

**Avaliação Estrutural e Dimensional da Personalidade:
Estudos Psicométricos e de Aplicação Clínica**

Sérgio Eduardo Silva de Oliveira

Tese apresentada como requisito parcial
Para a obtenção do Grau de Doutor em Psicologia
sob a orientação da
Prof^a. Dr^a. Denise Ruschel Bandeira

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Fevereiro de 2016**

Agradecimentos

A trajetória que um doutorando percorre até a conclusão de seu treinamento é repleta de encontros com pessoas e instituições que auxiliam nesse processo de formação profissional, e porque não também pessoal. A materialização dessa tese de doutorado carrega em si um pouco de todos esses encontros, pessoas e instituições. Por isso, gostaria de deixar aqui registrado os meus mais profundos e sinceros agradecimentos.

Agradeço primeiramente a Deus, doador da vida, aqu'Ele que me fortalece e me impulsiona a seguir em frente. Agradeço a minha família, que sempre me apoiou nas minhas decisões e acreditou nas minhas potencialidades. Em especial à minha mãe, Valéria de Oliveira, que apesar de não ter completado a educação formal, sempre incentivou meus irmãos e eu a priorizar os estudos, como meio de formação e transformação pessoal.

Agradeço a Professora Doutora Denise Ruschel Bandeira, minha orientadora, com quem aprendi a dar os primeiros passos na carreira acadêmica desde o Mestrado e quem me respeitou e me valorizou ao longo dos anos de nossa parceria. Ela, com toda certeza, possui valores e condutas que são exemplo e inspiração para minha vida. Obrigado Denise!

Agradeço os professores doutores Cláudio Hutz, Ricardo Azevedo e Ricardo Primi pelas valiosas contribuições oferecidas ao meu trabalho na banca de qualificação do projeto de tese. É sempre muito bom poder aprender e contar com o apoio de pesquisadores renomados da Psicologia brasileira.

Registro também aqui os meus sinceros agradecimentos aos Professores Drs. do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A convivência e as trocas foram enriquecedoras e me auxiliaram na minha formação profissional.

Agradeço as instituições que apoiaram essa minha pesquisa de doutorado. Primeiramente, agradeço a Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo suporte à minha formação profissional por meio do qualificado recurso humano e pelos apoios concedidos para participação de congressos. Agradeço também a CAPES pelo financiamento de meu trabalho por meio da bolsa de doutorado e por meio da bolsa de doutorado sanduíche. Meu agradecimento também ao CNPq pelo financiamento dessa pesquisa. Agradeço também a *University of Minnesota* que abriu as portas para me receber em seu *campus* em Minneapolis e me possibilitou experiências incomensuráveis.

Aproveito para deixar também aqui registrado o meu profundo agradecimento ao Professor Dr. Robert F. Krueger, meu orientador durante meu estágio sanduíche. Com o Bob, como ele gosta de ser chamado, eu tive a oportunidade de adquirir conhecimentos

incomensuráveis. Nos EUA eu também tive a oportunidade de conhecer e conviver com pessoas extremamente competentes e generosas. Deixo aqui meu especial agradecimento às colegas de laboratório, Zarah Wright, Merav Silverman e Miri McDonough, que generosamente compartilharam comigo seus conhecimentos e me ajudaram na minha trajetória na universidade. Agradeço também, de forma muito especial e carinhosa, a Shandell Pahlen por toda generosidade e auxílio, fazendo com que meu estágio na University of Minnesota fosse confortável e produtivo.

Durante minha estadia por lá, também tive a oportunidade de conhecer excelentes pessoas, que me ajudaram a diminuir a dor da saudade. Primeiramente, agradeço o grande amigo Michael Monte que generosamente me ajudou a me adaptar nos EUA e contribuiu com esse trabalho, por meio de dicas no Inglês. Agradeço os amigos Peter, Frank e Gary, com quem tive a alegria de compartilhar momentos agradáveis e de lazer durante meu estágio sanduíche. Registro também meu agradecimento à amiga Wiebke, com quem tive a oportunidade de trocar conhecimentos e compartilhar experiências nos EUA. Finalmente, deixo aqui também meu agradecimento ao Zac, que me apoiou nos meses finais do meu estágio e me ajudou no processo de retorno ao Brasil. A todos vocês o meu muito obrigado!

