

A RELAÇÃO ENTRE O PSICÓLOGO CLÍNICO E O DIREITO:

O processo de elaboração de laudos, pareceres e relatórios técnicos para o sistema judiciário

Carlos Eduardo Thomaz da Silva*

RESUMO:

Este trabalho apresenta a relação entre o Psicólogo Clínico e o Direito, apresentando a possibilidade de atuação do Psicólogo Clínico dentro da esfera jurídica. Mesmo sem a especialização em Psicologia Forense, o Psicólogo Clínico poderá encontrar um fértil campo de atuação junto aos magistrados, ao Ministério Público, aos advogados criminais e cíveis, prestando serviços de enorme valia nas áreas de avaliação psicodiagnóstica, testagem e orientação, participando efetivamente como "testemunha especialista". Para tal, será apresentado neste trabalho uma forma de avaliação psicodiagnóstica como sugestão para a elaboração do laudo, do parecer ou do relatório técnico.

Palavras-chave: *Psicologia Clínica, Direito, Psicodiagnóstico*

ABSTRACT:

This article presents the relationship between the Clinical Psychologist and the area of Law, showing the possibility that the Clinical Psychologist has to work within the Law System. Even without the specialization in Forensic Psychology, the Clinical Psychologist can find a fertile working site helping Judges, Public Defenders, Criminal and General Attorneys, with a very valuable contribution, working in areas such as psychodiagnostic evaluation, psychological testing and orientation, serving effectively as "specialist witness". For this, it will be presented a psychodiagnostic evaluation form, as a suggestion for the elaboration of the report of experts, of the technical opinion or the technical report.

Key-words: *Clinical Psychology, Law, Psychodiagnostic*

As áreas de atuação pertinentes à Psicologia estão, tradicionalmente limitadas, àquelas as quais as Faculdades ou cursos de Psicologia oferecem. Sem demérito de nenhuma das áreas de atuação do psicólogo, listamos invariavelmente áreas como Clínica, Organizacional, Escolar, Hospitalar, Forense e Social. Talvez, por falta de um desenvolvimento mais acelerado dos estudos psicológicos, não tenhamos mais áreas, nas quais o conhecimento tão profundo da Psicologia possa

* Pós-Doutorado pela UCLA; Ph.D. e M.A. em Psicologia pela UClrvine; Pós-Graduação em Filosofia pela PUCAMP; Psicólogo pela PUCAMP; Professor Titular de Psicologia, Supervisor Clínico e Diretor do CPA da FAPPA - Jundiaí; Professor Titular de Psicologia da Graduação e da Pós-Graduação da FITO - Osasco; Psicólogo Clínico e Diretor do Instituto de Psicologia Médica de Campinas e do de Jundiaí; Aluno do 1º Ano de Direito da FADIPA - Jundiaí

ser de significativa valia para a sociedade. Para não sermos omissos, e não melindrarmos alguns colegas psicólogos, poderíamos anotar uma ou outra área inovadora, como a Psiconeurologia e a Psiconeuroendocrinologia, entre outras.

Sem sombra de dúvida, a área de maior atuação dos psicólogos é a da Psicologia Clínica, que, com suas inúmeras abordagens, traz ao cenário do mercado de trabalho, um sem número de possibilidades de atuação e exercício da profissão. Na história recente da Psicologia no Brasil, temos verificado um número crescente de psicólogos que, de uma forma ou de outra, atuam na área clínica. Temos verificado também que a Psicologia tem se expandido em seus conhecimentos e, inevitavelmente, acaba por invadir áreas afins, como a da Pedagogia, da Fonoaudiologia, da Neurologia e de outras mais.

O objetivo deste trabalho é provocar o interesse por mais uma das possíveis expansões da Psicologia, mais especificamente a da Psicologia Clínica. Tradicionalmente, o psicólogo clínico atua em espaços limitados aos consultórios, aos hospitais psiquiátricos, às entidades e instituições de ajuda a pacientes com algum tipo de “deficiência” ou “excepcionalidade”. Esta limitação, no entanto, não é terminal. Apresentaremos aqui, mais uma possibilidade de atuação do clínico, em uma forma diversa do costumeiro e que, de alguma forma, cria um novo espaço para o exercício da Psicologia Clínica.

