

Atitude *Faking* e as Escalas de Verificação da Versão Adaptada do MCMI-III para o Brasil

João Carlos Nascimento de Alencar
Heloísa Karmelina Carvalho de Sousa
Hannia Roberta Rodrigues Paiva da Rocha
João Carlos Alchieri

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Natal, RN, Brasil

RESUMO

Os inventários objetivos de autorrelato têm sido amplamente utilizados nas últimas décadas. Padrões de resposta enviesados dão espaço à simulação, se constituindo como um importante problema desses instrumentos. O MCMI-III é um instrumento para avaliação da personalidade amplamente utilizado no mundo, em diversos contextos onde a simulação pode estar presente. Assim, o presente trabalho objetiva investigar as escalas Desejabilidade Social e Valorização negativa do instrumento, colaborando para a adaptação do MCMI-III para o Brasil. Os participantes (n=2570) são originários de todo o país, com faixa etária e de escolaridade diversas. Após resposta ao instrumento, foram categorizados de acordo com sua pontuação nas escalas supracitadas nos grupos Baixo, Médio e Alto para comparação estatística através de Análise Univariada. Foram encontradas diferenças entre os grupos, com maiores médias clínicas para os grupos de maior Valorização Negativa e menor Desejabilidade Social, indicando indícios de validade de constructo das escalas estudadas.

Palavras-chave: *Faking*; MCMI-III; inventários de autorrelato; simulação; deseabilidade social.

ABSTRACT

Faking Responses and Modifying Scales of Brazilian Portuguese Version of MCMI-III

Self-report inventories have been widely used since last decades. Malingering by response bias are an important matter about such psychological tests. The MCMI-III is a personality assessment inventory that has been widely used in the world, including when malingering is highly suspected. So, this article aims to investigate Desirability and Debasement Scales of MCMI-III, thus contributing to the test adaptation for Brazil. Study sample (n=2570) comes from the whole country, and has a large spectrum of age and education. After administration of the test, participants were categorized according to scores obtained in Low, Medium and High groups, to comparison by One-way ANOVA. Statistical differences has been found among groups, and highest clinical scores found was that from high Debasement and low Desirability groups, signing to construct validity of scales.

Keywords: *Faking*; MCMI-III; self-report inventories; malingering; social desirability.

RESUMEN

Actitud Faking y las Escalas de Modificación de la Versión Adaptada de MCMI-III para Brasil

Los inventarios de autoinforme han sido ampliamente utilizados en las últimas décadas. Algunos de sus problemas se relacionan con patrones de respuestas sesgadas y con la posibilidad de simulación. El MCMI-III es un inventario de personalidad ampliamente utilizado, aun cuando existe un alto grado de sospecha de simulación. El objetivo fue investigar sus escalas de Deseabilidad Social y Valorización Negativa a fin de contribuir con la adaptación de dicha prueba para Brasil. La muestra (n=2570) estuvo constituida por participantes de todo el país con diferentes edades y niveles de educación. De acuerdo con las respuestas brindadas en el instrumento, los participantes fueron clasificados en diferentes grupos denominados bajo, medio y alto para su comparación mediante análisis de varianza (ANOVA). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, y también puntajes más altos en las escalas clínicas en los grupos que presentaron mayor grado de Valorización Negativa y menor grado de Deseabilidad Social, mostrando evidencias de la validez teórica de las escalas.

Palabras clave: *Faking* (simulación); MCMI-III; inventarios de autoinforme; deseabilidad social.

INTRODUÇÃO

Os inventários de autorrelato (ou objetivos) são as formas atualmente mais usadas de avaliação da personalidade, graças a sua boa validade aparente e procedimentos simples de administração e pontuação, tendo centenas desses instrumentos aparecido nos últimos 60 anos (Burger, 2010). Em tais testes, o indivíduo lê as alternativas e avalia se concorda ou não com elas e em que grau (Cataneo, Carvalho e Galindo 2005; Smith e Archer, 2008). São instrumentos psicológicos largamente usados numa infinidade de contextos, é solicitado aos respondentes que julguem se estímulos, os itens do teste, descrevem ou não, e em que extensão, aspectos de seu funcionamento (Ben-Porath, 2003). A objetividade desses instrumentos é maior no que tange à sua aplicação e correção quando comparados, por exemplo, a instrumentos projetivos, sendo uma característica que justifica seu uso como mais frequente. Além disso, o emprego de instrumentos clássicos que se utilizam de técnicas projetivas demanda maior parcimônia em seu manejo e treinamentos complexos do avaliador para uma interpretação correta e fidedigna (Pervin e John, 2004). No entanto, a mudança em direção a tal tipo de inventário é feita às custas de uma validade reduzida, uma vez que vieses de resposta afetam significativamente a validade dos protocolos das medidas de autorrelato (Sanders, 1991).

