Letícia Marin Hofstatter

Inventário Dimensional Clínico da Personalidade 2: capacidade discriminativa para traços de psicopatia

Apoio:

Campinas

2021

Letícia Marin Hofstatter

Inventário Dimensional Clínico da Personalidade 2: capacidade discriminativa para traços de psicopatia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco, Área de Concentração - Avaliação Psicológica, para obtenção do título de Mestre

ORIENTADOR: PROF. DR. LUCAS DE FRANCISCO CARVALHO

"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001" -
"This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001"

Campinas

2021

150.195 Hofstatter, Letícia Marin.
H655i Inventário Dimensional Clínico da Personalidade 2: Capacidade Discriminativa para Traços de Psicopatia/ Letícia Marin Hofstatter. – Campinas, 2021. 50 p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco.
Orientação de: Lucas de Francisco Carvalho.

1. Traços de personalidade. 2. Modelos diagnósticos.

3. Psicopatia primária. 4. Dissonância afetiva. 5. Ressonância afetiva. I. Carvalho, Lucas de Francisco.
II.Título.

Sistema de Bibliotecas da Universidade São Francisco - USF
Ficha catalográfica elaborada por: Tatiana Santana Matias - CRB-08/8303

Educando para a paz

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA

Letícia Marin Hofstatter defendeu a dissertação **"INVENTÁRIO DIMENSIONAL CLÍNICO DA PERSONALIDADE 2: CAPACIDADE DISCRIMINATIVA DOS TRAÇOS DE PSICOPATIA" aprovada** pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco em 24 de março de 2021 pela Banca Examinadora constituída por:

Prof. Dr. Lucas de Francisco Carvalho
Orientador e Presidente

Prof. Dr. Nelson Hauck Filho
Examinador

Prof. Dr. Fabiano Koich Miguel
Examinador

Dedicatória

Dedico este trabalho, em especial a minha família que sempre acreditou que eu conseguiria e que sempre me incentivou a ir além, mesmo quando eu pensava não ser mais possível. A instituição que me acolheu e me permitiu realizar esta pesquisa dedico esta dissertação e que ela ajude em futuras pesquisas e desenvolvimento dentro desta área.

Agradecimentos

Agradeço a minha família, em especial aos meus pais. Obrigada por sempre acreditarem em mim, por sempre me permitirem ser eu mesma e me acolherem da maneira mais preciosa e necessária, sempre que eu surtava.

A você Lucas, obrigada meu amor por passar madrugadas acordado comigo, por sempre se dispor a me ajudar, seja simplesmente me fazendo companhia ou comprando algum doce para ajudar a diminuir meus níveis de ansiedade.

Aos meus dois melhores presentes que o mestrado poderia me dar, só tenho a agradecer infinitamente. Gisele e Juliana, obrigada do fundo do meu coração. A forma como me acolheram, como me orientaram e como me tratam desde o início foi fundamental para que eu evoluísse e chegasse onde cheguei. Ter me tornado as trigêmeas com vocês foi a melhor coisa que me aconteceu, e eu não tenho palavras para descrever a minha gratidão. Jú, a parte centrada desse trio, a irmã mais velha e mãe que sabe colocar as outras duas no eixo, mas de uma forma tão amável que é impossível não te obedecer rs. Obrigada por tudo e por ser tão você, eu não poderia pedir melhor. Gi, minha gêmea. O mestrado nos apresentou, mas a semelhança entre a gente nos uniu e nos mantém unidas até hoje. Palavras (e nem atitudes) jamais serão suficientes para expressar todo o meu carinho, admiração e gratidão por ter você. Obrigada, do fundo do meu coração, por existir e por ser você. Sem você, eu não conseguiria chegar no final dessa pós com sanidade. Amo vocês duas e amo a gente. Obrigada universo, por esses presentes.

Ao meu orientador Lucas, agradeço a paciência e compreensão, por sempre estar ali para orientar e auxiliar, se dispor a ouvir e acolher mesmo quando não era mais da

sua alçada. Não poderia ter tido um orientador melhor durante essa jornada. Aproveito o momento de agradecimento para pedir desculpas pelas vezes em que não dei conta de algo, seja por qual motivo.

No mais, agradeço a todos que fizeram parte dessa jornada e, independente de como, tornaram os dias mais leves e tranquilos, aliviando os momentos de estresse e tensão, permitindo que assim eu conseguisse seguir nesta jornada.

Hofstatter, L. M. (2021). Inventário Dimensional Clínico da Personalidade 2: capacidade discriminativa para traços de psicopatia. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduaçao *Strictu Senso* da Universidade São Francisco (USF) – Campinas.

Resumo

A psicopatia apresenta um padrão de afetividade limitado e se manifesta, principalmente, mediante a comportamentos socialmente desviantes. Como traços principais, a psicopatia apresenta ausência de empatia e culpa, além de baixa ansiedade, com pouca ou nenhuma consideração por terceiros, com tendências a antissocialidade e hostilidade. A psicopatia implica diversos prejuízos, tanto na vida do indivíduo quanto no meio social no qual ele está inserido. Por exemplo, há a dificuldade em estabelecer vínculos afetivos, comportamentos predominantemente hostis e manipuladores, postura arrogante, entre outros. O presente estudo teve como objetivo avaliar a capacidade discriminativa do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade 2 (IDCP-2) para distinguir grupos baseados na elevação dos traços de psicopatia. Participaram do estudo 409 adultos, sendo 369 da população não clínica, e 40 indivíduos diagnosticados com dependência química. A análise de perfis latentes identificou dois grupos, divididos entre empáticos (grupos que tem elevação nos traços de empatia, medidos pelo instrumento *Affective and Cognitive Measure of Empathy* (ACME)) e psicopáticos (grupos que tem elevação nos traços relacionados a psicopatia, medidos pelo *Levenson Self Report Psychopathy scale* (LSRP)). A análise de regressão logística apresentou quais facetas e fatores do PID-5 e do IDCP-2 seriam significativos para discriminar os grupos, sendo elas: insensibilidade e irresponsabilidade (PID-5) e enganosidade (IDCP-2). Foram calculados escores com as facetas do PID-5 e os fatores do IDCP-2, que representam os traços de psicopatia. A análise de curva ROC indicou que apesar do PID-5 apresentar melhores resultados, o IDCP-2 também apresentou boa especificidade e sensibilidade para a distinção dos grupos. Nossos achados indicaram um ponto de corte do IDCP-2 para sua utilização para avaliação da psicopatia. Os achados no presente estudo suportam o uso clínico do IDCP-2 para a triagem dos sintomas de psicopatia e seus principais traços patológicos.

Palavras chave: Traços de Personalidade; Modelos Diagnósticos; Psicopatia Primária; Dissonância Afetiva; Ressonância Afetiva.

Hofstatter, L. M. (2021). Dimensional Clinical Personality Inventory 2: discriminative capacity for psychopathic traits. 'Master's Thesis, Post-Graduate Studies in Psychology, University São Francisco, Campinas, São Paulo.

Abstract

Psychopathy presents limited affectivity and manifests itself mainly through socially deviant behaviors. Psychopathy presents an absence of empathy and guilt, in addition to low anxiety, with little or no consideration for others, with tendencies towards antisocial behaviors and hostility. Psychopathy implies several losses, both in the individual's life and in the social environment in which (s)he is inserted. For instance, difficulty in establishing affective bonds, predominantly hostile and manipulative behaviors and arrogant posture toward others. This study aimed to evaluate the discriminative capacity of the Dimensional Clinical Personality Inventory 2 (IDCP-2) to distinguish groups based on the elevation of psychopathic traits. Participants were 409 adults, 369 from the non-clinical population, and 40 individuals diagnosed with drug addiction. The analysis of latent profiles identified two groups, divided between empathic (groups that have an increase in the traits of empathy, measured by the Affective and Cognitive Measure of Empathy (ACME) instrument) and psychopathic (groups that have an increase in the traits related to psychopathy, measured by the Levenson Self Report Psychopathy Scale (LSRP) instrument). The logistic regression analysis showed which facets and factors of PID-5 and IDCP-2 would be significant to discriminate groups: callousness and irresponsibility (PID-5), and deceitfulness (IDCP-2). Scores were calculated with the facets of the PID-5 and the factors of the IDCP-2, which represent psychopathic traits. The ROC curve analysis indicated that despite the PID-5 showing better results, the IDCP-2 also showed good specificity and sensitivity for predicting the groups. Our findings revealed a cutoff for IDCP-2 for its use in the screening of psychopathy traits. The study's findings support the clinical use of IDCP-2 to screen for symptoms of psychopathy and its main pathological features.

Keywords: Personality Traits; Diagnostic Model; Primary Psychopath; Affective Dissonance; Affective Resonance.

Sumário

Lista de Figuras **4**

Lista de Tabelas **5**

Introdução **6**

Transtorno de Personalidade Psicopática 9

Avaliação da Psicopatia 10

Escopo 13

Artigo 1 - Inventário Dimensional Clínico da Personalidade 2: capacidade discriminativa para os traços de psicopatia 14

Resumo/Abstract 14

Introdução 15

Método 19

Participantes 19

Instrumentos 20

Procedimentos 22

Análise de dados 23

Discussão 29

Referências 33

Considerações Finais **40**

Referências **42**

Apêndice A **48**

Apêndice B **49**

Lista de Figuras

Figura 1. Composição dos escores dos participantes nos perfis latentes observados – empático e psicopático.....28

Figura 2. AUC do IDCP- escore psicopatia e PID- escore psicopatia.....30

Lista de Tabelas

Tabela 1. Fatores do IDCP-2 e traços da psicopatia relacionados.....14

Tabela 2. Estatísticas demográficas da amostra.....21

Tabela 3. Índices de ajuste dos modelos com 1, 2, 3 e 4 perfis latentes.....27

Tabela 4. Regressão logística binária – Facetas PID-5 (Bloco 1) e Fatores IDCP-2 (Bloco 2).....28

Tabela 5. Indicadores da capacidade discriminativa do IDCP-2 e PID-5 aos grupos da LPA.....30

Introdução

Os Transtornos de Personalidade (TP) iniciam-se na adolescência e/ou início da vida adulta e permanecem estáveis ao longo da vida do indivíduo. Estão relacionados ao comportamento, afetividade e cognição dos indivíduos, sendo inflexíveis e acarretando sofrimento psíquico e prejuízos nas mais diversas áreas da vida, como o interpessoal, o social e a familiar. Indivíduos com TP apresentam prejuízos na capacidade de interpretar e/ou aceitar normas e regras sociais, podendo prejudicar a capacidade de independência do mesmo, interferindo negativamente na forma de lidar com mudanças, especialmente as extremas, sendo elas internas ou externas (APA, 2013; Millon, 2016).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5; *American Psychiatry Association* [APA], 2013) norteia o diagnóstico de diversas psicopatologias baseando-se no modelo categórico, isto é, ausência *versus* presença dos sintomas. Estão listados no DSM-5 (APA, 2013), 10 TPs e cada um deles possui critérios diagnósticos pré-estabelecidos e específicos. A presença ou ausência do transtorno é definida através de um ponto de corte, geralmente este sendo no mínimo cinco sintomas do total dos critérios descritos no TP, além da análise dos prejuízos e de sua intensidade no sujeito (Trull & Durrett, 2005).

