

Moura, S. (2009). O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social.
Universidade Fernando Pessoa.

Sérgio Adriano Fonseca Moura

**O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com
Conduta Anti-Social**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto

2009

Moura, S. (2009). O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social.
Universidade Fernando Pessoa.

Sérgio Adriano Fonseca Moura

**O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com
Conduta Anti-Social**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Porto

2009

Moura, S. (2009). O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social.
Universidade Fernando Pessoa.

Sérgio Adriano Fonseca Moura N°12911

**O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com
Conduta Anti-Social**

(Sérgio Adriano Fonseca Moura)

Dissertação apresentada
à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da
Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde,
sob a orientação do Mestre Francisco Sampaio Gomes.

Resumo

O presente estudo de caso propõe-se a estudar o eventual diagnóstico de Deficiência Mental (Atraso Mental) e a Perturbação da Personalidade Anti-Social num jovem de 18 anos, que se encontra sob a custódia da Segurança Social e reside num Lar de Acolhimento. O estudo tem dois grandes objectivos: (1) confirmar o diagnóstico e avaliar o grau de Deficiência Mental do sujeito e (2) explorar o diagnóstico provável de Perturbação da Personalidade Anti-Social.

Foram aplicadas várias provas psicológicas: Entrevista Semi-Estruturada (McConaughy & Achenbach, 1994), Escalas de Achenbach (Achenbach, 1991), Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (Raven, 1996), Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (Wechsler, 1991), Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças (McArthur & Roberts, 1994), Teste Semi-Projectivo Bar-I-Lan (Itskowitz & Strauss, 1998), Teste do Desenho Livre (Kolck, 1984), Teste do Desenho da Família (Corman, 1979), Teste do Desenho da Árvore (Koch, 1968), Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota II (Hathaway & McKinley, 1989).

A administração dos testes produziu os seguintes resultados (apresentamos somente os valores anormais). TRF: Problemas de Pensamento (T=68); CBCL: Problemas Sociais (T=73); Problemas de Pensamento (T=85); Problemas de Atenção (T=84); Comportamento Delinquent (T=76); Comportamento Agressivo (T=81); CPM: Percentil 5; WISC-III: Escala Verbal (QI=46); Escala de Realização (QI=46); Escala Total (QI=40); R.A.T.C.: Agressão (T=74); MMPI-II produziu os seguintes resultados anormais: Incoerência (T=95); Esquizofrenia (T=82); Paranóia (T=87); Medos (T=79); Depressão (T=74); Pensamentos Extravagantes (T=81), Baixa Auto-Estima (T=70) e Problemas Familiares (T=71) Dos instrumentos semi-projectivos salientamos o Bar-I-Lan: sujeito desmotivado, com relacionamento interpessoal empobrecido, não exterioriza afectos e, discurso e pensamento incoerentes. Os desenhos (Livre, Família e Árvore) têm algumas características em comum: uma forma primitiva e impulsiva na execução do desenho; estrutura gráfica rudimentar; egocentrismo acentuado e, empobrecimento cognitivo.

Os resultados dos testes administrados e a história social, educacional e clínica do nosso participante confirmam o diagnóstico prévio de Deficiência Mental e a hipótese deste investigador quanto à presença de comorbilidade de Perturbação da Personalidade Anti-Social.

Palavras-Chave: Estudo de Caso; Deficiência Mental; Personalidade Anti-Social.

Abstract

The present study is to diagnosis a possible case of Mental Retardation (Development Delay) also Anti-social Personality on a 18 years old boy, that is under the safe keeping of the Social Security and inhabits on a Shelter Home. The study has two aims: (1) is to confirm the diagnosis of Mental Retardation (2) is to explore the diagnosis a probable Anti-social Personality Perturbation.

To measure adaptive behavior professionals made some tests: Structured Interviews (McConaughy & Achenbach, 1994), Achenbach Scales (Achenbach, 1991), Raven Colorful Scales (Raven, 1996), Wechsler Intelligence Scale for Children (Wechsler, 1991), Roberts Apperception Test for Children (McArthur & Roberts, 1994), The Bar-I-lan Test (Itskowitz & Strauss, 1998), Free Drawing Test (Kolck, 1984), Family Test (Corman, 1979), The Tree Test (Koch, 1968), Minnesota Multiphasic Personality Inventory II (Hathaway & McKinley, 1989).

The tests exhibit the following results (only unusual values). TRF: Thought Problems (T=68); CBCL: Social Problems (T=73); Thought Problems (T=85); Attention Problems (T=84); Delinquent Behavior (T=76); Delays on the development of adaptive behaviors (T=81); CPM: Average 5; WISC-III: Verbal Scale (IQ=46); Realization Scale (IQ=46); Total Scale (IQ=40); R.A.T.C.: Aggression (T=74); MMPI-II produced the following unusual results: Incoherence (T=95); Schizophrenia (T=82); Paranoia (T=87); Fears (T=79); Depression (T=74); Eccentric Thoughts (T=81), Low-Self Worth (T=70) and Family Problems (T=71). It is extremely necessary to point out The Bar-I-Lan Test: a non-motivated person, a child with Mental Retardation that will cause retardation on learning and developing skills. The drawings (Free, Family and Tree) have some common characteristics: a primitive and impulsive way of drawing; spelling structure; emphasized egocentricity; cognitive impoverishment.

The test results, as well as, the social skills medical and education confirmed the previous diagnosis of Mental Retardation and the possibility Anti-social Personality.

Word-Key: Study of Case; Mental Retardation; Anti-social Personality.

Dedicatória

A todas as pessoas que fazem parte da minha vida: Família, Amigos e
Colegas de Curso.

Agradecimentos

Ao Marco, pela sua disponibilidade e entrega, pois sem ele nunca poderia ter elaborado o presente estudo de caso.

Ao meu orientador da Universidade Fernando Pessoa, Professor Francisco Sampaio Gomes, pelo seu profissionalismo, conhecimento e sentido de orientação.

À minha supervisora no local de estágio, Dr.^a Jaquelina Dias, pela sua inequívoca cooperação e contribuição desde o primeiro até ao último dia de estágio.

À Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Portador de Deficiência Mental, pelas condições físicas e humanas que proporcionaram a execução deste estudo de caso.

À minha família, por todo o apoio e força que me deram, desde o primeiro dia em que iniciei este estudo.

Aos meus colegas de faculdade e, eles sabem quem são, pois sempre que precisei do seu auxílio, nunca deixaram de me apoiar e incentivar na execução deste estudo.

Índice

Parte I Enquadramento Teórico

Introdução

Capítulo I Deficiência Mental

1. Evolução Histórica do Conceito de Deficiência Mental
2. Factores de Risco Associados à Deficiência Mental
3. Classificação da Deficiência Mental
4. Incidência e Comorbilidade da Deficiência Mental
5. Avaliação e Critérios de Diagnóstico da Deficiência Mental

Capítulo II Personalidade Anti-Social

1. Conceito de Personalidade Anti-Social
2. Factores de Risco associados à Perturbação de Personalidade Anti-Social
3. Psicopatia e Sociopatia
4. Incidência e Comorbilidade da Perturbação de Personalidade Anti-Social
5. Avaliação e Critérios de Diagnóstico da Personalidade Anti-Social

Parte II Estudo Empírico

Capítulo I Metodologia

1. Conhecimento Científico
2. Noção de Estudo de Caso
3. Amostra
4. Objectivos do Estudo de Caso
5. Procedimentos
6. Materiais Utilizados
7. Provas Psicológicas Utilizadas
8. Observações Comportamentais

Capítulo II Apresentação do Caso

1. Dados de Identificação
2. Problema Apresentado
3. História do Problema
4. História de Intervenções

Capítulo III Apresentação e Discussão dos Resultados

Capítulo IV Diagnóstico

Conclusão

Índice de Tabelas

Tabela 1: Materiais Utilizados

Tabela 2: Resultados obtidos nas Escalas de Achenbach

Tabela 3: Resultados obtidos no Robert 'S

Tabela 4: Resultados obtidos nas Matrizes Progressivas Coloridas de Raven

Tabela 5: Resultados obtidos na Escala de Validade do MMPI-II

Tabela 6: Resultados obtidos nas Escalas Clínicas do MMPI-II

Tabela 7: Resultados obtidos nas Escalas de Conteúdo do MMPI-II

Tabela 8: Resultados obtidos na WISC-III

Tabela 9: Classificação do QI (adaptado de Simões et al., 2003a)

Tabela 10: Classificação Multi-Axial segundo o DSM-IV-TR

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Distribuição percentual da Deficiência Mental mediante os quatro graus de severidade

Gráfico 2: Distribuição percentual da prevalência das Perturbações de Personalidade na População em Geral

Índice de Figuras

Figura 1: Possíveis Factores Impulsionadores de Psicopatologia

Introdução

O presente estudo de caso tem duas partes distintas: **Enquadramento Teórico e Estudo Empírico**.

O **Enquadramento Teórico** está dividido em dois capítulos: Deficiência Mental e Personalidade Anti-Social. Esta parte faz referência à evolução histórica do conceito de Deficiência Mental, os factores de risco associados, a classificação, a incidência e comorbilidade e a avaliação e critérios de diagnóstico. Aborda ainda o conceito de Personalidade Anti-Social, os factores de risco associados, os conceitos de Psicopatia e Sociopatia, a incidência e comorbilidade e a avaliação e critérios de diagnóstico.

O **Estudo Empírico** faz referência à *Metodologia* utilizada (conhecimento científico, noção de estudo de caso, amostra, objectivos do estudo de caso, procedimentos, materiais utilizados, provas psicológicas utilizadas e, observações comportamentais);

Apresentação do Caso (dados de identificação do participante, o problema apresentado, a história do problema e a história de intervenções).

Apresentação e Discussão dos Resultados (incluem-se os resultados das provas psicológicas utilizadas): Entrevista Semi-Estruturada (SCICA); Escalas de Achenbach (CBCL e TRF); Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (CPM); Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III); Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças (R.A.T.C.); Teste Semi-Projectivo Bar-I-Lan; Teste do Desenho Livre; Teste do Desenho da Família; Teste do Desenho da Árvore; Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota II (MMPI-II).

Estabelece-se um diagnóstico e faz-se a sua justificação. Na conclusão são apresentadas algumas reflexões finais relativamente ao caso e aos diagnósticos identificados.

Parte I

Capítulo I

Deficiência Mental

Introdução

Ao longo dos tempos muitas têm sido as disciplinas que se têm debruçado sobre a problemática da Deficiência Mental, entre as quais a Psicologia e Psiquiatria.

A Deficiência Mental pode ser compreendida em quatro períodos distintos da nossa história: Separação, Protecção, Emancipação e a Integração (Bautista, 1997).

A fase de Separação faz referência aos tempos mais primitivos, em que os cidadãos que possuíssem Deficiência Mental eram abolidos ou aniquilados; A fase de Protecção nunca passou de uma tentativa de proteger estes cidadãos, contudo os seus direitos continuavam a não ser reconhecidos pela sociedade; Com o surgimento da Revolução Industrial e com o desenvolvimento de varas disciplinas científicas, os cidadãos portadores de Deficiência Mental vêm os seus direitos reconhecidos e tornam-se úteis e produtivos na sociedade, daí a designada fase de Emancipação; A fase da Integração é aquela que vigora nos dias de hoje, caracterizada por uma grande preocupação pelas necessidades individuais de cada cidadão portador de Deficiência Mental e pelo seu direito ao trabalho (Morato, 1995).

O conceito de Deficiência Mental começou por ser abordado na idade média, altura em que as pessoas com esta problemática eram encaradas de forma discriminativa, como sendo possuídas pelo demónio. Já em pleno século XVIII, as pessoas com Deficiência Mental eram vistas como loucas ou criminosas. O século XX acabou por ser importante, visto que os estudos sobre esta doença se multiplicaram e actualmente o conceito que vigora sobre Deficiência Mental é uma insuficiência intelectual significativa e um défice acentuado no comportamento adaptativo.

Actualmente é consensual quais as causas que estão por detrás da Deficiência Mental. Os estudos epidemiológicos realizados ao longo dos tempos consideram os

factores hereditários e genéticos como os mais prováveis. Contudo, a comunidade científica continua a estudar as causas da Deficiência Mental.

A classificação da Deficiência Mental, como iremos ver mais à frente, acarreta quatro graus de gravidade: Ligeira, Moderada, Grave e Profunda. Esta concepção sobre a classificação da Deficiência Mental é a que congrega cientificamente um maior consenso.

Também iremos abordar neste capítulo da Deficiência Mental, a sua taxa de incidência que, é preocupante, sendo Portugal um país com uma comunidade de cidadãos portadores de Deficiência Mental bastante elevada. A comorbilidade é um importante patamar da Deficiência Mental, pois a mesma pode em grande parte dos casos, desencadear outro tipo de patologias.

Será também importante ter em conta os procedimentos e instrumentos a ser utilizados num processo de avaliação da Deficiência Mental e quais os seus critérios de Diagnóstico.

1. Evolução Histórica do Conceito de Deficiência Mental

O conceito de Deficiência Mental nem sempre foi unânime na comunidade científica, daí existirem diferentes linhas de pensamento relativamente ao mesmo.

Tal como nos diz Gomes (2007), esta problemática sempre foi uma interrogação e objecto de investigação e estudo de várias áreas e fontes do conhecimento científico.

A evolução de conceitos remetentes à Deficiência Mental tem sido visível com o passar dos séculos. Começa por ser exactamente no século XVIII que se começa por definir Deficiência Mental.

O termo imbecilidade começa a ganhar credibilidade e fonte de critério junto da comunidade científica de então, tal como o facto de estar associada a factores meramente hereditários e adquiridos (Amaral & Dántino, 1998). Por esta altura, Pinel, Esquirol e outros estudiosos referem-se sistematicamente a termos como “retardado”, “deficiência intelectual” e “estado de estupor” (Marcelli, 1998).

Só a partir do século XIX é que se começa a estudar e perceber melhor a Deficiência Mental, sendo que, médicos como Itard e Seguin começam a apelar a comunidade científica para a distinção de Deficiência Mental e Doença Mental (Amaral & Dántino, 1998). Todavia, só no início do século XX é que surgem novas concepções, que perspectivam a Deficiência Mental de forma diferente. Este século caracteriza-se fundamentalmente por uma disparidade de termos associados à Deficiência Mental e consequentemente uma visão mais abrangente acerca da mesma.

Por meados do século XX, alguns autores (nomeadamente psicanalistas como Heyer), consideram os sujeitos portadores de Deficiência Mental como desadaptados, apresentando défice ao nível intelectual e afectivo que estão na origem da sua conduta (Lara, 1997).

Como nos diz o Centro de Observação e Orientação Médico - Pedagógico, a partir da segunda metade do século XX, surgem na comunidade científica duas linhas de estudo da Deficiência Mental: A Escola Francesa e a Associação Americana de Deficiência Mental. Segundo a Escola Francesa, a insuficiência mental não tratava de uma situação clínica somente, mas sim um quadro transitório mediante as causas associadas e sobretudo devido ao desenvolvimento individual. (C.O.O.M.P., 1982).

Actualmente, Convenções, instituições, teóricos e correntes literárias têm em conta uma maior proximidade das suas posições relativamente ao conceito de Deficiência Mental.

Holmes (2001) acredita á luz de muitos estudos elaborados nos anos 70 que, uma definição de Deficiência Mental depende do grau, se leve ou severa, bem como no que concerne á sua classificação.

A Convenção da Guatemala (2001, cit in Gomes, 2007, p.14) define deficiência como “uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social” (Gomes, 2007, p.14).

Na perspectiva de Harrison, Geddes e Sharpe (2002), a Deficiência Mental define-se por um quociente de inteligência inferior a 70, com défices funcionais em várias áreas.

Ruiloba (2002), também afirma que o cidadão portador de Deficiência Mental possui limitações intelectuais significativas, e comprometimento nas habilidades adaptativas de comunicação, saúde, segurança, autonomia, entre outras.

O American Psychiatric Association (2000) aponta duas características essenciais da Deficiência Mental: o funcionamento intelectual global inferior á média e dificuldades no funcionamento adaptativo do sujeito (competências inter-pessoais, comunicação verbal, aptidões académicas, cuidados próprios, entre outros) (APA, 2000).

De acordo com Sadock e Sadock (2008), a Deficiência Mental não é uma doença, mas sim o resultado de um processo patológico desencadeado no cérebro, que se caracteriza por limitações ou incapacidades nas funções intelectual e adaptativa.