Nesse aspecto, Ben-Porath (2003) classifica os vieses de resposta que invalidam os protocolos de medidas de autorrelato em duas grandes categorias: Perfil de resposta inválido não-baseado no conteúdo, onde se classificam os estilos de resposta não direcionados pela acurada leitura, interpretação e compreensão dos itens, como a resposta randômica, omissão de respostas ou aquiescência; e Perfil de resposta inválido baseado no conteúdo, onde há inclinação das respostas, intencionais ou não, gerando interpretações incorretas do resultado do teste. Nessa última categoria, se enquadram classes de resposta ao teste amplamente discutidas na literatura sob diversos termos, como *over/underreporting*, *fake-bad*, *fake-good*, simulação, dissimulação, entre outros. Para MacGrath, Mitchell, Kim e Hough (2010), o *faking-bad* refere-se a padrões de resposta excessivamente aberrantes, caracterizados pelo exagero nos sintomas ou simulação, enquanto o *faking-good* corresponde à falha em relatar tais aspectos, dissimulação, sendo também chamado estilo de resposta socialmente desejável, tendo os termos *faking-bad* e *faking-good* se tornado mais populares por expressarem mais enfaticamente uma motivação específica à deturpação. Assim, para Burguer (2010), como forma de driblar a dificuldade

apresentada pela potencial manipulação das respostas, os inventários têm desenvolvido escalas que invalidam ou corrigem os resultados de acordo com os indícios de inclinação apresentados.

O DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002) define simulação como a evidência intencional de sintomas tanto físicos quanto psicológicos falsos ou exacerbados, estimulados por incentivos muitas vezes externos (como ser dispensado do serviço militar, esquivar-se do trabalho, obter ganhos como indenização, etc.), devendo haver alta suspeita de simulação em contextos médico-legais, quando há discrepância entre achados objetivos, ou diante de estresse ou desadaptação autorrelatadas, falta de cooperação ou diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial. Berry e Nelson (2010) apresentam, frente à publicação próxima de uma nova edição do DSM, questões conceituais problemáticas quanto a essa definição de simulação, que vão desde os indícios de que a simulação é um fenômeno contínuo e não categórico, como também a visão do simulador como “uma pessoa ruim” (portador de transtorno de personalidade antissocial), “em situação ruim” (problemas com a lei), fazendo uma “coisa ruim” (não colaborando a avaliação ou tratamento). Esta perspectiva foi pouco alterada desde o DSM-III e reflete, portanto, uma defasagem de atualização do manual para critérios objetivos para avaliação da simulação, a despeito do grande número de estudos que têm sido publicados sobre este tópico.

Nesse sentido, Rogers (2008) afirma que a simulação em inventários de autorrelato não deve ser considerada atributo inflexível intrínseco ao sujeito avaliado, mas antes, estilos de resposta afetados por circunstâncias e objetivos específicos, de forma a se adaptar a situações de conflito onde o indivíduo percebe que poucas alternativas estão disponíveis. Nesse aspecto, o DSM-IV-TR, baseado principalmente no critério da intencionalidade para constatação de simulação, pouco ajuda ao clínico na ausência de uma confissão.

Diversos estudos têm sido realizados no exterior para investigação da questão do *faking* (simulação e dissimulação) em inventários de autorrelato (Charter e Lopez, 2002; Mortel, 2008; Posthuma e Harper, 2008; Sanchez et al., 1997; Retzlaff, Stoner e Kleinsasser, 2002; Fraley e Waller, 2000; McNeil e Holden, 2000; Cima et al., 2003). Em contextos forenses, se a situação torna a simulação uma expectativa razoável (Meyer et al., 1995), e há alta prevalência de transtornos da personalidade (Hemphill e Hart, 2003; Pechorro, Piores e Vieira, 2008), em especial o transtorno de personalidade antissocial (Morana, Stone e Abdala-

Filho, 2006), o uso de inventários de autorrelato para avaliação da personalidade deve estar atento à simulação como forma de atingir a boa validade dos diagnósticos. Diante desse panorama, é importante destacar que o Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) tem sido apontado como o segundo instrumento objetivo mais usado para avaliação da personalidade em avaliações civis e criminais no mundo, tendo relatado seu uso por mais de 55% de peritos forenses e mais de 63% de peritos para avaliação de custódia de crianças (Bow, Flens e Gould, 2010; Archer, Buffington-Vollum, Stredny e Handel, 2006). Nesse aspecto, o MCMI foi desenvolvido para avaliar transtornos de personalidade e síndromes clínicas (Ellis e Abrams, 2009), e conta ainda com quatro escalas destinadas à avaliação de perfis enviesados de resposta, a saber, as escalas Desejabilidade Social (escala Y) e Valorização Negativa (escala Z).

Estudos internacionais testaram a capacidade das escalas Y e Z do MCMI ao discriminar *faking* (Daubert e Metzler, 2000; Lenny e Dear, 2009; Wierzbicki, 1993; Schoenberg, Dorr e Morgan, 2003) No Brasil, no entanto, nenhum resultado foi encontrado para a pesquisa com a palavra-chave “simulação” na base de dados ISI Web of Science (contra 1467 resultados para “*malingering*”), sugerindo a necessidade do aprofundamento dos estudos relativos à simulação/dissimulação em inventários psicológicos no país. Diante do contexto em que os testes de autorrelato são os instrumentos psicológicos mais utilizados no país e considerando a grande possibilidade de serem falseados tanto negativa quanto positivamente, o presente estudo objetiva contribuir para a adaptação do MCMI-III para o contexto brasileiro, investigando a influência de perfis de resposta *fake-bad* e *fake-good* na versão traduzida e em adaptação para o português brasileiro do Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) (Rocha, Sousa, Alchieri et al., 2011), através da análise das escalas Y e Z do instrumento.