O modelo categórico, apesar de atualmente utilizado para o diagnóstico, apresenta pontos cegos que podem dificultar a especificidade do diagóstico (Morey, Benson, Busch & Skodol, 2015; Trull & Durrett, 2005). Uma das críticas a este modelo é baseada na maneira como é feito o diagnóstico, sendo este a ausência *vs* presença de sintomas patológicos. A avaliação e investigação dos transtornos pode gerar a dúvida da presença de comorbidade entre eles, visto que em muitos casos é comum que dois ou mais transtornos apresentem o mesmo sintoma e/ou critério diagnóstico. Exemplo disso são os transtornos de personalidade borderline e antissocial, já que ambos devem

apresentar altos escores em impulsividade. Quando não há a consideração por estes sintomas de maneira integrada (descrição de cada um, associada a contextualização do transtorno em si), sob uma perspectiva que vá além da ausência *versus* presença, há a possibilidade de que o indivíduo se encaixe em dois TPS, e por isso, o indivíduo é diagnosticado no transtorno de personalidade não especificado (TPNE). Este diagnóstico é dado quando o indivíduo não alcança os critérios mínimos para determinado transtorno especificado no DSM-5 e/ou atinge critérios para dois transtornos. Portanto, devido ao prejuízo os quais estes traços podem causar na vida do indivíduo, este é diagnosticado dentro do TPNE (Verheul et al., 2007). Outro ponto fraco do modelo categórico é a heterogeneidade dos sintomas dentro de cada TP. Duas pessoas podem apresentar sintomas bastante diferentes e ainda assim serem diagnosticadas com o mesmo TP, tornando difícil desenvolver um método de tratamento único para cada TP (Morey, Benson, Busch & Skodol, 2015).

Para lidar com as dificuldades apresentadas pelo modelo categórico, foram propostos modelos dimensionais, que buscam explicar o transtorno em termos de variante de intensidade de traços patológicos, baseando-se na forma como a elevação ou rebaixamento de certos traços pode afetar as diversas esferas da vida do sujeito e sua capacidade básica do funcionamento. As perspectivas dimensionais fornecem um entendimento amplo em relação a heterogeneidade dos TPs e dos sintomas em si, pois apesar dos critérios diagnósticos descritos e pré estabelecidos dentro dos manuais, os indivíduos podem apresentar diferenças associações destes critérios, e em alguns casos, critérios de mais de um transtorno bem como diferenças na manifestação destes. Na perspectiva dimensional as comorbidades entre os TP podem ser mais bem explicadas, visto que o diagnóstico de um transtorno não se baseia somente na concepção dos sintomas e do preenchimento dos critérios diagnósticos necessários, mas sim no ponto

da elevação ou rebaixamento de traços patológicos da personalidade. Deste modo, é possível compreender que, na perspectiva dimensional, há um foco maior nos sintomas e características advindas do transtorno, e assim, como estes podem ser tratados (Skodol et. al., 2011; Trull & Durrett, 2005).

Apesar das diferenças entre as perspectivas categóricas e dimensionais, ressalta-se que elas não são excludentes entre si, e muitas vezes, são complementares. Exemplo dessa complementariedade são os modelos híbridos, isto é, que agregam partes de ambas as perspectivas (Trull & Durrett, 2005). No DSM-5 está apresentado o Modelo Alternativo para Transtornos de Personalidade (MATP), que pode ser considerado como um modelo híbrido. No MATP, são apresentados os critérios diagnósticos. O critério A indica os prejuízos nas esferas interpessoais e no nível do self. Já o critério B indica a elevação ou rebaixamento em determinados traços, apontando se estes estão se apresentando de maneira patológica no indivíduo e se sim, quais prejuízos podem acarretar em sua vida. Este modelo é considerado híbrido, pois apesar de existir a análise no nível de elevação e rebaixamento, há também o critério de ausência versus presença destes critérios, tendo um ponto de corte para isto. No MATP estão apresentados os indicadores para seis dos dez TPs (i.e., transtorno de personalidade antissocial, narcisista, borderline, evitativa, obsessiva-compulsiva, esquizotípica). Alguns destes TPs apresentam a possibilidade de serem caracterizados também por um especificador, isto é, com critérios diagnósticos adicionais que configuram um padrão de comportamento diferenciado. Por exemplo, o transtorno de personalidade antissocial (TPAS) apresenta a psicopatia como um especificador.

A psicopatia como especificador do TPAS apresenta três traços principais que a distingue: baixa ansiedade e medo, busca excessiva por atenção e estilo interpessoal audacioso (APA, 2013). Os comportamentos impulsivos e socialmente desviantes

caracterizam a psicopatia e o TPAS, e podem trazer consequências ao indivíduo e a sociedade.

1.1. Transtorno de Personalidade Psicopática

O transtorno de personalidade psicopática (e.g. Brinkley, Newman, Widiger & Lynam, 2006; Cleckley, 1941/1976; Hare e Neumann, 2008; Moreira, Almeida & Fávero, 2014), com características associadas à maneira como o indivíduo se vê, vê os outros e se coloca no ambiente e nas relações interpessoais, e.g. ausência de remorso, comportamento antissocial, relações afetivas empobrecidas (Cleckley, 1941/1976). Pessoas com este TP tendem a ser dominantes e arrogantes em suas relações, com condutas antiéticas de manipulação e sedução dos indivíduos, com tendência a grande estima pessoal, com propensão a traços psicológicos malevolentes e maliciosos. Apresentam também comportamentos impulsivos e muitas vezes tidos como irresponsáveis, visto que não apresentam medo ou consideração pelas consequências futuras (Cleckley, 1941/1976; Cooke & Michie, 2001; Moreira, Almeida & Fávero, 2014; Muris, Merckelbach, Otgaar & Meijer, 2017; O'Boyle, Forsyth, Banks, Story & White, 2014).

A psicopatia pode ser entendida como uma associação das seguintes características: audácia, maldade e desinibição. Isto é, uma pessoa diagnosticada com psicopatia tende a apresentar essas três características. A ousadia está associada ao domínio social, ausência de medo das consequências sociais; a maldade está presente nas tendências à hostilidade e agressão, com aspectos afetivos como ausência de culpa, remorso e empatia; e por último, a desinibição está associada à dificuldade no controle de impulsos e limitações na gratificação social (Wall, Wygant & Sellbom, 2014). Dadas suas principais características, a psicopatia frequentemente é associada a indivíduos os quais cometem crimes hediondos e/ou com comportamentos impulsivos e

ausentes de empatia. Devido a descrição do transtorno e seus critérios diagnósticos estarem associados a empatia e a comportamentos violentos, a psicopatia é ligada a pessoas que cometem crimes cruéis, o que facilitaria a explicação destes traços no transtorno. (Cleckley, 1941/1976; Hare, 2006; Moreira, Almeida, Pinto & Fávero, 2014).

Em relação aos aspectos comportamentais e afetivos do indivíduo, a psicopatia pode ser separada mediante duas variantes, sendo elas a psicopatia primária e a psicopatia secundária. A primária está relacionada a um déficit afetivo, com menores propensões a ansiedade, maiores dificuldades na compreensão e expressão de sentimentos além de agressividade e crimes com uma tendência a premeditação e com fins específicos (Skeem, Johansson, Andershed, Kerr & Louden, 2007; Skeem, Poythress, Edens, Lilienfeld & Cale, 2003).

Já a psicopatia secundária está mais ligada a alterações comportamentais, com propensão a atitudes impulsivas, sem planejamento claro de atitudes e a consideração por consequências de seus atos. A psicopatia secundária está mais associada a um mecanismo do indivíduo para lidar com abusos sofridos na primeira infância, como abuso parental e negligência (Skeem, Johansson, Andershed, Kerr & Louden, 2007; Skeem, Poythress, Edens, Lilienfeld & Cale, 2003). Portanto, histórico de abuso infantil, violência física e sexual e outros comportamentos que tendem para a agressividade podem agir como um potencializador para o desenvolvimento de comportamentos agressivos no sujeito, sejam eles físicos ou psicológicos, baseados na maneira como estes fatores influenciam no desenvolvimento do transtorno e seus traços. Indivíduos que possuem elevação na psicopatia secundária apresentam propensão ao uso e/ou abuso de substâncias psicoativas (Blair, Peschardt, Budhani, Mitchell & Pine, 2006).

A psicopatia pode ser explicada também mediante a três domínios, que dentro do transtorno apresentam alteração no indivíduo, a saber: interpessoal, afetivo e comportamental (Brinkley, Newman, Widiger & Lynam, 2006; Hare e Neumann, 2008; Patrick, Fowles & Krueger, 2009). O campo interpessoal explicita a forma como indivíduos com o transtorno ou com elevação nos traços típicos tendem a serem insensíveis, dominantes, manipuladores, arrogantes, apresentando deficiências em reações emocionais básicas – senti-las e expressá-las – distanciamento emocional, entre outros, ou seja, está associado à maneira como o indivíduo vê suas relações e as estabelece, como ele age com os outros. Já o campo afetivo, relacionado à forma como são apresentados os sentimentos e emoções destes indivíduos, representa a dificuldade em criar laços afetivos e mantê-los, apresentando também falta de empatia, de culpa e de remorso. O campo comportamental é associado ao modo destes sujeitos se portarem no mundo, com tendência a expressar dificuldade no controle inibitório, com comportamentos desviantes, tendência a ignorar normas e regras sociais podendo apresentar hostilidade e comportamentos antissociais. O engajamento nestes comportamentos e na hostilidade pode ser justificado por junções das características principais do transtorno, como a ausência de empatia e culpa, e também pelo medo das consequências e julgamento por suas ações (Brinkley, Newman, Widiger & Lynam, 2006; Hare e Neumann, 2008; Patrick, Fowles & Krueger, 2009).

A concepção de psicopatia vem sendo reconstruída e adaptada ao longo dos anos, não sendo mais somente associada à população carcerária e/ou inserida dentro de hospitais psiquiátricos, bem como não possuindo mais a sua atribuição somente a comportamentos puramente violentos. Portanto, a psicopatia está associada a comportamentos socialmente desviantes, mas não necessariamente violentos, como comportamentos antiéticos de manipulação e comportamentos de sedução do indivíduo

frente a sua relação com os outros. Porém, apesar da modificação na conceituação da psicopatia, ainda é mais comum observar e prever seus traços em populações de presidiários e outros transgressores devido aos fatores de ausência de medo e empatia (baixa), o que facilitaria o cometimento de atitudes violentas e desviantes (Cleckley, 1941/1976; Hare, 2006; Moreira, Almeida, Pinto & Fávero, 2014).

