |
| **Desprendimento**  ***vs***  **Extroversão** | Afastamento |
| Evitamento de Intimidade |
| Anedonia |
| Depressividade |
| Afetividade Restrita |
| Suspeição |
| **Antagonismo**  ***vs***  **Amabilidade** | Manipulação |
| Falsidade |
| Grandiosidade |
| Procura de atenção |
| Insensibilidade |
| Hostilidade |
| **Desinibição**  ***vs***  **Conscenciosidade** | Irresponsabilidade |
| Impulsividade |
| Distratibilidade |
| Envolvimento em comportamentos de risco |
| Perfeccionismo rígido |
| **Psicoticismo**  ***vs***  **Lucidez** | Crenças e experiências incomuns |
| Excentricidade |
| Desregulação cognitiva e percetual |

Neste sentido, a proposta de classificação das PP para a CID-11 é ainda mais radical, adotando inteiramente a conceptualização dimensional [1], com claras implicações futuras na atividade pericial psiquiátrico-forense [16]. O primeiro passo do diagnóstico de PP visa estabelecer a presença de **critérios** que satisfaçam **a definição geral** de Perturbação da Personalidade. Desaparecem completamente as categorias respeitantes a diferentes tipos de PP. O segundo passo envolve a identificação da **gravidade da PP**, variando entre um grau sub-sindrómico (**dificuldades de personalidade**) e **graus ligeiro, moderado e graves**. Em seguida, descreve-se a **estrutura da disfunção da personalidade**, recorrendo **a traços** organizados nos seguintes **domínios**: características de **afetividade negativa**; características **dissociais**; características de **desinibição**; características **anancásticas** e características de **desprendimento** (Tabela 3). Quatro destes domínios correspondem **a facetas** identificadas no **modelo de cinco fatores** de variação de traços de personalidade normal (**neuroticismo**; **baixa amabilidade**; **baixa conscienciosidade** e **baixa extroversão**) enfatizando a continuidade entre as variações na personalidade normal e patológica [1,12].

**Tabela 4: Descrição dos domínios das PP a propor para a CID-11**

|  |  |
| --- | --- |
| **DOMÍNIOS** | **DESCRIÇÃO** |
| **Afetividade Negativa** | Tendência a manifestar um extenso leque de estados emocionais negativos que incluem ansiedade, raiva, auto-aversão, irritabilidade, sentimentos de vulnerabilidade e tristeza, que se ativam mesmo na presença de indutores de stress ligeiros, presentes ou percecionados. |
| **Dissocial** | Desrespeito pelas convenções e responsabilidades sociais e pelos sentimentos e direitos dos outros. Traços de insensibilidade, falta de empatia, hostilidade e agressividade, crueldade e incapacidade ou falta de vontade um comportamento pró-social, muitas vezes expressa numa visão demasiado positiva de si próprio, com direitos especiais e com tendência à manipulação e exploração de outros. |
| **Desinibição** | Tendência persistente a agir impulsivamente em resposta a estímulos ambientais e internos sem consideração das consequências a longo prazo. Traços de irresponsabilidade, impulsividade sem ponderação dos riscos e consequências, distratibilidade e imprudência. |
| **Anancástico** | Foco rígido no controlo e regulação do seu comportamento e dos outros de forma a garantir que as coisas correm de acordo com o idealizado pelo indivíduo. Traços de perfeccionismo, perseveração, restrição emocional e comportamental, ordem e preocupação em seguir regras e cumprir obrigações. |
| **Desprendimento** | Distância emocional e interpessoal, manifestada por evitamento social marcado e/ou indiferença a outras pessoas, isolamento com poucas ou nenhumas figuras de vinculação, incluindo o evitamento de relacionamentos íntimos e amizades. Traços de indiferença e frieza interpessoal, reserva pessoal, passividade e falta de assertividade, e experiência e expressão emocional reduzida, especialmente de emoções positivas, com diminuição da capacidade de experienciar prazer. |

O constructo de **Psicopatia** tem uma especial relevância no contexto psiquiátrico-forense. Apesar de alguma sobreposição, diferencia-se das definições categoriais de Perturbação de Personalidade Antissocial ou Dissocial, e tem a sua origem nas características comuns dos indivíduos descritos nas histórias clínicas de Hervey Cleckley no texto ‘*The mask of Sanity*’, publicado em 1941, com contribuições posteriores de outros autores, entre os quais se destaca Robert Hare [3]. Atualmente, a Psicopatia é definida por uma constelação de características afetivas, interpessoais e comportamentais específicas, compreendendo quatro fatores [17]. O fator nuclear é a **disfunção afetiva e empática**, que se caracteriza pela falta de remorsos ou culpa, aplanamento afetivo, insensibilidade e falta de empatia e falta de capacidade de aceitar a responsabilidade pelas suas ações. O **estilo interpessoal** é caracterizado por loquacidade e charme superficial, com sentimentos de grandiosidade e tendência para a manipulação, recorrendo frequentemente ao engano e mentira. O **estilo de vida** dos indivíduos com psicopatia é muitas vezes parasítico, sem objetivos realistas a longo prazo. São indivíduos impulsivos, irresponsáveis, com necessidade de estimulação e tendência para o tédio. Envolvem-se frequentemente em **comportamentos antissociais**, com problemas de comportamento desde a infância, um percurso de delinquência juvenil e criminalidade na idade adulta [17]. Existe evidência robusta que demonstra que indivíduos com psicopatia constituem uma proporção significativa da população sujeita a avaliações forenses em sede penal e da população prisional e que a psicopatia constitui um importante fator de risco para criminalidade violenta [18]. Apesar de existirem propostas de inclusão da psicopatia na CID-11 [19], o grupo de trabalho das Perturbações de Personalidade da CID-11 tem considerado que não existe evidência suficiente que demonstre uma clara separação entre o constructo de psicopatia e o domínio dissocial proposto na classificação dimensional [16].

**AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DA PERSONALIDADE E SUAS PERTURBAÇÕES**

Apesar de ser possível, no contexto pericial psiquiátrico-forense, realizar uma avaliação da personalidade com base nos dados obtidos a partir da história clínica, da narrativa biográfica do indivíduo e em certos elementos do exame do estado mental, identificando padrões repetidos de comportamento e interação interpessoal, o recurso complementar a testes psicométricos apresenta várias vantagens potenciais:

1) ajuda o perito a refinar as suas avaliações clínicas, ao usar instrumentos que permitem comparações com dados normativos da população geral;

2) proporciona uma forma sistemática de recolha da informação em diferentes dimensões da personalidade;

3) possibilita uma comunicação mais precisa com os diferentes agentes envolvidos no processo, ao fornecer um conjunto de termos que descrevem as múltiplas dimensões relevantes destes constructos.

Os instrumentos utilizados na avaliação da personalidade e das perturbações da personalidade incluem **entrevistas clínicas estruturadas** (com o doente e/ou com outros informadores colaterais) e **questionários**. Tendo em consideração as abordagens conceptuais da perturbação da personalidade, os instrumentos de avaliação podem ser organizados em dois grandes grupos: por um lado, os que procuram proceder à identificação de perturbações incluídas nas **classificações categoriais** (DSM-IV-TR ou CID-10); por outro lado, os que se baseiam na descrição do perfil de personalidade do indivíduo em **traços** e **dimensões**.

**Entrevistas diagnósticas estruturadas**

As entrevistas diagnósticas são compostas por um conjunto de questões estruturadas, concebidas para reunir sobre o doente um leque de informações relevante em concordância com os critérios categoriais da DSM-IV-TR e/ou da CID-10. Estas medidas incluem a ‘*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorder’* (**SCID-II**) [20,21], e a ‘*International Personality Disorder Examination’* (**IPDE**) [22]. Os itens da IPDE encontram-se distribuídos em seis categorias (**trabalho**, ***self***, **relações interpessoais**, **afetos**, **teste da realidade** e **controlo do impulso**), tratando-se de uma entrevista que deve ser administrada por clínicos experientes e treinados na sua aplicação. A **fidelidade inter-avaliador** (concordância entre dois avaliadores num determinado momento) e a **fidelidade teste-reteste** (medida em que um mesmo instrumento conduz aos mesmos resultados ao longo do tempo) variam com o tipo de perturbação de personalidade, sendo aceitáveis para uma perturbação específica (kappas: 0.7 e 0.63, respetivamente). Outro indicador relevante no que respeita à utilidade de um teste é a sua validade, isto é, até que ponto mede aquilo que se propõe medir. De um modo geral, as entrevistas estruturadas apresentam uma **validade convergente pobre** (significa isto que não é possível afirmar com confiança que a mesma pessoa recebe o mesmo diagnóstico quando avaliada através de diferentes medidas).

**Questionários diagnósticos**

O uso frequente de questionários em contexto forense prende-se, de um modo geral, com a facilidade e rapidez com que permitem obter dados quantitativos acerca da personalidade. Exemplos bem conhecidos, incluem o ‘*Millon Clinical Multiaxial Inventory, 3rd Edition’* (**MCMI-III**) [23], e o ‘*Minnesota Multiphasic Personality Inventory Personality’* (**MMPI-II**) [24], em fase de adaptação e validação para a população portuguesa [25]. O MCMI-III propõe-se avaliar as categorias do DSM-IV e o perfil de personalidade do sujeito, baseado na teoria psicopatológica de base evolucionária de Millon. Os indicadores de fiabilidade de que se dispõe para estes testes são, de uma maneira geral, medidas de **consistência interna** (isto é, a correlação entre diferentes itens que medem o mesmo traço ou categoria), mais do que índices de fiabilidade inter-avaliador ou teste-reteste. No que à validade diz respeito, as medidas de autorrelato são suscetíveis de apresentar os mesmos problemas anteriormente descritos nas entrevistas estruturadas. Apesar de tudo, as medidas de autorrelato apresentam uma **validade convergente modesta**. A **validade discriminante** tende a ser **pobre**, dando origem a **falsos positivos**.

As medidas de autorrelato são essencialmente **medidas de meta-função**, que avaliam a visão do próprio indivíduo acerca da sua personalidade. Há pressupostos subjacentes ao uso destes instrumentos, nomeadamente o de que o examinando é quem está em melhor posição para comunicar informações relevantes acerca de si mesmo e possui uma boa capacidade de autoapreciação, sendo capaz de comunicar informação válida acerca dos seus sentimentos, pensamentos e preferências. As **escalas de desejabilidade social** que muitos instrumentos possuem acabam por constituir índices de validade que, em contexto forense, adquirem relevância adicional. Na avaliação em contexto forense, é importante reconhecer que as medidas de autorrelato, embora tenham o seu lugar, funcionam habitualmente melhor como instrumentos de rastreio e como auxiliares do processo de formulação de caso, e não devem ser utilizadas isoladamente.

**Questionários não diagnósticos baseados em traços**

A psicologia possui uma longa história associada ao desenvolvimento de medidas para quantificar variáveis psicológicas relativamente estáveis que sustentam o comportamento, a cognição e a emoção. Prevê-se que estes questionários venham a ser mais utilizados, tendo em conta as mudanças iniciadas com o modelo de classificação alternativo de perturbações de personalidade do DSM-5, que combina abordagens dimensionais e categoriais, e com as alterações propostas para o CID-11, em que a continuidade entre personalidade normal e patológica e a opção por uma avaliação dimensional das perturbações de personalidade é afirmada explicitamente [10,26].