MÉTODO

A amostra (n=2570) foi constituída por pessoas do sexo masculino (n=1099; 42,8%) e feminino (n=1471; 57,2%), com idade entre 18 e 79 anos (M=30,3; DP=11,5), residentes em todos os estados do Brasil, à exceção do Acre. A maioria dos participantes (35%) reside no estado do Rio Grande do Norte, seguido do estado de São Paulo (13,1%). Os demais estados estão representados na amostra por porcentagens inferiores a 5%. Em 13% dos protocolos não constavam dados quanto à residência. A forma de coleta dos dados

foi feita presencialmente (n=1287; 52,4%) e via internet (n=1283; 47,6%), em página disponibilizada especialmente para aplicação informatizada do instrumento. Quanto ao nível de escolaridade, 15,8% (n=389) dos participantes relatou escolaridade até o nível fundamental; 24,5% (n=603) relataram nível médio incompleto ou completo; 1,1% (n=28) nível técnico; 52,5% (n=1290) nível superior completo ou incompleto; 5,5% (n=135) pós-graduação. Treze participantes não forneceram dados quanto à escolaridade (0,5%). O estado civil preponderante foi Solteiro (62%), seguido de Casado 1ª vez (17,8%), União Estável (4,8%) e Divorciado (3,9%). Participaram do estudo pessoas com necessidade de acompanhamento psicológico/psiquiátrico, usuários de serviços de atendimento psicológico, hospitais psiquiátricos e centros de recuperação de alcoolistas e drogadistas públicos ou privados (n=1316, 53,5%) ou sem necessidade de atendimento psicológico/psiquiátrico, compostas por acompanhantes de pacientes, estudantes universitários ou participantes espontâneos através da resposta ao instrumento informatizado (n=1142; 46,5%).

Instrumentos

O MCMI-III é constituído por 175 sentenças nas quais o paciente pode optar por responder entre verdadeiro (V) ou falso (F). O instrumento é padronizado para pessoas a partir de 18 anos e que estejam recebendo tratamento psicológico ou passando por processo de avaliação, não devendo ser aplicado em indivíduos saudáveis, sob o risco de distorção dos resultados. É um teste muito usado para detectar distúrbios de personalidade e algumas síndromes clínicas (Craig, 2008). A aplicação pode ser tanto individual quanto em grupo, para tanto se faz necessário o uso de lápis e papel. O aplicador deverá estar ciente dos procedimentos envolvidos na administração do instrumento e explicar a importância do teste para a saúde do paciente, a necessidade de apresentação da resposta mais sincera possível e também deve ser informado sobre o retorno dos resultados (Millon, Davis e Millon, 2007).

As sentenças do MCMI-III avaliam 14 estilos de transtornos de personalidade e 10 síndromes clínicas (Craig, 2008; Ellis e Abrams, 2009). Cada síndrome e transtorno de personalidade corresponde a uma escala específica do inventário, além dessas, quatro mensuram aspectos específicos no teste, são as escalas de verificação. Estas últimas indicam se há uma tentativa de produzir uma impressão extremamente positiva ou negativa (Craissati, Webb e Keen, 2008). São elas: a Escala de Divulgação (disclosure), a Escala

de Desejabilidade Social (desirability), a Escala de Valorização Negativa (debasement) e a escala de Validade. Essas escalas podem ser analisadas em separado ou inter-relacionadas. Somente as escalas de Validade e Divulgação podem invalidar o instrumento (Craig, 2008; Baker, Van Hasselt e Sellers, 2008). Já foram demonstrados em estudo anterior (Rocha, et al., 2011) indícios de validade da versão traduzida do instrumento utilizado nessa pesquisa.

Além da versão traduzida para o português do MCMI-III, foi preparado questionário socio-demográfico especialmente para esta pesquisa. Em tal questionário, o participante fornecia informações como sexo, idade, escolaridade, se fez uso de álcool, se fez e/ou faz uso de psicofármacos prescritos, se faz e/ou já foi encaminhado para tratamento psicológico, etc. O uso de tal questionário teve o objetivo de proporcionar maior conhecimento acerca das condições biopsicossociais de cada um dos sujeitos, ajudando a traçar um perfil referente a cada um dos grupos amostrais.

Procedimentos

Após aprovação do Comitê de ética do Hospital Universitário Onofre Lopes (n° 324/09) foram realizados contatos com as instituições onde se efetuariam a abordagem dos participantes. Ao mesmo tempo, foram treinados, para administração dos instrumentos aos sujeitos nos serviços, estudantes bolsistas e voluntários do curso de psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Com seu consentimento em participar do estudo, era apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, ressaltando a participação voluntária, uso confidencial dos dados exclusivamente para fins de pesquisa e possibilidade da interrupção a qualquer tempo. A administração aos universitários se deu nas salas de aula da universidade, nos mesmos moldes, porém de forma conjunta. Em serviços de atendimento de outros estados, foram dadas orientações aos psicólogos dessas instituições para administração padronizada dos instrumentos. A coleta online se deu pela divulgação da url da pesquisa. Uma planilha informatizada foi desenvolvida para a correção dos protocolos e obtenção dos escores brutos segundo o manual do MCMI-III (Millon et al., 2009).