1.2. Avaliação da Psicopatia

A compreensão da psicopatia, da elevação dos traços predominantes nos indivíduos que a apresentam, e a forma como se apresentam, são elementos necessários para o contexto de avaliação psicológica. Esta necessidade se dá pelo fato da importância da compreensão do transtorno dentro de suas diversas perspectivas, visto que existe uma heterogeneidade dentro dele, e cada indivíduo poderá manifestar um conjunto específico de traços patológicos, portanto, não há como tomar uma decisão baseada em um indivíduo, pois desta forma seriam excluídos diversos outros casos que não se encaixariam neste padrão. Os estudos acerca da psicopatia e de seus traços baseiam-se também na construção de instrumentos que avaliem este TP, de maneira a compreendê-lo de forma integrada. Como exemplos específicos de instrumentos utilizados para a identificação da psicopatia temos o *Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R) e o *Levenson Self-Report Psychopathy Scale* (LSRP), que inicialmente foi desenvolvido para avaliação de indivíduos no contexto penitenciário porém foi sua utilização foi expandida para todos os contextos e indivíduos. O diagnóstico do transtorno pode ser feito baseado nestes instrumentos, avaliando tanto a perspectiva categórica (ausência *versus* presença) quanto a dimensional (elevação e rebaixamento), e a partir das informações fornecidas por eles, realizar os encaminhamentos necessários, além da criação do projeto terapêutico. (Hauck Filho, Teixeira & Dias, 2009; Cleckley,

1941/1976; Hare, 2006; Hare & Neumann, 2008; Moreira, Almeida, Pinto & Fávero, 2014).

Instrumentos que avaliem traços patológicos da personalidade, e não somente busquem fornecer o diagnóstico em si, se fazem importantes para compreender os prejuízos individuais e sociais, mesmo sem a presença do diagnóstico. Exemplo disso, e desenvolvido no contexto brasileiro, é o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP), atualmente em sua segunda versão (IDCP-2; Carvalho & Primi, no prelo). O IDCP-2 é um instrumento construído a partir das revisões do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) (Carvalho & Primi, 2015), usado para avaliar traços patológicos da personalidade, considerando os transtornos para além de ausência *versus* presença dos mesmos, mas sim no seu rebaixamento e elevação. É composto por 206 itens, que podem ser agrupados em 12 dimensões da personalidade, a saber: dependência, agressividade, instabilidade de humor, excentricidade, necessidade de atenção, desconfiança, grandiosidade, isolamento, evitação a críticas, autossacrifício, conscienciosidade e inconsequência, e dentro destas dimensões há a subdivisão por fatores, respectivos a cada uma delas.

Nesta subdivisão por fatores, há a possibilidade do uso de alguns deles para descrever os traços típicos da psicopatia (e.g. antagonismo, violência, sedução e manipulação, enganosidade) baseados em definições prévias da psicopatia (Cooke & Michie, 2001; Moreira, Almeida & Fávero, 2014; Muris, Merckelbach, Otgaar & Meijer, 2017; O'Boyle, Forsyth, Banks, Story & White, 2014). Apesar destes fatores apresentarem relação teórica com traços de psicopatia, até o presente momento, o IDCP-2 não possui estudos empíricos relacionando os fatores com esses traços.

Na Tabela 1, estão descritos os fatores que nós selecionamos do IDCP-2 baseados nos traços que compõem a psicopatia. Para esta seleção, foram analisados os

critérios diagnósticos da psicopatia e suas definições e quais traços do IDCP-2 estariam ligados a estas definições e desta forma, poderiam avaliar tais critérios.

Tabela 1.

Fatores do IDCP-2 e traços da psicopatia relacionados.

Fatores IDCP-2	Critérios Diagnósticos
Antagonismo	Dificuldade no controle inibitório; tendência à agressividade e comportamentos desviantes das normas sociais (Hare e Neumann, 2008; Patrick, Fowles & Krueger, 2009).
Violência	Comportamentos antissociais, com tendência a violência e criminalidade (Hare & Neumann, 2008; Patrick, Fowles & Krueger, 2009).
Dominância	Dominantes e arrogantes nas relações interpessoais (Hare & Neumann, 2008; Patrick, Fowles & Krueger, 2009).
Indiferença	Apresentam deficiências em reações básicas emocionais, com tendência a insensibilidade (Hare e Neumann, 2008; Patrick, Fowles & Krueger, 2009).
Impulsividade	Deficiência no lócus de controle e pouca e/ou nenhuma consideração pelas consequências de seus atos, o agir sem pensar (Moreira, Almeida, Pinto & Fávero, 2014).
Tomada de Risco	Apresentam comportamentos referentes à tomada de risco, com decisões inconsequentes sem consideraçã por riscos (Moreira, Almeida, Pinto & Fávero, 2014).
Enganosidade	Comportamentos de manipulação buscando a autopromoção, com aspectos psicológicos malevolentes (Muris, Merckelbach, Otgaar & Meijer, 2017; O'Boyle, Forsyth, Banks, Story & White, 2014).
Sedução e Manipulação	Comportamentos de sedução e manipulação nas relações interpessoais (Cleckley, 1941/1976; Moreira, Almeida, Pinto & Fávero, 2014).
Superioridade	Senso de estima pessoal elevado, com sentimentos de superioridade frente aos outros (Cookie & Michie, 2001).

Necessidade de Reconhecimento	São dominadores e arrogantes, porém não necessariamente necessitam do reconhecimento de outros (Muris, Merckelbach, Otgaar & Meijer, 2017; O'Boyle, Forsyth, Banks, Story & White, 2014).
Busca por Atenção	A dificuldade de estabelecer vínculos afetivos dificulta que estes busquem por atenção dentro do seu meio social (Brinkley, Newman, Widiger & Lynam, 2006; Hare e Neumann, 2008; Patrick)
Submissividade	Devido à natureza dominante do transtorno, indivíduos com elevação nos traços apresentariam um rebaixamento em sua submissão à terceiros (Hare e Neumann, 2008; Patrick, Fowles & Krueger, 2009).

1.3 Escopo

O presente estudo visa apresentar a capacidade discriminativa do IDCP-2 para os traços de psicopatia e investigar a capacidade preditiva destes traços para os grupos alvo (grupo com elevação nos traços de empatia e grupo com elevação nos traços de psicopatia), sendo estes baseados em escores de medidas externas de psicopatia. Além disso, investigamos também a capacidade dos escores do IDCP-2 para diferenciação da população geral e um grupo que conhecidamente tende a apresentar elevação em traços típicos da psicopatia, indivíduos diagnosticados com dependência química (Magyar, Edens, Lilienfeld, Douglas, Norman & Poythress, 2011; Patrick, Hicks, Krueger & Lang, 2005).

Inventário Dimensional Clínico da Personalidade 2: capacidade discriminativa para os traços de psicopatia

Resumo

A psicopatia vem sendo tema de estudo, devido aos prejuízos que podem acarretar ao indivíduo e ao convívio social. O presente estudo teve como objetivo avaliar a capacidade discriminativa do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade 2 (IDCP-2) para distinguir grupos baseados na elevação dos traços de psicopatia. Participaram do estudo 409 adultos, sendo 369 da população não clínica, e 40 indivíduos diagnosticados com dependência química. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico e aos instrumentos (IDCP-2, PID-5, LSRP e ACME). Os resultados indicaram a capacidade do IDCP-2 em predizer grupos, estabelecendo um ponto de corte para o instrumento. Nós também testamos a capacidade das facetas do PID-5, e observamos resultados similares aos do IDCP-2, embora com um número maior de itens. Embora os achados suportem o uso dos fatores do IDCP-2 para triagem de traços de psicopatia, observou-se somente um pequeno incremento em relação às facetas do PID-5.

Palavras-chave: Enganosidade; Insensibilidade; Impulsividade; Empatia; Dissonância Afetiva.

Abstract

Psychopathy has been focus of studies, due the losses that it could cause to the individual's life and the social life. Due to this, instruments that aim your evaluation and diagnostic are essential. This study aimed to evaluate the discriminative capacity of the Dimensional Clinical Personality Inventory 2 (IDCP-2) to distinguish groups based on the elevation of psychopathic traits. Participants were 409 adults, 369 from the non-clinical population, and 40 individuals diagnosed with drug addiction. The participants responded to a socio-demographic questionnaire and to the instruments (IDCP-2, PID-5, LSRP and ACME). We also tested the capacity of the facets of PID-5, and observed results similar to those of IDCP-2, albeit with a greater number of items. The results indicated the capacity of the IDCP-2 to predict the groups, establishing a cutoff to the instrument. Although the findings support the use of IDCP-2 factors to psychopathic traits screening, there was only a small increase regarding the facets of PID-5.

Keywords: Deceitfulness; Callousness; Impulsivity; Empathy; Affective Dissonance

Introdução

A preocupação com os diagnósticos de transtornos de personalidade é discussão corrente, dado que muitas vezes o diagnóstico feito baseado no modelo categórico, realizado baseado no critério de ausência *versus* presença de sintomas e critérios diagnósticos pré-estabelecidos, pode limitar a interpretação clínica e gerar dúvidas no fechamento do diagnóstico (Morey, Benson, Busch & Skodol, 2015). Na tentativa de preencher esta lacuna, modelos dimensionais foram propostos, nos quais o foco da avaliação está centrado nos níveis em que os traços patológicos se apresentam no indivíduo e quais os seus respectivos prejuízos na vida deste sujeito. Atualmente, a psicopatia pode ser compreendida dentro da perspectiva dimensional (APA, 2013; Millon, 2016; Patrick, Fowles & Krueger, 2009). Dada às consequências que indivíduos com este diagnóstico podem trazer ao meio social (e.g. violência, comportamentos criminosos, uso abusivo de substâncias; Cleckley, 1941/1976; Hare, 2006; Moreira, Almeida, Pinto & Fávero, 2014), o estudo de seus traços e suas manifestações no indivíduo contribuiria para um mapeamento da personalidade destes sujeitos, mesmo sem o diagnóstico do transtorno.

A psicopatia pode ser entendida como uma associação de suas características principais, sendo estas: audácia, maldade e desinibição. A audácia está associada ao domínio social, sem medo das consequências sociais; a maldade está presente nas tendências à hostilidade e agressão, com aspectos afetivos como ausência de culpa, remorso e empatia, e por último, a desinibição está associada à dificuldade no controle de impulsos e limitações na gratificação social (Wall, Wygant & Sellbom, 2014). A psicopatia pode ser explicada mediante os níveis afetados no indivíduo, a saber: interpessoal, afetivo e comportamental (Brinkley, Newman, Widiger & Lynam, 2006; Hare e Neumann, 2008; Patrick, Fowles & Krueger, 2009). O campo interpessoal

explicita a forma como indivíduos com o transtorno ou com elevação nos traços típicos tendem a serem insensíveis, dominantes, manipuladores, arrogantes, apresentando deficiências em reações emocionais básicas – senti-las e expressá-las – distanciamento emocional do indivíduo para com terceiros, entre outros, ou seja, está associado à maneira como o indivíduo vê suas relações e as estabelece, como ele age com os outros (Brinkley, Newman, Widiger & Lynam, 2006; Hare e Neumann, 2008; Patrick, Fowles & Krueger, 2009).