Um dos instrumentos seminais desta abordagem dimensional é o ‘*Eysenck Personality Questionnaire’* (**EPQ**) [27,28] que possui três dimensões: **extroversão**, **neuroticismo** e **psicoticismo**. Apesar disso, a investigação tem progredido para um consenso que determina a existência de cinco dimensões da personalidade (**Modelo *‘Big Five’***), que atuam como um substrato psicológico do comportamento humano. Foram criados instrumentos psicométricos baseado neste modelo dos cinco fatores, como o **NEO-PI-R** [29,30] e a sua versão reduzida, o **NEO-FFI** [29,31]. O NEO-PI-R é constituído por **cinco domínios**, sendo cada domínio composto por **seis facetas** que, em conjunto, permitem uma avaliação compreensiva da personalidade: **Neuroticismo** (Ansiedade, Hostilidade, Depressão, Autoconsciência, Impulsividade, Vulnerabilidade), **Extroversão** (Acolhimento caloroso, Gregariedade, Assertividade, Atividade, Procura de excitação, Emoções positivas), **Abertura à Experiência** (Fantasia, Estética, Sentimentos, Ações, Ideias, Valores), **Amabilidade** (Confiança, Retidão, Altruísmo, Complacência, Modéstia, Sensibilidade) e **Conscienciosidade** (Competência, Ordem, Obediência ao dever, Esforço de realização, Autodisciplina, Deliberação).

Mais recentemente, surgiu um novo modelo de personalidade (**HEXACO**) [32], que propõe uma estrutura de seis fatores: **Honestidade-Humildade** (H), **Emocionalidade** (E), **Extroversão** (X), **Amabilidade**, (A), **Conscienciosidade** (C) e **Abertura à Experiência** (O). Segundo os autores proponentes deste modelo esta modificação nas estruturas da personalidade é apoiada em três argumentos:

1. Na análise de diversos estudos empíricos da estrutura da personalidade, em várias populações com diversas línguas e culturas, cujos resultados favorecem a existência de seis fatores, correspondentes aos apresentados pelo modelo HEXACO;
2. Na discussão teórica da interpretação das estruturas apresentadas pelos modelos HEXACO e ‘*Big Five*’;
3. Na evidência de que o modelo dos 6 fatores apresentado pelo HEXACO acomoda muitos constructos importantes da personalidade, apenas brevemente englobados no Modelo ‘*Big Five*’ [33].

Os autores verificaram que tanto as dimensões como as subescalas que integram o teste tinham uma **alta consistência interna** e uma **adequada validade convergente**, quando analisadas com os seus domínios correspondentes ao Modelo dos Cinco Fatores. As propriedades psicométricas das escalas contidas no teste demonstraram resultados satisfatórios, evidenciando que todas as escalas possuem altos níveis de consistência interna. A replicação do estudo psicométrico do HEXACO nos mais diversos idiomas demonstrou propriedades psicométricas satisfatórias [33].

O **HEXACO-60** [34] é uma escala de autorresposta concebida para medir seis dimensões da personalidade, tendo os itens sido selecionados através de grupos de dez itens correspondentes ao HEXACO-100, de forma a que cada uma das seis dimensões e, por conseguinte, as suas quatro subescalas, fosse representada por 2 ou 3 itens (Ashton & Lee, 2009). O questionário é constituído por seis dimensões constituídas por 4 subescalas: **Honestidade – Humildade** (Sinceridade, Equidade, Afastamento da Ganância e Modéstia); **Emocionalidade** (Medo, Ansiedade, Dependência e Sentimentalismo); **Extroversão** (Auto Estima Social, Ousadia Social, Sociabilidade e Vivacidade), **Amabilidade** (Perdão, Ternura, Flexibilidade e Paciência); **Conscienciosidade** (Organização, Diligência, Perfecionismo e Prudência); **Abertura à Experiência** (Apreciação Estética, Curiosidade, Criatividade e Não Convencional). Relativamente à consistência interna do instrumento, o estudo original encontrou valores entre .73 e .80, apresentando o alfa de Cronbach um valor de .79. Em Portugal, dispomos de um estudo preliminar psicométrico do HEXACO-60 [35], que demonstrou que este instrumento tem propriedades psicométricas satisfatórias que fazem dele um instrumento adequado na avaliação da personalidade, apresentando **correlações elevadas** com o **NEO-FFI** e uma **consistência interna superior**.

**Instrumentos baseados no modelo alternativo das PP do DSM-5**

Na Escala de Nível de Funcionamento da Personalidade (**LPFS** – ‘*Level of Personality Functioning Scale*’) [8], o clínico seleciona o nível que melhor caracteriza o défice global atual no funcionamento da personalidade do indivíduo. Esta determinação é necessária ao diagnóstico de uma perturbação de personalidade (défice moderado ou superior) e pode ser usada para especificar a gravidade do défice presente em qualquer indivíduo com qualquer perturbação da personalidade, num dado momento. A LPFS também pode ser usada como um indicador global de funcionamento da personalidade sem especificação de um diagnóstico de perturbação da personalidade, ou no caso de o nível de défice da personalidade ser inferior ao limiar para diagnóstico de perturbação. A revisão sistemática dos 5 domínios alargados de personalidade propostos no modelo é facilitada pelo uso de instrumentos psicométricos formais desenhados para medir facetas e domínios específicos da personalidade. O modelo de traços de personalidade é operacionalizado no Inventário de Personalidade do DSM-5 (**PID-5** – ‘*Personality Inventory for DSM-5’*) [36], que pode ser preenchido no formulário de autorrelato pelos doentes e no formulário para informadores por aqueles que conhecem bem o doente. Uma avaliação clínica detalhada envolveria a colheita de dados pelo formulário para doentes e pelo formulário para informadores em todas as 25 facetas do modelo de traços de personalidade. Uma vez que os traços de personalidade são distribuídos continuamente na população, uma abordagem à decisão sobre se um traço específico está elevado (e, portanto, se está presente para efeitos de diagnóstico) pode envolver a comparação entre os níveis dos traços de personalidade dos indivíduos com as normas da população e/ou juízo clínico [8].