Análise de Dados

Os participantes foram classificados em grupos Baixo, Médio e Alto para as escalas de Valorização Negativa e Desejabilidade Social. Para isso, foram calculadas as médias e desvios-padrão (DP) para homens e mulheres do grupo Clínico e Não Clínico da amostra, tendo sido a classificação dos sujeitos

nos grupos Alto (+1DP) e Baixo (-1DP), portanto, referenciada pelo gênero e classificação quanto a necessidade de atendimento psicológico/psiquiátrico. Este procedimento visou isolar possíveis efeitos de interação do gênero e necessidade de atendimento psicológico/psiquiátrico dos participantes sobre os resultados do estudo. Os demais participantes foram alocados nos grupos Médios, de acordo os critérios apresentados na Tabela 1. Quanto à Desejabilidade Social, foram constituídos, portanto, os grupos Baixo (n=511), Médio (n=1487) e Alto (n=572), e, da mesma forma, quanto à Valorização Negativa, se constitui a amostra nos grupos Baixo (n=420), Médio (n=1650) e Alto (n=388).

TABELA 1
Critérios para classificação dos sujeitos nos grupos Altos e Baixos

Grupos	Sexo	Desejabilidade Social	Valorização Negativa
Baixo	Clínico	Masculino	<8
		Feminino	<6
	Não Clínico	Masculino	<12
		Feminino	<12
Alto	Clínico	Masculino	>17
		Feminino	>16
	Não Clínico	Masculino	>19
		Feminino	>18

Foram realizadas estatísticas descritivas e de tendência central (média e desvio-padrão) para obtenção das médias dos grupos e síntese de informações socio-demográficas da amostra. Para cálculo de correlação entre as escalas Desejabilidade Social e Valorização Negativa, foi calculado o coeficiente de correlação produto-momento de Pearson, com a finalidade de investigar se há correlação entre as duas escalas trabalhadas. Para comparação entre os grupos, foi utilizado o método de Análise Multivariada de Variâncias (MANOVA), seguido de Oneway ANOVAs juntamente ao método de correção Bonferroni, a fim de determinar diferença estatística univariada entre os grupos, par-a-par. Análise anterior dos dados demonstrou violação da assunção da MANOVA para igualdade de covariâncias (Box's M=6096,44; F(1800)=3,264; p<0,001). Visando a confiabilidade dos resultados, procedemos a uniformização do tamanho dos grupos removendo participantes das planilhas de maneira aleatória, conforme indicado

por Hair, Black, Babin e Anderson (2006). Uma vez que as escalas analisadas referem-se a constructos intrinsecamente distintos e dada a extensão da amostra, outros procedimentos não corrigiram a violação do teste de Box. Cabe salientar que a MANOVA (sobretudo o teste Pillai's trace) é robusta à violação da igualdade de covariâncias a ponto que o teste de Box pode ser desprezado quando a diferença entre o tamanho do menor e do maior grupo é menor que 1,5. Portanto, exclusivamente para esta análise, contamos com 1500 participantes.

O nível de significância estatística considerado foi p<0.05 (5%). Para todos os procedimentos estatísticos se utilizou o *Predictive Analytics Software* (PASW/SPSS) 18 for Windows.

Resultados

Foi observada correlação negativa forte entre as escalas Desejabilidade Social e Valorização Negativa (r=-0.750, p<0,001). Tal dado sugere que maiores escores em uma dessas escalas tendem a se refletir em menores escores na outra.

Quando comparados os grupos de Baixa, Média e Alta pontuação nessas escalas, usando o método Pillai's trace, foi encontrada diferença significativa multivariada quanto à Desejabilidade Social (V=0,25, F(48,2940)=8,62, p<0,001) e Valorização Negativa (V=0,29, F(48,2940)=10,22, p<0,001).

Nas análises univariadas subsequentes, em relação aos grupos de Baixa, Média e Alta Desejabilidade, foram verificadas diferenças significativas entre todos os grupos supracitados em todas as escalas do MCMI-III (p<0,001). Para a maioria das escalas em que se encontraram diferenças entre médias dos grupos, foram observadas maiores pontuações clínicas médias para o grupo Baixo, seguido do grupo Médio, e, por conseguinte, o grupo Alto obteve as menores pontuações clínicas encontradas. Para as escalas Narcisista, Histriônico e Compulsivo, foi evidenciada a relação inversa, tendo sido observadas pontuações maiores para o grupo Alto, e menores pontuações para o grupo Baixo da amostra (Tabela 2). O tamanho do efeito variou entre escalas, porém, permite afirmar pequena sobreposição entre os grupos, e a relevância prática dos resultados encontrados.