1. PSICOLOGIA FORENSE

A Psicologia Forense, já com seu escopo de atuação delimitado, presta serviços de muita relevância para a área do Direito, emprestando seu “knowhow” para a solução de uma variedade de problemas jurídicos. Sabemos, no entanto, que existem limitações de ordem prática, e mesmo de formação específica, que, de certa forma, acabam por reduzir os ganhos que poderiam ser obtidos do relacionamento entre a Psicologia e o Direito. Tais limitações estão ligadas ao tipo de enfoque e de abordagem do problema psicológico, visto sob a óptica da lei e do Direito. Sem desmerecer a atuação dos colegas “forenses”, sem a intenção de alterar o conteúdo de suas especializações, e muito menos sem a intenção de desvalorizar a eficácia de suas atuações, verificamos que existem lacunas que podem e devem ser preenchidas com a atuação do Psicólogo Clínico. Não queremos e nem pretendemos que uma área de atuação invada a outra, ou mesmo que uma área seja mais valorizada do que a outra, mas a prática tem revelado que a experiência clínica, muitas vezes complementa a atuação do psicólogo forense, que, de certa forma, tem o seu objeto de trabalho mais limitado, e não raras vezes se vê obstaculizado pela própria lentidão ou inércia do sistema jurídico.

2. A PROPOSTA CLÍNICA

A proposta deste trabalho é claramente voltada à possibilidade que o clínico tem de atuar dentro do sistema jurídico, colaborando com o psicólogo forense e, certamente, corroborando para que o mesmo sistema possa agir mais rápida e efetivamente. Embora a formação do psicólogo no Brasil seja, de certa forma genérica, a prática e as especializações trazem uma diferenciação de abordagens e de efetiva atuação. O psicólogo clínico tem a possibilidade de adquirir uma experiência prática-clínica, que certamente o fará ter uma visão diferenciada do seu objeto de estudo e de trabalho, o paciente. Ele trabalha com o paciente em diversas fases do processo psicoterápico, acompanhando-o desde a inicial “queixa clínica”, passando pela realização da avaliação e do psicodiagnóstico, pela propositura do tratamento psicoterápico, pelos encaminhamentos para as especialidades médicas, paramédicas e/ou para a hospitalização, pela implementação do tratamento proposto e pelo acompanhamento do desenvolvimento psicoterápico, conduzindo o paciente pelos caminhos que, pretensamente, o levarão à cura ou à remissão dos sintomas.

Desta forma, diferencia-se o clínico do psicólogo forense, que, por força de sua atuação, não acompanha o paciente em todos os passos descritos acima, fazendo com que, invariavelmente, não desenvolva com ele um relacionamento terapêutico. O que queremos evidenciar é que esta atuação clínica, mais próxima ou mais prolongada, possibilita uma atuação mais continuada com o paciente, podendo trazer benefícios nas avaliações e nos psicodiagnósticos do paciente em questão.

A colaboração do psicólogo clínico na área jurídica, como veremos, não elimina nem diminui a atuação do psicólogo forense. Ao contrário, adiciona-se. Uma avaliação psicodiagnóstica, seja para que fim for, seguramente será mais completa se o psicólogo puder dispor de horas suficientes para realizar os levantamentos de informações, avaliações e testagens que se fizerem necessárias. No caso clínico, como o paciente retornará ao consultório de forma seqüencial, em geral semanalmente, este tempo acaba sendo alongado, possibilitando, inclusive, uma reavaliação desse paciente. A vivência clínica facilitará ao profissional melhor atuação no caso de pacientes “problemas”, negativistas, resistentes, que não cooperem, os quais de alguma forma se sintam “assustados” e “amedrontados” por estarem sendo avaliados por “alguém que trabalha para o juiz”, como no caso do psicólogo forense. Não faremos regra aqui, mas seria interessante conhecermos as reais estatísticas que determinam estas variáveis.

Creemos ter justificado, pelo menos razoavelmente, que a colaboração do psicólogo clínico vem somente acrescentar algo ao trabalho do psicólogo forense e, desta forma, tentar garantir uma fonte maior de informações, sobre as quais se nortearão as atuações dos representantes do Ministério Público e as do Juiz.

