

Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers

Personality disorders, psychopathy and serial killers

Hilda C P Morana,^{1,2} Michael H Stone,³
Elias Abdalla-Filho^{2,4,5}

Resumo

Objetivo: Apresentar as características básicas dos diversos transtornos específicos de personalidade, mas centrando-se no transtorno de personalidade anti-social, fazendo sua diferenciação com psicopatia. O estudo ainda se propõe a abordar a figura do serial killer, apontando a presença de aspectos psicopáticos no homicídio seriado. **Método:** Uma revisão bibliográfica foi feita no sentido de se abordar convergências e divergências entre diversos autores sobre um assunto tão polêmico, sobretudo quanto à viabilidade de tratamento dessa clientela forense. **Resultados:** Enquanto o transtorno de personalidade anti-social é um diagnóstico médico, pode-se entender o termo "psicopatia", pertencente à esfera psiquiátrico-forense, como um "diagnóstico legal". Não se pode falar ainda de tratamento eficaz para os chamados "serial killers". **Conclusão:** Os transtornos de personalidade, especialmente o tipo anti-social, representam ainda hoje um verdadeiro desafio para a psiquiatria forense. O local mais adequado e justo para seus portadores, bem como recomendação homogênea e padronizada de tratamento são questões ainda não respondidas.

Descritores: Psiquiatria legal; Transtornos da personalidade antisocial; Transtorno de conduta; Homicídio; Agentes antimania

Abstract

Objective: To illustrate the basic characteristics of several specific personality disorders, focusing mainly in antisocial personality disorder. The differences between antisocial personality disorder and psychopathy are highlighted. Serial killers and its psychopathic aspects are also discussed. **Method:** A bibliographic review was completed in order to outline convergences and divergences among different authors about this controversial issue, especially those concerning the possibility of treatment. **Results:** While anti-social personality disorder is a medical diagnosis, the term "psychopathy" (which belongs to the sphere of forensic psychiatry) may be understood as a "legal diagnosis". It is not still possible to identify an effective treatment for serial killers. **Conclusion:** Personality disorders, especially of the antisocial type, still represent a formidable challenge to forensic psychiatry today. Questions as yet unanswered include the best and most humane place for patients with this condition and the nature of a standardised treatment recommendation.

Descriptors: Forensic psychiatry; Antisocial personality disorders; Conduct disorders; Homicide; Antimanic agents

¹ Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brasil

² Departamento de Ética e Psiquiatria Legal, Associação Brasileira de Psiquiatria, São Paulo (SP), Brasil

³ Columbia University, New York City, EUA

⁴ Universidade de Brasília (UnB), Brasília (DF), Brasil

⁵ Instituto de Medicina Legal de Brasília, Brasília (DF), Brasil

Correspondência

Hilda C. P. Morana
Rua Marquês de Paranaguá, 36, apto. 62 - Consolação
01303-050 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: hildacpm@uol.com.br

Introdução

A classificação de transtornos mentais e de comportamento, em sua décima revisão (CID-10), descreve o transtorno específico de personalidade como uma perturbação grave da constituição caracterológica e das tendências comportamentais do indivíduo. Tal perturbação não deve ser diretamente imputável a uma doença, lesão ou outra afecção cerebral ou a um outro transtorno psiquiátrico e usualmente envolve várias áreas da personalidade, sendo quase sempre associada à ruptura pessoal e social.¹

Os transtornos de personalidade (TP) não são propriamente doenças, mas anomalias do desenvolvimento psíquico, sendo considerados, em psiquiatria forense, como perturbação da saúde mental. Esses transtornos envolvem a desarmonia da afetividade e da excitabilidade com integração deficitária dos impulsos, das atitudes e das condutas, manifestando-se no relacionamento interpessoal.