Numa perspectiva mais actual e consensual, a Organização Mundial de Saúde (2003) define a Deficiência Mental como um défice acentuado na aprendizagem e adaptação do sujeito à sociedade (O.M.S., 2003).

Uma diferença desta definição (actualmente unânime em toda a comunidade científica) e as suas antecedentes, tem a ver com a coexistência do comportamento desadaptado e da sub-normalidade intelectual (Kirk & Gallagher, 2002).

O século XX serviu assim para uma maior abertura á problemática da Deficiência Mental, uma promoção de estudos epidemiológicos e um debate mais consistente relativamente ao conceito de Deficiência Mental.

2. Factores de Risco Associados à Deficiência Mental

Uma outra perspectiva de olhar a Deficiência Mental, é a de perceber quais os factores que desencadeiam a mesma. Com a evolução dos tempos, percebe-se que as causas da Deficiência Mental tornam-se mais claras e consensuais entre as ciências que procuram estudar a Deficiência Mental.

A identificação da etiologia da Deficiência Mental possibilita uma melhor compreensão da mesma.

Contudo, tal como nos diz a American Psychiatric Association (2000), torna-se mais fácil identificar quais as causas de uma Deficiência Mental Grave ou Profunda (APA, 2000).

Já no século XIX procurava-se identificar quais as causas da Deficiência Mental, algumas das quais, influências das águas e do ar, modo de vida da mãe, hereditariedade, dificuldades no parto, convulsões, infecções, entre outras (Andrada, Levy & Feijóo, 1981).

Quanto à escola francesa, existem duas etiologias da Deficiência Mental: Factores Orgânicos e Psicossociais. A primeira inclui danos associados ao sistema nervoso central que são susceptíveis de provocar uma diminuição das capacidades cognitivas e intelectuais do indivíduo. A segunda etiologia relaciona-se com a prevalência de Deficiência Mental Leve em sujeitos com condições de vida mais precárias e com o clima afectivo carente ou deficitário que pode levar a uma insuficiência ou diminuição da intelectualidade dos mesmos (Marcelli, 1998).

Segundo Grossman (1977, cit in Kirk & Gallagher, 2002), alguns factores como infecções, traumas, metabolismo ou desnutrição, doenças cerebrais graves, influências pré-natais desconhecidas, anomalias genéticas e influências ambientais podem desencadear Deficiência Mental. Os mesmos autores referem ainda que, muitos dos

comportamentos do Ser Humano advêm de distúrbios genéticos. O exemplo da ingestão em excesso de bebidas alcoólicas ou agentes tóxicos por parte da mãe durante a gravidez, contribui para uma maior predisposição da Deficiência Mental (Kirk & Gallagher, 2002).

A American Psychiatric Association (2000) afirma que os factores desencadeadores da Deficiência Mental podem ser biológicos, psicossociais, ou uma combinação de ambos. A hereditariedade, as alterações precoces do desenvolvimento embrionário, as influências ambientais, as perturbações mentais, problemas na gravidez e na primeira infância, são os principais factores impulsionadores da Deficiência Mental (APA, 2000).

Numa perspectiva similar, em traços largos, as anomalias cromossómicas, erros de metabolismo e factores ambientais (Infecções, complicações do parto, paralisia cerebral, síndrome alcoólica fetal) são factores etiológicos que desencadeiam a Deficiência Mental (Harrison, et al., 2002).

Também Sadock e Sadock (2008) ao estudarem a problemática da Deficiência Mental, apresentam alguns factores etiológicos: Genéticos (Cromossômicos e Hereditários), do Desenvolvimento (Infecções) e Sócio culturais. Segundo os mesmos autores, actualmente constata-se que todos estes factores actuam de forma cumulativa na Deficiência Mental.

A Organização Mundial de Saúde, por seu lado, refere que as causas da Deficiência Mental surgem normalmente antes, durante e depois do nascimento de uma criança. Estas causas podem ser pré-natais, quando se verificam desordens cromossômicas, erros de metabolismo, má nutrição, infecções e uso de substâncias como o álcool por parte da mãe. Também podem ser causas peri-natais, quando ocorrem disfunções da placenta, prematuridade no nascimento da criança ou Hipoglicemia.

Moura, S. (2009). O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social. Universidade Fernando Pessoa.

Por fim, as causas também podem ser pós-natais, ou seja, quando ocorrem na infância, como por exemplo más nutrições severas e prolongadas ou infecções no cérebro (O.M.S., 2003).

Uma perspectiva comum à de muitos outros autores já acima referidos é a de Ruiloba (2002), que identifica factores diversos desencadeadores da Deficiência Mental, sejam eles pré-natais, peri-natais, pós-natais, e também sócio-culturais (problemas médicos, sociais, emocionais, atraso mental familiar).

Parece claro que existe um pensamento comum e que prevalece na comunidade científica, o facto de todas as causas apontarem para a existência de lesões na zona cerebral, responsável pelas zonas que dirigem e coordenam a percepção, movimento e integração do indivíduo (Barbosa, 1999).

Contudo, tal como nos diz a Associação de pessoas com Deficiência de Montes Claros (2007), mesmo com sofisticados recursos diagnósticos, nem sempre se consegue definir com exactidão a etiologia da Deficiência Mental (ADEMOC, 2007).

São várias as teorias sob o ponto de vista científico relativamente ao estudo das causas da Deficiência Mental, contudo, actualmente é reconhecido que esta problemática pode emergir através de múltiplos factores, sejam eles endógenos ou exógenos.

3. Classificação da Deficiência Mental

É factual que nem sempre é fácil classificar o grau de severidade num cidadão portador de Deficiência Mental. Para tal todo um processo de avaliação tem de ser feito, como mais à frente será discutido, onde é fundamental ter em conta o quociente de inteligência do sujeito e o seu funcionamento adaptativo.

Os progressos no sentido de clarificar e classificar um sujeito com Deficiência Mental têm sido muitos e a unanimidade no seio da comunidade científica tornou-se assim numa realidade. Actualmente a identificação e classificação das crianças portadoras de Deficiência Mental é feita através de procedimentos assentes na medição da subnormalidade intelectual e adaptação social (Kirk & Gallagher, 2002).

Na perspectiva de Harrison, et al., (2002), existem três tipos de Deficiência Mental: A Ligeira, Moderada e Grave. Na Deficiência Ligeira, a capacidade comunicacional e de escrita são razoáveis, as aptidões sociais também são normais, raramente se visualizam complicações físicas e a variação do QI é de 50 a 69. Quanto à Deficiência Moderada, a autonomia já é menor, a linguagem já é limitada, a pessoa já não tem capacidade para trabalhar como na Deficiência Ligeira, existem por vezes alguns problemas físicos e a variação de QI é de 35 a 49. Por fim, estes autores afirmam que na Deficiência Grave, a capacidade para falar ou escrever é muito limitada ou inexistente, existem problemas físicos comuns, uma autonomia limitada e a variação do QI é inferior a 35.

Sadock e Sadock (2008), classificam as pessoas portadoras de Deficiência Mental em quatro graus de severidade: A Deficiência Ligeira, Moderada, Grave e Profunda. Estes autores dão uma perspectiva do desenvolvimento destas pessoas na idade pré-escolar (0-5), na idade escolar (6-20) e na vida adulta. Desta forma, o portador de Deficiência Mental Ligeira, na idade pré-escolar pode desenvolver aptidões sociais e

de comunicação; na idade escolar adquire e desenvolve habilidades académicas (normalmente consegue alcançar o 6º ano de escolaridade; na vida adulta por norma, consegue trabalhar e se sustentar.

A pessoa portadora de Deficiência Mental Moderada, na idade pré-escolar pode falar ou aprender a comunicar e possui um desenvolvimento motor razoável; na idade escolar pode beneficiar de treino para desenvolver habilidades sociais e ocupacionais, contudo pouca probabilidade de progredir em termos académicos; na idade adulta poderá adquirir autonomia suficiente em trabalhos não qualificados. Na Deficiência Mental Grave, em idade pré-escolar o desenvolvimento motor é pobre e a capacidade de comunicação muito limitada; na idade escolar a pessoa beneficia de aprendizagem sistemática para comunicar, mas sempre de forma muito limitada; na vida adulta verifica-se uma restrita auto-suficiência (Sadock & Sadock, 2008).

Por fim, estes autores referem que a pessoa portadora de Deficiência Mental Profunda, na idade pré-escolar apresenta um atraso significativo em várias áreas e necessita de cuidados médicos; na idade escolar denota-se algum desenvolvimento motor, mas muito condicionado; na vida adulta o desenvolvimento motor e da fala é mínimo e os cuidados médicos são uma necessidade (Sadock & Sadock, 2008).

Sandra Marinho (2000) também subscreve a existência de três níveis de Deficiência Mental: Severa, a Moderada e a Ligeira. Quanto á primeira, está vivamente associada a etiologias orgânicas, problemas físicos, motores e de linguagem. A afectividade destes sujeitos é elementar, sendo que facilmente se isolam de toda a sua realidade envolvente (Marinho, 2000).

No que toca ao segundo nível de deficiência, estes indivíduos conseguem normalmente desenvolver a sua funcionalidade em relação ao meio exterior, apresentam uma linguagem básica, contudo, tendem a desenvolver problemas comportamentais se

não forem devidamente compreendidos. Quanto ao último nível, os sujeitos portadores de Deficiência Ligeira conseguem compreender as suas dificuldades e limitações (Marinho, 2000).

Kirk e Gallagher (2002), ao contrário das designações mais actuais de Deficiência Mental (Leve, Moderada, Grave e Profunda), sugerem os termos Educáveis, Treináveis e Graves ou Profundos. Os sujeitos que se encontram na primeira designação, correspondente à Deficiência Mental Leve, conseguem ser educados a nível académico, têm uma adaptação social básica e integração na comunidade e uma forte possibilidade de poderem trabalhar.

Os Treináveis possuem dificuldades consideráveis a nível académico ou funcional, não se conseguem auto regular e sustentar na idade adulta; podem cuidar de si próprios, como vestirem-se e alimentarem-se, conseguem ajustar-se socialmente e conseguem trabalhar sob vigilância ou supervisão. Por último, os Deficientes Mentais Graves ou Profundos, são normalmente portadores de deficiências múltiplas, severas e físicas (Kirk & Gallagher, 2002).

De acordo com a American Psychiatric Association (2000), existem quatro graus de gravidade na Deficiência Mental: a Ligeira (QI situado entre 50/55 e 70), a Moderada (QI situado entre 35 e 55), a Grave (QI está situado entre 20 e 35/40) e, finalmente a Profunda, onde o QI é inferior a 20/25. Os portadores de Deficiência Mental Ligeira constituem a maior parte daqueles que sofrem de Deficiência Mental. Os sujeitos com Deficiência Mental Ligeira desenvolvem competências sociais e de comunicação durante a infância e adolescência, e podem perfeitamente adquirir conhecimentos académicos equivalentes ao 9º ano de escolaridade. Na vida adulta podem adquirir alguma autonomia e integrar-se de modo relativamente independente na comunidade (APA, 2000).

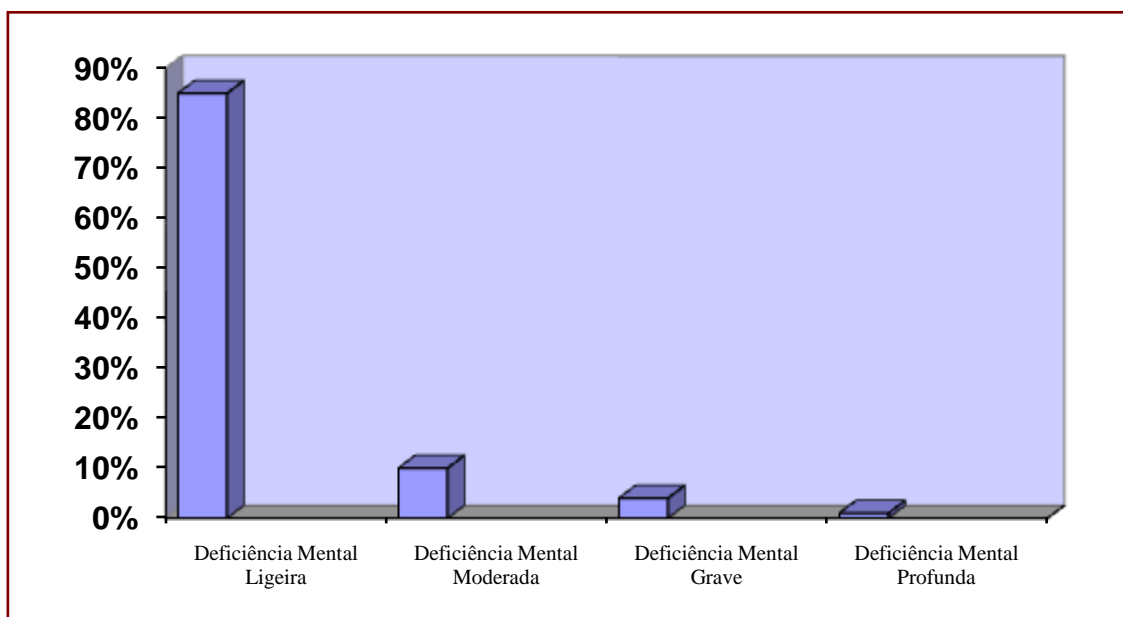
Os sujeitos portadores de Deficiência Mental Moderada, constituem cerca de 10% da população com Deficiência Mental. Após algum treino laboral e de supervisão, os sujeitos com Deficiência Mental Moderada adquirem alguma autonomia, capacidades comunicacionais e sociais. Na sua vida adulta, eles podem de forma protegida adaptar-se á comunidade. Os sujeitos portadores de Deficiência Mental Grave constituem 4% da população com Deficiência Mental. Na idade pré-escolar eles podem aprender a falar e adquirir competências para a leitura. Alguns dos sujeitos portadores de Deficiência Mental Grave podem adaptar-se à vida em comunidade, nomeadamente em lares protegidos. Os sujeitos com Deficiência Mental Profunda, apresentam défice a nível sensorial e motor, contudo, se forem devidamente acompanhados e treinados, podem adquirir algumas aptidões de auto cuidado e comunicação. Os sujeitos com Deficiência Mental Profunda constituem 1% a 2% da população portadora de Deficiência Mental (APA, 2000).

4. Incidência e Comorbilidade da Deficiência Mental

A Deficiência Mental, tal como tem sido averiguado ao longo dos tempos, pode estar em determinados casos associada a outro tipo de patologia. Os profissionais da saúde mental têm desenvolvido esforços no sentido de perceber qual a comorbilidade da Deficiência Mental e qual a sua prevalência. Trata-se de um importante processo que ajuda a diagnosticar e elaborar um plano de tratamento adequado.

Segundo a American Psychiatric Association (2000), quando são conhecidos factores biológicos por detrás da Deficiência Mental, a sua prevalência é semelhante em classes sociais baixas e altas. Só quando não são identificados factores biológicos ou genéticos, a Deficiência Mental é mais representativa em classes socio-económicas mais baixas. No que diz respeito ao género, a Deficiência Mental é mais frequente nos sujeitos do sexo masculino (APA, 2000).

Gráfico 1: Distribuição percentual da Deficiência Mental mediante os quatros graus de severidade (APA, 2000)



Este gráfico foi elaborado a partir de dados estatísticos referentes a todos os graus de Deficiência Mental ilustrados no manual da APA (2000).

No seu relatório mundial de saúde, a Organização Mundial de Saúde (2002) estima que 10% da população dos países em vias de desenvolvimento possui algum tipo de Deficiência, sendo que metade corresponde à Deficiência Mental. Segundo algumas estimativas é comum verificar-se uma maior prevalência da Deficiência Mental em países menos desenvolvidos, devido a uma maior incidência de lesões no recém-nascido e infecções cerebrais na primeira infância. Neste tipo de países verifica-se um défice na acção preventiva. Actualmente, a comunidade científica acredita que a taxa de prevalência de Deficiência Mental à escala global é de 1% a 3 % (O.M.S., 2002).

Na perspectiva de Harrison, et al., (2002), a Deficiência Mental afecta 2% da população mundial, sendo a prevalência maior em sujeitos do sexo masculino.

Moraes, Magna e Faria (2006) consideram que a Deficiência Mental afecta 2% a 3% da população mundial, sendo que 1% em idade escolar.

A incidência da Deficiência Mental é difícil de ser calculada. Habitualmente não é reconhecida a sua condição até ao final da infância, mesmo quando estamos perante uma função intelectual limitada, contudo habilidades sociais e adaptativas não são exigidas, daí não ser elaborado um diagnóstico até então. Contudo, torna-se perceptível que a incidência é mais significativa em crianças em idade escolar, maioritariamente no sexo masculino (Sadock & Sadock, 2008).