**Avaliação de domínios específicos da personalidade patológica**

Alguns instrumentos de avaliação seguem os princípios de estrutura e administração previamente descritos, mas focalizam-se em domínios específicos da patologia da personalidade, especialmente relevantes em psiquiatria e psicologia forense. Tal é o caso da *Psychopaty Checklist Revised* (PCL-R), um instrumento que permite aferir da existência de psicopatia, descrita na literatura como um dos preditores mais eficazes para o risco de violência, bem como avaliar o funcionamento do sujeito em diversas áreas (social, profissional, familiar) [37,38].

A psicopatia tem vindo a ser apontada na literatura como um dos mais eficazes preditores do risco de reincidência criminal, sobretudo em crimes violentos, e do risco de envolvimento em maior número de atividades criminosas e em comportamentos disruptivos [39,40]. Assim, a recolha de informação obtida por este instrumento serve para preencher instrumentos de avaliação do risco como o HCR-20 [41,42], onde o item H7 é preenchido a partir do resultado da PCL. A versão reduzida deste instrumento (PCL-SV) [43,44] é preferencialmente utilizada em populações não forenses, sendo que 8 dos 12 itens da PCL-SV encontram-se fortemente relacionados com os itens equivalentes da PCL-R; os 4 itens que diferem são iguais ou superiores aos equivalentes da PCL-R em termos de discriminação.

**Tabela 4: Instrumentos psicométricos na avaliação das PP**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Instrumento** | **Instrumento** | **Referência** | **Versão Portuguesa** |
| **Entrevista Diagnóstica**  **Categorial** | **SCID-II** | **First et al., 1997 [20]** | **Pinto-Gouveia e col., 2011 [21]** |
| **IPDE** | **Loranger et al.,**  **1995 [22]** |  |
| **Questionário Diagnóstico**  **Categorial** | **MCMI-III** | **Millon, 2009 [23]** |  |
| **MMPI-II** | **Butsher et al., 1989 [24]** | **Silva e col.,**  **2006 [25]** |
| **Questionário Dimensional**  **(população geral)** | **EPQ** | **Eysenck & Eysenck, 1969 [27]** | **Almiro e Simões, 2016 [28]** |
| **NEO-PI-R** | **Costa & McCrae,**  **1992 [29]** | **Lima & Simões,**  **2000 [30]** |
| **NEO-FFI** | **Costa & McCrae,**  **1992 [29]** | **Lima e col., 2014 [31]** |
| **HEXACO-60** | **Ashton & Lee,**  **2007 [34]** | **Martins & Torres, 2015 [35]** |
| **Questionário**  **Dimensional**  **(populações clínicas)** | **PID-5** | **Krueger et al., 2013 [36]** |  |
| **Entrevista**  **Psicopatia** | **PCL-R** | **Hare, 2003 [37]** | **Gonçalves, 2007 [38]** |

A avaliação psicométrica da personalidade desempenha um papel auxiliar do processo de avaliação de indivíduos com perturbação de personalidade em diferentes contextos psiquiátrico-forenses. Embora a identificação da presença de critérios gerais para o diagnóstico de Perturbação da Personalidade, a gradação da severidade de Perturbação e a identificação de traços patológicos de personalidade seja um exercício essencialmente clínico, o uso destes instrumentos psicométricos é valioso como fonte de informação adicional para a boa execução dessas tarefas. Um bom conhecimento das propriedades psicométricas dos instrumentos é essencial na interpretação dos seus resultados, devendo ser também tida em atenção a necessidade de treino específico na administração de vários dos instrumentos. A tabela 4 apresenta os instrumentos mais relevantes neste âmbito.

**QUESTÕES PSIQUIÁTRICO-FORENSES**

Embora a discussão em redor das Perturbações de Personalidade, numa perspetiva médico-legal, possa ser importante noutras áreas do direito (por exemplo, no Direito de Família e Menores), é no Direito Penal que o tema adquire especial relevância, com alguns autores a afirmarem que a questão de perceber se, e em que medida, as perturbações de personalidade são suscetíveis de afetar a capacidade de entender ou de querer do sujeito agente do crime constitui um dos mais relevantes desafios do direito penal contemporâneo [45].

O **artigo 20., nº1**, do **Código Penal** define como inimputável aquele que, ‘por força de uma anomalia psíquica, for incapaz, no momento da prática do facto, de avaliar a ilicitude deste, ou de se determinar de acordo com essa avaliação’ [46]. São assim consensualmente reconhecidos na doutrina penal, os seguintes pressupostos de **inimputabilidade**, de acordo com o artigo 20., nº1, do código penal [45]:

1. A existência de uma anomalia psíquica (**pressuposto biológico ou psicopatológico**);
2. A incapacidade do agente para, no momento da prática do facto, avaliar a ilicitude deste ou para se determinar de acordo com essa avaliação (**pressuposto psicológico ou normativo**);
3. A relação de causalidade entre aquela anomalia psíquica e esta incapacidade.