Em relação aos aspectos comportamentais e afetivos do indivíduo, a psicopatia pode ser separada mediante duas variantes, a psicopatia primária e a psicopatia secundária. A primária está relacionada a um déficit afetivo, com menores propensões a ansiedade, maiores dificuldades na compreensão e expressão de sentimentos além de agressividade e crimes com uma tendência a premeditação e com fins específicos (Skeem, Johansson, Andershed, Kerr & Louden, 2007; Skeem, Poythress, Edens, Lilienfeld & Cale, 2003). Já a psicopatia secundária está mais ligada a déficits comportamentais, com propensão a atitudes impulsivas, sem planejamento claro de atitudes e dificuldade na consideração por consequências de seus atos. Neste ponto, podemos citar atitudes violentas como assaltos a mão armada, brigas físicas e atitudes não violentas, como o uso de substâncias psicoativas (Skeem, Johansson, Andershed, Kerr & Louden, 2007; Skeem, Poythress, Edens, Lilienfeld & Cale, 2003).

Psicopatia secundária e uso de substâncias

A psicopatia secundária está mais associada a traços que tendem ao uso abusivo de substâncias (Magyar, Edens, Lilienfeld, Douglas, Norman & Poythress, 2011). Dentre estes traços, explicamos aqueles relacionados a comportamentos externalizantes, por exemplo, a dificuldade de aceitar e seguir normas sociais bem como um padrão de comportamento, a irresponsabilidade e impulsividade frente aos seus atos – tanto atos

individuais quanto coletivos (Magyar, Edens, Lilienfeld, Douglas, Norman & Poythress, 2011; Patrick, Hicks, Krueger & Lang, 2005).

Estudos indicam que a psicopatia primária e secundária, apesar de apresentarem algumas características compartilhadas, apresentam também características únicas, sendo diferentes constelações de traços, cada qual com suas especificidades. A psicopatia secundária apresenta maiores índices de associação com comportamentos desviantes e a impulsividade a qual estes podem apresentar, podendo ser inclusive associada ao transtorno de personalidade antissocial (TPAS), o que torna os indivíduos com elevação em seus traços mais propícios ao engajamento no uso abusivo de substâncias, com comportamentos impulsivos e inconsequentes (Hemphill, Hart & Hare, 1994; Magyar, Edens, Lilienfeld, Douglas, Norman & Poythress, 2011; Patrick, Hicks, Krueger & Lang, 2005).

A avaliação da psicopatia apresenta maneiras de compreender não só o transtorno, mas também sua manifestação e prejuízos, permitindo tratamento singular a cada indivíduo. Exemplos de instrumentos utilizados para a identificação da psicopatia são o *Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R) e o *Levenson Self-Report Psychopathy Scale* (LSRP) (Hare & Neumann, 2008; Hauck Filho, Teixeira & Dias, 2009). Instrumentos que avaliam traços patológicos de personalidade também podem ser utilizados para a avaliação da psicopatia, desde que compreendam os traços presentes no transtorno.

Nesse contexto, o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade 2 (IDCP-2; Carvalho & Primi, no prelo) é uma escala de autorrelato, desenvolvida para avaliação de traços patológicos de personalidade. O IDCP-2 é um instrumento construído a partir das revisões do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) (Carvalho & Primi, 2015) e é baseado nos modelos dimensionais de personalidade. O IDCP-2 possui

206 itens que podem ser agrupados em 47 facetas (que representam traços de personalidade patológicos específicos) e 12 dimensões, sendo elas: dependência, agressividade, instabilidade de humor, excentricidade, necessidade de atenção, desconfiança, grandiosidade, isolamento, evitação a críticas, autossacrifício, conscienciosidade e inconsequência. Estudos prévios apontam para a capacidade discriminativa do IDCP-2 para transtornos de personalidade como borderline (Carvalho & Pianowski, 2019). Nenhum estudo foi encontrado visando à psicopatia, sendo este o foco deste estudo.

Ainda que nenhum estudo tenha sido realizado verificando a capacidade discriminativa dos fatores do IDCP-2 para os traços de psicopatia, o instrumento apresenta fatores cujas definições representam traços prototípicos da psicopatia: antagonismo, violência, dominância, indiferença, impulsividade, tomada de risco, enganosidade, sedução e manipulação. Estudos prévios indicaram a adequação psicométrica destes fatores (Carvalho, 2018; Carvalho, Pianowski & Miguel, 2015; Carvalho, Sette, Capitão & Primi, 2014; Carvalho, Sette & Ferrari, 2016).

O objetivo do presente estudo é investigar a capacidade do IDCP-2 para predizer grupos mediante elevação ou rebaixamento nos traços de psicopatia dentro de duas populações, a saber, a amostra não clínica da população e a amostra clínica de dependentes químicos, observando se o instrumento é capaz de separar corretamente estes grupos.

Nós criamos duas hipóteses, a saber: (h1) os fatores do IDCP-2 conseguem predizer os grupos com e sem elevação dos traços de psicopatia; (h2) indivíduos com diagnóstico de dependência química apresentam elevação nos traços relacionados a psicopatia secundária, sendo eles: impulsividade, tomada de risco, antagonismo, violência e enganosidade, se comparados ao grupo de indivíduos sem o diagnóstico de

dependência química (Magyar, Edens, Lilienfeld, Douglas, Norman & Poythress, 2011; Patrick, Hicks, Krueger & Lang, 2005).

Método

2.1. Participantes

Participaram do presente estudo 409 sujeitos com idade entre 18 a 78 anos (*M*= 31,65; *DP*= 11,29), sendo 369 indivíduos da população geral e 40 indivíduos de uma população clínica de dependentes químicos, internados em uma instituição para tratamento e com diagnóstico prévio realizado por psiquiatras da instituição com base nos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2004). Na amostra não-clínica, a maioria eram mulheres (59,6%), com ensino médio incompleto (35,6%) e brancos (58,3%). Já na amostra de dependentes químicos, a maioria eram homens (97,5%), com ensino fundamental incompleto (42,5%) e pardos (47,5%). Foi utilizado como critério de exclusão indivíduos que relataram diagnóstico de transtornos psicóticos, pois dentro destes transtornos, é comum a presença de comportamentos impulsivos e violentos, o que poderia gerar uma confusão quanto a associação a psicopatia. A Tabela 2 apresenta detalhes sobre os dados demográficos da amostra clínica e não-clínica, bem como significância para comparação entre variáveis demográficas.

Tabela 2. Estatísticas demográficas da amostra.

		Clínica	Não-clínica	x^2	P
Sexo	Feminino	1 (2,5%)	203 (55%)	39,81	< 0,001
	Masculino	39 (97,5%)	166 (45%)		
Etnia	Branca	16 (40%)	188 (50,9%)	154,07	< 0,001
	Negra	4 (10%)	32 (8,7%)		
	Asiática	19 (47,5%)	4 (1,1%)		
	Indígena	0 (0%)	5 (1,4%)		
	Parda	0 (0%)	132 (35,8)		
	Outros	1 (2,5%)	8 (2,2)		
Escolaridade	Fundamental	23 (57,5%)	20 (5,2%)	128,22	< 0,001

	Ensino Médio	4 (10%)	150 (40,7%)		
	Universitário	11 (27,5%)	77 (20,9%		
	Superior	2 (5%)	56 (15,2%)		
	Pós-graduação	0 (0%)	67 (18,2%)		
Estado civil	Solteiro	27 (67,5%)	186 (50,4%)	17,73	< 0,001
	Casado	6 (15%)	107 (29%)		
	Viúvo	3 (7,5%)	3 (0,8%)		
	Separado/Divorciado	1 (2,5%)	16 (4,3%)		
	União estável	3 (7,5%)	48 (13%)		
	Outros	0 (0%)	9 (2,4%)		

2.2. Instrumentos

Questionário sócio demográfico

O questionário sócio demográfico foi criado especificamente para este estudo contendo perguntas para caracterização da amostra sobre sexo, idade, estado civil e escolaridade). Além disto, este questionário contou com perguntas sobre transgressões realizadas durante a vida e uso de bebida alcóolica. Para a população de dependentes químicos, foram acrescentadas questões para compreensão da dependência, como o tempo o qual fez o uso e qual droga utilizava.

Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP-2; Carvalho & Primi, 2019)

O IDCP-2 (Carvalho e Primi, 2019) é um instrumento brasileiro, de autorrelato para avaliação de traços patológicos da personalidade. Trata-se de uma atualização do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (Carvalho e Primi, 2015). O IDCP-2 tem como principais bases para sua construção os critérios diagnósticos para transtornos da personalidade do DSM-5 (APA, 2013) e os traços patológicos do MATP, do mesmo manual. Suas respostas baseiam-se em uma escala tipo Likert de 4 pontos, sendo a pontuação 1 “não tem nada a ver comigo” e 4 “isso tem muito a ver comigo”. É composto por 12 dimensões, divididas em 47 fatores, a saber: dependência, agressividade, instabilidade de humor, excentricidade, necessidade de atenção,

desconfiança, grandiosidade, isolamento, evitação a críticas, autossacrifício, conscienciosidade e inconsequência. Dentro destas dimensões, existem fatores que abarcam traços característicos da psicopatia, como por exemplo, a dominância e a indiferença. Nós selecionamos nove fatores, somando 54 itens, que melhor representam os traços da psicopatia, a saber: antagonismo (α=0,82), dominância (α=0,78), indiferença (α=0,78), impulsividade (α=0,86), tomada de risco (α=0,89), enganosidade (α=0,86), sedução e manipulação (α=0,81), busca por atenção (α=0,77), necessidade de reconhecimento (α=0,75), submissividade (α=0,72) e superioridade (α=0,82).

Personality Inventory for DSM-5 **(PID-5; Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2011)**

O PID-5 é um instrumento de autorrelato baseado nos critérios diagnósticos do DSM-5, dividido em 25 traços maladaptativos, separados em cinco domínios, a saber, antagonismo, afetividade negativa, desprendimento, desinibição e psicoticismo, que se relacionam frente às semelhanças entre estes traços, com o total de 220 itens. O PID-5 instrumentaliza os traços patológicos que compõem o Critério B da seção III do DSM-5 para transtornos da personalidade. As respostas estão divididas em uma escala tipo *Likert*, com pontuações variando de 0 (Muito falso ou muitas vezes falso) a 3 (Muito verdade ou muitas vezes verdade. Para o presente estudo, foram selecionadas as facetas: ansiedade (α=0,85), tomada de risco (α=0,84), manipulação (α=0,85), irresponsabilidade (α=0,74), impulsividade (α=0,90), enganosidade (α=0,88), hostilidade (α=0,89), busca por atenção (α=0,89), insensibilidade (α=0,89), submissividade (α=0,75) dos seguintes domínios: afetividade negativa, desprendimento e antagonismo.

Levenson Self-Report Psychopathy **(LSRP) – (Levenson, Kiehl e Fitzpatrick, 1995; traduzido por Hauck-Filho e Teixeira, 2014).**

O LSRP é um instrumento de autorrelato com 26 itens. É utilizado para analisar traços de psicopatia em populações não-forense e forense. Seus 26 itens estão distribuídos em duas escalas – a Psicopatia Primária (16 itens) e a Psicopatia Secundária (10 itens). É avaliado segundo uma escala tipo *Likert,* com pontuações variando de 1 a 5, partindo de "discordo totalmente" a "concordo totalmente" (Hauck-Filho e Teixeira, 2014; Hauck, Salvador-Silva & Teixeira, 2015). Para o presente estudo, o alfa de Cronbach foi de 0,84 para o instrumento total, 0,86 para a psicopatia primária e 0,71 para a psicopatia secundária.