Apesar de não existirem características particulares de personalidade unicamente associadas à Deficiência Mental, estimativas mostram que sujeitos portadores de Deficiência Mental têm uma maior prevalência para desenvolver outro tipo de perturbações mentais em comparação com a população em geral. As perturbações que estão normalmente associadas à Deficiência Mental são: Perturbação de

Moura, S. (2009). O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social. Universidade Fernando Pessoa.

Hiperactividade, Perturbação de Humor, Perturbação Global de Desenvolvimento, Perturbações Mentais Secundárias a um Estado Físico Geral, entre outras (APA, 2000).

Masi (1994, cit in Ruiloba, 2002) afirma que um a dois terços dos sujeitos portadores de Deficiência Mental, apresentam transtornos psiquiátricos. É consensual que condutas agressivas e destrutivas, psicoses e fobias, condutas suicidas, entre outros, prevalecem com grande frequência em indivíduos com Deficiência Mental (Ruiloba, 2002).

Harrison, et al., (2002) constata que crianças e adultos com Deficiência Mental possuem elevadas taxas (40%) de perturbação mental ou da conduta.

Para Sadock e Sadock (2008), a prevalência de patologias associadas à Deficiência Mental relaciona-se com o grau de severidade da mesma. Estudos mostram que sujeitos com Deficiência Mental Profunda apresentam menor risco de desenvolver perturbações psiquiátricas.

Alguns dos factores mais significativos para o desenvolvimento de uma acentuada comorbilidade na Deficiência Mental, derivam de influências ambientais: o cidadão portador de Deficiência Mental é menos autónomo, é exageradamente sobreprotegido, tem baixa tolerância à frustração, baixa auto-estima e desenvolve maior agressividade. O atraso mental constitui um perigo considerável no desenvolvimento da personalidade (Ruiloba, 2002).

Tal como nos diz Menolascino (1990, cit in Marinho, 2000), as pessoas portadoras de Deficiência Mental apresentam um risco duas vezes superior à população em geral no desenvolvimento de patologias e complicações comportamentais. Também refere que no caso particular da Deficiência Mental Moderada, a falta de um suporte social ou familiar adequado, pode favorecer o surgimento de características atípicas da

Moura, S. (2009). O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social. Universidade Fernando Pessoa.

personalidade (mudanças externas rápidas e imprevisíveis, simplicidade na vida emocional e atraso significativo da linguagem) (Marinho, 2000).

Actualmente é consensual que a taxa de incidência da Deficiência Mental é preocupante à escala global, e que existe uma forte possibilidade do cidadão portador desta doença desenvolver outro tipo de transtornos psicológicos ou comporta

5. Avaliação e Critérios de Diagnóstico da Deficiência Mental

A Deficiência Mental é uma perturbação que se insere no Eixo II do DSM-IV. O Eixo II é composto por todas as Perturbações da Personalidade e Deficiência Mental. O Eixo II pode ser útil para indicar características de desadaptação da Personalidade e Mecanismos de Defesa. Quando um sujeito apresenta mais que um diagnóstico do Eixo II, estes devem obrigatoriamente ser referidos (APA, 2000).

Na perspectiva de Harrison, et al., (2002), a avaliação de um sujeito com suspeita de Deficiência Mental deve englobar o estabelecimento de um diagnóstico e complicações mentais simultâneas. É importante avaliar pormenores da gravidez, parto, dificuldades físicas, exames globais e neurológicos, testes psicológicos (Quociente de Inteligência) e exames laboratoriais.

Tal como refere a American Psychiatric Association (2000), para que possamos avaliar a Deficiência Mental, é necessário a aplicabilidade de testes individualizados, entre os quais, a Escala de Inteligência de Wechsler e a Escala Stanford Binet, de modo a identificar o funcionamento intelectual do sujeito. Também é necessário recolher provas acerca dos défices de funcionamento adaptativo, através de Escalas de Comportamento Adaptativo e informações fiáveis dos cuidadores do sujeito ou dos professores. Tal como na avaliação do funcionamento intelectual, o instrumento a utilizar deverá ser o mais adequado, mediante a cooperação do sujeito, seu nível sócio-cultural e seu nível académico (APA, 2000).

Ruiloba (2002) constata que será relevante numa avaliação da Deficiência Mental, considerar as condutas sensoriais e motoras do sujeito, o seu ajuste social em contextos específicos, as habilidades sociais, interpessoais e sexuais, e a avaliação dos contextos institucionais e familiares.

O diagnóstico de Deficiência Mental só pode ser elaborado após a recolha da história clínica do sujeito, de uma avaliação intelectual padronizada e caracterização da função adaptativa, que possam constatar que o comportamento e desempenho actual da criança estão abaixo do esperado (Sadock & Sadock, 2008).

Segundo a American Psychiatric Association (2000), os critérios de diagnóstico de Deficiência Mental apontam para um funcionamento cognitivo global inferior à média e limitações do comportamento adaptativo em pelo menos duas das áreas seguintes: comunicação, autonomia, competências interpessoais, competências funcionais, uso de recursos comunitários, vida doméstica, autocontrolo, competências académicas, trabalho, tempos livres saúde e segurança. O diagnóstico de Deficiência Mental só pode ser efectuado, se a perturbação tiver início antes dos 18 anos (APA, 2000).

Deste modo, é essencial reunir diferentes áreas do saber, de modo a melhor entendermos o fenómeno mental. A Deficiência Mental não se esgota na sua condição orgânica e intelectual. Continua a ser um importante objecto de estudo de várias áreas do conhecimento, entre elas, a Psicologia.

Conclusão

Através deste capítulo da Deficiência Mental, e apesar dos importantes passos sob o ponto de vista teórico e empírico, é visível que estamos perante um objecto de estudo cada vez mais emergente.

Actualmente a grande dificuldade não é definir a Deficiência Mental ou perceber a sua etiologia, mas sim a forma como se avalia e intervém sobre esta problemática.

A Deficiência Mental pode surgir muitas vezes associada a outro tipo de perturbação ou deficiência. Existe assim a necessidade de uma avaliação multidisciplinar da criança portadora de Deficiência Mental (Andrada, et al., 1981).

Sadock e Sadock (2008) referem que a Deficiência Mental está associada a alguns transtornos psiquiátricos, daí a necessidade de apoio psicológico. Segundo estes autores, a melhor forma de tratar as condições subjacentes à Deficiência Mental é a sua prevenção: primária, secundária e terciária. A educação da criança deve ser a mais propícia, com particular atenção para o desenvolvimento de treino das habilidades adaptativas, sociais e vocacionais. A aquisição de uma melhor qualidade de vida destas crianças é uma meta a atingir.

Também a família do cidadão com Deficiência Mental deve ser devidamente aconselhada, informada e estimulada. A farmacologia é também uma abordagem terapêutica importante (Sadock & Sadock, 2008).

Houzel, Emmanuelli, e Moggio, (2004) apontam para a necessidade de intervenções junto da criança e do seu círculo próximo.

Por seu lado, Harrison, et al., (2002) afirmam que o tratamento da Deficiência Mental é muito difícil, contudo deve-se potenciar a qualidade de vida e tratar os problemas psiquiátricos existentes.

É fundamental aumentar o volume de pesquisas sobre crianças portadoras de Deficiência Mental e suas famílias, de modo a proporcionar uma maior compreensão do seu desenvolvimento (Silva & Dessen, 2001).

A Psicologia, enquanto ciência prioritária no estudo da Deficiência e das Psicopatologias em geral, deverá ter um papel cada vez mais activo e pedagógico. Não só a forma como avaliar e intervir sobre a Deficiência Mental, mas também o desmistificar de preconceitos é uma causa nobre e um desafio a ter em conta, pois o cidadão com Deficiência Mental ainda não tem uma igualdade plena de direitos e regalias em comparação com o cidadão dito normal.

Na verdade, tal como constata Kirk e Gallagher (2002), muitos são os problemas não solucionados, não só em Portugal, mas um pouco por todo o mundo, entre os quais a cultura da pobreza, a qual nos indica que não é taxativa a relação entre níveis sociais baixos e o desenvolvimento de défices intelectuais nas crianças; as famílias que resistem, pois algumas adaptam-se bem a esta nova realidade e outras não conseguem lidar com a ideia de ter um filho portador de Deficiência Mental; ou o ambiente adequado de aprendizagem, pois nos últimos trinta anos o ambiente e espaço de educação tem variado muito.

Capítulo II

Personalidade Anti-Social

Introdução

O conceito de Personalidade tem vários significados que diferem mediante o contexto em que se menciona. No nosso quotidiano usamos este conceito para definir determinada pessoa.

Na linguagem científica é comum designarmos o conceito de Personalidade para indicar o modo como os diversos processos e estruturas do funcionamento psíquico se integram no ser humano.

Tal como afirmam Harrison, et al., (2002), o termo Personalidade descreve os atributos comportamentais, emocionais e intelectuais do indivíduo.

Segundo Abreu, Salzano, Vasques, Filho e Cordás (2006), a Personalidade caracteriza-se por uma síntese de pensamentos, emoções e comportamentos que torna cada ser humano único.

Na concepção de Tasman (2002), todo o ser humano tem uma Personalidade, uma maneira própria de estar na vida, de pensar, sentir, agir e se relacionar com os outros.

Quando nos deparamos com uma personalidade perturbada, estamos afirmando que uma parte ou a totalidade das estruturas e dos processos de funcionamento psicológico do sujeito não estão bem integradas ou apresentam défices em algum aspecto, limitam as suas possibilidades de desenvolvimento e dificultam as suas relações com os outros (Abreu, et al., 2006).

Segundo Harrison, et al., (2002), os sujeitos que têm transtornos de personalidade, normalmente apresentam desvios acentuados ao nível das cognições, humor, controlo dos impulsos e satisfação de necessidades e relacionamento interpessoal. Estes sujeitos exibem comportamentos desadaptados em diferentes contextos, e causam sofrimento a todas as pessoas que o rodeiam.

A Psicopatologia é a disciplina que mais frequentemente aborda as questões relacionadas com as desordens de personalidade. Esta disciplina reflecte sobretudo a forma como olhamos para nós próprios, e como nos questionamos acerca daquilo que difere o comportamento dito normal do comportamento patológico (Pires, 2003).

Existem vários tipos de perturbações de personalidade: Perturbação Paranóide da Personalidade, Perturbação Esquizóide da Personalidade, Perturbação Esquizotípica da Personalidade, Perturbação Anti-Social da Personalidade, Perturbação Estado-Limite da Personalidade, Perturbação Histriónica da Personalidade, Perturbação Narcísica da Personalidade, Perturbação Evitante da Personalidade, Perturbação Dependente da Personalidade, Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade, Perturbação da Personalidade sem outra especificação. (APA, 2000).

A perturbação que nos interessa averiguar é a Personalidade Anti-Social. Personalidade Anti-Social tem sido objecto de inúmeras considerações teóricas e empíricas desde que Phillippe Pinel introduziu o termo há aproximadamente duzentos anos (Vasconcellos & Gauer, 2004).

A título de ilustração descrevemos um caso ocorrido no Reino Unido, que representa bem a gravidade da realidade de Condutas Anti-Sociais.

Em 1993, dois meninos, ambos com 11anos, raptaram uma criança de dois anos de um centro comercial nos arredores de Liverpool, Inglaterra. Eles tentaram empurrá-la para dentro de um canal próximo. Para isso, arrastaram-na por quatro quilómetros para um dique de uma linha férrea. Eles jogaram pedras e tijolos nela, chutaram sua cabeça e golpearam-na com uma barra de ferro de 10 quilos. Então, eles tentaram mascarar seus atos com o intuito que parecesse um acidente e, para tanto, deitaram o corpo morto da criança na via férrea, onde ele foi partido em dois pedaços por um trem que passava. Uma das crianças, segundo o repórter do jornal, demonstrava uma desconcertante ausência de remorso. Ambos tinham

Moura, S. (2009). O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social. Universidade Fernando Pessoa.

fugido de lares desfeitos de uma área muito perigosa (Newsweek, 6 de Dezembro de 1993, cit in Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2003. p.199).

Ao longo deste capítulo, abordaremos a evolução do conceito de Personalidade Anti-Social, factores etiológicos, incidência e comorbilidade e avaliação e critérios de diagnóstico.

1. Conceito de Personalidade Anti-Social

Tal como acontece com todas as outras Perturbações da Personalidade, também a Personalidade Anti-Social tem sido objecto de inúmeros estudos ao longo dos tempos.

Tal como nos refere Quintela (2004), as definições de comportamento anti-social são bastante complexas e de modo algum consensuais

O DSM-I afirmou a existência de pessoas com conduta anti-social, quando descreveu pessoas com comportamentos anormais relativamente ao ambiente social, normalmente associados a problemas de alcoolismo e toxicoddependência. Em 1968, o DSM-III sugere o termo Transtorno da Personalidade Anti-Social, associada a sujeitos que apresentavam condutas contra as regras da sociedade (Catarina, 2008).

Na perspectiva de Fonseca (1997), o termo Personalidade Anti-Social tem em consideração a forma como determinados sujeitos entram em conflito aberto com os outros.

Holmes (2001) refere que indivíduos com Personalidade Anti-Social, aparentemente não apresentam quaisquer condutas clínicas e comportamentos anormais. Este tipo de pessoas por norma são bem adaptadas socialmente, e enquanto não forem identificadas continuam a provocar problemas às pessoas que as rodeiam. Pessoas com Personalidade Anti-Social não apresentam qualquer tipo de ansiedade ou culpa pelos seus actos; comportam-se de forma impulsiva, destacando-se pela sua falta de civismo e pela perigosidade dos seus actos.

Hales e Yudofsky (2006) fazem referência a um padrão de comportamentos irresponsáveis que não têm em consideração os direitos dos outros. Os sujeitos com Personalidade Anti-Social apresentam uma vida emocional empobrecida, ausência de remorços pelos prejuízos que causam a outras pessoas e possuem por norma charme e sedução de forma a seduzir, enganar e explorar os outros.

Ruiloba (2002) constata que a Conduta Anti-Social expressa-se por conflitos com as normas em vigor desde a infância. Os jovens com Personalidade Anti-Social mentem e roubam sistematicamente, fogem de casa, e tendem a não corrigir seus actos após serem castigados.

A indiferença e insensibilidade perante os outros, o desrespeito pelas normas vigentes na sociedade, ausência de sentimento de culpa, a baixa tolerância à frustração, e a tendência para culpar os outros pelos delitos cometidos, são algumas das características das pessoas com Personalidade Anti-Social (Taborda, Chalud & Filho, 2004).

Sadock e Sadock (2008) subscrevem o facto dos sujeitos com Personalidade Anti-Social não se adaptarem às normas da sociedade. Contudo, segundo estes autores, este transtorno não é sinónimo de criminalidade.

Hare (1996, cit in Catarina, 2008) refere que o comportamento anti-social abrange por um lado, sujeitos com comportamentos anti-sociais e criminais e por outro, indivíduos que não apresentam tendência para a criminalidade. Genericamente, entende-se este tipo de transtorno como uma desordem de comportamentos desajustados relativamente a padrões socialmente impostos (Vasconcellos & Gauer, 2004).

Jaspers (2003) associa o comportamento anti-social de um sujeito com a criminalidade e, descreve-o como um esquizofrénico que, nos primeiros tempos é comum apresentar elementos anti-sociais.

O conceito de Perturbação da Personalidade Anti-Social actualmente mais consensual é o da American Psychiatric Association (2000), que aponta para um padrão global e sistemático de violação dos direitos e integridade dos outros, com início precoce na infância e que continua na idade adulta (APA, 2000).

2. Factores de Risco associados à Perturbação de Personalidade Anti-Social

A Personalidade Anti-Social é desencadeada por vários factores, sejam eles biológicos, sociais ou afectivos.

A família é um importante suporte social para a criança nos primeiros anos de vida (Isabel, Santos, Fernandes & Madeira, 1990). Um ambiente familiar hostil pode contribuir para o desencadeamento de perturbações de comportamento da criança e, construção de uma personalidade perturbada (Isabel, et al., 1990).

Carneiro (1997) afirma que um ambiente familiar deficitário torna-se numa das principais causas de delinquência juvenil.