Em sede de direito penal, no âmbito da realização de uma perícia psiquiátrico-forense nos termos do **artigo 159º** do **Código de Processo Penal** [47], é frequentemente pedido ao perito que realize um juízo retrospetivo em relação à presença dos três pressupostos citados, no momento da prática do facto típico ilícito. Desta forma, e no caso particular das Perturbações de Personalidade, a primeira questão a colocar é se estas se podem enquadrar na figura jurídica de ‘**anomalia psíquica**’, isto é, se no âmbito de uma perícia psiquiátrico-forense for possível fazer o diagnóstico retrospetivo de Perturbação de Personalidade no momento da prática dos factos, se pode afirmar que se cumpre o pressuposto biológico/psicopatológico. A este respeito, é interessante notar que o artigo 20º do Código Penal foi delineado em 1963 tendo como fonte o artigo homólogo alemão, país onde na altura se confrontavam, no contexto psiquiátrico-forense, diferentes perspetivas a propósito da definição de inimputabilidade e dos seus pressupostos e sobre a relevância das Perturbações de Personalidade, que opunham figuras como Kurt Schneider a Ernst Kretshmer. Kurt Schneider, o autor clássico que mais influenciou a conceptualização categorial das Perturbações de Personalidade ainda vigente no DSM-5 e CID-10, argumentava que estas eram meras variações da sã vida psíquica ou simples desvios em relação a uma norma de equilíbrio psíquico, devendo ser excluídas, tal como outras reações vivenciais anormais (neuroses, perturbações dos impulsos ou da sexualidade), do arco das possíveis causas de inimputabilidade. Para este autor, apenas as doenças mentais efetivas, em que incluía as ‘psicoses exógenas’ e as ‘psicoses endógenas’, seriam passíveis de ser consideradas para efeitos de estabelecimento de inimputabilidade [45, 48]. Contudo, apesar de influenciado por estas teses, o Código Penal Alemão afastou-se delas, optando por equiparar todas as perturbações mentais para efeitos de inimputabilidade, deslocando o critério decisivo das causas para as suas consequências funcionais. Na modelação do instituto da inimputabilidade no Código Penal Português optou-se por uma solução semelhante, expressa numa formulação estruturada sob o conceito jurídico aberto de ‘anomalia psíquica’, de modo a permitir a inclusão no âmbito da inimputabilidade, não só as doenças mentais de origem física comprovada ou presumida, mas também as restantes variações ou anomalias psíquicas. Esta opção de definir o elemento psicopatológico da inimputabilidade através do conceito de ‘anomalia psíquica’ permitia não só uma posição equidistante às disputas sobre o estatuto das diferentes alterações psicopatológicas, mas também assimilar os futuros avanços no conhecimento nas áreas da psiquiatria e psicologia [45].

O estatuto das Perturbações de Personalidade nas conceptualizações nosológicas das perturbações mentais é ainda um tema em aberto [49,50], mas os resultados da investigação translacional e clínica recente, ao não encontrarem diferenças fundamentais entre este grupo de perturbações e as restantes perturbações psiquiátricas, sugerem que estas devam ser equiparadas às restantes perturbações mentais, para efeitos psiquiátrico-forenses. Assim, parece atualmente claro e consensual que um diagnóstico retrospetivo de Perturbação de Personalidade, no momento da prática do facto, preenche critérios para ser enquadrado na figura de ‘anomalia psíquica’ [45,51].

O **pressuposto biológico** é necessário, mas não suficiente para a consideração da Inimputabilidade por razão de anomalia psíquica. A questão fulcral é saber se as perturbações de personalidade, cujo diagnóstico é confirmado como presente no momento da prática do facto, de acordo com o juízo clínico retrospetivo do perito, determinam uma incapacidade do agente em avaliar as consequências e natureza ilícita do seu comportamento ou de se determinar de acordo com essa avaliação. Para verificar a existência dos elementos médico-legais do **pressuposto psicológico ou normativo** da inimputabilidade, a tarefa do perito não se centra no diagnóstico clínico, mas numa **avaliação funcional especializada** em que se aprecia se as anomalias psicopatológicas presentes no momento do crime, determinam **incapacidade** na **dupla dimensão intelectiva e volitiva** explanada no articulado do artigo 20.º, nº1 do código penal [45]. Apesar de ser possível algum debate sobre a afetação parcial desta capacidade na sua dimensão volitiva (‘capacidade de autodeterminação de acordo com a avaliação’) em casos concretos de indivíduos com perturbação de personalidade grave e traços patológicos na dimensão de desinibição, com impulsividade muito marcada [45,50], a doutrina psiquiátrico-forense dominante no nosso país é de que apesar das perturbações de personalidade deverem ser incluídas no conceito jurídico de ‘anomalia psíquica’, na ausência de comorbilidade, não determinam incapacidade suficientemente grave nas dimensões cognitiva e volitiva consideradas, que torne um indivíduo, no momento da prática de um facto, incapaz de avaliar a ilicitude deste ou de se determinar de acordo com essa avaliação [45,51,52].

A presença de uma perturbação de personalidade é, nas avaliações psiquiátrico-forenses em sede de direito penal, mais relevante para auxiliar no juízo de **perigosidade** do que no de inimputabilidade, dada a existência de múltiplos estudos empíricos que demonstram que o diagnóstico de uma perturbação de personalidade e especialmente a presença de psicopatia, aumentam a probabilidade de repetição de comportamentos agressivos, quer em estudos com sujeitos que cometeram atos de violência geral, quer em ofensores sexuais [2,3,18]. Apesar do conceito de perigosidade ser de âmbito jurídico, é possível auxiliar os agentes da justiça na formulação de um juízo de perigosidade através da realização de uma **avaliação clínica estruturada do risco** de repetição de comportamento ilícito futuro, principalmente quando envolvem atos de violência geral e sexual [3]. Esta avaliação estruturada do risco consiste na identificação sistemática, no âmbito da realização da perícia, de um conjunto de fatores de risco estáticos e dinâmicos (estáveis e agudos), com o auxílio de instrumentos psicométricos, em que o mais conhecido é o **HCR-20** (‘*The Historical-Clinical-Risk Management 20’*), atualmente na sua terceira versão [53] e que avalia 20 itens históricos, clínicos e de gestão do risco. O **Juízo Profissional Estruturado** consiste na tomada de decisão, por parte do clínico, em relação à presença ou ausência de cada um desses fatores de risco e na análise conjunta dos resultados, alocando o examinando a diferentes categorias qualitativas de risco (baixo, moderado, alto), com implicações para a gestão do risco de violência e com utilidade potencial no auxílio do juízo de perigosidade das autoridades judiciais [54]. Neste contexto de avaliação, as perturbações de personalidade são geralmente consideradas fatores de risco dinâmicos estáveis, com algum potencial de modificação através de intervenções terapêuticas, pelo menos em alguns indivíduos. Na versão mais recente do HCR-20, a história de perturbação de personalidade (Antissocial, Dissocial, Psicopatia ou outra) constitui o Item H7, sendo ainda relevante neste âmbito o Item C4 (Problemas recentes com Instabilidade Afetiva, Comportamental ou Cognitiva), por não raras vezes constituir um problema clínico agudo no curso das perturbações de personalidade, passível de modificação com intervenções farmacológicas ou psicoterapêuticas [3,53].