TABELA 2
Médias dos grupos de baixa, média e alta Desejabilidade Social

	Grupos de Desejabilidade social						d
	Baixo (n = 511)		Médio (n = 1487)		Alto (n = 572)		
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	
Esquizóide*	13,3	4,9	7,5	4,8	4,4	3,1	2,84
Evitativo*	16,5	5,3	8,0	5,8	3,6	3,2	3,67
Depressivo*	16,5	5,7	8,6	6,4	4,0	3,6	5,12
Dependente*	14,3	5,9	8,2	5,9	4,6	3,7	3,49
Histriônico*	7,6	4,0	14,6	4,1	19,2	2,8	1,75
Narcisista*	10,6	4,5	15,0	4,4	17,4	3,7	0,27
Antissocial*	10,2	5,3	8,7	5,5	6,9	4,8	1,57
Sádico*	11,9	5,9	10,1	6,3	8,3	5,2	2,0
Compulsivo*	11,0	4,6	13,8	4,4	17,2	3,5	0,91
Negativista*	14,6	5,7	9,1	6,4	5,6	4,5	3,95
Autodestrutivo*	12,5	5,4	6,1	5,5	2,6	3,1	4,28
Esquizotípico*	14,3	6,6	7,6	6,7	4,2	4,3	4,15
Borderline*	14,6	6,1	8,5	6,4	4,7	4,1	4,05
Paranóide*	13,5	6,3	9,7	7,2	8,4	5,8	2,55
Ansiedade*	12,2	4,9	7,8	5,4	5,0	3,8	3,97
Somatoforme*	9,3	4,5	5,0	4,5	2,3	2,6	4,62
Bipolar*	9,2	4,3	7,9	4,7	6,9	3,8	2,05
Distímico*	13,2	5,4	6,4	5,7	2,3	2,8	5,55
Dependência de Álcool*	7,1	4,4	5,7	4,7	4,2	3,8	1,60
Dependência de Substâncias*	6,3	5,0	5,7	5,3	4,8	5,0	0,87
Estresse Pós-Traumático*	11,9	5,8	6,7	6,0	3,2	3,7	3,80
T. Pensamento*	14,5	5,6	8,3	6,0	4,8	3,6	4,75
Depressão Maior*	13,2	6,4	5,9	6,0	1,9	2,6	5,78
T. Delirante*	5,9	4,3	4,8	4,5	4,1	3,3	2,03

* p<0,05 (ANOVA).

Quanto à escala de Valorização Negativa, foram encontradas diferenças entre médias dos grupos baixo, médio e alto em todas as escalas clínicas do instrumento ($p < 0,001$ para a maioria das escalas, e $p = 0,001$ para a comparação Bonferroni dos grupos alto-médio da escala Narcisista), à exceção da escala Narcisista, em que não se observou diferença significativa entre o grupo baixo e médio. As maiores pontuações encontradas foram obtidas pelo grupo Alto, seguido do grupo de Média e Baixa Valorização Negativa. As exceções foram as escalas Narcisista, Compulsivo e Histriônico cujas diferenças entre as médias significativamente diferentes se deram através de maiores médias nas escalas clínicas para o grupo de Baixa Valorização Negativa (Tabela 3). Novamente, o tamanho do efeito encontrado permite afirmar pouca sobreposição entre as médias dos grupos, e diferença significativa entre os grupos também no aspecto prático.

DISCUSSÃO

Os estudos para validade de escalas de verificação de inventários de personalidade são dificultados pela inexistência de um padrão-ouro para a simulação de sintomas psiquiátricos (Trowbridge, 2002; Farkas et al., 2006). A maioria dos estudos publicados se baseiam na comparação da resposta de sujeitos aos instrumentos sob instruções padronizadas e sob instruções de *fake-bad* e *fake-good* (ex. Helmes, 2009). Dessa forma, visando superar a não-existência de um padrão-ouro estabelecido de simulação, e em virtude da eficácia deste instrumento como ferramenta para detecção de comorbidades entre transtornos da personalidade e síndromes clínicas do eixo I (Millon et al., 2007), nesse estudo foram realizados múltiplos procedimentos estatísticos e comparações entre grupos de Baixa, Média e Alta pontuações nas escalas Desejabilidade Social e Valorização Negativa