Numa linha de pensamento distinta, vários autores apontam outros factores repercussores do desenvolvimento de comportamento delinvente ou criminoso: inferioridade biológica ou hereditária, antecedentes psicológicos desfavoráveis sob o ponto de vista familiar, social ou até político e, condições materiais e familiares deficitárias. (Fonseca, 1997; Taborda, et al., 2004).

Moffitt (1993, cit in Kernberg, 2003) propõe alguns factores etiológicos que estão na base de comportamentos anti-sociais, entre os quais: défices ao nível do cérebro fetal; factores pré-natais e perinatais; complicações neuropsicológicas que promovem impactos na compreensão, leitura, escrita e memória; falta de afectos nos primeiros anos de vida; abusos psicológicos e sexuais inerentes.

Na perspectiva da American Psychiatric Association (2000), existe uma forte relação entre os sujeitos portadores de conduta anti-social e um estatuto socioeconómico baixo. Contudo, não se descarta o facto de factores genéticos e ambientais estarem por detrás desta patologia (APA, 2000).

Hales e Yudofsky (2006) referem que factores genéticos podem predispor o sujeito para o desenvolvimento de Condutas Anti-Sociais. Muitas crianças estão expostas a ambientes familiares hostis, pais ausentes e agressivos, que determinam posteriormente a sua personalidade transtornada.

A figura seguinte configura a perspectiva de Marcelli (1998) relativamente às possíveis causas de uma perturbação da personalidade.

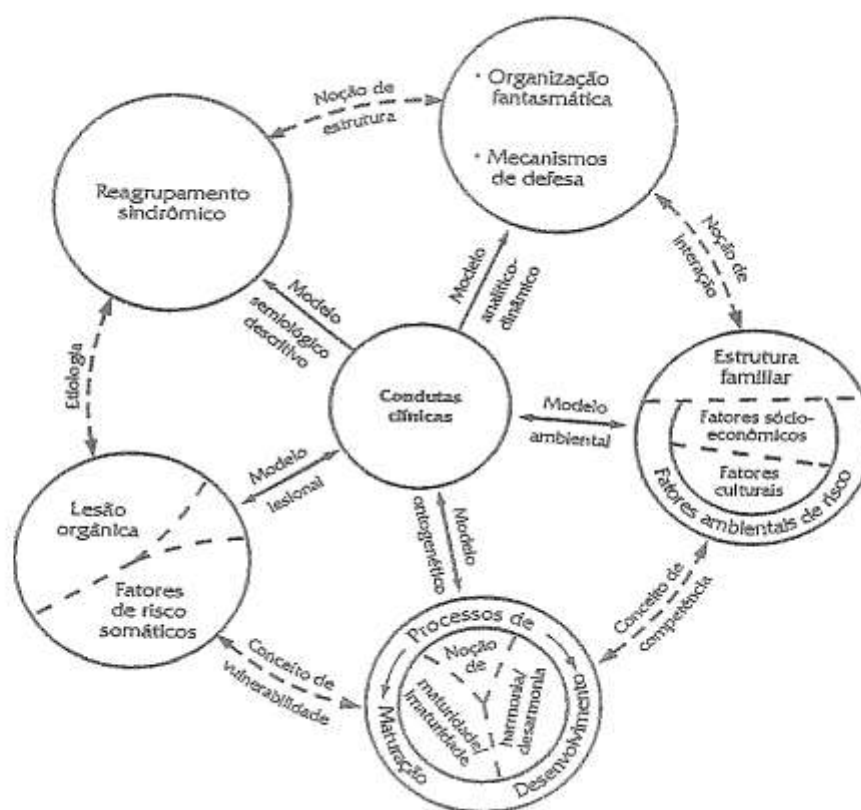


Figura 1 – Modelos de Compreensão da Psicopatologia (Marcelli, 1998, p.54)

Sani e Gonçalves (1999) referem que uma desadequada supervisão parental, pode contribuir para o aparecimento de comportamentos delinquentes.

Moura, S. (2009). O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social. Universidade Fernando Pessoa.

Na perspectiva de Harrison, et al., (2002) especula-se muito acerca da etiologia das Perturbações da Personalidade, inclusive a Anti-Social, contudo pouco se sabe sobre isso. Existe a possibilidade de um contributo genético estar na base do desenvolvimento das Perturbações de Personalidade, nomeadamente na Perturbação da Personalidade Anti-Social. Estes autores consideram que experiências da educação e da infância têm uma enorme relevância para a construção da personalidade, sendo que acontecimentos adversos na infância estão habitualmente associados à Perturbação da Personalidade Anti-Social.

Verificamos que não existe concordância relativamente aos factores etiológicos desta perturbação (Vasconcellos & Gauer (2004).

3. Psicopatia e Sociopatia

Os conceitos de Psicopatia e Sociopatia têm sido abordados ao longo da história da Psicologia e da Medicina: alguns investigadores associam estes dois conceitos ao mesmo tipo de perturbação, a Personalidade Anti-social; enquanto que outros investigadores têm procurado diferenciar estes conceitos, no que diz respeito à sua caracterização e manifestação no indivíduo.

A terminologia “Personalidade Psicopática” usada nos finais do século XIX e posteriormente nos anos 40, veio influenciar as definições de Personalidade Anti-Social do DSM (Hales & Yudofsky, 2006).

Os autores que mais frequentemente se têm debruçado sobre o estudo da psicopatia ao longo das últimas décadas são: Checkley, Hare, Karpman, Koch, Fotheringham, Blackburn, Mccord e Mccord, Craft, entre outros. Na perspectiva destes autores, o conceito de Psicopatia congrega características similares e comuns à Personalidade Anti-Social, desde a incapacidade para amar ou a ausência de afectos, tendências para agir impulsivamente, distúrbios de conduta sistemáticos, encanto superficial, ausência de responsabilidade e uma vida sexual pouco integrada (Catarina, 2008).

Nas palavras de Fichtner (1997), “A classificação psiquiátrica moderna tentou evitar a conotação pejorativa e discriminatória do termo Psicopatia, usando termos como Transtornos de Conduta, Transtornos de Personalidade Anti-social e Sociopatia” (Fichtner, 1997, p. 122).

Os sujeitos com Personalidade Anti-Social são sistematicamente descritos como Psicopatas e Sociopatas. A terminologia de Personalidade Anti-Social é ainda assim o diagnóstico oficial (Holmes, 2001).

Moura, S. (2009). O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social. Universidade Fernando Pessoa.

A American Psychiatric Association (2000) constata que a terminologia de Personalidade Anti-Social é actualmente associada aos termos “Psicopatia” e “Sociopatia”, visto que as características centrais de ambas são a fraude e manipulação (APA, 2000).

Amaral (2002) constata que estudos médicos actuais descrevem a Psicopatia como um transtorno sinónimo de Sociopatia e Personalidade Anti-Social.

Actualmente é consensual o facto do conceito de Psicopatia estar muito próximo ou ser usado por aquilo que se entende de Personalidade Anti-Social.

4. Incidência e Comorbilidade da Perturbação de Personalidade Anti-Social

Ao contrário das causas da Perturbação de Personalidade Anti-Social, os números sobre a incidência e comorbilidade da PAS são mais consensuais no meio da comunidade científica. Trata-se de patamares importantes a ter em conta para o próprio processo de diagnóstico.

Segundo a American Psychiatric Association (2000), a prevalência da Perturbação de Personalidade Anti-Social ronda os 3% nos sujeitos do sexo masculino e 1% nas mulheres. Números mais altos estão associadas a populações em tratamento por abuso de substâncias ou que se encontram em estabelecimentos prisionais (APA, 2000).

Sadock e Sadock (2008) subscrevem as estimativas da APA, (3% nos homens e 1% nas mulheres). Esta incidência é maior nas áreas urbanas pobres e em famílias extensas. A Perturbação da Personalidade Anti-Social afecta mais precocemente os rapazes do que as raparigas, em ambos dos casos, antes dos 15 anos de idade.

A Perturbação de Personalidade Anti-Social é assim mais frequente nos homens do que nas mulheres, contudo tal como na Perturbação de Personalidade Histriónica, a sua presença é detectável em ambos os sexos (Ruiloba, 2002).

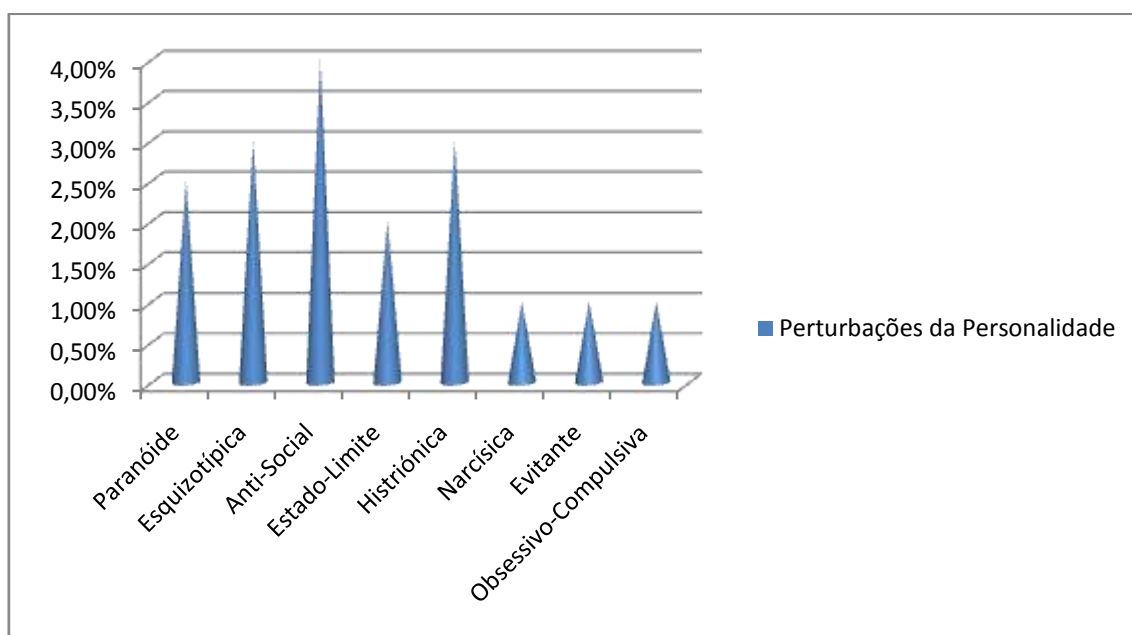
Na perspectiva de Holmes (2001) 4,5% dos homens são afectados por Perturbação de Personalidade Anti-Social, enquanto que a incidência nas mulheres é de 1%. Este tipo de Perturbação da Personalidade é mais perceptível e atinge o seu auge no final da adolescência e início da idade adulta.

Parece claro que os homens têm mais preponderância a desenvolver Perturbações de Personalidade Anti-Social, enquanto que as mulheres são frequentemente afectadas com Perturbações de Somatização.

Estudos demonstram que, crianças adoptadas e filhos biológicos de pais com Perturbação de Personalidade Anti-Social apresentam um maior risco de desenvolver

Perturbações de Personalidade Anti-Social, Perturbações de Somatização e Perturbações Relacionadas com substâncias (APA, 2000).

Gráfico 2: Distribuição percentual da prevalência das Perturbações de Personalidade na População em Geral (APA, 2000)



Este gráfico foi elaborado a partir de dados estatísticos referentes a todas as Perturbações da Personalidade ilustradas no manual da APA (2000).

Como é perceptível através do gráfico acima apresentado, a Perturbação de Personalidade com maior prevalência na população em geral é a Perturbação de Personalidade Anti-Social.

Estudos longitudinais mostram que à medida que sujeitos com Conduta Anti-Social tomam consciência do fracasso da sua adaptabilidade social e interpessoal, a prevalência da Perturbação da Personalidade Anti-Social diminui (Hales & Yudofsky, 2006).

Moura, S. (2009). O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social. Universidade Fernando Pessoa.

Segundo Sadock e Sadock (2008), muitos pacientes com Perturbações de Personalidade Anti-Social apresentam uma comorbilidade significativa, desde Transtornos de Somatização, Queixas Físicas Múltiplas, Perturbações Depressivas e abuso de álcool.

A American Psychiatric Association (2000) refere que a evolução da Perturbação de Personalidade Anti-Social, como todas as Perturbações da Personalidade é crónica. Com o desenrolar dos anos, nomeadamente a partir da quarta década de vida, as Condutas Anti-Sociais tendem a diminuir. Estas pessoas tendem a desenvolver em simultâneo com a Perturbação de Personalidade Anti-Social outros tipos de transtornos: Humor Depressivo, Queixas Somáticas, Ansiedade, Depressões, outras Perturbações de Personalidade, particularmente Estado-Limite, Histriónica e Narcísica. Existe uma grande probabilidade de desenvolverem problemas de comportamento precoces (antes dos 10 anos de idade) (APA, 2000).

5. Avaliação e Critérios de Diagnóstico da Personalidade Anti-Social

A Personalidade Anti-Social é uma perturbação que se insere no Eixo II do DSM-IV. Tal como se referiu no capítulo anterior, o Eixo II é composto por todas as Perturbações da Personalidade e Deficiência Mental (APA, 2000).

A avaliação das perturbações de personalidade não é uniforme. Alguns terapeutas escutam os seus pacientes e observam-nos durante o exame e, outros defendem a utilização de entrevistas estruturadas e directivas (Taborda, et al., 2004).

A American Psychiatric Association (2000) refere que é fundamental fazer uma avaliação pormenorizada dos padrões de funcionamento individual ao longo do tempo. As características específicas da personalidade terão de estar presentes no início da idade adulta. Para tal, o clínico deve proceder à realização de entrevistas, e se tal for necessário, recolher informação adicional junto de outras pessoas. A aplicação de testes de personalidade como o MMPI-II, são um importante complemento no processo de avaliação (APA, 2000).

As entrevistas psiquiátricas visam diagnósticos precisos a partir da história de vida relatada pelo sujeito, observação de como o sujeito a relata e, relatos de familiares e amigos. Se as entrevistas forem bem estruturadas e o clínico possuir bons conhecimentos acerca das patologias psiquiátricas, o processo de avaliação tornar-se-á mais eficiente (Abreu, et al., 2006).

Os indivíduos com Personalidade Anti-Social são capazes de manipular até os mais experientes terapeutas. Nas entrevistas podem-se mostrar confiantes e agradáveis, contudo, por detrás desse aparente estado de espírito eles são hostis, tensos e irritáveis. É necessária a elaboração de uma entrevista provocadora de stress e que leve estes sujeitos a serem confrontados com incoerências dos seus relatos e histórias. De forma a

uma otimização do processo de avaliação diagnóstica, deve-se proceder também à execução de um exame neurológico completo (Sadock & Sadock, 2008).

A elaboração de um diagnóstico exige uma considerável informação sobre o comportamento antecedente do sujeito, história pessoal e familiar e, estado mental (Harrison, et al., 2002).

A American Psychiatric Association (2000) refere como critérios de diagnóstico de Perturbação da Personalidade Anti-Social um padrão global de comportamentos desajustados, desrespeito e violação dos direitos dos outros e, ocorrência a partir dos 15 anos de idade. O sujeito com Personalidade Anti-Social terá que apresentar pelo menos três dos seguintes critérios: desrespeito pelas normas sociais, mentiras e falsidades, impulsividade, irritabilidade e agressividade, (conflitos e lutas físicas), desrespeito temerário pela sua segurança e pela segurança dos outros, irresponsabilidade persistente, ausência de remorsos após magoarem ou roubarem alguém. Terá que haver comprovação de que existem transtornos comportamentais antes dos 15 anos de idade (APA, 2000).

Na perspectiva de Kernberg (2003), algumas das características que ajudam a diagnosticar sujeitos com Personalidade Anti-Social são: excitação, ansiedade, falta de coordenação e capacidade de perturbar sistematicamente os outros.

Diagnosticar um sujeito com Personalidade Anti-Social não é tarefa fácil. “O que numa pessoa é uma perturbação da personalidade, noutra pode ser uma virtude” (Harrison, et al., 2002, p. 231).

Conclusão

Tal como foi possível constatar na revisão teórica da Perturbação de Personalidade Anti-Social, esta é uma problemática que após várias décadas de investigação científica, continua a ser objecto de grandes divergências na comunidade científica.

Os sujeitos com Personalidade Anti-Social desenvolvem uma patologia preocupante, com consequências profundas, nomeadamente nas repercussões que tem na criminalidade e na delinquência juvenil.

Na perspectiva de Isabel, et al., (1990), a infância é uma fase fundamental na construção da identidade e no desenvolvimento da personalidade. É nesta etapa da vida que todas as experiências, emoções e actos de uma criança constroem uma personalidade normal ou patológica.