***Affective and Cognitive Measure of Empathy* (ACME) – (Vachon & Lynam, 2015).**

O ACME é um instrumento composto por 36 itens, em uma escala tipo *Likert* com pontuações variando de 1 "discordo fortemente" a 5 "concordo fortemente". É utilizado para analisar o nível de empatia, isto é, a compreensão da pessoa acerca dos sentimentos alheios, incluindo a capacidade de reconhecê-los, interpretá-los e compreendê-los, assim como vivenciá-los e a forma com que essa compreensão conduz seus próprios comportamentos nas relações interpessoais. A escala é dividida em duas: empatia cognitiva (associada à compreensão do indivíduo acerca dos sentimentos alheios) e empatia afetiva (relacionada a forma como o indivíduo experiência os sentimentos), tendo a empatia afetiva uma subdivisão, sendo eles: ressonância (alto nível de empatia) e a dissonância (baixo nível de empatia - associada não somente a dificuldade de se colocar no lugar do outro, mas ao prazer pelo sofrimento alheio). Foi feita a adaptação e validação do instrumento para o Brasil (ACME-BP; Ellis, Reis & Vachon, 2021). O coeficiente alfa para a empatia cognitiva foi de 0,85, 0,81 para ressonância afetiva e 0,90 para dissonância afetiva.

2.3. Procedimentos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco. Para coletar os dados da população não clínica, foram aplicados os instrumentos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário sócio demográfico, disponibilizados online via Google Formulários, na ordem: questionário sócio demográfico, IDCP-2, PID-5, LSRP e ACME. Os participantes foram convidados pelo Facebook e e-mail. Já na amostra de dependentes químicos, foi utilizado o diagnóstico prévio realizado pela instituição. Este consiste no indivíduo passando pelo processo de triagem com a equipe multidisciplinar. É realizada anamnese com perguntas básicas seguindo as orientações da OMS (2004). O diagnóstico é assinado pelo psiquiatra da instituição. Também foram aplicados o TCLE e o questionário sócio demográfico. Para a realização da coleta estavam presentes no dia a aplicadora e a equipe de saúde da instituição, que auxiliou no processo de aplicação dos instrumentos. O tempo estimado para a aplicação presencial durou, em média, 45 minutos.

2.4. Análise de Dados

Foi realizada uma análise de perfis latentes (LPA) para discriminar grupos empiricamente de acordo com os escores nas medidas de empatia e psicopatia. A LPA é recomendada para investigar subgrupos populacionais de acordo com a sua similaridade em pontuações de escores observados (Goodman, 1974; Muthén, 1989). Para esta análise foram utilizados os seguintes indicadores: escores em Empatia cognitiva, Ressonância afetiva e Dissonância afetiva (ACME), e escores em Psicopatia primária e Psicopatia secundária (LSRP). Todos os escores foram padronizados em *z* (M=0; SD=1). Para identificar a solução de perfis mais adequada aos dados, foram utilizados os seguintes índices (Nylund et al., 2007): a média das probabilidades de pertença ao perfil mais provável deve ser maior que .80 (Ramaswamy et al., 1993), os menores

valores de *Akaike Information Criterion* (AIC), *Bayesian Information Criterion* (BIC) e *sample-size adjusted* BIC (aBIC) indicam a melhor solução; valores não significativos de *p* (>0,001)para o *Lo–Mendell–Rubin likelihood ratio test* (LMR-LRT; Lo et al., 2001) e *Bootstrapped Likelihood Ratio Test* (BLRT) indicam que a solução com *k*-1 perfis se ajusta melhor aos dados. Além disso é recomendado que modelos contendo perfis com menos que 5% da amostra devem ser evitados e que os perfis do modelo a ser retido devem ser interpretáveis.

As facetas do PID-5 e a os fatores do IDCP-2 compuseram um modelo para a predição do grupo psicopático via regressão logística binária. Esta regressão é indicada para verificar a probabilidade de um evento ocorrer (neste caso, a pertença ao grupo psicopático), de acordo com os preditores inseridos no modelo. A variável a ser predita deve ser dicotômica, ou seja, deve apresentar apenas duas categorias de resposta. A regressão foi realizada em dois blocos visando verificar se a variância explicada pelo modelo aumentaria ou diminuiria (Haynes & Lench, 2003; Hunsley & Meyer, 2003) após a inserção dos fatores do IDCP-2.

Foi calculado um escore total de psicopatia com os fatores do IDCP-2 relacionados à psicopatia e também um escore total com as facetas do PID-5 relacionadas à psicopatia. Ambos escores foram submetidos à *receiver operator characteristic curve* (Curva ROC) para verificar sua capacidade discriminativa para o grupo psicopático e o grupo empático. Os indicadores *Area Under Curve* (AUC), sensibilidade e especificidade (Lalkhen & McCluskey, 2008; Van Stralen et al., 2009) foram utilizadas para identificar o melhor ponto de corte para cada escore (Metz, 1978; Šimundić, 2009).

Resultados

Nós conduzimos uma análise de perfis latentes para determinar o número de

perfis que melhor se ajustam ao modelo. Foram testadas soluções de 1 a 4 perfis. Não foram testadas soluções com mais de quatro perfis, pois nesta solução foi encontrado um perfil com menos de 5% da amostra. Os resultados estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3. Índices de ajuste dos modelos com 1, 2, 3 e 4 perfis latentes.

Perfis	LL	Número de parâmetros livres	BIC	aBIC	AIC	LRT *p*	Bootstrap LRT *p*	Entropia
1	-2929,23	10	5918,59	5886,86	5878,46	-	-	-
2	-258,14	16	5256,50	5205,73	5192,28	<,001	<,001	,958
3	-2497,11	22	5126,52	5056,71	5038,22	,478	<,001	,888
4	-2432,67	28	5033,72	4944,88	4921,34	,0025	<,001	,935

Nota. A linha cinza destaca o modelo retido pata análises posteriores.

Os índices de ajuste foram incongruentes quanto à indicação da melhor solução. Os índices AIC, BIC e aBIC indicaram a solução com quatro perfis como sendo a mais adequada, já que para esta solução apresentaram os menores valores. No entanto, a maior diferença destes índices foi observada entre as soluções com 1 e 2 perfis (882,148). É importante destacar que é esperado que os valores desses índices decresçam quanto maior o número de perfis, mesmo que a solução em questão não seja a mais adequada (Nylund-Gibson & Choi, 2018). O LRT apontou para a solução com 2 perfis como a mais adequada. O BLRT não auxiliou na decisão de retenção de modelos, pois foi significativo em todas as soluções. O LRT indicou o modelo com dois perfis como o mais adequado aos dados. A entropia foi adequada em todos os modelos. Com bases nos indicadores (LRT *p* e maior diferença do AIC, BIC e aBIC) e na interpretabilidade dos perfis, escolhemos reter a solução com dois perfis para análises posteriores. A Figura 1 apresenta a composição das médias dos perfis encontrados.

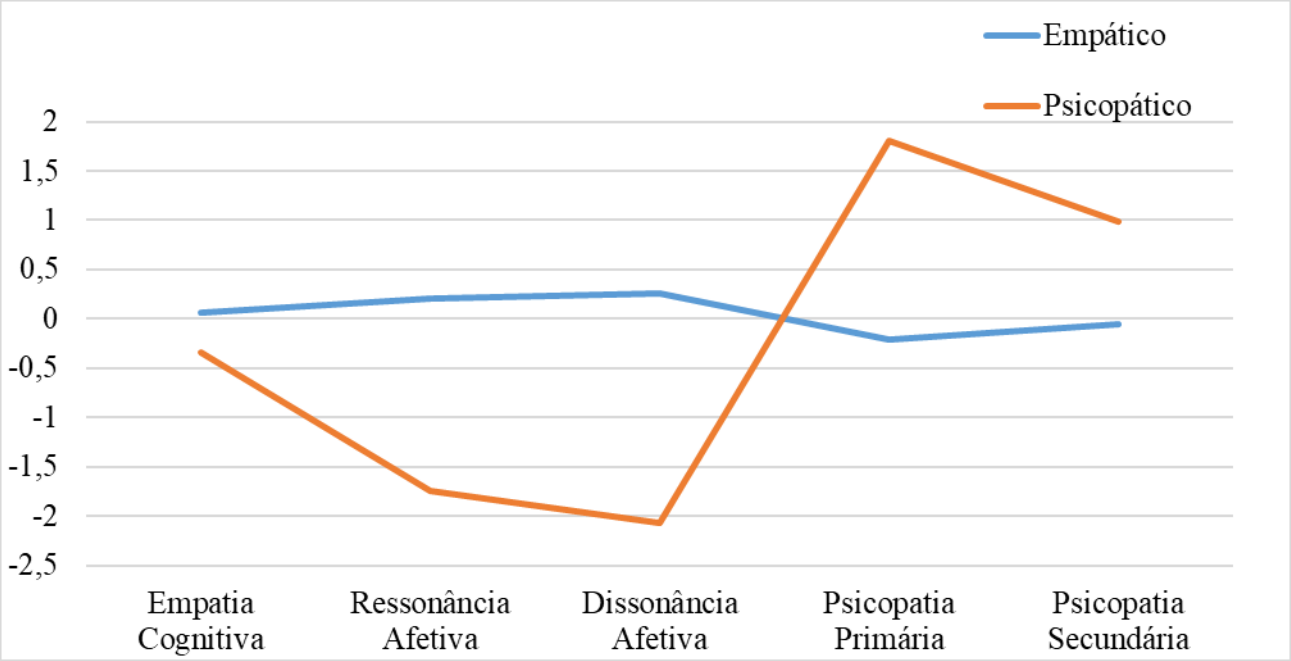

Figura 3. Composição dos escores dos participantes nos perfis latentes observados – empático e psicopático.

O perfil empático (*N* = 348) apresentou maiores médias em todos os indicadores de empatia e menores médias nos indicadores de psicopatia. O perfil psicopático (*N* = 61) apresentou menores escores nas médias de empatia e maiores médias nas medidas de psicopatia, sendo a maior média em psicopatia primária. A Tabela 4 apresenta os resultados da regressão logística binária realizada com as facetas do PID-5 (bloco 1) e os fatores do IDCP-2 (bloco 2) para predizer o grupo psicopático em relação ao grupo empático.

Tabela 4. Regressão logística binária – Facetas PID-5 (Bloco 1) e Fatores IDCP-2 (Bloco 2).