De fato, os indivíduos portadores desse tipo de transtorno podem ser vistos pelos leigos como pessoas problemáticas e de difícil relacionamento interpessoal. São improdutivos quando considerado o histórico de suas vidas e acabam por não conseguir se estabelecer. O comportamento é muitas vezes turbulento, as atitudes incoerentes e pautadas por um imediatismo de satisfação. Assim, os TP se traduzem por atritos relevantes no relacionamento interpessoal, que ocorrem devido à desarmonia da organização e da integração da vida afetivo-emocional. No plano forense, os TP adquirem uma enorme importância, já que seus portadores se envolvem, não raramente, em atos criminosos e, conseqüentemente, em processos judiciais, especialmente aqueles que apresentam características anti-sociais.²

Por se tratarem de condições permanentes, as taxas de incidência e prevalência se equivalem na questão dos TP. A incidência global de TP na população geral varia entre 10% e 15%, sendo que cada tipo de transtorno contribui com 0,5% a 3%.³⁻⁴ Entre os americanos adultos, 38 milhões apresentam pelo menos um tipo de TP, o que corresponde a 14,79% da população.⁵

Esse tipo de transtorno específico de personalidade é marcado por uma insensibilidade aos sentimentos alheios. Quando o grau dessa insensibilidade se apresenta elevado, levando o indivíduo a uma acentuada indiferença afetiva, ele pode adotar um comportamento criminal recorrente e o quadro clínico de TP assume o feito de psicopatia.

Etiologia

Existem estudos que apontam para a ausência de fatores de risco neuropsiquiátrico para o desenvolvimento de transtorno de personalidade anti-social.⁶ Têm sido investigados aspectos orgânicos, como complicações obstétricas, epilepsia e infecção cerebral. Achados anormais no exame eletroencefalográfico (EEG) também foram encontrados em indivíduos com transtorno de personalidade anti-social que praticaram crimes. Uma das anormalidades registradas mais freqüentemente tem sido a persistência de ondas lentas nos lobos temporais.² Segundo Eysenck e Gudjonsson, que elaboraram a Teoria da Excitação Geral da Criminalidade,⁷ existe uma condição biológica comum subjacente às predisposições comportamentais dos indivíduos com psicopatia. Estes seriam extrovertidos, impulsivos e caçadores de emoções, apresentando um sistema nervoso relativamente insensível a baixos níveis de estimulação (não se contentam com pouco, são hiperativos na infância). Assim, para au-

mentar sua excitação, participariam de atividades de alto risco, como o crime.

A biologia e a genética molecular vêm colaborando progressivamente para o entendimento e o tratamento dos pacientes psiquiátricos. No entanto, até hoje, não foi possível encontrar genes específicos para os diversos transtornos mentais.⁸ Nos TP, os genes não podem ser considerados responsáveis pelo transtorno, mas, sim, pela predisposição. Conseqüentemente, é fundamental se considerar o ambiente em que vive o indivíduo e a interação com ele estabelecida.

O conceito de espectro vem sendo utilizado no sentido de demonstrar que, conforme a interação ambiental, mesmo o sujeito apresentando um gene determinante, pode não vir a expressar o transtorno mental previsível, ou expressá-lo em um amplo espectro de configurações clínicas.

Diversos estudos⁹ comprovaram a existência de traços de personalidade determinados por características genéticas. Estudos com gêmeos monozigóticos mostraram comportamentos bastante semelhantes em suas escolhas pessoais, sociais e profissionais, mesmo em indivíduos criados em ambientes diferentes. Houve também uma concordância significativa no desenvolvimento de transtornos de personalidade, bem maior do que aquela encontrada em gêmeos dizigóticos. Tais resultados foram posteriormente respaldados por estudos incluindo filhos adotivos.

Existem ainda aspectos biológicos que não são de natureza genética, mas que também interferem no desenvolvimento da personalidade. Como exemplo, um comportamento de maior agressividade pode estar relacionado a níveis maiores do hormônio testosterona. Por outro lado, níveis aumentados de serotonina podem gerar um comportamento mais sociável.

Quanto à interação que o indivíduo estabelece com o meio ambiente, uma importância especial tem sido dada aos relacionamentos primitivos, devido à sua influência na formação do núcleo de sua personalidade. Sabe-se que a negligência e os maus-tratos recebidos por uma criança em que o cérebro está sendo esculpido pela experiência, induz a uma anomalia da circuitaria cerebral, podendo conduzir à agressividade, hiper-atividade, distúrbios de atenção, delinquência e abuso de drogas.

Classificação

A CID, em sua décima revisão, descreve oito tipos de transtornos específicos de personalidade: paranóide; esquizóide; anti-social; emocionalmente instável; histriônico; anancástico; ansioso; e dependente.

1) Transtorno paranóide: predomina a desconfiança, sensibilidade excessiva a contrariedades e o sentimento de estar sempre sendo prejudicado pelos outros; atitudes de auto-referência.