É clinicamente relevante reconhecer a Perturbação da Personalidade Anti-Social. É importante que todo o clínico seja capaz de lidar com todo o sujeito com Conduta Anti-Social que adira a um determinado processo de intervenção terapêutico. Em alguns casos tem se observado uma boa relação entre pacientes anti-sociais e a equipa de psicoterapia (Hales & Yudofsky, 2006).

Sadock e Sadock (2008) referem que o Transtorno de Personalidade Anti-Social atinge o seu auge no final da adolescência. Existe evidência que à medida que o tempo passa, os sintomas diminuem, contudo outras pessoas apresentam progressivamente transtornos depressivos, queixas físicas variadas, entre outros sintomas. De forma a poder intervir junto dos sujeitos com Conduta Anti-Social, estes autores sugerem o uso de psicoterapia, nomeadamente em grupos de auto-ajuda, onde estes sujeitos sentem que estão entre companheiros, ficando assim mais motivados para o processo terapêutico.

Moura, S. (2009). O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social. Universidade Fernando Pessoa.

O uso de fármacos também é uma prática corrente, de forma a lidar com sintomas incapacitantes como ansiedade, raiva e depressão.

Harrison, et al., (2002) aponta para a necessidade de “Concentrar o tratamento na modificação das circunstâncias, removendo os factores exacerbantes e reforçando os comportamentos positivos” (Harrison, et al., 2002, p. 232).

Só com intervenção precoce junto a crianças problemáticas ou que desde cedo apresentam anomalias neuropsicológicas e biológicas, é possível impedir o desenvolvimento de condutas clínicas e de uma estruturação patológica da personalidade que, na idade adulta sustenta em grande parte a delinquência e criminalidade na nossa sociedade.

Parte II

Capítulo I

Metodologia

1. Conhecimento Científico

Todo o trabalho dirigido na área da Psicologia, pressupõe decisões e atitudes reflectidas que serão validadas pelo conhecimento científico.

O conhecimento científico assenta em três grandes esteios: a objectividade (descreve a realidade como ela é ou pode ser); o empirismo (conhecimento baseado na experiência, nos fenómenos e factos); e por fim, a racionalidade (conhecimento mais assente na razão e na lógica do que na intuição) (Almeida & Freire, 1997).

Ao produzirmos conhecimento científico estamos a pôr em prática um tipo de investigação particular, que pode ser mais quantitativo ou qualitativo, mais laboratorial ou mais de campo, transversal ou longitudinal. O estudo de caso apoia-se predominantemente na pesquisa qualitativa.

Os métodos qualitativos antecedem historicamente o método experimental positivista. Têm como princípios a primazia da experiência subjectiva como fonte de conhecimento, o estudo dos fenómenos a partir da perspectiva do outro e os seus marcos de referência, e interesse em conhecer a forma como as pessoas experienciam e interpretam o mundo social que também acabam por construir interactivamente (Almeida & Freire, 1997).

2. Noção de Estudo de Caso

Pedinielli (1999) afirma que o de estudo de caso se inspira no método clínico. Trata-se de uma investigação científica que pesquisa fenómenos dentro do seu contexto real (pesquisa naturalista), onde o pesquisador não tem controlo sobre eventos e variáveis, buscando apreender a totalidade de uma situação e, criativamente, descrever, compreender e interpretar a complexidade de um caso concreto (Martins, 2006). Quando um estudo de caso revela originalidade e perspicácia suficientes e retrata e

interpreta uma situação complexa da vida real, existe a expectativa de uma descoberta inovadora e um passo em frente na pesquisa.

Um estudo de caso pode ser individual, quando se investiga um só sujeito, ou grupal, quando se investiga mais que um sujeito em simultâneo (Almeida & Freire, 1997).

Uma pesquisa construída a partir de um estudo de caso ganhará *status* de uma investigação exemplar se a delimitação do problema de pesquisa revelar criatividade, assim como a definição do objecto de estudo e, prioritariamente, se forem enunciadas e definidas, com engenhosidade, as proposições – teses – a partir de uma sólida plataforma teórica e dos achados empíricos da pesquisa (Martins, 2006).

Um estudo de caso deve anunciar minuciosamente a plataforma teórica que está na base do estudo, um planeamento intenso e profundo, e indicação dos dados adquiridos e das estratégias e procedimentos levados a cabo para a execução do mesmo. Por outro lado, é falsa a expectativa de que um grande volume de informações influencia e agrada ao leitor. Um estudo de caso deve ser relatado de maneira atraente, escrito num estilo claro e preciso que instigue curiosidade pelo caso (Martins, 2006).

A aquisição dos dados de um estudo de caso passa necessariamente por uma série de técnicas visando uma qualidade superior da pesquisa: a observação participante, a entrevista individual, a entrevista em grupo, a análise de conteúdo, os questionários e escalas sociais e de atitudes, a pesquisa documental, a pesquisa-acção, a pesquisa etnográfica e a análise do discurso (Pardinielli, 1999).

Um estudo de caso supõe igualmente a consulta de teses de mestrado e doutoramento, a participação em congressos, seminários, os quais poderão ser uma fonte orientadora na condução de um estudo de caso. Para que este seja rigoroso e científico, a sua pesquisa terá forçosamente de ser confiável e válida. Uma pesquisa tem

validade quando mostra, com precisão e clareza, que os resultados e conclusões obtidos respondem às questões da pesquisa, bem como garantem as proposições do estudo colocadas à prova.

De acordo com Pedinielli (1999), um estudo de caso tenta perceber o sujeito no seu todo e não apenas reconhecer especificamente a patologia que apresenta, através de leituras diferenciadas recorrendo a instrumentos de avaliação.

Indiscutivelmente, o estudo de caso é uma mais-valia na investigação e prática clínica; no entanto muitas são as críticas lançadas a este método no que refere à fiabilidade das informações, às dificuldades em repetir as observações e em chegar a uma generalização (Pedinielli, 1999).

3. Amostra

Em qualquer estudo, seja ele qualitativo ou não, um factor a considerar é a amostra.

Os estudos com amostras de vários sujeitos aparecem fundamentalmente associados aos trabalhos em psicometria, voltados para a aferição de instrumentos psicológicos. Tais procedimentos são particularmente requeridos quando se pretende elaborar normas para a interpretação dos resultados individuais nos testes (Almeida & Freire, 1997).

A amostra representa um conjunto de situações (indivíduos, casos ou observações) retiradas de uma população específica. Pretende-se que a amostra represente a população de que é proveniente. A selecção de amostras é uma prática natural e corrente na investigação científica.

O estudo de caso único implica um estudo exploratório e uma investigação particular visando a plena observação, seja ela participante ou não, de fenómenos ou

factos raros, mas ricos sob o ponto de vista do fornecimento de dados para questionar uma dada teoria ou contrapor teorias, para explorar uma hipótese ou uma metodologia de análise.

4. Objectivos do Estudo de Caso

O estudo que nos propusemos realizar pretende considerar, compreender e avaliar o percurso de vida de um jovem de 17 anos (ao momento da avaliação), que designamos por Marco (nome fictício), investigando a forma como ele pensa e se comporta.

Este estudo de caso tem, entre outros, dois grandes objectivos específicos:

1. Analisar o grau de Deficiência Mental do sujeito
2. Explorar o diagnóstico provável de Perturbação da Personalidade Anti-Social

A história de vida do Marco é fascinante e problemática, juntando possivelmente dois diagnósticos graves e incapacitantes. Não faz parte deste estudo discutir os serviços ou acompanhamento mais adequados para este caso.

O caso é desafiante devido à insuficiência de elementos de avaliação psicológica do Marco antes de iniciarmos a nossa investigação, o que é curioso, dado o seu historial de comportamento anti-social.

5. Procedimentos

O Marco foi escolhido para o estudo de caso por fazer parte da população servida por este investigador durante o seu estágio curricular numa instituição residencial do Porto. O nosso trabalho de investigação evoluiu nas seguintes fases: planeamento do estudo de caso, recolha de informação relevante, observação directa

(designadamente a observação participante, a entrevista individual), a aplicação de questionários, elas e testes psicológicos e a análise do discurso (**ver anexo 1**).

Ao longo de 17 sessões, foram aplicadas várias provas ao Marco, entre os meses de Fevereiro e Julho, com uma duração aproximada de uma hora por sessão.

A nossa investigação passou inicialmente pela construção da empatia e de um diálogo informal e troca de impressões. Posteriormente, a investigação incluiu a participação em jogos didáticos e observações do Marco num grupo estruturado (terapêutico).

Para procedermos à avaliação psicológica do Marco, aplicamos uma multiplicidade de testes, que avaliam a componente cognitiva, comportamental e personalidade do Marco.

6. Tabela 1: Materiais Utilizados

Entrevista Semi-Estruturada (SCICA)	(McConaughy & Achenbach, 1994)
Escalas de Achenbach (CBCL e TRF)	(Achenbach, 1991)
Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (CPM)	(Raven, 1996)
Teste Aperceptivo de Roberts para Crianças (R.A.T.C.)	(McArthur & Roberts, 1994)
Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III)	(Wechsler, 1991)
Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota II (MMPI-II)	(Hathaway & McKinley, 1989)
Teste Semi-Projectivo Bar-I-Lan	(Itskowitz & Strauss, 1998)
Teste do Desenho Livre	(Kolck, 1984)
Teste do Desenho da Família	(Corman, 1979)
Teste do Desenho da Árvore	(Koch, 1968)

7. Provas Psicológicas Utilizadas

A primeira prova aplicada no âmbito deste estudo de caso foi a SCICA (McConaughy & Achenbach, 1994). Trata-se de uma entrevista semi-estruturada que é aplicável a crianças e jovens dos 6 aos 18anos de idade. O tempo de administração é

aproximadamente de 60 a 90 minutos, consoante se aplicam as partes opcionais ou não. A folha de registo é constituída por uma coluna para observações e uma coluna para auto-relatos. A forma de observação e a forma de auto-relatos servem para sabermos se existe correspondência entre o que foi observado por nós e o que foi dito pelo cliente.

Uma Entrevista Semi-Estruturada não deve julgar, fazer comentários ou perguntas que ajuízem questões ou representem frases complexas. Deve-se colocar questões simples sobre as razões do comportamento ou acompanhar as respostas dadas pelo sujeito com outra questão.

A entrevista é constituída por 9 tópicos: 1) actividades, escola e trabalhos; 2) amigos; 3) relações familiares; 4) fantasias; 5) auto percepção, 6) sentimentos; 7) problemas relatados pelos pais, professores; 8) queixas somáticas, 9) droga, álcool, problemas com a lei.

O segundo instrumento utilizado foram as Escalas de Achenbach (1991), primeiramente a CBCL e posteriormente a TRF.

O objectivo da CBCL e da TRF é descrever o comportamento do sujeito observado por terceiros. A CBCL é constituída por uma lista de 118 problemas comportamentais e a TRF por 113 problemas comportamentais.

Estes instrumentos incluem escalas de “internalização” e “externalização”. Internalização tem a ver com comportamento ansioso e inibido, enquanto que a externalização diz respeito ao comportamento agressivo e anti-social.

Nenhuma escala isoladamente é suficiente por um diagnóstico; convém sempre comparar os resultados de uma escala com as outras. Os resultados são um ponto de partida para o diagnóstico, e não um diagnóstico em definitivo.

As Escalas de Achenbach referenciam as síndromes seguintes: Isolamento, Queixas Somáticas, Ansiedade e Depressão, Problemas Sociais, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento Delinquente e Comportamento Agressivo.

A eventual existência de incongruências entre escalas é uma possibilidade. Convém ver se há ou não discrepâncias nos resultados (pais, professores e criança. As incongruências indicam diferentes percepções.

O terceiro instrumento utilizado foram as CPM (Raven, 1996). O seu objectivo é avaliar a aptidão mental, a percepção, o raciocínio e organização espacial. Esta prova destina-se a crianças com idades compreendidas entre os 4 e 9 anos de idade, sendo o tempo de administração variado (normalmente entre os 20 a 90 minutos). Trata-se de um instrumento com aplicabilidade colectiva ou individual, constituído por 36 imagens coloridas.

Uma segunda prova de avaliação cognitiva foi utilizada: a WISC-III (Wechsler, 1991).

A WISC-III avalia o desempenho cognitivo de crianças e adolescentes, de acordo com condições estandardizadas, em administração individual. A aferição portuguesa refere-se a sujeitos com idades entre os 6 e os 16 anos e 11 meses. A WISC-III é composta por duas escalas: uma Verbal e outra de Realização num total de 13 sub-testes. Os sub-testes da escala verbal são: Informação, Semelhanças, Aritmética, Vocabulário, Compreensão e Memória de Dígitos (Opcional). Quanto à realização temos: o Completamento de Gravuras, Código, Disposição de Gravuras, Cubos, Composição de Objectos, Labirintos (Opcional) e Pesquisa de Símbolos (Opcional).

A WISC-III pode ser usada como medida do funcionamento intelectual, em crianças e adolescentes normais ou com deficiência.

A WISC-III foi aferida para a população portuguesa através de um processo progressivo que implicou a realização de dois estudos exploratórios, tendo como ponto de partida as versões: americana, inglesa e francesa/belga. Inicialmente, os estudos foram dirigidos à elaboração de normas, seguindo-se os estudos de precisão e validade.

No seguimento da avaliação do Marco, utilizamos algumas escalas semi-projectivas para avaliação emocional e das atitudes. Assim recorreremos às seguintes provas: Desenho livre (Kolck, 1984), Desenho da família (Corman, 1979) e Desenho da árvore (Koch, 1968); o R.A.T.C. (McArthur & Roberts, 1994) e o Bar-I-Lan (Itskowitz & Strauss, 1998).

Os Testes do Desenho Livre (Kolck, 1984); da Família (Corman, 1979) e da Árvore (Koch, 1968), são provas projectivas usadas frequentemente na avaliação psicológica de crianças e adultos. Estas provas identificam a percepção que as crianças têm de si e do mundo. Avaliam assim questões mais recalcadas ou mais abstractas. A execução implica motricidade, grafismo e, algum grau de representação mental.

O desenho é assim um elemento de avaliação essencial na criança ou no jovem, uma vez que nos permite avaliar o seu equilíbrio afectivo, bem como as suas emoções e preferências.

O desenho como é que as crianças e jovens se relacionam com os outros e como vêm o mundo, principalmente as pessoas mais próximas, tal como os seus próprios pais. Podemos assim usar o desenho como forma de expressão ou terapia (ex: com crianças, para empatizar e estabelecer uma relação terapêutica); como forma de diagnóstico (ver se existem problemas a nível desenvolvimental, tais como patologias ou lesões cerebrais); e como forma de interpretação.

O Bar-I-lan (Itskowitz & Strauss, 1998) é uma prova psicológica semi-projectiva que tem como enfoque situações reais e presentes no contexto escolar e familiar. Permite-nos avaliar a percepção da criança quanto ao seu lugar na sociedade, no contexto escolar e educacional formal, e em casa, bem como os seus pontos fracos e do seu potencial para lidar com as situações do quotidiano.

A idade de aplicação é dos 4 aos 16 anos de idade, é variável, e administrada de forma individual. Trata-se de uma prova constituída por 9 desenhos a preto e branco referentes ao contexto escolar e familiar.

A escala identifica 9 domínios, sendo avaliados de forma subjectiva e qualitativa: comportamento interpessoal, conflitos, atitudes face aos outros significativos, sentimentos de competência, domínio das situações, reacções emocionais, motivação, locus de controlo, processos de pensamento e actividade geral.

A última prova projectiva utilizada foi o R.A.T.C. (McArthur & Roberts, 1994). Trata-se de um teste projectivo para crianças dos 6 aos 15 anos de idade. É constituído por 16 cartões a preto e branco que contêm imagens do quotidiano. A aplicação do teste consiste em pedir á criança para contar uma história acerca de cada imagem, uma história com princípio, meio e fim...

Esta prova pressupõe que a criança projecta os seus conflitos, preocupações e sentimentos nas histórias que inventa; os conteúdos manifestos destas histórias fornecem indicadores sobre as suas vivências psicodinâmicas latentes. As respostas e projecções são apresentadas em duas escalas: Clínica e Adaptativa.

A última prova psicológica a ser utilizada foi o MMPI-II (Hathaway & McKinley, 1989).

Trata-se de um instrumento que avalia um grande número de padrões da personalidade e transtornos emocionais. O MMPI-II proporciona pontuações objectivas

e perfis determinados e esquematizados. Os resultados podem ser apresentados em 3 escalas de Validade, 10 escalas básicas e 15 escalas de conteúdo.