Falando em amigos, não posso me esquecer de agradecer os muitos e grandes amigos brasileiros que sempre me apoiaram durante esses anos. Não vou aqui citar nomes, porque são muitos os amigos que me apoiaram nesse percurso do doutorado e eu poderia acabar cometendo uma injustiça ao me esquecer de listar todos. Contudo, eu preciso agradecer especialmente alguns amigos que generosamente se esforçaram para me apoiar pessoal e profissionalmente. Meus agradecimentos aos amigos lavrenses Adélia Murad, Luciana Assis, Márcio Assis, Laiz Gumaraes e Breno Alvim por toda a generosidade, carinho e cumplicidade desses anos. Aos amigos de Porto Alegre, Mônia Silva, Liége Silveira, Lívia Leão, Joice Sonogo e Vivan Lago, fica aqui o meu profundo agradecimento por todo o carinho e apoio incondicionais que vocês me ofereceram. Agradeço também a parceria do Fernando e Erivânio pelos anos em que compartilhamos o mesmo teto.

Aproveito para fazer um agradecimento especial a Elisa Bertoletti, Álvaro Zaneti, Fernanda Paul, Thomaz Fortes e Mônia Silva pela preciosa ajuda na coleta dos dados da pesquisa. Por fim, gostaria de deixar meu agradecimento aos participantes da pesquisa, que voluntariamente se dispuseram a colaborar com os estudos, auxiliando no desenvolvimento científico da Psicologia brasileira.

Obrigado a todas as pessoas que fizeram essa tese de doutorado se tornar realidade!

Sumário

Lista de Tabelas	8
Lista de Figuras.....	10
Resumo	11
Abstract.....	12
Apresentação.....	13
Capítulo I: Introdução.....	15
<i>Patologias da personalidade</i>	16
Diagnóstico estrutural da personalidade: o modelo de Kernberg	18
Diagnóstico categórico da personalidade: o modelo do DSM-IV	20
Diagnóstico dimensional da personalidade: o modelo do DSM-5	21
Justificativa e Objetivos.....	23
Capítulo II: Propriedades Psicométricas do Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br): Validade, Fidedignidade e Normas.....	26
Resumo	27
Abstract.....	28
Introdução	29
Propostas do presente estudo	31
Método.....	34
Participantes.....	34
Instrumentos.....	34
Procedimentos.....	38
Análises dos dados.....	39
Resultados.....	43
Estrutura interna e hierárquica.....	43
Fidedignidade.....	46
Teoria de Resposta ao Item (TRI).....	47
Validade concorrente	48
Validade convergente	49
Normas de interpretação	53
Discussão	55
Estrutura interna do IPO-Br.....	55

Estrutura hierárquica do IPO-Br	57
Fidedignidade.....	58
Abordagem da Teoria de Resposta ao Item (TRI)	58
Validade concorrente	59
Padrão de convergência e discriminação dos fatores do IPO-Br com medidas externas	59
Conclusões	61
Referências.....	62
Material Suplementar.....	71
Apêndice A: Inventário de Organização da Personalidade - Brasil.....	95
Apêndice B: Protocolo de Levantamento do IPO-Br	102
Apêndice C: Perfil Dimensional do IPO-Br	103
 Capítulo III: Psychometric Properties of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) – Brazilian Version – in Community and Clinical Samples	
Abstract.....	105
Introduction.....	106
Psychometric aspects of the PID-5	106
The current study	109
Method.....	111
Participants.....	111
Instruments.....	111
Procedures.....	112
Data analysis	112
Results.....	116
Facet unidimensionality	116
Facets reliability.....	118
Item Response Theory	120
High-order and hierarchical structures: reliability and factor congruence	122
Concurrent validity	126
Preliminary norms of interpretation.....	129
Discussion.....	130
PID-5 structure and reliability	130
PID-5 validity and norms for interpretation	132
Limitations and future researches	133
Conclusion	135

Acknowledgments	136
References.....	137
Supplementary Material.....	143
Capítulo IV: Aplicação Clínica dos Modelos Diagnósticos Categórico, Híbrido e Estrutural da Personalidade	197
Resumo	198
Abstract.....	199
Introdução	200
Método	203
Participantes.....	203
Instrumentos.....	203
Procedimentos.....	205
Análise dos dados	206
Resultados.....	208
Discussão	215
Considerações Finais	218
Referências.....	219
Capítulo V: Integração Teoria, Pesquisa e Prática em Psicodiagnóstico da Personalidade: Relato de Caso	226
Caso Alessandra: “Eu queria ser normal, eu queria mudar tudo”	227
Contextualização, motivo da avaliação e descrição das demandas	227
Descrição da paciente e principais aspectos da história pessoal e clínica	228
Procedimentos e aspectos técnicos	229
Resultados das técnicas.....	238
Integração dos resultados.....	251
Conclusões e indicações terapêuticas	254
Devolutiva, os documentos psicológicos e o arquivamento do material psicológico.....	261
Uma reflexão final	265
Agradecimentos	265
Referências.....	266
Apêndice	270
Capítulo VI: Considerações Finais	280
Referências.....	281
Anexos	288