	Facetas PID-5	B	S.E.	Wald	*p*	Exp(B)	Nagelkerke R Square
Bloco 1	Ansiedade	-0,65	0,41	2,46	0,12	0,52	0,70
	Busca por atenção	0,26	0,41	0,40	0,53	1,29	
	Insensibilidade	**3,48**	**0,68**	**26,38**	**0,00**	**32,45**	
	Impulsividade	-0,16	0,40	0,16	0,69	0,85	
	Irresponsabilidade	**1,18**	**0,54**	**4,74**	**0,03**	**3,26**	
	Tomada de Risco	0,25	0,50	0,26	0,61	1,29	
	Enganosidade	**1,89**	**0,54**	**12,41**	**0,00**	**6,64**	
	Hostilidade	0,00	0,45	0,00	1,00	1,00	

	Manipulação	-0,68	0,42	2,59	0,11	0,51	
	Facetas PID-5						
	Ansiedade	-0,62	0,43	2,06	0,15	0,54	
	Busca por atenção	0,28	0,48	0,35	0,56	1,32	
	Insensibilidade	**3,91**	**0,80**	**23,68**	**0,00**	**49,68**	
	Impulsividade	-0,23	0,55	0,17	0,68	0,79	
	Irresponsabilidade	**1,28**	**0,63**	**4,18**	**0,04**	**3,60**	
	Tomada De Risco	0,39	0,65	0,36	0,55	1,48	
	Enganosidade	0,98	0,64	2,34	0,13	2,67	
	Hostilidade	-0,02	0,51	0,00	0,97	0,98	
	Manipulação	-0,56	0,59	0,89	0,34	0,57	
	Fatores IDCP-2						
Bloco 2	Antagonismo	-0,13	0,51	0,07	0,80	0,88	0,72
	Sedução e Manipulação	-0,55	0,50	1,21	0,27	0,58	
	Busca por Atenção	0,26	0,37	0,49	0,48	1,30	
	Necessidade de Reconhecimento	0,32	0,44	0,53	0,47	1,38	
	Superioridade	-0,26	0,41	0,42	0,52	0,77	
	Dominância	0,38	0,54	0,49	0,48	1,46	
	Submissividade	0,04	0,40	0,01	0,93	1,04	
	Impulsividade	-0,06	0,59	0,01	0,92	0,94	
	Tomada de Risco	-0,25	0,51	0,23	0,63	0,78	
	Enganosidade	**1,27**	**0,54**	**5,64**	**0,02**	**3,57**	
	Indiferença	0,17	0,43	0,16	0,68	1,19	

Nota. Os fatores em negrito apresentam as facetas/fatores significativos para predição dos grupos.

Os resultados da regressão logística binária indicaram que as facetas Insensibilidade, Irresponsabilidade e Enganosidade do PID-5 foram significativas para predizer o grupo tendência à psicopatia (Bloco 1). Por exemplo, para cada ponto em Insensibilidade, uma pessoa apresenta ~32,5 vezes mais chance de pertencer ao grupo tendência à psicopatia do que ao grupo tendência à empatia. Ao acrescentar os fatores do IDCP-2 ao modelo (Bloco 2), as facetas Insensibilidade e Irresponsabilidade do PID-5 continuaram significativas para a predição do grupo tendência à psicopatia e o fator Enganosidade do IDCP-2 também foi significativo para a predição do grupo.

A Figura 2 apresenta a AUC para a curva ROC calculada com os escores de psicopatia do IDCP-2 (IDCP – escore psicopatia; 54 itens) e do PID-5 (PID – escore

psicopatia; 85 itens) para diferenciar os grupos tendência à empatia e tendência à psicopatia. A Tabela 5 apresenta os indicadores de acurácia para estes escores.

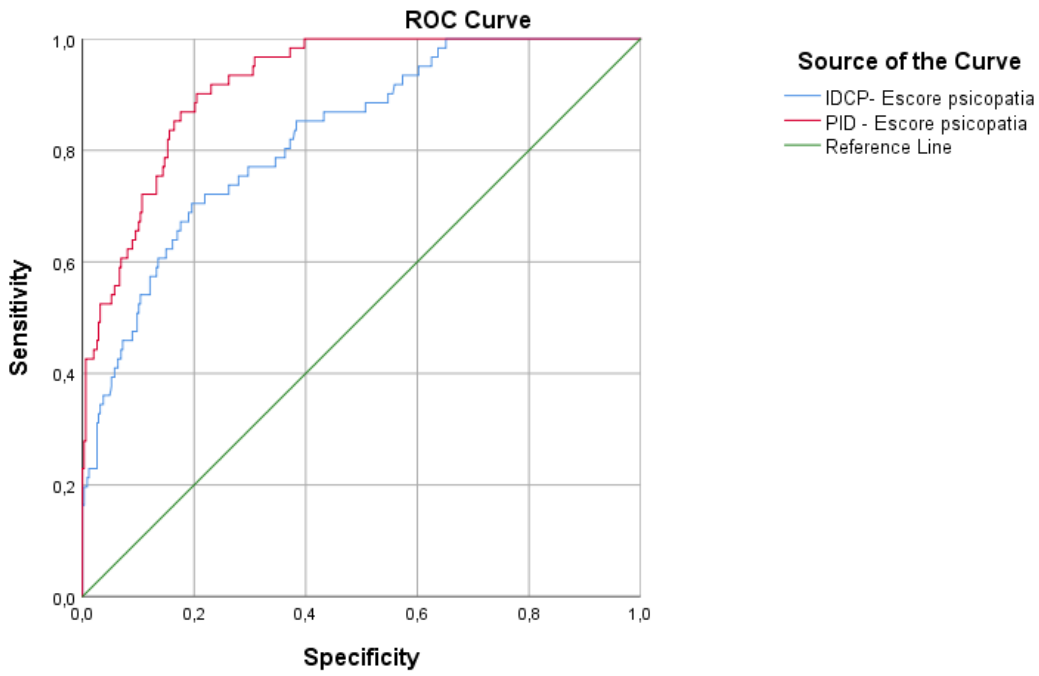

Figura 4. AUC do IDCP- escore psicopatia e PID- escore psicopatia.

Tabela 5. Indicadores da capacidade discriminativa do IDCP-2 e PID-5 aos grupos da LPA.

	Área Abaixo da Curva	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN	Acurácia	Ponto de corte
IDCP- Escore psicopatia	.82	85%	62%	28.3%	95.9%	65.4%	2.00
PID - Escore psicopatia	.92	97%	69%	35.8%	99.2%	73.1%	1.00

Embora os dois escores tenham apresentado um resultado satisfatório quanto a sensibilidade e especificidade, os resultados obtidos pelo PID-5 foram superiores aos do IDCP-2.

Discussão

Ao longo dos anos, a psicopatia vem sendo estudada e redefinida a partir de novos achados empíricos (Cleckley, 1941/1976; Cooke & Michie, 2001; Moreira, Almeida & Fávero, 2014; Muris, Merckelbach, Otgaar & Meijer, 2017; O'Boyle, Forsyth, Banks, Story & White, 2014). Ferramentas que avaliem seus traços e manifestações são essenciais, já que a psicopatia está associada a comportamentos socialmente desviantes e transgressões, diminuições nos níveis de empatia, comportamentos de manipulação, entre outros (Magyar, Edens, Lilienfeld, Douglas, Norman & Poythress, 2011; Skeem, Johansson, Andershed, Kerr & Louden, 2007). O objetivo deste estudo foi investigar a capacidade do IDCP-2 para predizer os grupos baseados nos traços característicos da psicopatia. Os achados deste estudo confirmam nossas hipóteses: o IDCP-2 possui capacidade discriminativa para avaliação dos traços de psicopatia (h1), e dependentes químicos apresentam elevação nos traços de psicopatia se comparados ao grupo não clínico (h2). Esses achados estão detalhados nos próximos parágrafos.

Estudos prévios sustentam os grupos encontrados empiricamente na LPA, visto que o grupo psicopático apresentou indicadores coerentes com a definição básica da psicopatia, incluindo níveis baixos de empatia afetiva (Brinkley, Newman, Widiger & Lynam, 2006; Hare e Neumann, 2008; Patrick, Fowles & Krueger, 2009; Wall, Wygant & Sellbom, 2014), altos níveis de psicopatia primária (déficits na afetividade e empatia, diminuição dos níveis de ansiedade e medo e agressividade), e psicopatia secundária (déficits de comportamento com tendência a impulsividade e inconsequência) (Skeem, Johansson, Andershed, Kerr & Louden, 2007; Skeem, Poythress, Edens, Lilienfeld & Cale, 2003). O grupo psicopático não apresentou déficits significativos em empatia cognitiva. Embora não haja consenso sobre o papel da empatia cognitiva na psicopatia,

estudos prévios indicam que indivíduos com elevação nos traços da psicopatia não apresentam deficiências em identificar e entender o que os outros estão sentindo (Robinson & Rogers, 2015; Vachon & Lynam, 2015; Van Dongen, 2020). O grupo empático apresentou rebaixamento em todos os indicadores de psicopatia e apresentou níveis elevados de empatia afetiva. A relação inversa entre psicopatia e empatia, já foi amplamente apresentada na literatura (Cleckley, 1941/1976; Cooke & Michie, 2001; Moreira, Almeida & Fávero, 2014; Muris, Merckelbach, Otgaar & Meijer, 2017; O'Boyle, Forsyth, Banks, Story & White, 2014).

A regressão logística binária identificou que as facetas Insensibilidade, Irresponsabilidade do PID-5 foram significativas para predizer os grupos psicopático e empático. No bloco 2, ao acrescentarmos os fatores do IDCP-2 no modelo de regressão, as facetas Irresponsabilidade e Insensibilidade do PID-5 continuaram significativas, porém somente o fator Enganosidade do IDCP-2 foi significativo. Pessoas que pontuam mais nesses escores tem maior probabilidade de pertença ao grupo psicopático em comparação ao grupo empático. Estudos prévios indicam que os traços encontrados na regressão logística binária – insensibilidade, irresponsabilidade e enganosidade - são relevantes para a psicopatia (Skeem, Johansson, Andershed, Kerr & Louden, 2007; Skeem, Poythress, Edens, Lilienfeld & Cale, 2003) Este resultado, além de indicar a importância dessas facetas/fatores para a predição dos traços de psicopatia dentro dos grupos, também indica que o fator Enganosidade do IDCP-2 acrescenta informação ao modelo preditivo, mesmo após controlada a variância explicada por todas as facetas do PID-5. A faceta Impulsividade do PID-5 é definida como dificuldade no controle dos impulsos e comportamentos, com pouca ou nenhuma consideração por consequências (ex. de item: "Sinto que ajo totalmente por impulso"; Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2011), ao passo que o fator Impulsividade do IDCP-2 é definido

como a propensão a agir sem medir as consequências de seus atos, comportamentos imprudentes, pouco ponderados (ex. de item: “Às vezes faço coisas por impulso sem pensar nas consequências (como sexo, correr com o carro, beber, usar drogas, ou outros).”; Carvalho, 2018; Carvalho & Primi, 2019). Embora as facetas do PID-5 e os fatores do IDCP-2 apresentem similaridades, as facetas do PID-5 indicam comportamentos e características mais patológicas, que representariam melhor a psicopatia, o que pode ter favorecido para o resultado. Além disto, a forma como a questão é feita, a exemplo dos itens anteriores, podem favorecer alguns tipos de respostas, isto é, questões que ao serem lidar já estão associadas a comportamentos socialmente desviantes podem gerar uma resposta não condizente com a realidade.