A sua aplicação é individual e/ou colectiva, e o seu tempo de administração é variável, dependendo da população-alvo. O MMPI-II é constituído por 567 questões, com 2 tipos de respostas possíveis: Sim ou Não.

Trata-se um inventário que avalia a estrutura da personalidade e eventuais desvios. A sua utilização estende-se a todos os contextos avaliativos, revelando-se imprescindível na prática clínica, nos contextos forenses e na selecção de recursos humanos.

O MMPI-II é constituído por um manual, cadernos, folhas de perfil, folhas de resposta, grelha de correcção e o jogo.

É o teste psicológico mais utilizado em todo o mundo e um dos mais bem sucedidos.

Observações Comportamentais

Neste espaço vamos descrever as nossas observações em relação às atitudes, comportamentos, e sentimentos do Marco.

A relação com o Marco, desde o início da avaliação pautou-se por um certo distanciamento e “desconfiança” por parte do jovem; com o passar do tempo, a relação de confiança melhorou significativamente.

.Desde o primeiro encontro o Marco manifestou uma observável apatia e falta de interesse na relação inter-pessoal e na avaliação, observável também em situação de grupo. As poucas vezes que mostrava maior interesse era quando se lembrava ou surgia o tema da comida.

As verbalizações do Marco eram inicialmente curtas e reticentes. Com o desenrolar das sessões, o jovem aumentou as suas verbalizações; actividades em curso, mas também acerca da sua vida diária e o seu passado, hobbies, gostos, pessoas com quem se relaciona, aquilo que mais o incomoda e seus medos.

A sua linguagem não-verbal e postura, inicialmente pautou-se por uma atitude apática, um contacto ocular distante, um acenar da cabeça como forma de responder que sim e globalmente baixa concentração.

Quanto às emoções manifestadas, o Marco apresentou-se numa primeira impressão algo preocupado com o trabalho esperado em cada sessão. Com o passar do tempo exaltava-se mais frequentemente e questionava as tarefas que lhe eram solicitadas.

Ocasionalmente, o Marco sorria e manifestava um aparente bem-estar e gosto pela atenção prestada por este investigador. Quando questionado acerca dos seus problemas, manifestava sentimentos de apatia, “tristeza”, e revolta em relação aos outros e à escola.

A motivação e disponibilidade para a tarefa foram muito inconstantes. Com o passar do tempo demonstrava menor concentração e desinteresse.

Capítulo II

Apresentação do Caso

1. Dados de Identificação

O Marco (Nome fictício) é um jovem de 17 anos que reside desde 1998 num Lar Residencial para pessoas com deficiência mental na zona do grande Porto. Frequenta uma escola de ensino especial desde os 10 anos de idade e nunca avançou para além do primeiro ano de escolaridade. A sua família biológica é constituída por seus pais e por um irmão mais velho.

2. Problema Apresentado

O Marco apresenta vários problemas comportamentais, nomeadamente comportamento instável e agressivo em quase todos os contextos, atitude manipuladora e de sedução na relação com os outros (professora, grupo de pares e responsáveis do lar residencial). Apresenta habitualmente instabilidade emocional (ansiedade e insegurança), não estabelece interações positivas com os outros, e revela desmotivação e desinteresse por quase todas as tarefas. Tem igualmente dificuldades de aprendizagem profundas que se têm prolongado no tempo (não sabe ler, escrever, efectuar cálculos, faz desenhos muito imaturos).

As auxiliares que lidam com o Marco no seu dia-a-dia no lar, afirmam que o Marco é desobediente, não sente culpa, é mentiroso, agride fisicamente as pessoas, pede muitas vezes a mesma coisa (insistente), rouba em casa, diz palavrões, etc.

A professora diz que o aluno apresenta muitas dificuldades, comparado com os outros alunos esforça-se muito menos.

3. História do Problema

O Marco apresenta este tipo de problemas desde tenra idade. Enquanto criança já os seus avós maternos afirmavam ter dificuldades em controlar o Marco. Os problemas

de comportamento mantiveram-se nas escolas por onde passou, bem como, no lar residencial onde actualmente reside.

Durante dois anos frequentou uma escola normal, mas devido a comportamentos agressivos foi expulso e integrado numa escola de ensino especial. Estes comportamentos de hetero-agressividade, manipulação e sedução sempre foram intercalados, ou seja, a sua intensidade varia muito, dependendo do seu estado emocional e psíquico, bem como, da conjuntura e das pessoas com quem se relaciona.

Dez anos depois de ter sido retirado à família não apresenta melhoras significativas a nível de aprendizagem e a nível de comportamento, sendo internado frequentemente no Magalhães Lemos devido a situações de crise. Aos oito anos de idade foi retirado da família (avós) pela segurança social por suspeitas fortes de negligência familiar e práticas educativas de agressividade.

4. História de Intervenções

Quanto às tentativas prévias de tratamento, o Marco passou por vários internamentos de Pedopsiquiatria no Hospital Magalhães Lemos desde os 6 anos de idade. Estes internamentos não surtiram grande efeito no ajustar do seu comportamento.

Tem sido acompanhado de forma informal pela Psicóloga responsável da Instituição acolhedora.

Os internamentos no Hospital Magalhães Lemos ocorrem quando o Marco atinge picos de agressividade incontroláveis e as pessoas que estão junto dele, não o conseguem controlar. É seguido em pedopsiquiatria, desde os 6 anos de idade, sem grandes efeitos práticos. O seu actual diagnóstico médico é de deficiência mental grave.

Ao longo dos anos, o Marco tem tomado medicação diversa (Neurolepticos como Rubifen (10mg), Melleril (10mg), Lagartil (5mg), Tercien (10 mg), Haldol (5mg) e Zyprexa (10mg)). A sua medicação actual é Zyprexa e Haldol.

Estes medicamentos de acção psicotrópica, têm alguns efeitos sedativos. São usados normalmente no tratamento sintomático da Esquizofrenia e também noutros distúrbios e perturbações comportamentais.

A nível familiar, o Marco foi abandonado pelos pais, quando tinha 1 ano de vida, ficando a cuidados dos avós maternos. Já com os avós, foi vítima de alegados maus tratos físicos e incentivo ao uso de armas, nomeadamente por parte do avô que, possuía armas em casa. A Segurança Social retirou o Marco dos avós por negligência e abuso.

Sabe-se que os pais são toxicodependentes e que estão desempregados, tendo historial de detenções em estabelecimentos prisionais, devido ao consumo de droga.

A nível escolar, o Marco frequenta uma escola de reeducação pedagógica (ensino especial) há oito anos, encontrando-se no 1º ano de escolaridade. Apresenta dificuldades de aprendizagem acentuadas, além do seu défice cognitivo, não demonstra vontade e motivação para aprender. Antes tinha passado dois anos numa escola normal, tendo sido exigida a sua saída da escola na altura pelos comportamentos de agressividade para com a professora na altura.

A nível inter-pessoal, o Marco exhibe comportamentos de hetero-agressividade (atira com objectos, ameaça as pessoas com bancos, etc.), especialmente dirigidos a figuras de autoridade, por exemplo as auxiliares do lar residencial. Isto provoca um clima de medo que leva a não cumprimento das orientações da equipa técnica e necessidade de maior firmeza. É sistemática a solicitação de pistolas, rádios, chocolates, etc. Não apresenta relações positivas (afectuosas) com ninguém, sendo que, com os

pares torna se bastante manipulativo para que tenham comportamentos de agressividade e furtando objectos para proveito próprio.

N que toca á sua autonomia pessoal não apresenta grandes dificuldades (come adequadamente, veste-se e despe-se sozinho). Na higiene pessoal necessita de acompanhamento uma vez que manifesta repugnância em tocar em algumas partes do corpo, nomeadamente os órgãos genitais.

Em termos de discurso verbal apresenta notáveis dificuldades, pois sabe utilizar informação para proveito próprio. Tem também competência para realizar tarefas propostas ao nível das actividades da vida diária e actividades oficinais, no entanto, só as realiza quando são satisfeitos os seus interesses.

Capítulo III

Apresentação e Discussão dos Resultados

SCICA (McConaughy & Achenbach, 1994)

O primeiro instrumento utilizado para poder criar empatia com o Marco e poder recolher as primeiras informações e impressões acerca da sua vida, foi a SCICA (Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents). Esta prova foi gravada, contudo devido a um empobrecimento das informações obtidas, resolvi não mencionar os resultados, tal como faço com as provas posteriores.

Escalas de Achenbach (1991)

As Escalas de Achenbach permitem identificar o nível de internalização e externalização do sujeito, bem como as suas incongruências no que concede a uma e outra escala. É de lembrar que os valores normais se situam entre os 30 e os 70 na Escala T.

Tabela 2: Resultados obtidos nas Escalas de Achenbach

Síndromes	TRF Pontuação Bruta (a)	TRF Pontuação T	CBCL Pontuação Bruta (b)	CBCL Pontuação T
Isolamento	4	59	7	68
Problemas Somáticos	0	50	3	64
Ansiedade/Depressão	8	63	7	62
Problemas Sociais	7	64	8	73
Problemas de Pensamento	3	68	9	85
Problemas de Atenção	23	63	16	84
Comportamento Delinquente	4	61	13	76
Comportamento Agressivo	24	67	28	81

Obs: a) Informação recolhida pela professora de ensino especial; b) Informação recolhida por um grupo de auxiliares do lar residencial.
A negrito valores fora do intervalo da normalidade ($T > 70$); A itálico valores de fronteira.

Após a visualização da tabela, observamos valores díspares. Na TRF (Teacher Report Form) o valor mais baixo é o 50 que se refere aos problemas somáticos e o 68 é o valor mais alto que se refere aos problemas de pensamento. Já no que concerne á CBCL (Child Behavior Checklist), o valor mais baixo é o 62 que diz respeito á

ansiedade e depressão, enquanto que os valores mais altos são o 84 que se destina aos problemas de atenção e o 85 que diz respeito aos problemas de pensamento.

Sob o ponto de vista de internalização, tanto na TRF (60), como na CBCL (66), os valores numa e noutra escala são significativamente diferentes, nomeadamente em três síndromes, problemas sociais, problemas de pensamento, e problemas de atenção.

É importante referir que na TRF os valores estão dentro dos padrões normais, o que nos sugere ausência de problemas, nomeadamente de isolamento ou ansiedade e depressão. Na CBCL encontramos valores anormais nas síndromes acima referidas: problemas sociais (73), problemas de pensamento (85) e problemas de atenção (84). Desta forma, o mesmo poderá apresentar problemas sob o ponto de vista cognitivo, o mesmo que dizer que os eventuais problemas se centram mais no sujeito.

Já a nível de externalização, a TRF (67) e a CBCL (79) apresentam algumas incongruências, nomeadamente no que concerne ao comportamento delincente e agressivo. Na TRF não se deslumbram valores preocupantes, ou seja, situam-se dentro do padrão normal, enquanto que na CBCL estes níveis destacam-se pela sua anormalidade, ou seja, valores bem elevados, tanto no que se refere ao comportamento delincente (76), como ao comportamento agressivo (81).

Estes valores correspondem assim a problemas maioritariamente centrados nos outros e mostram que se trata de um jovem com comportamentos anormais e/ou patológicos, ao revés do que podemos ter em conta na TRF, ou seja, uma ausência de problemas e de averiguação sob o ponto de vista patológico,

Sendo assim destacam-se pontos de vista e percepções diferentes ou então comportamentos diferentes em contextos diferentes por parte deste jovem. De salientar como já referi acima que, a TRF foi preenchida apenas pela professora de ensino

especial, enquanto que a CBCL foi preenchida em conjunto por um grupo de três técnicas que lidam diariamente com o Marco, no lar residencial onde habita.

Trata-se de valores de certa forma já esperados, concordantes com a informação que fui recolhendo ao longo dos meses que trabalhei com o Marco.

R.A.T.C. (McArthur & Roberts, 1994)

O Roberts permite avaliar genericamente a percepção que a criança ou jovem tem do seu mundo interpessoal e avaliar o seu funcionamento adaptativo ou desadaptativo nas áreas chaves do relacionamento interpessoal.

Tabela 3: Resultados obtidos no Roberts

		Pontuação Bruta	Pontuação T
Escala Adaptativa	Relação com os outros	1	41
	Suporte dos outros	5	43
	Suporte da criança	1	45
	Limites impostos	1	44
	Identificação de problemas	2	29
	Capacidade de resolver os problemas	1	49
Escala Clínica	Ansiedade	4	44
	Agressão	9	74
	Depressão	2	55

OBS: Quanto à escala adaptativa, valor a negrito fora do intervalo da normalidade ($T \leq 30$); Na escala clínica, valor a negrito fora do intervalo da normalidade ($T > 70$).

Verifica-se que na escala adaptativa os valores variam de 29 a 49, ou seja, o mais baixo referente à identificação de problemas e o mais alto referente à capacidade de resolver os problemas. Na escala clínica o valor mais baixo corresponde à ansiedade (44), enquanto que o valor mais alto diz respeito à agressão (74).

Sendo assim, no que toca à Escala Adaptativa, só o valor referente ao código identificação de problemas (29) se situa abaixo da média. Este dado mostra que o Marco

não tem a capacidade de perceber os seus problemas ou simplesmente não lhes dá importância. Este é um possível indicador de falta de recursos do próprio Marco.

Apesar desta falta de sensibilidade para os problemas, quando o Marco os consegue perceber, normalmente arranja mecanismos de os solucionar.

Quanto à Escala Clínica, tal como na CBCL, o domínio da agressividade possui resultados anormais e elevados. Trata-se pois de um jovem propenso à agressividade. Estes valores anormais são concordantes com a má conduta e actos violentos do Marco em relação às pessoas que o rodeiam no seu quotidiano.

CPM (Raven, 1996)

Quanto aos instrumentos de avaliação cognitiva, as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, na sua essência servem para identificar, mais do que a capacidade cognitiva da criança/jovem, a sua capacidade de raciocínio, memória e organização espacial.

Deste modo, sendo que percentualmente os resultados obtidos poderão ir dos 5% aos 95%, este jovem apresenta resultados abaixo do limiar da debilidade mental, localizando-se no percentil 5.

Tabela 4: Resultados obtidos nas Matrizes Progressivas Coloridas de Raven

Age in Years	
Percentile	Rank
	16. 03 – 16. 08
25	42
10	37
5	31

(Spren & Strauss, 1998)

A análise qualitativa do teste demonstra que este jovem não apresenta uma capacidade de estruturação espacial e representação mental adequada à sua idade.

MMPI-II (Hathaway & McKinley, 1989)

O MMPI-II foi a última prova psicológica administrada ao Marco. Trata-se de um importante instrumento de avaliação da personalidade deste jovem.

Tabela 5: Resultados obtidos no MMPI-II

Escalas de Validade	Pontuação Bruta	Pontuação T
Mentira L	3	43
Incoerência F	33	95
Correcção K	12	44

Obs: A negrito valores fora do intervalo da normalidade ($T > = 70$);

A partir da tabela acima transcrita constatam se dois valores dentro dos padrões da normalidade referentes às escalas Mentira (43) e Correcção (44). O único valor consideravelmente acima do limiar da normalidade é o 95 correspondente á escala Incoerência.

O valor elevado da escala Incoerência revela alguém significativamente confuso, com vontade de se afirmar e cínico. De facto, o Marco tem tendência a exagerar habitualmente nos seus próprios desajustes sociais e de vitimizar-se sistematicamente.

Trata se portanto de uma escala que espelha toda uma incoerência deste jovem e todo um processo de vitimização e desculpabilização que o mesmo manifesta no seu dia-a-dia com todos aqueles que o rodeiam. Estas características estão habitualmente presentes em indivíduos com perturbação de personalidade.

Tabela 6: Resultados obtidos no MMPI-II

Escalas Clínicas	Pontuação Bruta	Pontuação T
Hipocondria	14	62
Depressão	26	58
Histeria	29	64
Desvio psicopático	28	69
Masculinidade/Feminidade	23	44
Paranóia	24	87
Psicastenia	29	69
Esquizofrenia	44	82
Hipomania	26	69
Introversão Social	31	54

Obs: A negrito valores fora do intervalo da normalidade ($T > = 70$). A itálico valores de fronteira.

Após consultar a tabela, verifica-se que os valores existentes variam entre a escala Masculinidade/Feminidade (44) e a escala Paranóia (87).