TABELA 3
Médias dos grupos de baixa, média e alta Valorização Negativa

	Grupos de Valorização Negativa						d
	Baixo (n=420)		Médio (n=1650)		Alto (n=388)		
	Média	Desvio-padrão	Media	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	
Esquizóide*	4,1	3,0	7,2	4,7	14,6	4,4	2,23
Evitativo*	3,2	3,2	7,8	5,7	17,7	4,7	3,03
Depressivo*	2,7	2,8	8,1	5,9	19,1	3,6	2,69
Dependente*	3,2	3,1	7,8	5,4	16,8	4,7	2,02
Histriônico*	17,0	3,9	14,8	5,1	9,3	4,9	3,41
Narcisista*	15,0	4,0	14,9	4,7	13,7	5,6	1,66
Antissocial*	5,8	4,0	8,2	5,2	13,1	5,3	0,65
Sádico*	5,6	4,5	9,7	5,6	15,7	5,6	0,64
Compulsivo*	15,4	3,9	14,2	4,7	11,4	4,9	1,53
Negativista*	3,2	3,1	8,6	5,4	18,0	4,4	1,76
Autodestrutivo*	1,6	2,2	5,6	4,9	15,3	4,2	2,33
Esquizotípico*	2,2	2,8	7,1	5,8	18,2	4,9	1,85
Borderline*	3,0	2,9	7,9	5,6	18,2	4,6	1,94
Paranóide*	4,7	4,7	9,6	6,2	17,6	5,4	0,84
Ansiedade*	2,9	2,8	7,4	4,6	15,4	3,5	1,66
Somatoforme*	1,1	1,7	4,4	3,7	12,2	3,1	1,97
Bipolar*	4,5	3,3	7,7	4,1	11,9	3,9	0,57
Distímico*	1,4	1,8	5,7	5,0	16,1	3,5	2,66
Dependência de Álcool*	3,3	3,0	5,4	4,3	9,6	4,9	0,70
Dependência de Substâncias*	4,3	4,5	5,3	5,0	8,8	5,8	0,3
Estresse Pós-Traumático*	1,8	2,4	6,1	5,3	15,3	4,7	1,83
T. Pensamento*	2,8	2,6	7,8	5,1	18,0	3,8	2,10
Depressão Maior*	0,9	1,3	5,0	5,0	17,1	4,3	2,51
T. Delirante*	2,2	2,4	4,5	3,8	9,3	4,6	0,47

* $p < 0,05$ (ANOVA)

do MCMI-III. A finalidade desses procedimentos foi a verificação da influência de padrões de resposta enviesados nas escalas clínicas do instrumento, contribuindo adicionalmente para a validação do instrumento à cultura brasileira.

Dessa forma, a forte correlação negativa encontrada entre as escalas Desejabilidade Social e Valorização Negativa representa indicador de coerência teórica das escalas, uma vez que elas medem constructos teoricamente inversos, relacionados, respectivamente, a padrões de resposta *fake-good* e *fake-bad* (Craig, 1999).

Em estudo anterior (Rocha et al., 2010), demonstramos indícios de validade de constructo das escalas clínicas (referentes às psicopatologias) da versão traduzida do MCMI-III utilizada nesse trabalho. A comparação dos grupos baixo, médio e alto realizada pelo presente estudo também corrobora empiricamente a coerência teórica das escalas trabalhadas neste estudo, como preconizado por Millon et al. (2007). Com exceção das escalas Narcisista, Compulsivo e Histriônico, todas as escalas clínicas do instrumento reagiram de forma esperada ao padrão de respostas medido pelas escalas Y e Z do instrumento. Ou seja, pessoas com baixa Desejabilidade Social e alta Valorização Social obtiveram médias significativamente maiores que pessoas com alta Desejabilidade Social e baixa Valorização Negativa nas escalas clínicas do instrumento. Tal fato pode ser explicado pela tendência de simuladores em exagerar ou relatar maior número de sintomas (Meyer e Deitsch, 1995), resultando pontuações clínicas mais elevadas, e pelas características de minimização de sintomas socialmente desfavoráveis típicas de estratégias *fake-good*, resultando em baixos escores para grupos com alta Desejabilidade social em escalas clínicas do instrumento, destinadas a mensuração de aspectos psicopatológicos de personalidade. Os resultados encontrados corroboram dados encontrados por Daubert e Metzler (2000), em que pacientes instruídos a simular ou exagerar sintomas obtiveram altos escores na escala Z do instrumento e baixos escores na escala Y, enquanto pacientes instruídos a usar um padrão de resposta *fake-good* de forma mais realista possível obtiveram baixos escores na escala Z e altos escores da escala Y da versão original do MCMI-III. Schoenberg et al. (2003), por sua vez, relataram maiores médias para estudantes universitários instruídos a fingir sintomas psiquiátricos, se comparados a estudantes com instruções padrão, apesar da pequena eficácia das escalas para discriminar estudantes simuladores de pacientes psiquiátricos *bona fide*.

O padrão diferenciado encontrado para as escalas Narcisista, Compulsivo e Histriônico do MCMI pode ser explicado a partir da correlação negativa dessas escalas com medidas de psicopatologia encontradas em alguns estudos. Dessa forma, o resultado deste trabalho ressalta a necessidade de maiores estudos quanto a essas escalas do instrumento (Tangney, Baumeister e Boone, 2004; Matsumoto, Leroux, Bernhard e Gray, 2004; Rossi, Van der Ark e Sloore, 2007).

Assim, no tocante à sensibilidade das escalas clínicas do instrumento, podemos inferir que as diferenças encontradas nesse estudo entre os grupos baixo, médio e alto revelam, por um lado, a vulnerabilidade das escalas clínicas ao faking, mas por outro, indícios de sensibilidade das escalas de verificação do instrumento a padrões de resposta enviesados.