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Estudos I e II)	289
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Estudos III e IV)	291
Anexo C – Questionário de Dados Socioculturais e de Saúde (QDSCS).....	293
Anexo D – Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)	300
Anexo E – Personality Organization Diagnostic Form (PODF).....	301
Anexo F – Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200)	304
Anexo G – Bateria Fatorial de Personalidade (BFP).....	314
Anexo H – Marcadores de Personalidade – Versão Reduzida	319
Anexo I – Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade (FPLS)	320
Anexo J – Escala de Egocentrismo Maquiavélico, Descontrole e Audácia (EMDA)...	324
Anexo K – Questionário de Estilos Defensivos (DSQ-40).....	327
Anexo L – Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	330
Anexo N – Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo – Versão Reduzida (PANAS).	333
Anexo O – Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF).....	334
Anexo P – Parcer do Comitê de Ética.....	335

LISTA DE TABELAS

Artigo 1: Propriedades Psicométricas do Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br): Validade, Fidedignidade e Normas

Tabela 1. 1: Comparação entre modelos estruturais (ESEM).....	43
Tabela 1. 2: Coeficientes de consistência interna dos fatores do IPO-Br.....	46
Tabela 1. 3: Ajuste para os modelos da TRI.....	47
Tabela 1. 4: Comparação das médias dos fatores do IPO-Br entre as amostras não clínica e clínica, e entre grupos de pessoas com baixo e alto risco de comportamento suicida.....	49
Tabela 1. 5: Coeficientes padronizados dos modelos de regressão múltipla das escalas do IPO-Br predizendo traços patológicos da personalidade.....	50
Tabela 1. 6: Coeficientes padronizados dos modelos de regressão múltipla das escalas do IPO-Br predizendo traços adaptativos e mal adaptativos da personalidade.....	52
Tabela 1. 7: Coeficientes padronizados dos modelos de regressão múltipla das escalas do IPO-Br predizendo indicadores de sintomas psicopatológicos e de saúde mental.....	53

Material Suplementar

Tabela S 1: Estatísticas descritivas das amostras clínica e não clínica.....	72
Tabela S 2: Estatísticas descritivas e coeficientes de fidedignidade dos instrumentos.....	73
Tabela S 3: ESEM das Escalas Clínicas Primárias ($n = 1.704$).....	75
Tabela S 4: ESEM das Escalas Adicionais ($n = 1.704$).....	78
Tabela S 5: Análise de componentes principais da estrutura hierárquica do IPO-Br.....	79
Tabela S 6: Parâmetros dos itens dos fatores do IPO-Br pela Teoria de Resposta ao Item.....	80
Tabela S 7: Tabela normativa do fator Instabilidade do Self e Outros.....	82
Tabela S 8: Tabela normativa do fator Instabilidade do Comportamento.....	84
Tabela S 9: Tabela normativa do fator Instabilidade nos Objetivos.....	86
Tabela S 10: Tabela normativa do fator Psicose.....	87
Tabela S 11: Tabela normativa do fator Agressividade Autodirigida.....	89
Tabela S 12: Tabela normativa do fator Distorção dos Valores Morais.....	91
Tabela S 13: Tabela normativa do fator Agressividade Sádica.....	93

Artigo 2: Psychometric Properties of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) – Brazilian Version – in Community and Clinical Samples

Table 2. 1: Unidimensionality and exploratory factor analysis of the PID-5 facets.....	117
Table 2. 2: Descriptive statistics and reliability coefficients for PID-5 facets and domains.....	119
Table 2. 3: Exploratory Structural Equating Modeling (ESEM) with oblique target rotation based on Krueger et al. (2012) factor matrix.....	124
Table 2. 4: Concurrent validity of the PID-5.....	127
Table 2. 5: Correlations between PID-5 and mental illness indicators.....	128

Supplementary Material

Table S 1: Samples descriptive statistics.....	144
Table S 2: Exploratory factor analysis of item-level for the individual 25 facets of the PID-5.....	145
Table S 3: Exploratory factor analysis comparing two-factor versus bi-factor models.....	151
Table S 4: Reliability coefficients.....	152
Table S 5: Item Response Theory graded response model for individual facets.....	155
Table S 6: Inter-facets correlation matrix.....	164
Table S 7: Exploratory Structural Equating Modeling with oblique target rotation based on Wright et al. (2012) (1st to 3rd level).....	165
Table S 8: Exploratory Structural Equating Modeling with orthogonal target rotation based on Wright et al. (2012) (4th level).....	166