2.1. A RELAÇÃO DA PSICOLOGIA CLÍNICA COM O DIREITO

Apresentaremos agora uma proposta de trabalho que pode ser desenvolvida pelo psicólogo clínico na atuação com o sistema jurídico. Fundamental se faz o conhecimento básico da legislação, pretendendo-se que o psicólogo conheça como funcionam os ritos processuais, como redigir um parecer ou um relatório, que tipo de informações são relevantes ao caso e como apresentá-las ao seu solicitador. Se o psicólogo pretende atuar na área “de família”, deverá conhecer a legislação pertinente à área do Direito de Família. Se, no entanto, pretende atuar na área “criminal”, deverá conhecer a área Penal, e assim por diante. As experiências clínicas são importantes para que a colaboração seja eficaz, mas o profissional clínico tem que ter em mente que os relatos devem ser sempre dentro do jargão jurídico, o que pressupõe um conhecimento de linguagem jurídica. O psicólogo deverá sempre ter em mente que, o que para ele significa paciente, para o sistema jurídico pode significar um requerente, um requerido, uma vítima, um réu, uma testemunha ou simplesmente alguém que está sendo avaliado por decisão do Ministério Público ou do Juiz.

3. PROCEDIMENTOS PARA AVALIAÇÕES E PSICODIAGNÓSTICOS DENTRO DO SISTEMA JURÍDICO

Como sugestão para as avaliações psicodiagnósticas que comporão os pareceres e/ou os relatórios a serem encaminhados e protocolados nos processos, estão a realização de uma avaliação pormenorizada e detalhada do Exame de Estado Mental do paciente, a Avaliação Psicossocial do paciente, o levantamento da História Psicossocial, incluindo História de Transtornos Mentais, Tratamentos Mentais anteriores, História Médica, entre outros (que serão descritos abaixo). O psicodiagnóstico deverá seguir modelos preestabelecidos, sempre baseados em modelos científicos.

3.1. EXAME DE ESTADO MENTAL

No Exame de Estado Mental, o psicólogo deverá avaliar itens como:

A. APARÊNCIA: DETALHES DA APARÊNCIA GERAL DO PACIENTE, ASSEIO E LIMPEZA, TIPO DE VESTIMENTA UTILIZADA, E COMPLEIÇÃO FÍSICA.

b. Atividade motora: descrições do comportamento, dos gestos, posturas em geral, movimentações como devagar, acelerado, lentificação, tiques, tremores, postura, marcha, irrequieto, agitado e imitativo.

c. Atitude: amigável, agressivo, cooperativo, resistente, negativista.

d. Fala: ininteligível, claro, tartamudo, alto, baixo.

e. Contato visual: bom ou pobre contato visual com o psicólogo.

f. Orientação: tempo (dia, mês, ano, horário do dia), espaço (localização), pessoa (próprio nome, com quem está falando), situação (o que está fazendo neste local).

g. Afeto: descrição da emoção expressa e observada do paciente (imediate e atual): amplo (normal), embotado (grave redução), restrito (contraída), aplainado (não há expressão afetiva), afeto inadequado, afeto lábil (mudanças rápidas), afeto adequado.

h. Humor: descrição da emoção global e constante do paciente: humor disfórico (desagradável), eufórico (exagerado de bem estar), eutímico (normal), elevado (mais alegre que o normal), expansivo (mais que elevado), irritável (tensão e aborrecimento), deprimido, ansioso, bravo.

i. Memória: observações das habilidades do paciente em relação à memória imediata, recente e remota.

j. Concentração: observações de baixo ou alto poder de concentração.

k. Funcionamento intelectual: observações do conhecimento geral e vocabulário do paciente, sua habilidade de entender provérbios, similaridades e cálculos. Anote observações sobre raciocínio abstrato, concreto e pensamento lógico. Anote a impressão geral sobre o nível intelectual geral do paciente: média, abaixo ou acima da média (Q.I.).

l. Percepção: relatos sobre ilusões, alucinações visuais e auditivas, ou outros tipos de alucinações.

m. Processo de pensamento: descrições da maneira em que o conteúdo é verbalizado; em que maneira o conteúdo é apresentado, produtivo, organizado, espontâneo, empolado, bizarro, desconexo, circunstancial, disperso, ilógico e tangencial.

n. Conteúdo do pensamento: descrições das verbalizações de obsessões, compulsões, fobias, sentimentos de despersonalização ou desrealização, idéias repentinas e abruptas, delírios (todos os tipos). Anote também a presença ou ausência de comportamento, idéia ou plano suicida/homicida.

o. Julgamento: observação do paciente que demonstra bom/pobre julgamento nas suas atividades diárias ou decisões da sua vida. Anote se o paciente é impulsivo.

p. Insight: observação do paciente que apresenta consciência dos problemas existentes. Como o paciente formula seus problemas. Anote se o paciente acusa ou responsabiliza outros por seus problemas.