CONCLUSÃO

A partir dos achados no presente estudo, pode-se dizer que as evidências empíricas a partir das escalas de Valorização Negativa e Desejabilidade Social apontam para a sensibilidade do MCMI-III a padrões de resposta enviesados, como a simulação. Tais achados poderão ser úteis aos profissionais de saúde mental, uma vez que, com a validação do supracitado instrumento para nosso país, pode-se ter uma ferramenta eficiente em processos avaliativos de transtornos de personalidade, síndromes clínicas e suas comorbidades, sob variados contextos. Considerando a dificuldade em se constatar acerca da sinceridade do paciente em responder ao inventário, as escalas de verificação são de extrema importância para a precisão de tal diagnóstico, sendo parte essencial no processo de validação do MCMI-III.

Embora indicativos de validade estejam evidentes nos resultados apontados, salienta-se a necessidade de se conhecer mais acerca dos outros fatores abarcados pelo MCMI-III, uma vez que o instrumento funciona como um potencial avaliador de comorbidades (Millon et al., 2007) e que o teórico que o desenvolveu defende que as síndromes e os transtornos precisam ser avaliados de forma conjunta para a elaboração de diagnósticos mais reais e precisos. Por conseguinte, a utilização do instrumento em contexto de pesquisa se mostra pertinente, contudo, a escassez de publicações atuais com a temática das escalas de verificação também aponta para a real necessidade de estudos atualizados sobre o faking em inventários de autorrelato, com a finalidade de corroborar ainda mais com as discussões realizadas no presente artigo e testar a eficácia do MCMI-III como um todo para uso clínico.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR)* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Archer, R.P., Buffington-Vollum, J.K., Stredny, R.V. & Handel, R.W. (2006). A survey of psychological Test Use Patterns among Forensic Psychologists. *Journal of personality assessment*, 87(1), 84-94.
- Baker, M.T., Van Hasselt, V.B. & Sellers, A.H. (2008). Validation of the novaco anger scale in an incarcerated offender population. *Criminal Justice and behavior*, 35(6), 741-754.
- Ben-Porath, Y.S. (2003). Assessing Personality and psychopathology with self-report measures. In Weiner, I. (Org.). *Handbook of psychology: Vol 10 Assessment psychology*. Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Berry, D.T.R. & Nelson, N.W. (2010). *DSM-V and malingering: a modest proposal*. *Psychol. Inf. and law* [Online].
- Bow, J.N., Flens, J.R. & Gould, J.W. (2010). MMPI-2 and MCMI-III in forensic evaluations : a survey of psychologists. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 10, 37-52.
- Burger, J. (2010) *Personality* (8ª ed.). Belmont (CA): Wadsworth.
- Cataneo, C., Carvalho, A.M.P. & Galindo, E.M.C. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: Maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 39-46.
- Charter, R.A. & Lopez, M.N. (2002). Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III): The inability of Validity Conditions to detect Random Responders. *Journal of Clinical Psychology*, 58(12), 1615-1617.
- Cima, M., Merckelbach, H., Hollnack, S., Butt, C., Kremer, K., Schellbach-Matties, R. & Muris, P. (2003). The other side of malingering : Supernormality. *The Clinical Neuropsychologist*, 0(0), 1-10.
- Craig, R. (1999). Overview and current status of Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 390-406.
- Craig, R.J. (2008). Essentials of MCMI-III Assessment. In S. Strack (Org.). *Essentials of Millon Inventories Assessment* (3 ed.): (pp. 1-55). Nova York: John Wiley & Sons.
- Craig, R. (2008). Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. In Strack, S. (Org.). *Essentials of Millon Inventories Assessment*. New Jersey: Wiley.
- Craissati, J., Webb, L. & Keen, S. (2008). The Relationship Between developmental Variables, Personality Disorder, and Riskin Sex Offenders. Oxleas NHS Foundation Trust. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 20(2), 119-138.
- Daubert, S.D. & Metzler, A.E. (2000). The detection of fake-bad and fake-good responding on the Millon Clinical Multiaxial Inventory III. *Psychological Assessment*, 12(4), 418-424.
- Ellis, A. & Abrams, M. (2009). Personality and Psychometric Tests: Objective Personality Measures. In Ellis, A. & Abrams, M. (Ed.). *Personality Theories: Critical Perspective*. Sage Publications, Inc.
- Farkas et. al., 2006. Do tests of Malingering concur? Concordance among Malingering Measures. *Behavioral sciences & the Law*, 24, 659-671.
- Fraley, R.C. & Waller, N.G. (2000). An item Response Theory Analysis of Self-Report Measures of adult Attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350-365.
- Hair, J., Black, B. Babin, B., Anderson, R. & Tatham, R. (2006). *Multivariate Data Analysis* (6 ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Helmes, E. (2009). Conventional and actuarial Methods to detect Response Distortion on the Basic Personality Inventory. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 41(3), 121-132.