É importante referir que, em indivíduos com Perturbação de Personalidade, a avaliação psiquiátrico-forense pode ser realizada em diferentes enquadramentos, que dependem do preenchimento (total ou parcial) do critério normativo de inimputabilidade. No caso da imputabilidade criminal, a avaliação do risco de violência é feita nos termos do **artigo 160º** do **Código de Processo Penal** [47]. Esta **Perícia sobre a Personalidade**, para efeitos de avaliação da personalidade e perigosidade do arguido, visa ‘avaliar as suas características psíquicas independentes de causas patológicas bem como o seu grau de socialização’, sendo geralmente realizada por peritos em Psicologia Forense [52]. Por outro lado, quando o agente é considerado inimputável (geralmente por comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas que determinaram incapacidade total ou parcial substancial nas dimensões cognitiva e/ou volitiva do pressuposto normativo), os pressupostos de perigosidade, de acordo com o **artigo 91.º** do **Código Penal** [46] terão necessariamente que se relacionar com a patologia psiquiátrica, motivo pelo qual o perito psiquiátrico deve responder ao quesito no âmbito da perícia às faculdades mentais realizada nos termos do artigo 159.º do Código de Processo Penal, mantendo-se a relevância da realização de uma avaliação do risco de violência através do método de Juízo Profissional Estruturado [52].

**O PROCESSO DE AVALIAÇÃO PERICIAL DAS PP**

A qualidade de uma perícia pode-se apreciar pela validade dos factos obtidos na recolha de elementos clínicos, biográficos e psicométricos pertinentes para a resposta aos quesitos colocados, pela consensualidade e atualidade dos métodos utilizados no campo de conhecimento específico do perito e pela clareza da discussão e fundamentação das relações entre os factos, métodos e conclusões da perícia [55]. Tendo em conta o articulado no **artigo 163.º, nº 1** do **Código do Processo Penal**, relativo ao **valor da prova pericial**, em que se afirma que ‘O Juízo técnico, científico ou artístico inerente à prova pericial presume-se subtraído à livre apreciação do julgador.’ [47], é da maior importância para o cumprimento da sua função de auxiliar do direito, que em Psiquiatria e Psicologia Forense, se preste especial atenção ao método de obtenção, análise e síntese dos dados pertinentes para a formulação das conclusões periciais.

Numa perspetiva mais pragmática, é importante ter em conta quais os elementos biográficos e clínicos a recolher, durante a realização do exame direto e indireto no âmbito da perícia e quais os exames psicométricos a realizar para que se possa formular, de forma bem fundamentada, um diagnóstico de Perturbação de Personalidade, e se possa responder às questões específicas relacionadas com a capacidade e avaliação do risco, pertinentes no auxílio dos agentes judiciários na formulação de juízos de inimputabilidade e perigosidade.

O **exame direto** deve incluir a entrevista do examinando e de uma pessoa do círculo relacional próximo, permitindo a recolha de dados biográficos, clínicos e do contexto vivencial atual que permitam criar um perfil do seu funcionamento pessoal e interpessoal [56]:

1. **História familiar**: acontecimentos traumáticos na infância; qualidade das relações dos pais (por ex.: violência intrafamiliar); qualidade das relações pais-filhos (por ex.: violência inter-geracional); valores educacionais promovidos; práticas educativas;
2. **Comportamentos na Infância**: relacionamento com os outros; comportamentos anti-sociais; comportamentos de oposição;
3. **Comportamentos na Adolescência**: relacionamento com os outros (relações com os pares e adultos, relações afetivas); comportamentos anti-sociais; contactos com o sistema de justiça; comportamentos auto-lesivos;
4. **Comportamentos na Idade Adulta**: relacionamentos interpessoais e afetivos; existência de comportamentos e atitudes anti-sociais; contacto com o sistema judiciário e penal; história criminal;
5. **História educacional**: habilitações académicas; percurso escolar; rendimento escolar; reprovações; relacionamento com os colegas, professores e funcionários;
6. **História profissional**: percurso profissional; número de empregos; despedimentos; relacionamentos com os colegas e patrões;
7. **História relacional**: qualidade dos relacionamentos anteriores; qualidade das relações de proximidade atuais;
8. **Funcionamento familiar atual**: contactos e proximidade com elementos da família de origem e nuclear; estilos comunicacionais; interação; conflitos e dinâmicas abusivas;
9. **Situação económica e social**: fontes de rendimento atual; fontes de suporte social; competências e limitações; recursos disponíveis; acesso a recursos da comunidade;
10. **Antecedentes familiares e pessoais** de perturbações psiquiátricas, problemas com o uso de álcool ou outras substâncias psicoativas e história de contacto com o sistema de saúde mental;
11. **Perceção Pessoal** nas diferentes esferas de vida (ex.: conjugalidade, parentalidade; interações sociais);
12. **Avaliação** do **estado mental** do examinando e da **interação interpessoal** no contexto da avaliação.

O **exame indireto** visa a análise de documentos que tenham relevância para a identificação de características individuais ou padrões de comportamento que se expressam em diferentes áreas do funcionamento pessoal e interpessoal. Aqui podem eventualmente ser relevantes relatórios escolares, psicológicos e sociais, elementos que constam do processo judicial e documentos de outros contactos com o sistema judicial e vários tipos de documentos clínicos, como registos clínicos, notas de alta ou declarações médicas.