2) Transtorno esquizóide: predomina o desapego, ocorre desinteresse pelo contato social, retraimento afetivo, dificuldade em experimentar prazer; tendência à introspecção.

3) Transtorno anti-social: prevalece a indiferença pelos sentimentos alheios, podendo adotar comportamento cruel; desprezo por normas e obrigações; baixa tolerância a frustração e baixo limiar para descarga de atos violentos.

4) Transtorno emocionalmente instável: marcado por manifestações impulsivas e imprevisíveis. Apresenta dois subtipos: impulsivo e *borderline*. O impulsivo é caracterizado pela instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos. O *borderline*, por sua vez, além da instabilidade emocional, revela perturbações da auto-imagem, com difi-

culdade em definir suas preferências pessoais, com conseqüente sentimento de vazio.

5) Transtorno histriônico: prevalece egocentrismo, a baixa tolerância a frustrações, a teatralidade e a superficialidade. Impera a necessidade de fazer com que todos dirijam a atenção para eles próprios.

6) Transtorno anancástico: prevalece preocupação com detalhes, a rigidez e a teimosia. Existem pensamentos repetitivos e intrusivos que não alcançam, no entanto, a gravidade de um transtorno obsessivo-compulsivo.

7) Transtorno ansioso (ou esquivo): prevalece sensibilidade excessiva a críticas; sentimentos persistentes de tensão e apreensão, com tendência a retraimento social por insegurança de sua capacidade social e/ou profissional.

8) Transtorno dependente: prevalece astenia do comportamento, carência de determinação e iniciativa, bem como instabilidade de propósitos.

No entanto, neste estudo, o enfoque será dado ao transtorno de personalidade anti-social, por ser este o tipo revestido de maior importância na esfera forense, devido à sua íntima associação com o comportamento psicopático.

Diagnóstico

O diagnóstico dos transtornos de personalidade é ainda hoje de difícil identificação pelos psiquiatras. Esse fato é agravado pelo desinteresse que muitos deles manifestam pelos transtornos dessa natureza, por entenderem que patologias desse tipo, por serem permanentes e refratárias a tratamento, não compensam o atendimento especializado.¹⁰ Não raramente, o diagnóstico é lembrado somente quando a evolução do transtorno mental tratado é insatisfatória.

A avaliação diagnóstica enfrenta uma polêmica internacionalmente conhecida, centrada na divergência entre a valorização maior de entrevistas livres ou aplicação de testes padronizados. Enquanto alguns profissionais baseiam o seu diagnóstico no relato de seus pacientes e exame direto de como ele se manifesta emocionalmente, outros já preferem a utilização de testes padronizados, com questões diretivas.² Segundo Western, a investigação diagnóstica do transtorno de personalidade anti-social é uma das que mais se beneficia das entrevistas estruturadas, pelos índices bastante objetivos no que se refere ao comportamento de seus portadores.¹¹

Para o diagnóstico de TP é necessária uma boa e minuciosa avaliação semiológica. Investiga-se toda a história de vida do examinando, verificando a existência ou não de padrão anormal de conduta ao longo de sua história de vida. A dinâmica dos processos psíquicos, apesar de inestimável importância, pode confundir o profissional na categorização dos TP. Por exemplo, o psiquiatra pode confundir o estado afetivo da esquizotipia, ou mesmo da esquizoidia, que se caracteriza por expressão afetiva deficiente, com a indiferença e insensibilidade afetiva do transtorno anti-social.¹²

Não se tem ainda um instrumento confiável para o diagnóstico de TP. Conseqüentemente, o índice de confiabilidade do diagnóstico é baixo, sendo o índice KAPPA de 0,51.¹³ Os instrumentos de auto-aplicação mostraram-se falhos na identificação desses transtornos. Não se recomenda também o diagnóstico de TP até a idade de responsabilidade legal que vai até 16 ou 17 anos, preferindo-se o diagnóstico de transtorno de conduta.

As características relacionadas aos TP manifestam-se em circunstâncias específicas, quando as situações vivenciadas pelo sujeito assumem um significado tal que despertam reações peculiares que, por sua vez, expressam a dinâmica psíquica laten-

te. Essa disposição, entretanto, pode interferir de modo mais ou menos intenso na dinâmica subjetiva e também nas diversas modalidades de relacionamento interpessoal.