3.2. HISTÓRIA PSICOSSOCIAL E HISTÓRIA PASSADA DE TRANSTORNOS MENTAIS

Na História Psicossocial e História Pgressa de Transtornos Mentais o psicólogo deverá anotar itens como:

a. História de Transtorno ou sintomas de Humor: descrições dos episódios de humor; episódio maníaco, hipomaníaco e depressivo maior; datas aproximadas e duração dos episódios de humor.

b. História de Transtorno ou sintomas de Ansiedade: descrições dos episódios de fobias, ansiedade, ataques de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo; datas aproximadas, duração e frequência dos episódios de ansiedade.

c. História de Transtorno ou sintomas Psicóticos: descrições dos sintomas passados de delírios, alucinações, desorganização do pensamento; datas aproximadas e duração dos episódios psicóticos.

d. História de Idéia e/ou Tentativa Suicida: descrições sobre referências a idéias ou tentativas de suicídio; se tentativa, método, severidade e dados sobre eventual hospitalização.

e. Tratamentos Mentais Anteriores: lista do tipo de tratamento, datas, respostas ao tratamento, nome do terapeuta, do hospital, do médico e se possível telefone e endereço destes.

f. História familiar e/ou marital: descrições das informações sobre a família do paciente, pais, irmãos, esposo(a), filhos; situação em que cresceu; história de transtorno mental na família; separação, divórcio ou viuvez; primeiro ou segundo casamento; problemas atuais e passados na família que possam ter ligação com a queixa principal.

g. História de abuso de substâncias (drogas): descrições das informações sobre uso de drogas, psicotrópicos, estimulantes, alucinógenos, depressivos, álcool, tabagismo; inclua quantidade, frequência, duração e informe se ainda é ativo.

h. Informações Históricas sobre: desenvolvimento (descreva aqui problemas relativos ao desenvolvimento físico, social e mental do paciente); desenvolvimento educacional (descreva aqui dados sobre a escolarização do paciente, o mais alto grau atingido, relações na escola, respostas a figuras de autoridade, médias obtidas em geral e problemas significativos de mudança de escola); problemas vocacionais (descreva aqui treinamento profissional e técnico, tipos de trabalhos e empregos passados e atuais, duração média dos empregos, problemas relacionados a companheiros de trabalho, chefes/supervisores e atitude geral em relação a trabalho), militares (descreva que tipo de serviço militar, duração, posto alcançado e problemas durante o serviço).

i. Informações Históricas sobre problemas legais: descrições dos problemas passados e atuais com a lei, prisões, detenções, tempo de encarceramento; descreva qualquer outra dificuldade legal que possa ter relação com a queixa principal (divórcio, falência, perda da guarda de filhos).

3.4. AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL E AVALIAÇÃO DO COTIDIANO

Na Avaliação Psicossocial e na Avaliação do Cotidiano, o psicólogo deverá avaliar itens como:

a. Modificações no nível de funcionamento: descrições de como e quando as modificações iniciaram como um todo:

a.1. Sono: descrições da dificuldade em passar da vigília ao sono, número de horas dormidas em média nos últimos dias, anote alguma modificação no padrão de sono, frequência e qualidade dos sonhos.

a.2. Apetite: descrições das informações sobre anorexia, peso ganho ou perdido recentemente, e registre o período; registrar hábitos alimentares (infantil).

a.3. Nível de energia: descrições da modificação no nível de energia, cansaço, variações no nível de energia para realizar tarefas.

a.4. Função sexual: descrições das mudanças de perda de interesse ou prazer, ou hipersexualidade.

a.5. Habilidades para pensar ou concentrar-se: descrições das modificações de concentração baixa, reduzida, problemas para raciocinar.

a.6. Atuação no trabalho ou escola: descrições das modificações na eficiência e na produtividade, horas e ritmo de trabalho ou estudo.

a.7. Atividades sociais e recreacionais: descrições das modificações nas atividades sociais e recreacionais, como exageros, ou omissões, envolvimento superficial ou profundo, não sai de casa, não se diverte em nenhum lugar.

a.8. Hábitos pessoais e saúde física: descrições das modificações no vestir, higiene, saúde física geral.

a.9. Sistema de suporte atual: descrições sobre o grupo de suporte operacional atual do paciente.