Os dados obtidos das diferentes fontes de informação consultadas para a realização dos exames direto e indireto são geralmente suficientes para a identificação de características individuais e padrões globais de comportamento desadaptativos, duradouros e inflexíveis, que se expressam nas diferentes áreas:

1. **Cognição**: formas de perceção e interpretação de si próprio, dos outros e dos acontecimentos.
2. **Afetividade**: variedade, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional
3. **Funcionamento interpessoal**
4. **Controlo dos impulsos**.

A determinação da presença de défices no funcionamento da personalidade, nas **dimensões pessoais** (identidade e auto-direção) e **interpessoais** (empatia e vinculação), é também baseada nos elementos colhidos nestes componentes da avaliação psiquiátrico-forense, podendo aqui ser útil a utilização da **Escala de Nível de Funcionamento da Personalidade do DSM-5**. Pode-se assim afirmar que o ato de decidir se o examinando preenche critérios gerais para o diagnóstico de PP é uma tarefa eminentemente clínica, baseada e fundamentada nos dados obtidos nos exames direto e indireto. Estes dados permitem ainda **graduar a severidade da PP** e identificar **o perfil de personalidade** nas cinco dimensões patológicas, de acordo com a proposta de abordagem dimensional das PP a incluir na CID-10.

O papel dos **instrumentos psicométricos** é o de auxiliar e complementar a avaliação clínico-forense, aumentando a granularidade da descrição do perfil de personalidade, ao medir de forma sistemática os diferentes domínios e facetas. Tendo em conta a especial relevância, no contexto psiquiátrico-forense, de uma avaliação pormenorizada da **presença de psicopatia** e da necessidade de, na maioria das ocasiões, se proceder a um **juízo profissional estruturado** em relação ao **risco de violência**, o uso de instrumentos de avaliação do risco e da presença de psicopatia são também recomendados. Tendo em conta os instrumentos disponíveis no nosso país com dados sobre as suas características psicométricas e com manuais publicados, a nossa proposta será no sentido de utilizar os seguintes instrumentos: o **NEO-PI-R** [30], o **PCL-R** [38] e, se o objetivo for uma avaliação geral do risco de violência, o **HCR-20** [42].

**CONCLUSÃO**

A avaliação das Perturbações de Personalidade assume especial relevância no contexto pericial psiquiátrico-forense, principalmente em sede penal, onde as complexas relações que se estabelecem entre o seu diagnóstico clínico e a avaliação das capacidades e do risco pertinentes para a formulação dos juízos de inimputabilidade e perigosidade são ainda motivo de aceso debate nas arenas jurídica, psicológica e psiquiátrica. Os debates relativos à conceptualização categorial ou dimensional das PP e as dificuldades práticas associadas aos problemas de interação interpessoal e de autoapreciação dos indivíduos com PP tornam a sua avaliação clínico-forense e psicométrica ainda mais desafiante. No entanto, entendemos que as propostas mais recentes de conceptualização da PP, principalmente as consideradas para inclusão na CID-11, têm clara utilidade no âmbito pericial em contexto forense. Assim, a nossa proposta resume-se na avaliação da presença de critérios gerais de PP, gradação da severidade e identificação dos principais domínios de disfunção, com base nos dados obtidos pelos exames direto e indireto, complementados por uma escolha parcimoniosa de instrumentos psicométricos (NEO-PI-R, PCL-R e HCR-20), com o objetivo de precisar o perfil de personalidade, identificar a presença de psicopatia e realizar um juízo profissional estruturado na avaliação do risco.