- Hemphill, J.F. & Hart, S.D. (2003). Forensic and clinical issues in the Assessment of Psychopathy. In Weiner, I. (Org.). *Handbook of Psychology* (Vol. 11 – Forensic Psychology). Hoboken: Wiley and Sons.
- MacGrath, R.E., Mitchell, M., Kim, B.H. & Hough, L. (2010). Evidence for response Bias as a Source of Error Variance in Applied Assessment. *Psychological Bulletin*, 138(3), 450-480.
- Matsumoto, D., LeRoux, J.A., Bernhard, R. & Gray. Unraveling the psychological correlates of intercultural adjustment potential. *International Journal of Intercultural Relations*, 28, 281-309.
- McNeil, B.M. & Holden, R.R. (2000). Psychopathy and detection of faking on self-report inventories of personality. *Personality and Individual Differences*, 41, 641-651.
- Meyer, R.G. & Deitsch, S.M. (1995). The Assessment of Malingering in Psychodiagnostic Evaluations: Research-based Concepts and Methods for Consultants. *Consulting Psychology Journal: Practice and research*, 47(4), 234-645.
- Millon, T. & Millon, C. M. (1997). History, Theory and Validation of MCMI. In T. Millon (Ed.). *The Millon inventories: clinical and personality assessment*. New York: The Guildford Press.
- Millon, T., Millon, C., Davis, R. & Grossman, S. (2010). Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III). [Online] <<http://psychcorp.pearsonassessments.com/HAIWEB/Cultures/enus/Productdetail.htm?Pid=PAg505EMode=summary>>. Recuperado em: 18 out. 2010.
- Millon, T., Davis, R.E. Millon, C. (2007). *MCMI-III: Inventário Clínico Multiaxial de Millon-III – Manual* (pp. 35-129). Madrid: TEA Ediciones.
- Millon, T., Davis, R., Millon, C. & Grossman, S. (2006). *The Millon Clinical Multiaxial Inventory – III, third edition (MCMI-III)*. Minneapolis: Pearson Assessment.
- Morana, H.C.P., Stone, M.H. & Abdala-Filho, E. (2006). Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 28(supl II), 874-879.
- Oldham, J.M., Skodol, A.E. & Bender, D.S. (2009). *Essencial of Personality Disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.
- Pechorro, P.S., Póiares, C. & Vieira, R.X. (2008). Caracterização psicológica de uma amostra forense de abusadores sexuais. *Análise Psicológica*, 4(XXVI), 615-623.
- Pervin, L.A. & John, O.P. (2004). *Personalidade – teoria e pesquisa* (8 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Posthuma, A.B. & E Harper, J.F. (1998). Comparison of MMPI-2 Responses of Child Custody and Personal Injury Litigants. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(5), 437-443.
- Retzlaff, P., Stoner, J. & Kleinsasser, D. (2002). The use of the MCMI-III in the Screening and Triage of Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 46 319-332.
- Rocha, H.R.R.P., Sousa, H.K.C., Alchieri, J.C., Sales, E.A. & Alencar, J.C.N. (2011). Estudos de adaptação do Millon Clinical Multiaxial Inventory-III para avaliação de aspectos psicopatológicos da personalidade no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(1), 34-39.
- Rossi, G., Van der Ark, A.L. & Sloore, H. (2007). Factor analysis of dutch-language version of the MCMI-III. *Journal of Personality Assessment*, 88(2), 144-157.
- Sanchez, G., Jiménez, F. & Merino, V. (1997). Psychopathology and reliability: A comparative analysis of the validity scales among the MCMI-II and MMPI-2. *Annals da 4ª European Conference on Psychological Assessment*. Lisboa (Portugal): 7-10.
- Saunders, D.G. (1991). Procedures for adjusting self-report of violence for Social Desirability Bias. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(3), 336-344.
- Schoenberg, M.R., Dorr, D., E Morgan, C.D. (2003). The ability of the Millon Clinical Multiaxial Inventory – Third Edition to detect malingering. *Psychological assessment*, 13(2), 198-204.
- Smith, S. & Archer, R. (2008). *Introducing Personality Assessment*. In Smith, S. & Archer, R. *Personality Assessment*. New York: Taylor & Francis Group.
- Tangney, J.P., Baumeister, R.F. & Boone, A.L. (2004). High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success. *Journal of Personality*, 72, 271-324.
- Trowbridge, B. (2002). Malingering exposed. *Annals of European Society of Psychology and Law*, Sept 2002, Belgium. [Online] <http://www.trowbridgefoundation.org/docs/malingering_exposed.htm>. Acesso em: 21 nov. 2011.
- Van de Mortel, T.F. (2008). Faking it: social desirability bias in self-report research. *Australian Journal of advanced nursing*, 25(4), 40-48.
- Wierzbicki, M. (1993). Use of MCMI subtle and obvious subscales to detect faking. *Journal of Clinical Psychology*, 49(6), 809-814.

Recebido em: 04.12.2011. Aceito em: 16.04.2012.

Autores:

João Carlos Nascimento de Alencar – Estudante de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).
 Heloísa Karmelina Carvalho de Sousa – Mestre em Psicologia, doutoranda pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
 Hannia Roberta Rodrigues Paiva da Rocha – Mestre em Psicologia, doutoranda pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
 João Carlos Alchieri – Doutor em Psicologia, Professor adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Enviar correspondência para:

João Carlos Nascimento de Alencar
 Av. dos Caboclinhos, 1071 – Lagoa Azul
 CEP 59139-000, Natal, RN, Brasil
 E-mail: <joaocarlos.alencar@gmail.com>