É preciso considerar que os TP podem se apresentar como um espectro de disposições psíquicas que, em grau muito acentuado, seria realmente difícil distingui-los das psicopatias que, por sua vez, não constituem um diagnóstico médico, mas um termo psiquiátrico-forense. Não obstante, foi plausível configurar diferenças significativas de padrão, por meio dos dados da Prova de Rorschach e do ponto de corte da escala de Hare. No caso das psicopatias, o dinamismo anômalo evidenciou ser mais extenso, envolvendo de modo tão amplo a vida psíquica, que esta condição assume importância particular para a psiquiatria forense, em especial pelo fato de apresentar ampla insensibilidade afetiva, o que dificultaria os processos de reabilitação.

Segundo Hare, os psicopatas diferem de modo fundamental dos demais criminosos. Ele realizou uma pesquisa com o objetivo de encontrar parâmetros que pudessem diferenciar a condição de psicopatia e criou um instrumento de pesquisa, a escala PCL-R. Essa escala é um *checklist* de 20 itens, recentemente validada no Brasil por Morana, com pontuação de zero a dois para cada item, perfazendo um total de 40 pontos.¹⁴

O ponto de corte não é estabelecido de forma rígida, mas um resultado acima de 30 pontos traduziria um psicopata típico.¹⁵ Os 20 elementos que compõem a escala são os seguintes: 1) loquacidade/charme superficial; 2) auto-estima inflada; 3) necessidade de estimulação/tendência ao tédio; 4) mentira patológica; 5) controle/manipulação; 6) falta de remorso ou culpa; 7) afeto superficial; 8) insensibilidade/falta de empatia; 9) estilo de vida parasitário; 10) frágil controle comportamental; 11) comportamento sexual promíscuo; 12) problemas comportamentais precoces; 13) falta de metas realísticas em longo prazo; 14) impulsividade; 15) irresponsabilidade; 16) falha em assumir responsabilidade; 17) muitos relacionamentos conjugais de curta duração; 18) delinqüência juvenil; 19) revogação de liberdade condicional; e 20) versatilidade criminal.

Em trabalho recente, Morana et al., por meio da análise de cluster de sujeitos criminosos classificados com transtorno anti-social da personalidade, estabeleceram dois tipos de personalidade anti-sociais: transtorno global (TG) e transtorno parcial, que encontraram equivalência estatística com psicopatia e não-psicopatia tal qual estabelecido por Hare et al. O estudo foi realizado por meio do ponto de corte obtido no PCL-R. As faixas de pontuação do PCL-R para a população forense estudada correspondem a: não criminoso (0 a 12); transtorno parcial (12 a 23); e transtorno global (23 a 40). O grupo com transtorno parcial tem uma manifestação caracterológica significativamente atenuada do grupo da psicopatia, por meio da pontuação na escala PCL-R. A análise de cluster pode comprovar que a condição de transtorno parcial é uma atenuação do transtorno global da personalidade. Isto torna relevante para a diferenciação do risco de reincidência criminal entre a população de criminosos.¹⁶

O diagnóstico diferencial entre transtornos de personalidade e transtornos neuróticos pode ser de difícil precisão. Tanto os transtornos neuróticos como os transtornos de personalidade podem apresentar comportamento de rigidez. No entanto, um dos aspectos a ser analisado é o grau

de "aversão ao risco".¹⁷ Essa aversão predomina nos neuróticos, uma vez que essa população tem receio do que pode lhe causar algum prejuízo e culpa a si mesma pelos insucessos da vida. Por outro lado, os indivíduos portadores de transtorno de personalidade anti-social têm uma forte tendência a culpar os outros por seus insucessos e desavenças.

Perícia

No exame pericial, é fundamental a observação atenta do comportamento do examinando, desde o momento de sua entrada na sala de exame. Isso porque a tendência do periciando é repetir, ainda que de forma inconsciente, o seu padrão de funcionamento mental, sobretudo como ele se manifesta no relacionamento interpessoal, o que poderá ser utilizado como critério de diagnóstico.