Table S 9: Exploratory Structural Equating Modeling with orthogonal target rotation based on Wright et al. (2012) (5th level)	167
Table S 10: PID-5 score comparisons between groups with low and high risk for psychiatric disturbance	168
Table S 11: PID-5 score comparisons between groups with low and high risk for suicide attempt	169
Table S 12: PID-5 score comparisons between groups of people with and without psychiatric diagnosis.....	170
Table S 13: PID-5 score comparisons between groups of people users or don't of psychotropic medication	171
Table S 14: PID-5 score comparisons between community and clinical samples.....	172
Table S 15: PID-5 score comparisons between male and female participants from community sample	173
Table S 16: Correlations between PID-5 variables and age	174
Table S 17: Correlations between PID-5 variables and socioeconomic level	175
Table S 18: Mean and standard-deviation of the PID-5 scales by demographic regions ..	176
Table S 19: Preliminary norms for Negative Affectivity domain and facets for man and woman.....	180
Table S 20: Preliminary norms for Detachment domain and facets for man and woman .	181
Table S 21: Preliminary norms for Antagonism domain and facets for man and woman.	182
Table S 22: Preliminary norms for Disinhibition domain and facets for man and woman	183
Table S 23: Preliminary norms for Psychoticism domain and facets for man and woman	184

Artigo 3: Aplicação Clínica dos Modelos Diagnósticos Categórico, Híbrido e Estrutural da Personalidade

Tabela 3. 1: Frequência das hipóteses diagnósticas do grupo clínico (n = 38).....	203
Tabela 3. 2: Análise de concordância de diagnósticos de transtornos de personalidade entre os paradigmas do DSM-IV-TR e DSM-5	208
Tabela 3. 3: Coeficientes de correlação entre as categorias dos transtornos de personalidade de acordo com os paradigmas do DSM-IV-TR e DSM-5	209
Tabela 3. 4: Prevalência dos diagnósticos de transtornos de personalidade e comorbidades segundo os paradigmas do DSM-IV-TR e DSM-5.....	210
Tabela 3. 5: Coeficientes de correlação entre os traços dos transtornos de personalidade e medidas de traços normais e patológicas da personalidade e com o nível de organização da personalidade	212
Tabela 3. 6: Validade do modelo estrutural de Kernberg (1995)	213

Artigo 4: Integração Teoria, Pesquisa e Prática em Psicodiagnóstico da Personalidade: Relato de Caso

Tabela 4. 1: Descrição das técnicas empregadas para a avaliação do caso Alessandra.....	230
Tabela 4. 2: Planejamento das sessões do caso Alessandra.....	231
Tabela 4. 3: Trechos de relato dos critérios para Episódio Maníaco da SCID-I do caso Alessandra.....	239
Tabela 4. 4: Resultados qualitativos e quantitativos da SCID-II do caso Alessandra	240
Tabela 4. 5: Resultados qualitativos e quantitativos do caso Alessandra no PODF.....	245
Tabela 4. 6: Itens classificados com os escores 7 e 6 do caso Alessandra no SWAP-200	248
Tabela 4. 7: Integração dos resultados do caso Alessandra	253

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1: Propriedades Psicométricas do Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br): Validade, Fidedignidade e Normas

Figura 1. 1: Estrutura hierárquica do IPO-Br	45
Figura 1. 2: Curvas de Informação do Teste para os fatores do IPO-Br.....	48

Artigo 2: Psychometric Properties of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) – Brazilian Version – in Community and Clinical Samples

Figure 2. 1: Test Information Curves (TIC)	121
Figure 2. 2: PID-5 hierarchical structure	125

Artigo 4: Integração Teoria, Pesquisa e Prática em Psicodiagnóstico da Personalidade: Relato de Caso

Figura 4. 1: Escores percentílicos do caso Alessandra na BFP	243
Figura 4. 2: Escores z do caso Alessandra no IPO-Br	245
Figura 4. 3: Escores T do caso Alessandra no SWAP-200.....	247
Figura 4. 4: Médias dos escores do caso Alessandra no PID-5	250