**Referências bibliográficas**

1. Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, *385*(9969), 717-726
2. Johnson, S. C., & Elbogen, E. B. (2013). Personality disorders at the interface of psychiatry and the law: legal use and clinical classification. *Dialogues in clinical neuroscience*, *15*(2), 203.
3. Gunn, J., & Taylor, P. (2014). *Forensic psychiatry: clinical, legal and ethical issues*. CRC Press.
4. Millon, T. (2012). On the history and future study of personality and its disorders. *Annual review of clinical psychology*, *8*, 1-19.
5. Crocq, M. A. (2013). Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*, *15*(2), 147.
6. Berrios, G. E., & Porter, R. (1995). A history of clinical psychiatry. *Athlone, London*.
7. World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
8. American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-: DSM-5*. Climepsi Editores.
9. Widiger, T. A., Sirovatka, P. J., Regier, D. A., & Simonsen, E. (Eds.). (2007).*Dimensional models of personality disorders: Refining the research agenda for DSM-V*. American Psychiatric Pub.
10. Trull, T. J., & Widiger, T. A. (2013). Dimensional models of personality: the five-factor model and the DSM-5. *Dialogues Clin Neurosci*, *15*(2), 135-146.
11. Ashton, M. C. (2013). *Individual differences and personality*. Academic Press.
12. Mulder, R. T., Horwood, J., Tyrer, P., Carter, J., & Joyce, P. R. (2016). Validating the proposed ICD‐11 domains. *Personality and mental health*, *10*(2), 84-95.
13. Zachar, P., Krueger, R. F., & Kendler, K. S. (2016). Personality disorder in DSM-5: an oral history. *Psychological medicine*, *46*(01), 1-10.
14. Livesley, J. (2012). Tradition versus empiricism in the current DSM‐5 proposal for revising the classification of personality disorders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *22*(2), 81-90.
15. Livesley, W. J. (2012). Disorder in the proposed DSM‐5 classification of personality disorders. *Clinical psychology & psychotherapy*, *19*(5), 364-368.
16. Tyrer, P. (2013). The classification of personality disorders in ICD‐11: implications for forensic psychiatry. *Criminal Behaviour and Mental Health*,*23*(1), 1-5.
17. Häkkänen-Nyholm, H., & Nyholm, J. O. (2012). *Psychopathy and law: A practitioner's guide*. John Wiley & Sons.
18. Hare, R. D. (2016). Psychopathy, the PCL-R, and criminal justice: Some new findings and current issues. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*,*57*(1), 21.
19. Rutter, M. (2012). Psychopathy in childhood: is it a meaningful diagnosis?. *The British Journal of Psychiatry*, *200*(3), 175-176.
20. First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Benjamin, L.S. (1997). *Structured Clinical Interviews for DSM-IV. Axis II Personality Disorders.* Washington, DC: American Psychiatric Press.
21. Pinto-Gouveia, J., Matos, A., Rijo, D., Castilho, P., & Salvador, M.C. (1999). SCID-II, Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações de Personalidade do Eixo II do DSM-IV. Lisboa: Climepsi.
22. Loranger, A., Janca, A., & Sartorius, N. (1995) *The ICD-10 International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Cambridge: Cambridge University Press.
23. Millon, T., Davies, R., & Millon, C. (2009) *Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual,* 3rd edn. MCMI-IIITM Pearson Assessments: San Antonio.
24. Butcher, J., Dalstrom, W., Graham, J., Tellegen, A., & Kaemer, B. (1989). *MMPI-2: Manual for administration and scoring*. Minneapolis University of Minnesota Press.
25. Silva, D., Novo, R., Prazeres, N., & Pires, R. (2006). *Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (Adultos): Versão experimental portuguesa do MMPI-2*. Lisboa: Centro de Investigação em Psicologia e Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (mimeo).
26. Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, *10*, 477-501.
27. Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. (1975) *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. London: University of London Press.
28. **Almiro, P.A.**, & Simões, M.R. (2016, in press). Estudo das propriedades psicométricas da Versão Experimental Portuguesa do Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R) [Study of thepsychometric properties of theEysenck Personality Questionnaire - Revised (EPQ-R)]. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. ISSN: 1135-3848.
29. Costa, P. T., & MacCrae, R. R. (1992). *Revised NEO personality inventory (NEO PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO FFI): Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
30. Lima, M.P., & Simões, A. (2000). *NEO-PI-R: Manual Profissional*. Lisboa: Cegoc.
31. Lima, M.P., Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A.J., Costa, J.J., Costa, M.J., & Costa, P. (2014). A versão portuguesa do NEO-FFI: Caracterização em função da idade, género e escolaridade. *Psicologia, 28*(2), 1-10.
32. Lee, K., & Ashton, M.C. (2004). Psychometric properties of the HEXACO personality inventory. *Multivariate Behavioral Research, 39*(2), 329-58.
33. Ashton, M. C., & Lee, K. (2007). Empirical, theoretical and practical advantages of the HEXACO model of personality structure. Ontario (Canada): SAGE publications.
34. Ashton, M. C., & Lee, K. (2009). The HEXACO – 60: A short measure of the major dimensions of personality. *Personality Assessment, 91*(4), 340-345.
35. Martins, A., & Torres, A. (2015). *Traços de personalidade na perturbação depressiva persistente.* Tese de Mestrado Integrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica. Aveiro: Universidade de Aveiro.
36. Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2013). The personality inventory for DSM-5 (PID-5). *Washington, DC: APA*.
37. Hare, R.D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist – Revised* (2nd. Ed.). Toronto, ON Canada: Multi Health Systems.
38. Gonçalves, R.A. (2007). *Versão portuguesa da checklist de psicopatia revista (PCL-R) de Robert Hare – Manual de cotação e interpretação.* Braga, UM: CiPsi.
39. Gonçalves, R.A. (1999). *Psicopatia e processos adaptativos à prisão: da intervenção para a prevenção*. Braga: Centro de Estudos de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
40. Douglas, K.S., Vincent, G.M. & Edens J.F. (2007). Risk for criminal recidivism – The role of psychopathy. In CJ Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 533-554). N.Y.: Guilford.
41. Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997) *The HCR-20 Scheme: Assessing Risk for Violence, Version 2*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
42. Neves, A.C., & Gonçalves, R.A. (2006). *Versão portuguesa da HCR-20.* Braga: Universidade do Minho – Centro de Investigação em Psicologia.
43. Hart, S.D., Cox, D.N., & Hare, R.D. (1995). *The Hare Psychopathy Checklist – Screening Version-PCL:SV.* Toronto, ON Canada: Multi Health Systems.
44. Soeiro, C. (2006). *Personalidade e psicopatia na seleção de polícias de investigação criminal.* Dissertação de doutoramento em Psicologia da Justiça. Braga: Universidade do Minho.
45. Costa, J. (2011). A Relevância Jurídico-penal das Perturbações da Personalidade no Contexto da Inimputabilidade. *Julgar*, 15, 53-81.
46. Código Penal – Edição Universitária (2016), 6. ª Edição, *Almedina*.
47. Código de Processo Penal – Edição Universitária (2016), 5. ª Edição, *Almedina*.
48. Neves, J. C. (2008). A problemática da culpa nos crimes passionais. *Coimbra Editora*.
49. Kendell, R. E. (2002). The distinction between personality disorder and mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, *180*(2), 110-115.
50. Kinscherff, R. (2010). Proposition: a personality disorder may nullify responsibility for a criminal act. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, *38*(4), 745-759.
51. Fernandes, S., Leite, E., Vieira, F., & Santos, J. C. (2014). O Anunciado DSM-5: que implicações em Psiquiatria Forense? *Acta Medica Portuguesa*,*27*(1).
52. Vieira, F. & Brissos, S. (2007). Direito e Psiquiatria: um olhar sobre a cultura judiciária na sua interceção com a Psiquiatria. *Julgar*, 3, 45-60.
53. Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). HCR-20 version 3: assessing risk for violence. *Burnaby, BC, Canada: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University*.
54. Haque, Q., & Webster, C. D. (2013). Structured professional judgement and sequential redirections. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *23*(4), 241-251.
55. Sousa, J.G (2011). A ‘perícia’ técnica ou científica revisitada numa visão prático-judicial. *Julgar*, 15, 27-52.
56. Matos, M., Gonçalves, R. A., & Machado, C. (2011). Manual de psicologia forense: Contextos, práticas e desafios. *Psicologia da Justiça. Psiquilíbrios Edições*.