No próprio relacionamento perito-periciando, é possível perceber alguns sinais que revelam uma personalidade transtornada com características anti-sociais ou mesmo psicopáticas. Os psicopatas são descritos freqüentemente como indivíduos deficientes de empatia.¹⁸ Empatia é a habilidade de se colocar na posição de outra pessoa; imaginar o que a outra pessoa está experimentando emocionalmente. Na língua inglesa, a expressão usada para tal definição é "*to be able to put yourself in the other person's shoes*", ou seja, ser capaz de usar o sapato do outro, ser capaz de sentir o que o outro sente.

Alguns autores¹⁹ fizeram as seguintes referências quanto à (in)capacidade de empatia e resposta emocional dos psicopatas:

- 1) Entendem muito bem os fatos, mas não se importam;
- 2) É como se os processos emocionais fossem para eles uma segunda língua;
- 3) Eles conhecem as palavras, mas não a música.

Em outras palavras, são incapazes de verdadeira empatia e isso pode ser percebido na relação interpessoal no momento da perícia. Esses examinandos podem entender o que os outros sentem, do ponto de vista intelectual, uma vez que a noção de realidade não se altera nestas condições, mas são incapazes de sentir como pessoas normais do ponto de vista dos sentimentos mais diferenciados.

Exames psicológicos podem ser muito úteis na investigação diagnóstica de transtornos de personalidade. Sendo os portadores de TP anti-social tipicamente indivíduos manipuladores, eles podem tentar exercer um controle sobre sua própria fala durante a perícia, simular, dissimular, enfim, manipular suas respostas ao que lhe for perguntado. Os testes psicológicos dificultam tal manipulação e fornecem elementos diagnósticos complementares.

Outro elemento que pode ser bastante útil na investigação pericial dos TP é representado por entrevistas com familiares do periciando, uma vez que eles podem revelar dados importantes sobre a história de vida do examinando, fundamental para a construção diagnóstica.

Responsabilidade penal e capacidade civil

Variações do padrão de comportamento considerado normal, mas que não alcançam a condição de doença mental propriamente dita, são condições que demandam atenção especial nas questões forenses. Em psiquiatria forense brasileira, os transtornos de personalidade não são considerados doença mental, mas, sim, perturbação da saúde mental.

Na esfera penal, examina-se a capacidade de entendimento e de determinação de acordo com o entendimento de um indivíduo que tenha cometido um ilícito penal. A capacidade

de entendimento depende essencialmente da capacidade cognitiva, que se encontra, via de regra, preservada no transtorno de personalidade anti-social, bem como no psicopata. Já em relação à capacidade de determinação, ela é avaliada no Brasil e depende da capacidade volitiva do indivíduo. Pode estar comprometida parcialmente no transtorno anti-social de personalidade ou na psicopatia, o que pode gerar uma condição jurídica de semi-imputabilidade. Por outro lado, a capacidade de determinação pode estar preservada nos casos de transtorno de leve intensidade e que não guardam nexos causal com o ato cometido. Na legislação brasileira, a semi-imputabilidade faculta ao juiz diminuir a pena ou enviar o réu a um hospital para tratamento, caso haja recomendação médica de especial tratamento curativo.

A medida de segurança para realizar especial tratamento curativo é, por sua vez, bastante polêmica, devido à grande dificuldade de se tratar de forma eficaz os portadores de transtorno anti-social. Outro ponto merecedor de questionamento é a aplicação de um regime de tratamento hospitalar ou ambulatorial na dependência do tipo de punição previsto para o crime praticado, ao invés de depender do quadro médico-psiquiátrico apresentado.

Na esfera cível, apesar de existirem várias outras solicitações, o exame psiquiátrico mais comumente realizado no Brasil é aquele para fins de interdição, em que se avalia a capacidade do indivíduo de reger sua própria pessoa e administrar seus bens. A maioria dos portadores de transtorno de personalidade anti-social não sofre qualquer intervenção judicial. No entanto, casos mais graves podem gerar uma interdição parcial.