As escalas Desvio psicopático, Paranóia, Psicastenia, Esquizofrenia e Hipomania têm valores preocupantes. Os valores referentes às escalas Paranóia (87) e Esquizofrenia (82) transcendem significativamente o limiar da normalidade.

No caso da escala *Desvio psicopático*, podemos constatar que se trata de um jovem com problemas com a autoridade, tem problemas familiares, é bastante impulsivo e enérgico, estabelece relações superficiais. Quanto à escala *Paranáia*, a pontuação é extremamente elevada, o que nos sugere uma possível, mas cautelosa consideração de existência de traços psicóticos. Através da escala *Psicastenia*, os resultados sugerem que o Marco é uma pessoa ansiosa, apresentar culpabilidade pelos seus actos, perturbações de sono e não se sente aceite pelos outros.

No que toca á escala *Esquizofrenia*, mais um dado preocupante, visto que a pontuação é elevada. Isto pode sugerir a existência de pensamentos estranhos e experiências insólitas, ou seja, uma possível mas cautelosa presença de transtorno esquizofrénico. Quanto á escala *Hipomania*, a interpretação possível leva-nos a considerar este como um jovem rebelde e activo.

Todas as outras escalas situam-se dentro dos padrões normais, ou seja, entre os valores médios de 30 a 70, o que quer dizer que não se verificam anomalias significativas.

As pontuações obtidas nas escalas clínicas não surpreendem dado o percurso de vida deste jovem e descreve no essencial uma pessoa com conduta anti-social e com transtorno de personalidade. O Marco é uma pessoa rebelde e com actos por vezes cruéis, e nunca perde a noção do que faz. A rebeldia e hostilidade são também visíveis tanto nos resultados obtidos no Robert ús como na informação recolhida na CBCL.

Também o sinal preocupante de que uma destas escalas nos revela pela forma como eventualmente não se sente aceite pelos outros, na verdade ele não desenvolve laços de amizade com ninguém, pois prefere estar só. Trata-se pois de um jovem com pensamentos estranhos; por exemplo, mantém uma fantasia insólita e fascínio por armas, bem patente nos seus desenhos, nomeadamente o desenho livre.

Tabela 7: Resultados obtidos no MMPI-II

Escalas de Conteúdo	Pontuação Bruta	Pontuação T
Ansiedade	15	65
Medos	17	79
Obesidade	<i>13</i>	<i>69</i>
Depressão	21	74
Preocupações com a saúde	15	64
Pensamentos extravagantes	14	81
Hostilidade	9	57
Cinismo	15	58
Condutas Anti-sociais	15	63
Comportamento tipo A	13	61
Baixa auto-estima	15	70
Mal-estar social	11	57
Problemas familiares	15	71
Interferência laboral	20	67
Indicadores negativos de tratamento	15	66

Obs: A negrito valores fora do intervalo da normalidade ($T > = 70$). A itálico valores de fronteira.

Quanto às escalas de conteúdo, os valores obtidos variam entre o valor mínimo relativo às escalas de Hostilidade (57) e Mal-Estar Social (57) e o valor máximo referente aos pensamentos extravagantes (81).

Os valores anormais são aqueles correspondentes às escalas Medos (79), Obesidade (69, Valor de fronteira), Depressão (74), Pensamentos extravagantes (81), Baixa auto-estima (70) e Problemas familiares (71).

As pessoas com conduta anti-social não estão inibidas de terem os seus receios e, de facto o Marco entre outras coisas, tem medo de dormir com a luz apagada por exemplo. Também pode apresentar dificuldades para tomar decisões e está sistematicamente preocupado, tanto que se perde nos seus próprios pensamentos. O Marco tem um fascínio por armas e por tudo o que se relacione directa ou indirectamente com as mesmas, sendo que não consegue parar de pensar no mesmo.

Níveis altos de *Depressão* indicam que se pode tratar de um jovem com pensamentos significativamente depressivos, melancólicos, sentindo-se por vezes triste e com um sentimento de vazio, tanto que nem vê os outros como fonte de ajuda. Mais uma vez a forma como ele está na vida correlaciona-se com estes dados, pois normalmente tem preferência em brincar sozinho.

Os valores apresentados sugerem também níveis altos de baixa auto-estima, com sentimentos de inutilidade e défice de auto confiança, para além de consideráveis problemas e discórdias familiares. A família, até pelo facto de ter sido precocemente abandonado, é um tema que deixa o Marco apático, e quando o faz, normalmente não apresenta sentimentos de alegria. Este tipo de dados são também verificáveis noutros testes aplicados como o Robert 's ou o Desenho da Família. Existe notoriamente um distanciamento entre os membros da família. Este jovem pode mesmo sentir ódio aos seus membros da família, como resultado de uma infância humilhante.

WISC-III (WECHSLER, 1991)

A WISC-III enquanto prova psicológica crucial na estimativa de quociente de inteligência, tornou-se mais um importante instrumento neste estudo de caso, pois veio consolidar a avaliação cognitiva.

Tabela 8: Resultados obtidos na WISC-III

Escalas	Sub-testes	Resultados Brutos	Resultados padronizados	Qi/Índice	Percentil	Intervalo de Confiança
Verbal	Informação	4	1	46	1	44-56
	Semelhanças	5	1			
	Aritmética	2	1			
	Vocabulário	10	1			
	Compreensão	5	1			
Realização	Completamento de Gravuras	7	1	46	1	45-60
	Código	0	1			
	Disposição de Gravuras	0	1			
	Cubos	0	1			
	Composição de Objectos	7	1			
Total			10	40	1	39-54

Mediante o resultado de todas as provas, aquelas em que o Marco apresentou alguma notoriedade, apesar de limitada, foi no Vocabulário, Completamento de gravuras e Composição de objectos, onde obteve em termos brutos, a pontuação de 10, 7 e 7 respectivamente.

Por outro lado, a pior prestação verificou-se em algumas provas de Realização, nomeadamente o Código, Disposição de Gravuras e Cubos.

Tabela 9: *Classificação do QI* (adaptado de Simões et al., 2003^a)

QI	Classificação
Igual ou superior 130	Excepcionalmente Acima da Média
Entre 120 – 129	Acima da Média
Entre 110 – 119	Ligeiramente Acima da Média
Entre 90 – 109	Dentro da Média
Entre 80 – 89	Ligeiramente Abaixo da Média
Entre 70 – 79	Abaixo da Média
Igual ou inferior a 69	Excepcionalmente Abaixo da Média
Entre 50 – 69	Debilidade Mental Ligeira
Entre 35 – 49	Debilidade Mental Moderada
Entre 20 – 34	Debilidade Mental Grave
Inferior a 20	Debilidade Mental Profunda

Os valores da WISC-III indicam um quociente de inteligência de Debilidade Mental Moderada. (Ver tabela 9).

Constata-se assim que o Marco possui um défice cognitivo que justifica as dificuldades sentidas em contexto escolar. O seu Qi verbal é superior ao de realização. Observa-se também a presença de ansiedade e susceptibilidade à fadiga, e falta de motivação nas tarefas.

Estes resultados vieram confirmar também os resultados obtidos nas outras provas aplicadas, como as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven e os débeis desenhos. Isto explica o seu percurso escolar e no seu quotidiano, a dificuldade na realização de tarefas e na expressão verbal.

Sabemos que existe uma correlação entre o baixo nível cognitivo e o comportamento anti-social e delinquente; isto parece verificar-se no nosso caso.

Teste Semi-Projectivo Bar-I-Lan (Itskowitz & Strauss, 1998)

Quanto às provas projectivas utilizadas e começando pelo Bar-I-Lan, esta prova serviu essencialmente para obter informações acerca do desempenho do examinando nas seguintes áreas identificadas no manual do teste: estado emocional, motivação e locus de controlo, comportamento inter-pessoal e áreas de conflito, atitudes dos outros significativos, grau e domínio e sentimentos de competência, qualidade dos processos de pensamento e actividade geral.

Estado emocional:

No que toca ao estado emocional, o Marco apresenta um humor negativo, mostrando-se desmotivado e triste, nomeadamente acerca do contexto escolar.

Motivação e locus de controlo:

Apesar de não desistir, o Marco questiona várias vezes o examinador aquando da ocorrência do final da realização da tarefa, o que de certa forma demonstra alguma falta de motivação do mesmo.

Comportamento inter-pessoal e áreas de conflito:

As áreas que suscitam maior interesse são as lúdicas e as de menor interesse o estudo. O Marco não aparenta possuir uma responsabilização pelos seus actos na escola. Não demonstra ter capacidade de relacionamento interpessoal. As suas relações com os outros manifestam-se por actos descuidados e imaturos.

Quanto às áreas de maior conflito, observa-se que estão relacionados fundamentalmente com actos impróprios, nomeadamente “roubar”.

Atitudes dos outros significativos:

Denota-se também a figura materna como “punitiva”. Relativamente à figura paterna, surge-nos uma ambivalência entre sentimentos de bem-estar e mal-estar (visto que por um lado se sente bem com o pai a ver TV, mas logo de seguida afirma que o mesmo o vai punir e expulsar da escola). Tanto a figura materna como a paterna não manifestam expectativas para com o filho.

No que diz respeito à professora, esta é vista como um refúgio, onde ele pode depositar as suas mágoas e o mal-estar com os outros.

Grau e domínio e sentimentos de competência:

O Marco apresenta dificuldades ao nível da resolução dos problemas, inibição dos afectos e problemas no nível de exteriorização das emoções.

Qualidade dos processos de pensamento:

É patente também que não há um discurso nem um pensamento coerente e sequencial, sendo este pouco elaborado, tendo em conta a sua faixa etária.

Testes do Desenho (Corman, 1979; Kolck, 1984; Koch, 1968)

Os testes dos desenhos permitem aceder ao mundo interno do jovem, avaliar o seu equilíbrio afectivo, bem como as suas emoções e preferências.

Após a execução do teste da Família (Corman, 1979), a primeira imagem que o Marco transmite é uma excessiva valorização do seu ego, pois, surge no desenho como a “personagem principal” (egocentrismo).

No desenho, o Marco coloca-se em primeiro lugar, de forma destacada, com tamanho significativamente superior aos outros elementos da família. E estão bastante

distanciados e colocados de forma aleatória, o que indica um grupo familiar desunido, sem evidência de troca emocional. O desenho de objectos entre personagens, nomeadamente entre o pai e a mãe, poderá indicar um bloqueio no relacionamento.

Os membros da família são representados quase como “Marcianos”, o que poderá sugerir que busca refúgio na fantasia.

A nível gráfico apresenta uma amplitude restrita no traçado. O movimento é da esquerda para a direita. A nível de estrutura formal, apresenta-se do tipo sensorial, espontâneo e livre.

O segundo desenho executado pelo Marco foi o desenho livre (Kolck, 1984). Nas duas vezes que lhe foi permitido optar por desenhar aquilo que quisesse, a pistola foi o alvo de preferência deste jovem. O seu desenho é particularmente fantasista e obsessivo, devido ao detalhe com que realiza a tarefa. O desenho é localizado fora do centro da página, o que leva a considerar que se trata de um tipo de pessoa mais descontrolada e dependente. Ao contrário de outros desenhos, este é executado na forma horizontal, mais para a esquerda do centro horizontal, indicando um comportamento impulsivo e procurando a satisfação imediata das suas necessidades e impulsos. A figura surge sempre solta no espaço, levando a uma leitura de possível instabilidade psíquica ou somática.

O terceiro desenho executado pelo Marco foi o da árvore (Koch, 1968). Este desenho evidencia uma enorme imaturidade, insegurança e rudimentar grafismo. Trata-se de uma árvore primitiva, sendo a base do tronco semi-aberta, uma linha básica elevada sem base no tronco, interior da copa não elaborada e algumas maçãs dispersas. A desproporção entre a altura do tronco e da copa indica uma impressão similar.

Tudo isto leva-nos a considerar um estado regressivo ou problemas inerentes a uma infância distante e um inconsciente primitivo. Formas rudimentares podem estar em choque com a fase desenvolvida da consciência, do carácter e da “economia interior” (componente afectiva). Este jovem apresenta uma exagerada necessidade de aparecer e vontade de viver no mundo dos desejos, ou seja, características típicas infantis. A base do tronco cónico com base larga e que vai estreitando até á copa, através de uma base recta (normal até aos 12 anos), suscita a imaturidade, bem como, o jovem em sentido figurado.

A acentuação para o lado direito deve ser compreendida em parte como um avanço e por outro lado como um impulso, uma forma de se pôr em primeiro plano, de se distanciar de si mesmo (perda de equilíbrio). Quem perde o equilíbrio torna-se facilmente angustiado e enfraquecido no seu “eu” e passará a fugir de si mesmo.

O desenho das flores normalmente é preferido pelas meninas, o que significa uma auto-admiração. O desenho das frutas (maças), leva-nos a perceber que este é o símbolo da fecundidade e do amor. A utilidade da árvore valoriza-se pelos seus frutos. Á medida que o jovem amadurece desenha menos frutos, diferenciando a realidade da aparência.

Todos estes indicadores suscitam pouca maturidade, necessidade de aparecer, realismo estreito, pouca inteligência, mentira, o jogo e oportunismo.

Capítulo IV

Diagnóstico

Tendo em consideração toda a informação disponível do Marco, apresenta-se de seguida uma classificação multi-axial.

Tabela 10: Classificação Multi-Axial segundo o DSM-IV-TR

Eixo I	V71.09 Sem Diagnóstico
Eixo II	318.0 Deficiência Mental Moderada [F 71.9] 301.7 Perturbação Anti-Social da Personalidade [F 60.2] (História de Perturbação da Conduta na Adolescência)
Eixo III	V71.09 Sem Diagnóstico
Eixo IV	V61.9 Problema Relacional associado a Perturbação Mental ou o Estado Físico Geral [Z63.7] V62.3 Problema Académico [Z55.8]
Eixo V	AGF = 55 (Actual)

Deficiência Mental

O diagnóstico de Deficiência Mental resulta de uma avaliação global do sujeito sob o ponto de vista cognitivo e adaptativo. É necessária a aplicação de testes psicológicos e da verificação da conduta adaptativa para se verificar se há ou não Deficiência Mental e o grau de severidade da mesma.

O Marco nasceu e cresceu num ambiente carente de harmonia e de afectividade, num contexto socio-económico baixo e tendo sua família um historial preocupante no que concerne ao alcoolismo e toxicodependência. Para além disto, é conhecido o seu percurso familiar e social dramático, passando por maus-tratos e abandonos sucessivos até ser institucionalizado.

De acordo com a American Psychiatric Association (2000), para podermos diagnosticar um sujeito com Deficiência Mental, seja de que gravidade for, o sujeito terá que apresentar um funcionamento intelectual global significativamente inferior à média, bem como, um notório défice no funcionamento adaptativo em pelo menos duas

áreas: comunicação, cuidados próprios, auto controlo, competências interpessoais, vida doméstica, tempos livres, uso de recursos comunitários, competências académicas, trabalho, saúde e segurança (APA, 2000).

As provas cognitivas aplicadas revelam um quociente de inteligência significativamente abaixo do valor limite que é 70. Isto verificou-se tanto nos resultados das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, onde obteve em termos percentuais um resultado abaixo do limiar do percentil 5, bem como nos resultados da WISC-III, onde apresentou resultados finais que se localizam segundo a classificação de QI, no patamar dos 35 a 49, isto é, Deficiência Mental Moderada.

Quanto ao comportamento adaptativo, o mesmo apresenta complicações múltiplas em várias áreas, desde logo na sua relação interpessoal deficitária, não estabelecendo o mínimo de empatia com os outros. É também visível a forma como não brinca e não socializa com os outros jovens da mesma idade, mostrando muito mais interesse em estar sozinho e isolar-se. No que toca aos cuidados pessoais, o mesmo não toma banho sem a vigilância e possível ajuda de auxiliares, tal como acontece no vestir e na execução de tarefas domésticas.

Na escola normalmente não presta atenção ao que está ser feito na sala de aula, abstraindo-se da actividade académica, só mostra real interesse pela hora das refeições e dos recreios. Quanto ao trabalho, o mesmo tem algumas competências para executar trabalhos manuais e de jardinagem, não sendo contudo algo que goste de fazer.

Trata-se seguramente de um jovem que apresenta défices em várias áreas.

Tal como nos afirma a American Psychiatric Association (2000), nas Perturbações Globais de Desenvolvimento, verifica-se um défice qualitativo no processo de interacção social, bem como, no desenvolvimento de aptidões de comunicação social

verbal e não verbal. Desta forma, a Deficiência Mental acompanha diversas vezes as denominadas Perturbações Globais de Desenvolvimento (APA, 2000).