RESUMO

A presente tese teve como objetivo principal investigar as propriedades psicométricas e a aplicabilidade clínica dos modelos dimensional e estrutural de diagnóstico da personalidade. Para tanto, foram conduzidos dois estudos de investigações psicométricas e dois estudos de aplicação clínica. O primeiro estudo psicométrico objetivou investigar a estrutura interna do Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br), bem como buscar evidências de validade e fidedignidade, e estabelecer normas de interpretação. O segundo estudo verificou as propriedades psicométricas da versão brasileira do Personality Inventory for DSM-5 (PID-5). O terceiro estudo analisou as semelhanças e diferenças entre os modelos diagnósticos dos transtornos de personalidade propostos pelos paradigmas do DSM-IV-TR, do DSM-5 e da teoria da organização da personalidade. Por fim, no quarto estudo foi realizada uma análise qualitativa de um caso de psicodiagnóstico de uma paciente com transtorno de personalidade com o objetivo de averiguar as influências, importância e interconexão entre teoria, pesquisa e prática no psicodiagnóstico da personalidade.

Palavras-chave: Diagnóstico Categórico; Diagnóstico Dimensional; Diagnóstico Estrutural; Psicometria; Transtornos de Personalidade.

ABSTRACT

The current thesis aimed to investigate the psychometric properties as well as the clinical utility of the personality diagnosis dimensional and structural models. Therefore, two psychometric studies and two clinical application studies were conducted. The first study aimed to investigate the internal structure of the Inventory of Personality Organization – Brazil (IPO-Br), as well as examining its validity and reliability evidences, and establishing norms for its interpretation. The second study verified the psychometric properties of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) Brazilian version. The third study has analyzed the similarities and differences among the personality disorders diagnostic models proposed by the DSM-IV-TR, the DSM-5, and the personality organization theory paradigms. Finally, in the fourth study we qualitatively analyzed a psychodiagnostic case of a patient with personality disorder with the objective of verifying the influence, importance and interconnection between theory, research, and practice in personality assessment.

Keywords: Categorical Diagnosis; Dimensional Diagnosis; Structural Diagnosis; Psychometry; Personality Disorders.

APRESENTAÇÃO

A avaliação de características patológicas da personalidade, assim como o diagnóstico dos transtornos de personalidade, estão sendo alvos de investigações clínicas e científicas com os objetivos de aprofundar e ampliar os conhecimentos e práticas acerca dessa psicopatologia. Historicamente, a psicanálise parece ter sido a abordagem teórica que sistematizou os primeiros entendimentos acerca dos tipos de personalidade patológica, sendo estes entendimentos referenciados nas duas primeiras edições do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) da *American Psychiatric Association* (APA). A terceira edição do DSM, por sua vez, revolucionou o sistema de codificação dos transtornos mentais, apresentando um modelo atóxico de classificação das psicopatologias, por meio da indicação de critérios baseados na sintomatologia dos quadros clínicos. Este modelo persiste até o presente momento, mesmo tendo recebido diversas críticas acerca das fragilidades desse sistema categórico. Em 2013, pela primeira vez na história das edições do DSM, foi publicado o primeiro modelo empiricamente baseado de diagnóstico dos transtornos de personalidade. Trata-se de um modelo híbrido, onde o arranjo dos traços dimensionais da patologia da personalidade permite a classificação categórica do tipo específico de transtorno de personalidade. Contudo, os esforços científicos empregados nessa tarefa foram subjugados às forças políticas da psiquiatria norte americana, onde prevaleceu a tradição psiquiátrica resultando na manutenção do sistema categórico de diagnóstico dos transtornos de personalidade. Dessa forma, também pela primeira vez na história do DSM, clínicos e pesquisadores dispõem de dois sistemas diagnósticos dos transtornos de personalidade concomitantes em um único manual (categórico e dimensional).

A presente tese de doutorado intitulada “Avaliação Estrutural e Dimensional da Personalidade: Estudos Psicométricos e de Aplicação Clínica” vem ao encontro desse cenário e visa a contribuir com as discussões acerca dos modelos diagnósticos dos transtornos de personalidade. São também objetivos dessa tese disponibilizar para os clínicos e pesquisadores brasileiros instrumentos que sejam válidos para a avaliação de características e traços patológicos da personalidade. Para tanto, a presente tese foi organizada em seis capítulos:

No primeiro capítulo (Introdução) é feita uma apresentação e discussão teórica acerca dos principais modelos diagnósticos dos transtornos de personalidade, com foco nos modelos: estrutural (de tradição psicanalítica), categórico (de tradição psiquiátrica) e dimensional (de abordagens contemporâneas).