Tratamento

Existe um debate internacional sobre a viabilidade e o alcance do tratamento dos diversos transtornos de personalidade, sobretudo do tipo anti-social. Segundo Adshad, os TP ainda representam um desafio terapêutico e o autor propõe um modelo constituído de sete fatores para checar a viabilidade de seu tratamento. São eles: 1) a natureza e a gravidade da patologia; 2) o grau de invasão do transtorno em outras esferas psicológicas e sociais, bem como o seu impacto no funcionamento de diferentes setores de sua vida; 3) a saúde prévia do paciente e a existência de comorbidade e fatores de risco; 4) o momento da intervenção diagnóstica e terapêutica; 5) a experiência e a disponibilidade da equipe terapêutica; 6) disponibilidade de unidades especializadas no atendimento de condições especiais; e 7) conhecimento científico sobre esse transtorno, bem como atitudes culturais em relação à concepção do tratamento.²⁰

Os pacientes portadores de TP demandam excessiva atenção por parte da equipe profissional e muitos são considerados irritantes e de difícil manejo, contribuindo para dificuldades contratransferenciais que dificultam ainda mais a condução do tratamento.²¹ Existe alguma evidência sugerindo que pessoas que preenchem critérios plenos para psicopatia não são tratáveis por qualquer forma de terapia disponível na atualidade. O seu egocentrismo em geral e o desprezo pela psiquiatria em particular dificultam muito o seu tratamento.²²

No entanto, Berry et al., em um estudo com 48 casos de indivíduos considerados psicopatas, encontraram somente 21 pacientes (44%) que foram considerados como não responsivos ao tratamento, após um ano de tentativa. Esses autores sugerem uma associação entre a resposta terapêutica negativa e os seguintes fatores: antecedentes prisionais predominando

sobre os hospitalares; não aceitação prévia em realizar tratamento psiquiátrico e falta de resposta ao mesmo; crime no qual a vítima era desconhecida pelo paciente; e baixo nível de motivação para o tratamento.²³

Por outro lado, uma parcela de pacientes portadores de transtorno anti-social de personalidade não psicopatas responde a processos psicoterápicos.²⁴ Uma outra parcela, no entanto, embora não responsiva inicialmente à terapia, apresenta mudanças em seu comportamento ao avançar na idade após os 40 anos, abandonando certos comportamentos que, no passado, os colocaram em problemas com a lei.²⁵

Segundo Davison, os princípios do tratamento são os mesmos de qualquer condição crônica. Em outras palavras, as condições básicas não podem ser mudadas, mas tenta-se um alívio da sintomatologia. O lítio pode ser útil no tratamento de comportamento agressivo e os anticonvulsivantes, como o topiramato, podem aliviar sintomas de instabilidade de humor, irritabilidade e impulsividade. Antipsicóticos podem ser eficazes no controle de sintomas dessa natureza por vezes exibidos por pacientes *borderline*. Antidepressivos inibidores seletivos da recaptção da serotonina podem ser úteis em pacientes também *borderline*.²¹ Por outro lado, benzodiazepínicos, usados em outros tipos de transtornos de personalidade, como o paranóide ou o histriônico, devem ser evitados em transtorno anti-social, devido ao alto risco de abuso de substâncias por parte desses pacientes.

Diversos tipos de intervenção psicoterápica vêm sendo propostos. Os melhores resultados têm sido apontados por aqueles que têm por objetivo o tratamento de sintomas específicos, e a terapia comportamental dialética vem recebendo um reconhecimento internacional de sua eficácia em TP. A terapia cognitivo-comportamental pode ser útil, mas poucos estudos têm dedicado atenção a essa modalidade terapêutica aplicada a TP.²⁴

Serial killers

Para os propósitos deste estudo, o termo *serial killer* será usado para se referir somente a homens que cometeram três ou mais homicídios sexuais seriados, separados por intervalos variados de tempo. Existem outras formas de *serial killing*, como assassinatos praticados por profissionais de saúde (enfermeiros, médicos) que envenenam pacientes em hospitais ou mesmo em suas residências, ou ainda homicídios praticados por mulheres, onde freqüentemente não existe um elemento sexual. Como dito antes, este estudo aborda crimes praticados por homens que matam por motivo sexual. Existem vários fatores biológicos, psicológicos e sociológicos relevantes para o homicídio sexual seriado.