A curva ROC indicou que o escore calculado a partir das facetas PID-5 e o escore calculado a partir dos fatores do IDCP-2, relacionados à psicopatia, apresentaram valores aceitáveis de AUC (>.80; Šimundić, 2009). Ambos os escores apresentaram também bons níveis de sensibilidade e especificidade, no entanto, o escore de psicopatia calculado com as facetas do PID-5 apresentou maior capacidade de identificar corretamente pessoas com e sem a elevação de traços de psicopatia, já que apresentou maiores níveis de sensibilidade e especificidade (Lalkhen & McCluskey, 2008; Van Stralen et al., 2009). Esta diferença pode ser explicada pelo número de itens selecionados dentro de cada instrumento: foram 54 itens para medir o escore de psicopatia do IDCP-2 e 85 itens para o PID-5. Considerando que essas ferramentas podem ser utilizadas clinicamente como triagem para os traços de psicopatia, há preferência por escalas breves. Nossos achados indicam que a capacidade discriminativa do IDCP-2 com praticamente metade dos itens do PID-5 foi similar, o que é uma vantagem para seu uso clínico.

Os resultados deste estudo indicam a capacidade discriminativa do IDCP-2 para avaliação dos traços da psicopatia, e apresentam um ponto de corte para seu uso clínico. Ainda que os resultados deste estudo sejam promissores, eles devem ser ponderados em relação às suas principais limitações metodológicas. Primeiro, o número reduzido da amostra, o que dificultou uma separação mais controlada dos grupos. Segundo, nenhuma das amostras foi composta por pessoas diagnosticadas com psicopatia, o que pode ter diminuído a variabilidade das respostas nos instrumentos aplicados. Terceiro, nós não controlamos variáveis que podem ter influenciado os resultados, como sexo e idade. Esta limitação pode ser observada nas diferenças significativas apresentadas nos participantes.

Referências

American Psychiatric Association (APA). (2013). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Brinkley, C. A., Newman, J. P., Widiger, T. A., & Lynam, D. R. (2006). *Two Approaches to Parsing the Heterogeneity of Psychopathy. Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(1), 69–94. doi:10.1093/clipsy.bph054

Carvalho L. F. (2018) Review study of the Impulsiveness Dimension of the Dimensional Clinical Personality Inventory. *Universitas Psychologica. 17*(1). 11-17. doi: 10.11144/Javeriana.upsy17-1.rsidCarvalho L. F. & Pianowski G. (2015) Revision of the dependency dimension of the Dimensional Clinical Personality Inventory. *Paideia. 25*(60). doi: http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272560201508

Carvalho, L. F., Pianowski, G. & Miguel, F. K. (2015). Revisão da dimensão agressividade do inventário dimensional clínico da personalidade. *Psicologia: teoria e prática, 17*(3), 146-163. Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000300012&lng=pt&nrm=i&tlng=pt 0012&lng=pt&tlng=pt.

Carvalho, L. F., & Primi, R. (2015). Development and internal structure investigation of the Dimensional Clinical Personality Inventory. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 28*(2), 322-330. doi: 10.1590/1678-7153.201528212

Carvalho, L. F. & Primi, R. (2019). Inventário Dimensional Clínico da Personalidade 2 (IDCP-2). São Paulo. Pearson.

Carvalho, L. F., Sette, C. P., Capitão, C. G. & Primi, R. (2014). Propriedades psicométricas da versão revisada da dimensão necessidade de atenção do inventário dimensional clínico da personalidade. *Temas em Psicologia*, *22*(1), 147-160. https://dx.doi.org/10.9788/TP2014.1-12

Carvalho, L. F., Sette, C. P., & Ferrari, B. L. (2016). Revision on the grandiosity dimension of the Dimensional Clinical Personality Inventory and verifications of its psychometric properties. *Trends in Psychiatry and Psichoterapy*, *38*(3), 147-155. doi: 0.1590/2237-6089-2015-0040

Cleckley, H. M. (1941/1976). *The Mask of Sanity*. 5th ed. Retirado de www.cassiopaea.org/cass/sanity_1.PdF

Cooke, D. J., & Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychological Assessment, 13*(2), 171–188. doi:10.1037/1040-3590.13.2.171

Ellis, M., Reis, S. & Vachon, David D. (2021). A Brazilian adaptation of the Affective and Cognitive Measure of Empathy. *Brazilian Journal of Psychiatry*, https://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1665

Goodman, L. A. (1974). *Exploratory latent structure analysis using both identifiable and unidentifiable models.* Biometrika, 61(2), 215–231. doi:10.1093/biomet/61.2.215

Hare, R. D. (2006). Psychopathy: A Clinical and Forensic Overview. *Psychiatric Clinics of North America, 29*(3), 709–724. doi: 10.1016/j.psc.2006.04.007

Hare, R. D. & Neumann, (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annu Rev. Clin Psychol.(4).* 217-246. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091452

Hauck-Filho, N., Salvador-Silva, R., & Teixeira, M. A. P. (2015). Análise Psicométrica Preliminar de um Instrumento de Autorrelato para Avaliar Traços de Psicopatia. *Psico-USF*, *20*(2), 333-348. doi:https://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200213

Hauck-Filho, N. & Teixeira, M. A. P. (2014). Revisiting the Psychometric Properties of the Levenson Self-Report Psychopathy Scale. *Journal of Personality Assessment, 96*(4), 459–464. doi:10.1080/00223891.2013.865196

Hauck-Filho, N., Teixeira, M. A. P. & Dias, A. C. G. (2009). Psicopatia: o construto e sua avaliação. *Avaliação Psicológica*, *8*(3), 337-346. Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000300006

Haynes, S. N., & Lench, H. C. (2003). Incremental Validity of New Clinical Assessment Measures. *Psychological Assessment*, *15*(4), 456–466. https://doi.org/10.1037/1040-3590.15.4.456

Hemphill, J. F., Hart, S. D. & D. Hare, R. (1994). Psychopathy and Substance Use. *Journal of Personality Disorders, 8*(3), 169–180. doi:10.1521/pedi.1994.8.3.169

Hunsley, J., & Meyer, G. J. (2003). The Incremental Validity of Psychological Testing and Assessment: Conceptual, Methodological, and Statistical Issues. *Psychological Assessment, 15*(4), 446–455. https://doi.org/10.1037/1040-3590.15.4.446

Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2011). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine, 42*(9), 1879–1890. doi:10.1017/s0033291711002674

Lalkhen, A. G. & McCluskey, A. (2008). Clinical tests: sensitivity and specificity. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain, 8*(6), 221–223. doi:10.1093/bjaceaccp/mkn041

Levenson, M. R., Kiehl, K. A. & Fitzpatrick, C. M. (1995). Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *J. Pers. Soc. Psychol. 68*(1). 151-158. doi:10.1037//0022-3514.68.1.151

Lo, Y., Mendell, N. R. & Rubin, D. B. (2001). Testing the number of components in a normal mixture. *Biometrika, 88*, 767–778. https://doi.org/10.1093/biomet/88.3.767

Magyar, M. S., Edens, J. F., Lilienfeld, S. O., Douglas, K. S. & Poythress, N. G. (2011). Examining the relationship among substance abuse, negative emotionality and impulsivity across subtypes of antisocial and psychopathic substance abusers. *Journal of Criminal Justice, 39*(3), 232–237. doi:10.1016/j.jcrimjus.2011.02.013

Metz, C. E. (1978). *Basic principles of ROC analysis. Seminars in Nuclear Medicine, 8*(4), 283–298. doi:10.1016/s0001-2998(78)80014-2

Millon, T. (2016). What Is a Personality Disorder? *Journal of Personality Disorders, 30*(3), 289–306. doi:10.1521/pedi.2016.30.3.289

Moreira, D., Almeida, F., Pinto, M., & Fávero, M. (2014). Psychopathy: A comprehensive review of its assessment and intervention. *Aggression and Violent Behavior, 19*(3). 191–195. doi:10.1016/j.avb.2014.04.008

Morey, L. C., Benson, K. T., Busch, A. J., & Skodol, A. E. (2015). Personality Disorders in DSM-5: Emerging Research on the Alternative Model. *Current Psychiatry Reports, 17*(4). doi:10.1007/s11920-015-0558-0

Muris, P., Merckelbach, H., Otgaar, H., & Meijer, E. (2017). The Malevolent Side of Human Nature. *Perspectives on Psychological Science, 12*(2), 183–204. doi:10.1177/1745691616666070

Muthén, B. O. (1989) Latent variable modeling in heterogeneous populations. *Psychometrika. 54,* 557–585 https://doi.org/10.1007/BF02296397

Nylund, K. L., Asparouhov, T., & Muthén, B. O. (2007). Deciding on the Number of Classes in Latent Class Analysis and Growth Mixture Modeling: A Monte Carlo Simulation Study. Structural Equation Modeling: *A Multidisciplinary Journal, 14*(4), 535–569. doi:10.1080/10705510701575396

Nylund-Gibson, K., & Choi, A. Y. (2018). Ten frequently asked questions about latent class analysis. *Translational Issues in Psychological Science, 4*(4), 440–461. https://doi.org/10.1037/tps0000176

O'Boyle, E. H., Forsyth, D. R., Banks, G. C., Story, P. A. & White, C. D. (2014). A meta-analytic test of redundancy and relative importance of the dark triad and five-factor model of personality. *Journal of Personality.* doi: 10.1111/jopy.12126.

Organização Mundial da Saúde. (2004). Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas. Retirado de https://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf

Patrick, C. J., Fowles, D. C., & Krueger, R. F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Development and Psychopathology, 21*(03), 913. doi:10.1017/s0954579409000492

Patrick, C. J., Hicks, B. M., Krueger, R. F. & Lang, A. R. (2005). Relations between Psychopathy Facets and Externalizing in a Criminal Offender Sample. *Journal of Personality Disorders, 19*(4), 339–356. doi:10.1521/pedi.2005.19.4.339

Ramaswamy, V., Desarbo, W., Reibstein, D. & Robinson, W. (1993). An Empirical Pooling Approach for Estimating Marketing Mix Elasticities with PIMS Data. *Marketing Science, 12*(1), 103-124.

Robinson, E. V., & Rogers, R. (2015). *Empathy Faking in Psychopathic Offenders: The Vulnerability of Empathy Measures. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 37(4), 545–552.* doi:10.1007/s10862-015-9479-9

Simundic, A. M. (2009). *Measures of diagnostic accuracy: basic definitions. 19*(4), 203-211.