3.5. QUEIXA PRINCIPAL

Na Queixa Principal, o psicólogo deverá anotar todos os problemas que trouxeram o paciente para tratamento, ou para a avaliação psicodiagnóstica, tanto os

que ele relata, quanto os relatados por outros; identifique quem informou; pode neste caso utilizar-se das palavras do próprio paciente ou outro informante.

3.6. ESTRESSOR ATUAL

No item, estressor atual, o psicólogo deverá descrever todos os eventos psicossociais (incluindo antecipação de eventos) que contribuíram para o desenvolvimento ou exacerbação do problema atual; considere estressores conjugais, relação de parentesco, paternidade e maternidade, interpessoais, circunstanciais diárias de vida, moradia, finanças, sistema legal, desenvolvimento, problemas físicos e problemas familiares; problemas que possam ser estressores para o paciente.

3.7. FORMULAÇÃO DE CASO

Neste item, o psicólogo deverá anotar a síntese dos sintomas encontrados:

a. Pontos fortes: descrição dos pontos julgados favoráveis ao tratamento psicoterápico e à avaliação; exemplos são: paciente é cooperativo e deseja participar da avaliação; se a família coopera na passagem de informações.

b. Pontos fracos: descrições dos pontos julgados desfavoráveis ao tratamento psicoterápico e à avaliação; exemplos são: paciente não é cooperativo e está na psicoterapia forçado, ou se recusa a tomar medicamentos, problemas de locomoção e de atendimento das sessões, família contra o tratamento.

c. Sintomas: descrição do conjunto de sintomas avaliados, observados e relatados pelo paciente.

3.8. PLANO DE TRATAMENTO INICIAL (SE FOR O CASO)

No plano de tratamento inicial, o psicólogo deve anotar em linhas gerais o plano inicial de tratamento; exemplos são: paciente deverá submeter-se à terapia individual para redução dos sintomas apresentados, deverá ser encaminhado para o neurologista, para o psiquiatra, para testes psicológicos, para o ginecologista.

3.9. AVALIAÇÃO PSICODIAGNÓSTICA

O preenchimento deste item depende exclusivamente da utilização de modelos como o DSM-IV (APA), ou da CID-10 (OMS).

Anote todos os psicodiagnósticos que se enquadram nas Síndromes Clínicas, Transtornos de Personalidade, Transtornos de Desenvolvimento, Estressores Psicossociais e realize uma Avaliação Global do Funcionamento do paciente; anote

todos os critérios diagnósticos encontrados, utilizados para fechar o(s) diagnóstico(s). Anote indicação referente ao fato deste diagnóstico ser principal ou mesmo provisório. Caso não haja diagnóstico, anotar que o paciente não apresenta diagnóstico atualmente, e, caso o psicólogo necessite de mais informações, poderá utilizar-se do recurso de protelar o diagnóstico (aguardando novas informações).

3.10. MODIFICAÇÕES NO NÍVEL DE FUNCIONAMENTO ADAPTATIVO

Neste item, o psicólogo deverá anotar se o funcionamento adaptativo (eficiência nas áreas como habilidades sociais, comunicação, habilidades diárias da vida, independência e responsabilidade) é bom, regular, pobre ou comprometido.

3.11. O LAUDO, O PARECER OU O RELATÓRIO TÉCNICO

De posse destes dados e informações, o psicólogo deverá emitir um laudo, um parecer ou um relatório técnico endereçado ao solicitador, que, no caso poderá ser o advogado de uma das partes, o Ministério Público (Promotor) ou o próprio Juiz que está encarregado do caso. Em todos os casos, as informações deverão ser transmitidas de forma confidencial. Recomenda-se que o psicólogo obtenha do seu paciente uma autorização de Liberação de Confidencialidade, que deverá ser documentada, indicando para quem as informações podem ou não ser divulgadas. Seguem-se aqui as orientações do Código de Ética dos Psicólogos (Conselho Federal de Psicologia). Caso o solicitador tenha sido o Ministério Público ou o Juiz, o documento final deverá ser protocolado (em duas vias) no Fórum competente.