Em relação a características de personalidade, em um estudo conduzido por Stone, 86,5% dos *serial killers* preenchem os critérios de Hare para psicopatia, sendo que um adicional de 9% exibiu apenas alguns traços psicopáticos, mas não o suficiente para alcançar o nível de psicopatia. Um achado marcante nesse estudo foi o fato de aproximadamente metade dos *serial killers* exibirem personalidade esquizóide, como definido pelo DSM-IV. Alguns traços esquizóides estavam presentes ainda em um adicional de 4% dos sujeitos de pesquisa. Transtorno de personalidade sádica, como descrito no apêndice do DSM-III-R, estava presente em 87,5% dos homens e traços discretos foram encontrados em 1,5% deles.²⁶

Por fim, esse estudo mostrou grande sobreposição entre psicopatia e transtorno sádico de personalidade: dos *serial killers* com psicopatia, 93% também apresentaram transtorno

sádico. Metade dos psicopatas era esquizóide. Quase a metade apresentou critérios para os três tipos de transtorno: psicopático, esquizóide e sádico.

Enquanto a personalidade esquizóide pode refletir uma predisposição hereditária em muitas instâncias, personalidade sádica parece mais provável surgir como resultado de agressões severas na infância (física, sexual ou verbal) que foram negligenciadas. Ao longo do desenvolvimento, o sadismo surge freqüentemente como um "antídoto" contra a vivência de ter sido abusado, sendo que a vítima no passado se transforma em um adulto vitimizador.

Entretanto, existem alguns *serial killers* de tendência decididamente sádica, sem que tenham história de sofrimento de abuso na infância. O seu caminho para o sadismo não é claro, embora possa ser uma combinação entre um extremo narcisismo e uma configuração cerebral onde regiões relacionadas à empatia estejam significativamente deficientes, o que levaria o homicida a uma total indiferença ao sofrimento de suas vítimas. Entre os mais sádicos dos *serial killers*, existem vários que experimentaram grande violência e humilhação nas mãos de um ou de ambos os pais,²⁷⁻²⁸ embora existam também aqueles que não vivenciaram este tipo de experiência violenta.²⁹

Segundo Hazelwood e Michaud, a maioria dos *serial killers* exibe um comportamento sexualmente sádico. Embora a apreciação do sofrimento da outra pessoa seja um ingrediente comum e importante no sadismo sexual, o desejo pelo domínio da outra pessoa e uma completa subjugação dela aos seus desejos são ingredientes cruciais para muitos sádicos sexuais.³⁰ Isso foi claramente explicitado nas palavras de um dos mais conhecidos *serial killers* (Mike DeBardeleben), que, certa vez, escreveu: "o impulso central é ter completo comando sobre a outra pessoa, fazer dela o objeto desamparado de nosso desejo...fazer com ela o que se quer para o prazer... e o objetivo mais radical é fazê-la sofrer".³⁰ Vários dados apontam para múltiplas perversões sexuais de *serial killers*, incluindo necrofilia e canibalismo.

Quanto à possibilidade de tratamento, a maioria dos *serial killers* revela-se psicopata. Muitos enganam as pretensas vítimas e as seduzem para áreas onde elas não tenham recursos de resistência. Quando presos, eles enganam os funcionários penitenciários, bem como profissionais de saúde mental, fazendo-os pensar, após certo período de tempo, que eles "aprenderam a lição" e que estariam prontos para serem re-inseridos na sociedade. Tais decisões conduzem a erros tão graves que custam a vida de novas vítimas. A literatura está repleta de exemplos desse tipo.³¹

Além do perigo de soltar esses homens na comunidade, que já praticaram concretamente homicídios sádicos sexuais, existe a necessidade do cuidado adicional no sentido de se considerar os sentimentos do público. A soltura de homicidas com esse grau de risco de novo comportamento violento seria de difícil tolerância para a sociedade. Uma vez que se chegou à uma conclusão de se tratar de um *serial killer* e identificou-se que ele é um inimigo irremediável para as pessoas, a separação permanente da comunidade pela via da prisão parece ser a única alternativa prudente.

Conclusão

Os transtornos de personalidade, sobretudo o tipo anti-social, representam verdadeiros desafios para a psiquiatria forense. Não tanto pela dificuldade em identificá-los, mas, sim, para auxiliar a Justiça sobre o lugar mais adequado desses