Skeem, J., Johansson, P., Andershed, H., Kerr, M., & Louden, J. E. (2007). Two subtypes of psychopathic violent offenders that parallel primary and secondary variants. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(2), 395–409. doi:10.1037/0021-843x.116.2.395

Skeem, J. L., Poythress, N., Edens, J. F., Lilienfeld, S. O., & Cale, E. M. (2003). Psychopathic personality or personalities? Exploring potential variants of psychopathy and their implications for risk assessment. *Aggression and Violent Behavior, 8*(5), 513–546. doi:10.1016/s1359-1789(02)00098-8

Vachon, D. D. & Lynam, D. R. (2015). Fixing the Problem With Empathy. *Assessment, 23*(2), 135–149. doi:10.1177/1073191114567941

Van Dongen, J. D. M. (2020). The Empathic Brain of Psychopaths: From Social Science to Neuroscience in Empathy. Frontiers in Psychology, *11*. doi:10.3389/fpsyg.2020.00695

Van Stralen, K. J., Stel, V. S., Reitsma, J. B., Dekker, F. W., Zoccali, C., & Jager, K. J. (2009). *Diagnostic methods I: sensitivity, specificity, and other measures of accuracy. Kidney International*, *75*(12), 1257–1263. doi:10.1038/ki.2009.92

Wall, T. D., Wygant, D. B., & Sellbom, M. (2014). Boldness Explains a Key Difference Between Psychopathy and Antisocial Personality Disorder. *Psychiatry, Psychology and Law*, *22*(1), 94–105.doi:10.1080/13218719.2014.919627

Considerações Finais

Indivíduos com psicopatia apresentam traços de personalidade relacionados a agressividade, manipulação, sedução e insensibilidade perante o sofrimento alheio. Dado aos prejuízos causados ao indivíduo e a sociedade como um todo, o presente estudo tem como objetivo investigar a capacidade do IDCP-2 para identificar estes traços nos indivíduos, na elevação dos traços patológicos (como hostilidade e insensibilidade) e rebaixamento em traços saudáveis (empatia). Este objetivo foi executado no artigo apresentado.

Em nosso estudo, foram observados dois grupos de indivíduos, os quais foram chamados de grupo psicopático (elevação nos traços da psicopatia e rebaixamento nos traços de empatia) e grupo empático (elevação nos traços de empatia e rebaixamento nos traços de psicopatia). Os indivíduos do grupo psicopático apresentaram uma maior elevação nos traços de psicopatia primária, enquanto apresentaram rebaixamento nos níveis de ressonância e dissonância afetiva, porém apresenta constância nos níveis de empatia cognitiva. Já o grupo empático apresentou níveis semelhantes nos construtos de empatia, e uma diminuição nos traços de psicopatia, especialmente na psicopatia primária.

As facetas de Insensibilidade e Irresponsabilidade do PID-5 apresentaram resultados significativos dentro dos grupos. Com o acréscimo do IDCP-2, somente o fator Enganosidade apresentou diferença significativa. Foi observado que, apesar do PID-5 apresentar melhores resultados para predição do grupo, o IDCP-2 apresentou boa sensibilidade e especificidade para discriminação. A partir destes resultados, foi estabelecido um ponto de corte para ambos os instrumentos. Para o PID-5, o ponto de corte é 1,0, isto é, indivíduos que atingirem essa pontuação ou ultrapassá-la apresentam propensão a psicopatia. Já no IDCP-2, este ponto de corte é de 2,0.

É sugerido que novos estudos sejam realizados, visto algumas limitações metodológicas, como o número reduzido de participantes da população clínica, o que dificultou uma separação mais precisa dos grupos, além da divergência entre os itens dos instrumentos utilizados, pois apesar de medirem o mesmo traço, a forma como estes são apresentados difere um pouco entre ambos, o que pode dificultar na comparação de respostas de cada um.

Referências

American Psychiatric Association (APA). (2013). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Blair, R. J. R., Peschardt, K. S., Budhani, S., Mitchell, D. G. V., & Pine, D. S. (2006). The development of psychopathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(3-4), 262–276. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01596.x

Brinkley, C. A., Newman, J. P., Widiger, T. A., & Lynam, D. R. (2006). *Two Approaches to Parsing the Heterogeneity of Psychopathy. Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(1), 69–94. doi:10.1093/clipsy.bph054

Carvalho, L. F., & Primi, R. (2015). Development and internal structure investigation of the Dimensional Clinical Personality Inventory. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 28*(2), 322-330. doi: 10.1590/1678-7153.201528212

Carvalho, L. F. & Primi, R. (2019). Inventário Dimensional Clínico da Personalidade 2 (IDCP-2). São Paulo. Pearson.

Cleckley, H. M. (1941/1976). *The Mask of Sanity*. 5th ed. Retirado de www.cassiopaea.org/cass/sanity_1.PdF

Cooke, D. J., & Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychological Assessment, 13*(2), 171–188. doi:10.1037/1040-3590.13.2.171

Hare, R. D. (2006). Psychopathy: A Clinical and Forensic Overview. *Psychiatric Clinics of North America, 29*(3), 709–724. doi: 10.1016/j.psc.2006.04.007

Hare, R. D. & Neumann, (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annu Rev. Clin Psychol.(4).* 217-246. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091452

Hauck-Filho, N., Teixeira, M. A. P. & Dias, A. C. G. (2009). Psicopatia: o construto e sua avaliação. *Avaliação Psicológica, 8*(3), 337-346. Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000300006

Magyar, M. S., Edens, J. F., Lilienfeld, S. O., Douglas, K. S. & Poythress, N. G. (2011). Examining the relationship among substance abuse, negative emotionality and impulsivity across subtypes of antisocial and psychopathic substance abusers. *Journal of Criminal Justice, 39*(3), 232–237. doi:10.1016/j.jcrimjus.2011.02.013

Millon, T. (2016). What Is a Personality Disorder? *Journal of Personality Disorders, 30*(3), 289–306. doi:10.1521/pedi.2016.30.3.289

Moreira, D., Almeida, F., Pinto, M., & Fávero, M. (2014). Psychopathy: A comprehensive review of its assessment and intervention. *Aggression and Violent Behavior, 19*(3). 191–195. doi:10.1016/j.avb.2014.04.008

Morey, L. C., Benson, K. T., Busch, A. J., & Skodol, A. E. (2015). Personality Disorders in DSM-5: Emerging Research on the Alternative Model. *Current Psychiatry Reports, 17*(4). doi:10.1007/s11920-015-0558-0

Muris, P., Merckelbach, H., Otgaar, H., & Meijer, E. (2017). The Malevolent Side of Human Nature. *Perspectives on Psychological Science, 12*(2), 183–204. doi:10.1177/1745691616666070

O'Boyle, E. H., Forsyth, D. R., Banks, G. C., Story, P. A. & White, C. D. (2014). A meta-analytic test of redundancy and relative importance of the dark triad and

five-factor model of personality. *Journal of Personality.* doi: 10.1111/jopy.12126.

Patrick, C. J., Fowles, D. C., & Krueger, R. F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Development and Psychopathology, 21*(03), 913. doi:10.1017/s0954579409000492

Patrick, C. J., Hicks, B. M., Krueger, R. F. & Lang, A. R. (2005). Relations between Psychopathy Facets and Externalizing in a Criminal Offender Sample. *Journal of Personality Disorders, 19*(4), 339–356. doi:10.1521/pedi.2005.19.4.339

Paulhus, D. L. (2014). *Toward a Taxonomy of Dark Personalities.* Current Directions in Psychological Science, *23*(6), 421–426. doi:10.1177/0963721414547737

Skeem, J., Johansson, P., Andershed, H., Kerr, M., & Louden, J. E. (2007). Two subtypes of psychopathic violent offenders that parallel primary and secondary variants. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(2), 395–409. doi:10.1037/0021-843x.116.2.395

Skeem, J. L., Poythress, N., Edens, J. F., Lilienfeld, S. O., & Cale, E. M. (2003). Psychopathic personality or personalities? Exploring potential variants of psychopathy and their implications for risk assessment. *Aggression and Violent Behavior, 8*(5), 513–546. doi:10.1016/s1359-1789(02)00098-8

Skodol A, E., Clark, L. A., Bender, D. S., Krueger R. F., Morey, L. C., Verheul, R., et al. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I: Description and rationale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 2*(1), 4–22. doi:10.1037/a0021891

Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). *Categorical and Dimensional Models of Personality Disorder. Annual Review of Clinical Psychology, 1(1), 355–380.* doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009

Apêndice A – Questionário Sócio Demográfico (População não clínica).

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino **Idade:_____anos**

Escolaridade: ( )Ensino primário – de 1º a 4º ano ( ) Ensino secundário – de 5º a 9º ano

( ) Ensino Médio- de 1º a 3º colegial ( ) Ensino Superior ( ) Pós graduação

Estado civil: ( ) Solteiro ( )Casado ( )União estável ( ) Viúvo ( ) Divorciado ( ) Outro

Já fez tratamento psicológico e/ou psiquiátrico? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, por quê?_____

Possui diagnóstico de alguma doença ou transtorno? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quais? _____

Faz uso contínuo de algum medicamento? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quais ? _____

Consome bebidas alcoólicas? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual é a frequência do consumo:

( ) Nunca ( ) Mensalmente ou menos ( ) 2 a 4 vezes no mês

( ) 2 a 3 vezes na semana ( ) 4 ou mais vezes na semana

Nos dias em que bebe, qual é o número de doses tomadas em média?

( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ou mais

Já fez ou faz uso de drogas ilícitas? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quais? _____

Dentre as opções abaixo, marque as alternativas que correspondem a coisas que você já fez (mesmo que ninguém saiba e você não tenha recebido uma punição).

( ) Recebi multas de trânsito

( ) Furtei/Roubei

( ) Trai meu companheiro

( ) Já destruí coisas que não eram minhas de propósito

( ) Me envolvi em brigas com violência física

( ) Já causei danos ao patrimônio público

( ) Passei por cima de alguém para me dar bem no meu trabalho

( ) Manipulei alguém para conseguir algo que queria

Apêndice B – Questionário Sóciodemográfico (População clínica dependentes químicos).

Questionário Sóciodemográfico

Idade: **Sexo** Masculino ( ) Feminino ( )

Escolaridade

Fundamental Incompleto ( ) Fundamental Completo ( )

Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( )

Ensino Superior ( ) Pós-Graduação ( )

Estado Civil Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( )União Estável ( )

Etnia Branco ( ) Negro ( ) Pardo ( ) Asiático ( ) Indígena ( ) Outros ( )

Região do País na qual Reside

Norte ( ) Nordeste ( ) Centro Oeste ( ) Sudeste ( ) Sul ( )

Você já fez (últimos 6 meses) ou faz tratamento psiquiátrico?

Sim ( ) Não ( )

Você já fez (últimos 6 meses) ou faz tratamento psicológico?

Sim ( ) Não ( )

Possui algum diagnóstico psiquiátrico?

Sim ( ) Não ( )

Se sim, qual?

_____

Já fez (últimos 6 meses) ou faz uso de medicamento psiquiátrico?

Sim ( ) Não ( )

Você pensa ou já pensou (últimos 6 meses) em cometer suicídio?

Sim ( ) Não ( )

Em relação à drogadição

Quanto tempo fez o uso da droga?

A droga consumida era:

Lícita ( ) Ilícita ( )

É um adicto cruzado?

Sim ( ) Não ( )

Qual/Quais droga(s) fez uso?

Álcool

Maconha

Cocaína

Crack

Ecstasy

Outras

Sente-se culpado por coisas que fez durante o período de uso das drogas?

Sim ( ) Não ( )

Marque as alternativas abaixo que correspondem a coisas que você já fez:

( ) Já transgredi regras de trânsito

( ) Furtei/Roubei

( ) Traí meu companheiro romântico/amoroso

( ) Já destruí coisas de propósito que não eram minhas

( ) Me envolvi em brigas com violência física

( ) Já causei danos ao patrimônio público

( ) Passei por cima de alguém para me dar bem

( ) Manipulei alguém para conseguir algo que queria