Personalidade Anti-Social

O diagnóstico de Perturbação da Personalidade Anti-Social terá de ser cuidadosamente considerado dada a sua gravidade e particularidade.

Segundo a American Psychiatric Association (2000), a característica primordial da Personalidade Anti-Social é um padrão sistemático e global de menosprezo e violação dos direitos dos outros, que pode ter início na infância ou adolescência e que se prolonga pela idade adulta. Este padrão comportamental pode também ser designado por Psicopatia, Sociopatia ou Perturbação Dissocial da Personalidade (APA, 2000).

As provas projectivas como o Desenho Livre, o desenho da Família e o desenho da Árvore, o Robert 's e o Bar-I-Lan, revelam agressividade e hostilidade, sentimentos de indiferença para com os outros e a “desvinculação” das figuras paternas.

Após as provas projectivas, o MMPI tornou-se na mais importante e influente prova de identificação de determinadas áreas conflituosas deste jovem, a destacar: problemas familiares (sinais de consumo de drogas e álcool por parte dos pais, tal como os maus tratos de que foi alvo), pensamentos extravagantes (uma enorme fantasia por armas e por tudo que se relaciona com a autoridade), alguns indicadores de esquizofrenia (sente-se por vezes perseguido e tem pensamentos desfasados da realidade), bem como, alguns medos (o Marco evidencia algum medo quando se deita à noite, sendo o escuro algo que o deixa incomodado).

O Marco apresenta assim problemas múltiplos intra e inter-pessoais que não deixam dúvidas acerca do diagnóstico de Personalidade Anti-Social.

Moura, S. (2009) O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social.
Universidade Fernando Pessoa.

Quanto ao Diagnóstico diferencial da Perturbação Anti-Social da Personalidade, não faz sentido efectuar o mesmo, pois os traços ou características da mesma são distintos de todas as outras perturbações da personalidade.

Por outro lado, verificam-se antecedentes de Perturbação de Conduta na adolescência, o que em grande parte das vezes leva a uma evolução de uma Perturbação Anti-Social da Personalidade.

Conclusão

Os estudos científicos publicados em Portugal que abordam a correlação da Deficiência Mental com distúrbios de ordem emocional e comportamental são escassos.

O presente estudo pretende alertar para a complexidade desta realidade. Apesar de ser um trabalho académico e que muito provavelmente não terá repercussões no quotidiano deste tipo de população-alvo, o mesmo deve ser referenciado enquanto objecto de estudo.

Sob o ponto de vista pessoal, os objectivos deste estudo foram alcançados, pois conseguimos estabelecer metas e por consequência alcançar resultados que nos ajudam a compreender as perturbações que o Marco possui e a forma como elas se correlacionam entre si.

Através da observação participante e uso de provas psicológicas foi possível identificar o grau de Deficiência Mental do Marco, bem como, a existência de Perturbação Anti-Social da Personalidade.

Como em qualquer trabalho científico, nem sempre os procedimentos são os mais favoráveis.

A obrigatoriedade de optar por um tema para a tese de mestrado no âmbito do estágio tornou-se no primeiro obstáculo, pois a escassez de opções, bem como a necessidade de fazer algo original, tornaram-se uma realidade. Alguma falta de motivação inicial era notória, pois a área da Deficiência Mental não era uma primeira escolha, daí que a adaptação e assertividade tenham sido um entrave inicial.

A avaliação psicológica é prioritária num estudo de caso. A opção pelas provas psicológicas mais adequadas tornou-se assim num acto complexo, mediante a perplexidade do caso e pelo simples facto de nunca terem atribuído ao Marco nenhum teste psicológico, seja ele de avaliação cognitiva, projectiva ou de personalidade.

Este enfoque na aplicação de testes tornou-se também algo maçador para o Marco e retirou alguma da criatividade e da empatia que poderiam ter sido estabelecidos no pouco tempo em que podia estar com ele.

As sessões constituíram um entrave no que diz respeito à disponibilidade do Marco, pois o mesmo tinha escola das 8h30 da manhã até às 16h30 da tarde, daí que frequentemente o mesmo era obrigado a faltar à escola pela parte da manhã. Isto pressupôs que quando a sessão ocorria pela manhã, o Marco apresentava-se dopado (devido á medicação) e regularmente com sono.

A sua capacidade manipulativa e de sedução representam um desafio para a própria relação e para o processo de avaliação. Tentativas de manipulação e pensamentos rígidos, obsessões e fantasias por armas de fogo eram alguns dos aspectos mais preocupantes. Umás vezes as sessões ocorreram no lar onde reside (sala própria) e outras vezes ocorreram numa sala isolada na sede da instituição acolhedora. Esta variedade de locais e a forma como frequentemente éramos interrompidos pela presença de monitoras, não facilitou a evolução natural das sessões.

Como em qualquer estudo, seja ele qualitativo ou quantitativo, é importante referenciar algumas sugestões para o futuro.

O caso do Marco enfatiza a importância de uma maior publicação de estudos que abordem a temática. Os profissionais e familiares que lidam crianças e jovens portadores de Deficiência Mental e com Perturbações de Comportamento, estão sedentos de conhecimentos e desenvolver competências, de modo a melhor se relacionarem com estes jovens, proporcionado lhes melhores condições de vida e, tornando-nos melhores cidadãos.

Moura, S. (2009) O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social.
Universidade Fernando Pessoa.

São igualmente necessários mais apoios especializados às instituições e às famílias que lidam com estes jovens. Estes apoios podem ser legislativos, financeiros e técnicos

Moura, S. (2009) O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social. Universidade Fernando Pessoa.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, C., Salzano, F., Vasques, F., Filho, R., & Cordás, T. (2006). *Síndromes psiquiátricas*. Porto Alegre: Artmed.

Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Coimbra: Apport.

Amaral, L., & D'Antino, M. (1998). *Deficiência mental*. Brasília: Secretaria de Educação a Distância. Cadernos da TV Escola

Amaral, O. (2002). *Conceito de psicopatia e seu desenvolvimento histórico*. São Paulo: Instituto de Estudos e Orientação da Família.

Ambiel, R. (2006). *Diagnóstico de psicopatia: a avaliação psicológica no âmbito judicial*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

American Psychiatric Association - A.P.A. (2000). DSM-IV-TR. *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Anastasi, A. (1976). *Testes psicológicos*. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária.

Andrada, G., Levy, L., & Feijóo, J. (1981). Etiologia e diagnóstico da deficiência mental. *Psicologia*, II, 2,3, pp. 111-116.

Anunciação, V. (2004). *A produção de textos na deficiência mental*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná.

- Moura, S. (2009) O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social. Universidade Fernando Pessoa.
- Associação de Pessoas com Deficiência de Montes Claros - A.D.E.M.O.C. (2007). *Deficiência mental*. São Paulo: Valdeir.
- Bautista, R. (1997). *Necessidades educativas especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Beá, E. (1998). *Entrevista e diagnóstico em psiquiatria e psicologia infantil*. Lisboa: Fim de Século Margens.
- Beck, A., Davis, D., & Freeman, A. (2004). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Bergeret, J. (2000). *A personalidade normal e patológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cambrodí, A. (1983). *Princípios de psicologia evolutiva del deficiente mental*. Barcelona: Herder.
- Carneiro, M. (1997). *Crianças de risco*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Centro de Observação e Orientação Médico-Pedagógico – C.O.O.M.P. (1982.) *Estudo epidemiológico da deficiência mental*. Lisboa: Ministério dos Assuntos Sociais, Secretaria de Estado da Segurança Social.
- Cordiali, A. (2007). *TOC: Manual de terapia cognitivo - comportamental para o tratamento obsessivo - compulsivo*. Porto Alegre: Artmed.

- Moura, S. (2009) O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social. Universidade Fernando Pessoa.
- Corman, L. (1979). *O teste do desenho da família*. São Paulo: Mestre Jou.
- Doran, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (2001). *Manuel de psychiatrie*. (6ª ed.). Paris: Masson.
- Eysenck, H. J., & Wilson, G. D. (1982). *Manual de psicologia humana*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Fichtner, N. (1997). *Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fonseca, A. (1997). *Psiquiatria e psicopatologia*. (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fonseca, A. (2000). Comportamentos anti-sociais: Uma introdução. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXXIV (1,2,3), pp. 9 - 36.
- Fonseca, V. (1979). *Reflexões sobre a educação especial em Portugal*. São Paulo: Moraes.
- Galloway, D., & Goodwin, C. (1987). *The education of disturbed children*. New York: Longman.
- Gonçalves, R. A. (1999). *Psicopatia e processos adaptativos à prisão*. Braga: Universidade do Minho.

- Moura, S. (2009) O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social. Universidade Fernando Pessoa.
- Hales, R., & Yudofsky, S. (2006). *Tratado de psiquiatria clínica*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Hare, R. D. (1970). *Psychopathy: Theory and research*. New York: Wiley.
- Harrison, P., Geddes, J., & Sharpe, M. (2002). *Introdução à psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hathaway, S. R., & Mckinley, J. C. (1988). *Manual Minnesota multiphasic personality inventory*. Madrid: TEA Ediciones.
- Holmes, D. (2001). *Psicologia dos transtornos mentais*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Houzel, D., Emmanuelli, M., & Moggio, F. (2004). *Dicionário de psicopatologia da criança e do adolescente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Isabel, T., Santos, M., & Madeira, R. (1990). *A criança diferente*. Lisboa: Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Educação.
- Jaspers, K. (2003). *Psicopatologia geral. Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia*. (vol 2). (8ª ed.). São Paulo: Atheneu.
- Kazdin, A. E., & Buela-Casal G. (2001). *Conduta anti-social*. Alfragide: McGraw-Hill.
- Kernberg, P., Weiner, A., & Bardenstein, K. (2003). *Transtornos da personalidade em crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.

- Moura, S. (2009) O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social. Universidade Fernando Pessoa.
- Kidder, L. (1987). *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. São Paulo: EPU.
- Kirk, S., & Gallagher, J. (1996). *Educação da criança excepcional*. (3ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Koch, K. (1968). *O Teste da árvore*. São Paulo: Mestre Jou.
- Kolck, O. L. (1984). *O Teste do desenho livre*. São Paulo: Mestre Jou.
- Lara, A. (1997). *Deficiências psíquicas provocadas por carência de cuidados familiares*. Lisboa: APPACDM.
- Lopes, J., & Rutherford, R. (1993). *Problemas de comportamento na sala de aula: Identificação, avaliação e modificação*. Porto: Porto Editora.
- Marcelli, D. (1998). *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra*. Porto Alegre: Artmed.
- Marinho, S. (2000). *Psicopatologia e deficiência mental: Fragmentos No Cristal*. Viana do Castelo: APPACDM.
- Martins, G. (2006). *Estudo de caso: Uma estratégia de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Mendes, J. (1959). *Psicoses Sintomáticas*. Lisboa: Frago Mendes.

- Moura, S. (2009) O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social. Universidade Fernando Pessoa.
- Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2000). Comportamento anti-social persistente ao longo da vida e comportamento anti-social limitado à adolescência: Seus preditores e suas etiologias, *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXXIV, 1,2,3, pp. 65 - 106.
- Moraes, A., Magna, L., & Faria, A. (2006). Prevenção da deficiência mental: conhecimento e percepção dos profissionais de saúde. (vol. 22). Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*.
- Morato, P. M. (1995). *Deficiência mental e aprendizagem*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Negreiros, J. (2001). *Delinquências juvenis*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Organização Mundial de Saúde - O.M.S. (2002). *Relatório mundial da saúde*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde - O.M.S. (2003). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Pedinielli, J. (1999). *Introdução à psicologia clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pires, C. (2003). *Manual de psicopatologia: Uma abordagem biopsicossocial*. (2ª ed.). Leiria: Editorial Diferença.
- Quintela, S. (2004). *Sentidos para o agir: Contributos para a compreensão das perturbações do comportamento*. Lisboa: Celta Editora.

- Moura, S. (2009) O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social. Universidade Fernando Pessoa.
- Ruiloba, J. (2002). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria*. (5ª ed.). Barcelona: Masson.
- Sadock, B., & Sadock, V. (2008). *Manual conciso de psiquiatria clínica*. (2ª ed.). São Paulo: Artmed.
- Sani, A. I., & Gonçalves, R. A. (1999). **Análise de características sócio - familiares em menores (pré) delinquentes**. In R. A. Gonçalves, C. Machado, A. I. Sani & M. Matos (Orgs.), *Crimes: práticas e testemunhos. Actas do Congresso “Crimes Ibéricos”*. (pp. 125 - 136). Universidade do Minho: Centro de Estudos de Educação e Psicologia.
- Serrão, A., Conceição, I., Carvalho, L., & Oliveira, M. (2004). *Necessidades especiais: Guia para apoio a serviços educativos*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Silva, N., & Dessen, M. (2001). *Deficiência mental e família: Implicações para o desenvolvimento da criança*. Brasília: Universidade de Brasília.
- Simões, M. (2008). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Spreen, O., & Strauss, E. (1998). *A Compendium of NeuroPsychological Tests*. (2ª ed.). New York: Oxford University Press.
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (1994). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentalista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Moura, S. (2009) O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social. Universidade Fernando Pessoa.

Strecht, P. (2003). *À margem do amor: Notas sobre delinquência juvenil*. Lisboa: Assírio e Alvim.

Taborda, J., Chalub, M., & Filho, E. (2004). *Psiquiatria Forense*. Porto Alegre: Artmed.

Tasman, K. (2002). *Psiquiatria: ciência comportamental e fundamentos clínicos*. São Paulo: Artmed.

Vasconcellos, S., & Gauer, G. (2004). A abordagem evolucionista do transtorno de personalidade anti-social. XXVI (1), pp. 78 - 85. *Revista de Psiquiatria*.

Moura, S. (2009) O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social.
Universidade Fernando Pessoa.

ANEXOS

Moura, S. (2009) O Caso do Marco: Jovem portador de Deficiência Mental com Conduta Anti-Social.
Universidade Fernando Pessoa.

ANEXO I

Quadro 1: Procedimentos de Avaliação do Caso

Sessões	Data de Realização	Duração	Testes Aplicados	Objectivos Pré-Estabelecidos
Nº 1	21/02/08	1h00	SCICA	Estabelecer Empatia
Nº2	28/02/08	1h15	Desenho livre e da família; Matrizes Progressivas Coloridas de Raven	Chegar á natureza e funcionamento psíquico do mesmo e perceber a forma como este vê as suas figuras de vinculação primárias e que importância/papel lhes atribui
Nº3	06/03/08	1h00	Desenho livre; Desenho da árvore	Perceber a dinâmica do seu pensamento e da sua estrutura psíquica
Nº4	17/03/08	1h00		Promover motivação e concentração na tarefa
Nº5	25/03/08	1h00		Promoção de competências Sociais
Nº6	02/04/08	1h00		Percepção do grupo acerca de temáticas como a família e o alcoolismo
Nº7	10/04/08	1h00	Roberts	Fazer com que o Marco projecte os seus conflitos, preocupações e sentimentos latentes
Nº8	16/04/08	1h00		Promoção e explicitação da expressão facial dos seus sentimentos
Nº9	28/04/08	1h00	Bar-I-Lan	Perspectivar o papel da escola na vida do Marco, a relação que tem com os outros, bem como, identificar as suas principais áreas de interesse
Nº10	08/05/08 09/05/08	2h00		Promover hábitos de gesticulação e espaços inter-pessoais; Lidar com a recusa (assertividade)
Nº11	15/05/08	1h00	MMPI-II	Avaliar a natureza da personalidade do Marco
Nº11	21/05/08	1h00	WISC-III	Perspectivar o seu perfil cognitivo e intelectual, nomeadamente, nas áreas verbais e de realização
Nº12	29/05/08	1h00	WISC-III	Perspectivar o seu perfil cognitivo e intelectual, nomeadamente, nas áreas verbais e de realização
Nº13	05/06/08	1h15	WISC-III MMPI-II	Continuação dos objectivos essenciais de cada prova acima transcritos
Nº14	12/06/08	1h00	MMPI-II	Avaliar a natureza da sua personalidade
Nº15	20/06/08	1h00	WISC-III	Finalizar o objectivo para o qual me propus aplicar a WISC-III
Nº16	24/06/0	2h00	MMPI-II	Avaliar a natureza da sua personalidade
Nº17	03/07/08	1h00	MMPI-II	Finalizar o objectivo para o qual me propus aplicar o MMPI-II