Em seguida são apresentados dois artigos empíricos acerca das propriedades psicométricas de instrumentos que se propõem avaliar traços patológicos da personalidade. No primeiro artigo (segundo capítulo da tese) são apresentados os resultados de um estudo psicométrico do Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br). Este é um instrumento criado para mensurar as principais funções psicológicas para o diagnóstico estrutural da personalidade de acordo com a Teoria da Organização da Personalidade de Otto Kernberg.

O segundo artigo (terceiro capítulo da tese) são apresentados os resultados da investigação psicométrica da versão brasileira do *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5). Este instrumento foi elaborado para servir de base empírica para a construção do modelo dimensional dos traços patológicos da personalidade da quinta edição do DSM. O PID-5, portanto, oferece uma estimativa de 25 facetas patológicas da personalidade, que são organizadas em cinco grandes domínios.

A seguir são apresentados dois estudos de aplicação clínica que discutem os resultados de estudos de casos que fizeram uma ampla avaliação das características e traços da personalidade. No primeiro estudo (quarto capítulo da tese), portanto, são discutidos, quantitativa e qualitativamente, casos de pacientes avaliados de acordo com os modelos estrutural, categórico e dimensional da personalidade com o intuito de identificar similaridades e diferenças e vantagens e desvantagens entre os diferentes modelos.

No segundo estudo (quinto capítulo da tese) é apresentado de forma aprofundada o caso de uma paciente com transtorno de personalidade. Este capítulo visa a apresentar e discutir as relações entre teoria, pesquisa e prática na avaliação de transtornos de personalidade.

Por fim, no sexto capítulo (Considerações Finais) são feitas considerações teóricas acerca dos principais resultados encontrados na presente tese articulando-as com as proposições teóricas contemporâneas e com os resultados já apresentados na literatura nacional e internacional. São também sumarizados os principais achados, as limitações e as sugestões para futuras pesquisas decorrentes da presente tese.

Espera-se que essa tese possa contribuir científica e teoricamente com o desenvolvimento dos conhecimentos acerca dos transtornos de personalidade no Brasil. Espera-se também uma contribuição prática, por meio da disponibilização de instrumentos válidos e fidedignos para a avaliação de características mal adaptativas da personalidade para uso na cultura brasileira.

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

No dia a dia, as pessoas usam adjetivos para descrever características emocionais, cognitivas, motivacionais e comportamentais dos outros. Esse conjunto de características pessoais, que fazem do indivíduo um ser único, é chamado de personalidade. Contudo, a conceituação de personalidade não é uma tarefa fácil nas ciências humanas e sociais. Há tempos estudiosos têm discutido as questões referentes à definição desse construto (ver por exemplo McCreary, 1960). Segundo Kline (1993), existem mais definições de personalidade do que teorias para explicá-la. Contudo, apesar do grande número de definições existentes, elas parecem concordar que a personalidade é um padrão, relativamente estável ao longo do tempo, do modo como a pessoa pensa, interpreta e interage com o mundo, com os outros e consigo mesma, assim como da forma como ela vivencia suas emoções, experimenta seus desejos e motivações e expressa seus comportamentos. Trata-se de um sistema integrado e dinâmico, em que os diferentes elementos se retroalimentam e se interinfluenciam. A Psicologia da Personalidade é a área da Psicologia que se dedica à investigação desse sistema, buscando verificar a coerência no funcionamento individual e das diferenças entre indivíduos (Caprara & Cervone, 2000). Ela procura entender as bases biológicas, ambientais, interpessoais e intrapessoais da personalidade, tentando desvendar seus sistemas de comunicação. Contudo, assim como a Psicologia é uma área de conhecimento pluralista, isto é, com diversas correntes filosóficas e práticas, o campo da Psicologia da Personalidade também o é. Atualmente, existem diferentes abordagens teóricas que tentam explicar o funcionamento normal e patológico da personalidade. Hall, Lindzey e Campbell (2000) organizaram as principais teorias que tiveram maior impacto na Psicologia em quatro grandes grupos, a saber:

1) as com ênfase na Psicodinâmica (Teoria Psicanalítica Clássica de Freud, Teoria Analítica de Jung, Teorias Psicológicas Sociais de Adler, Fromm, Horney e Sullivan, Teoria Psicossocial do Desenvolvimento de Erikson);

2) com ênfase na estrutura da realidade (Teoria das Motivações de Murray, Modelo de Allport, Teoria do Traço Fatorial-Analítica de Cattell, Teoria de Traço Biológico de Eysenck);

3) com ênfase na realidade percebida (Teoria do Construto Pessoal de Kelly e a Teoria Centrada na Pessoa de Rogers);

4) e com ênfase na aprendizagem (Teoria Analítico-Comportamental de Skinner, Teoria de Estímulo-Resposta de Dollard e Miller e Teorias da Aprendizagem Social como a de Bandura).