pacientes e como tratá-los. Os pacientes que revelam comportamento psicopático e cometem homicídios seriados necessitam de atenção especial, devido à elevada probabilidade de reincidência criminal, sendo ainda necessário sensibilizar os órgãos governamentais a construir estabelecimentos apropriados para a custódia destes sujeitos.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.
2. Abdalla-Filho E. Transtornos da personalidade. In: Taborá JGV, Chalub M, Abdalla-Filho E. *Psiquiatria Forense*. Porto Alegre: ArtMed Editora; 2004.
3. Dobbels F, Put C, Vanhaecke J. Personality disorders: a challenge for transplantation. *Prog Transpl*. 2000;10(4):226-32.
4. Maier W, Lichtermann D, Klinger T, Heun R, Hallmayer J. Prevalences of personality disorders (DSM-III) in the community. *J Personal Disord*. 1992;6:187-96.
5. Bienenfeld D. Personality disorders. eMedicine. 2002;3(4). [citado maio 5]. Disponível em: <http://www.emedicine.com/med/topic3472.htm>.
6. Coid JW. Aetiological risk factors for personality disorders. *Br J Psychiatry*. 1999;174:530-8.
7. Eysenck HJ, Gudjonsson GH. The causes and cures of criminality. Plenum Press; 1989.
8. Knowlton L. Nature versus nurture: how is child psychopathology developed? *Psychiatric Times*. 2005;XXII(8).
9. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Personality disorders. In: Kaplan, Sadock's. *Synopsis of Psychiatry*. 7a ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2000.
10. Kendell RE, Zealley AK. Companion to psychiatric studies. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1993.
11. Westen D. Diagnosing personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2001;158(2):324-5.
12. Mejia VY, Vanman EJ, Dawson ME, Raine A, Lencz T. An examination of affective startle modification, psychopathy, and negative schizotypy. [poster] 37th Annual Meeting of the Society for Psychophysiological Research, Cape Cod, Massachusetts; October, 1997.
13. Lopez-Ibor JJ. The axis on clinical disorders (axis I) of ICD-10. Newsletter World Psychiatric Association, IX World Congress of Psychiatry; 1993.
14. Morana H. Escala Hare PCL-R: critérios para pontuação de psicopatia revisados. Versão brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
15. Abdalla-Filho E. Avaliação de risco de violência em psiquiatria forense. *Rev Psiquiatr Clin*. 2004;31(6):279-83.
16. Morana H, Câmara FP, Arboleda-Flórez J. Cluster analysis of a forensic population with antisocial personality disorder regarding PCL-R scores: differentiation of two patterns of criminal profiles. *Forensic Sci Int*. In press.
17. Hollander E, ed. Obsessive-compulsive-related disorders. Washington DC: American Psychiatric Press; 1993.
18. Eslinger PJ. Neurological and neuropsychological bases of empathy. *Eur Neurol*. 1998;39(4):193-9; Erratum: *Eur Neurol*. 2000;37(2):267.
19. Kiehl KA, Hare RD, McDonald JJ, Brink J. Semantic and affective processing in psychopaths: an event-related potential (ERP) study. *Psychophysiology*. 1999;36:765-74.
20. Adshear G. Murmurs of discontent: treatment and treatability of personality disorder. *Advan Psychiatr Treat*. 2001;7:407-16.
21. Davison S. Principles of managing patients with personality disorder. *Advan Psychiatr Treatment*. 2002;8:1-9.
22. Hare RH. Without conscience: the disturbing world of psychopaths among us. New York: Pocket Books; 1993.
23. Berry A, Duggan C, Emmet L. The treatability of psychopathic disorder: how clinicians decide. *J Forensic Psychiatry*. 1999;10(3):710-9.
24. Beck A, Freeman A. Cognitive treatment of personality disorders. New York: Guilford Press; 1990.
25. Black DW. Bad boys, bad men: confronting antisocial personality disorder. New York: Oxford University Press.
26. Stone MH. Serial sexual homicide: biological, psychological, and sociological aspects. *J Personal Disord*. 2001;15(1):1-18.
27. Michaud S. Lethal shadow: the chilling true-crime story of a sadistic sex slayer. New York: Onyx; 1994.
28. Glatt J. Cries in the desert: the shocking true story of a sadistic torturer. New York: St Martin's Paperbacks; 2002.
29. Lasseter D. Die for me: the terrifying true story of the Charles Ng/Leonard Lake torture murders. New York: Pinnacle/Kensington Books; 2000.
30. Hazelwood R, Michaud SG. Dark dreams: sexual violence, homicide and the criminal mind. New York: St Martin's Press; 2001.
31. Stone MH. Personality disordered patients: treatable and untreatable. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2006.