O laudo, o parecer ou o relatório técnico deverão ser apresentados contendo todas as formalidades de aparência e estilo, linguagem técnica, fundamentação, e contendo o número do processo, a vara, referência ao autor e ao réu, ou simplesmente ao paciente avaliado.

Note-se aqui que utilizamos a figura do paciente em todas as descrições, ao invés de utilizarmos expressões como o réu, o autor, ou a testemunha. Outra forma de se referir à pessoa do paciente, é na forma de “o sujeito avaliado”, ou simplesmente se referir ao nome da pessoa avaliada.

O documento deverá especificar o número de “consultas”, “sessões” ou “encontros” que foram necessários para a conclusão da avaliação, uma referência ao local onde estas foram realizadas e quem participou como informante, no caso de terem outras pessoas sido ouvidas.

3.12. CONCLUSÕES FINAIS

Como pode ser visto neste texto, a atuação do psicólogo clínico se limitou à

avaliação psicológica do paciente, seja na qualidade de réu, vítima, autor, testemunha ou outro. A seqüência de tratamento, só se dará caso haja a solicitação para tal.

É muito comum que o psicólogo que emitiu o documento final seja intimado para depor em juízo, na qualidade de "testemunha especialista". Em geral, por solicitação de uma das partes, ou pelo poder público, o psicólogo será intimado a verbalmente apresentar as suas conclusões, ou simplesmente responder perguntas, no sentido de complementar ou esclarecer detalhes do documento.

Recomenda-se que o psicólogo não se utilize de outro espaço físico que não o seu próprio consultório, no sentido de serem preservadas a confidencialidade e o ambiente propício para a sua atuação clínica.

Assim como acontece com os psicólogos forenses quando emitem seus laudos, o critério imparcialidade deve preponderar sobre todas as coisas. A verdade, a ética, a exatidão dos fatos observados, avaliados ou informados, devem ser rigorosamente preservados. O psicólogo jamais deverá emitir sua opinião particular e pessoal sobre o caso em questão, resguardando-se dos processos de "contra-transferência". Outro ponto importante a se ressaltar é o de que o "poder" do psicólogo se limita ao de avaliador técnico, devendo este jamais "julgar" o seu paciente, uma vez que esta é a função precípua do Juiz.

Como pode ser visto, o psicólogo clínico pode contribuir de maneira significativa para que a justiça possa prevalecer, auxiliando sobremaneira o psicólogo forense e todo o sistema jurídico, contribuindo assim para um melhor desenvolvimento dos processos judiciais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARZENO, M. E. G.. (1995) *Psicodiagnóstico Clínico: novas contribuições*, Porto Alegre, Artes Médicas.

ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA. (1995) *DSM-IV: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 4ª edição*, Trad. Dayse Batista, Porto Alegre, Artes Médicas.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (1992) *Psicólogo Brasileiro: Construção de Novos Espaços*, Editora Átomo, Campinas.

CUNHA, J. A. (1993) *PSICODIAGNÓSTICO - R*, Porto Alegre, Artes Médicas.

EY, Henry, BERNARD, P. & BRISSET, C. (1978) *Manual de Psiquiatria, 5ª Edição*, Trad. P. S. Gerald e S. Ioannides, São Paulo, Masson.

FREEDMAN, A. M., KAPLAN, H., & SADOCK, B. (1976) Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry/II, 2nd Edition, Baltimore, W & W Company.

GOLDSTEIN, M. J., BAKER, B., JAMISON, K. (1986) Abnormal Psychology, Experiences, Origins, and Interventions, 2nd Edition, Canada, Little, Brown & Company Limited.

KAPLAN, H., SADOCK, B., GREBB, J. (1997) Compêndio de Psiquiatria, Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica, 7ª Edição, Trad. Dayse Batista, Porto Alegre, Artes Médicas.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (1993) Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, descrições clínicas e diretrizes diagnósticas, Trad. Dorgival Caetano, Porto Alegre, Artes Médicas.