Cada uma dessas abordagens teóricas tende a enfatizar algum aspecto da constituição da personalidade e muitas vezes elas falam de uma mesma função psicológica usando nomes diferentes ao referenciá-la. Essa pluralidade, por um lado, enriquece o nível de conhecimento acerca da personalidade, mas, por outro lado, diminui o consenso da área devido às divergências teóricas. Entretanto, clínicos e pesquisadores da Psicologia da Personalidade são, em geral, congruentes no entendimento de que as características psicológicas que explicam a personalidade são construtos dimensionais, isto é, que possuem uma variabilidade em um contínuo (exemplo: Introversão <- - -> Extroversão).

O funcionamento da personalidade pode ser classificado em dois grandes grupos, a saber, o funcionamento adaptativo e o patológico. Dentre as variáveis que diferenciam esses níveis de funcionamento, salientam-se aqui, o contínuo flexibilidade – rigidez (Kernberg, 1995) e adaptabilidade – mal adaptabilidade (Livesley & Jang, 2005). Dessa forma, a personalidade dentro de uma variabilidade normal apresenta um funcionamento psicológico flexível e adaptativo ao ambiente, enquanto que a personalidade patológica possui um padrão mais rígido de funcionamento psicológico e desadaptado às demandas do ambiente. Contudo, apesar dessa distinção, pesquisas têm evidenciado que as personalidades normal e patológica compartilham a mesma estrutura e fazem parte de um mesmo contínuo (Eysenck, 1994; Markon, Krueger, & Watson, 2005; O'Connor, 2002; Widiger & Costa, 1994).

Patologias da personalidade

Uma pessoa que possui características rígidas de personalidade, que são manifestadas em diferentes contextos (familiar, laboral, social, etc) e que limitam a capacidade adaptativa do indivíduo, tem provavelmente uma personalidade patológica. Muitas vezes, os comportamentos inadequados não são percebidos como inapropriados pela própria pessoa (egossintonia), contudo, a rigidez de seu funcionamento tende a gerar sofrimento para as pessoas que estão ao entorno, assim como para a própria pessoa. Configura-se aqui um transtorno de personalidade (TP). De acordo com a APA (2013, p. 645), um TP é “um padrão persistente de vivência íntima e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é invasivo e inflexível, tem seu início na adolescência ou começo da idade adulta, é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo”.

Atualmente, há uma desvalorização do diagnóstico da personalidade (Vaisberg & Machado, 2000) no contexto da saúde pública no Brasil. Os interesses da psiquiatria e da Psicologia centram-se geralmente nas psicopatologias egodistônicas, principalmente

aqueles listadas no Eixo I da quarta edição do DSM. Nesse cenário, os TP ficam subdiagnosticados, mas, obviamente, não inexistentes. A ausência do diagnóstico da personalidade limita o atendimento clínico do paciente, uma vez que fica ignorada uma dimensão crucial da vida humana que interfere no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas.

O sistema diagnóstico oficial dos TP no Brasil é o estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) via o manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10; OMS, 1994), o qual está alinhado com a quarta edição do DSM. Esse sistema classificatório define dez tipos de TP como entidades psicopatológicas independentes. O diagnóstico de um transtorno específico de personalidade é dado com base na presença de um agrupamento de sintomas ou traços patológicos da personalidade. Uma vez alcançado o número de critérios previamente estabelecidos, o indivíduo pode receber o diagnóstico de um TP. Contudo, esse modelo de classificação categórica vem recebendo inúmeras críticas da comunidade científica e clínica, devido a grande comorbidade de diagnósticos de TP e pela elevada frequência de diagnóstico de TP Sem Outra Especificação (Clark, 2005, 2007; First et al., 2002; Gomes de Matos, Gomes de Matos, & Gomes de Matos, 2005; Klonsky, 2000; Ryder, Bagby, & Schuller, 2002; Trull & Durrett, 2005; Widiger, 2007; Widiger & Trull, 2007).

Uma proposta alternativa ao modelo categórico tem sido a abordagem dimensional, a qual entende que os TP são expressos pelas variações extremas dos traços normais de personalidade (Livesley & Jang, 2005; Suzuki, Samuel, Pahlen, & Krueger, 2015). De acordo com esse modelo, o nível de manifestação do traço de personalidade seria a fonte de informação para a identificação de traços patológicos da personalidade. O principal expoente desse modelo tem sido, atualmente, o modelo alternativo dimensional proposto na Sessão III: Modelos e Medidas Emergentes da quinta edição do DSM (APA, 2013). Esse modelo apresenta um conjunto de 25 traços patológicos da personalidade, os quais são organizados em cinco fatores gerais, que sinalizam os aspectos mal adaptativos da personalidade.

Por fim, uma outra proposta para o diagnóstico do mal funcionamento da personalidade tem sido a integração dos modelos categorial e dimensional (Helzer, Kramer, & Krueger, 2006; Kernberg, 1979; 1995; Widiger & Trull, 2007). Kernberg (1995) propõe o diagnóstico estrutural da personalidade, de acordo com os fundamentos teóricos psicanalíticos. Ele agrupa, em seu modelo de avaliação, tanto aspectos dimensionais quanto categóricos. Dessa forma, o arranjo dos níveis dimensionais das

funções psicológicas leva ao diagnóstico categórico do tipo de organização da personalidade.

Diagnóstico estrutural da personalidade: o modelo de Kernberg

O diagnóstico estrutural se diferencia do registro descritivo da personalidade, visto que não se limita à descrição sintomatológica do paciente. Pelo contrário, a tarefa do diagnóstico estrutural é identificar o plano latente da estrutura da personalidade, isto é, a organização estrutural que modela o modo de ser do indivíduo (Vaisberg & Machado, 2000; Kernberg, 1995). Para Bergeret (1998), a investigação da sintomatologia não possibilita a identificação da organização estrutural profunda da personalidade, visto que os sintomas podem sugerir outras estruturas em momentos de desorganização.

A estrutura da personalidade pode ser entendida como um produto de uma história, isto é, que ela é o resultado de uma relação entre fatores hereditários e constitucionais e experiências infantis (Vaisberg & Machado, 2000). Desse ponto de vista, a estrutura da personalidade é essencialmente mutável, visto que se trata de uma variável construída ao longo da vida. Porém, mudanças na estrutura da personalidade não são tarefas fáceis de serem realizadas, visto que as estruturas tendem a se cristalizar ao longo do tempo.

Para Vaisberg e Machado (2000), o diagnóstico estrutural se dá pelo exame de critérios metapsicológicos que se configuraram ao longo do desenvolvimento e da história do indivíduo, a saber, a angústia organizadora, as modalidades de relação objetal predominantes, as técnicas defensivas mais intensas e frequentemente utilizadas, e o grau de desenvolvimento egóico e pulsional. Para as autoras, esse exame só é possível na relação transferencial e demanda profundos conhecimentos teóricos e práticos do examinador para sua execução. As autoras acreditam ainda que a utilização de técnicas projetivas pode favorecer o entendimento estrutural do paciente e facilitar a prática de profissionais iniciantes.

Kernberg (1995) propõe um modelo de diagnóstico estrutural diferenciado e parcimonioso. De acordo com a Teoria da Organização da Personalidade (Kernberg, 1995), os tipos estruturais da personalidade são organizados em um contínuo de severidade, variando de um nível de funcionamento superior a inferior, a saber, organização da personalidade normal, neurótica, borderline e psicótica. Os elementos observáveis das estruturas subjacentes de personalidade são os aspectos descritivos e compreendem: a) a natureza e o nível de organização dos traços de personalidade; b) o grau de flexibilidade ou de rigidez com que os traços de personalidade são ativados através de situações diferentes da vida; c) o quanto que os traços de personalidade são adaptativos ou funcionam como

agentes de desconforto; d) a natureza dos valores éticos e dos ideais do indivíduo; e) e a maneira habitual da pessoa se adaptar ou não aos estressores psicossociais (Caligor, Kernberg, & Clarkin, 2007).

O modo operacionalizado para a avaliação destas estruturas é por meio do diagnóstico de três funções do ego, a saber, a formação da identidade, os níveis de mecanismos defensivos predominantes e a capacidade de testar a realidade (Kernberg, 1995; Kernberg & Caligor, 2005). A identidade é avaliada em um contínuo integração-difusão, onde a identidade integrada é caracterizada pela auto coerência, autoestima adequada, empatia e tato social, sistema de valores morais maduro e integrado, e manejo satisfatório da sexualidade, dependência e motivações agressivas. A síndrome de difusão da identidade, por sua vez, refere-se a um sentimento de vazio crônico, percepções e atitudes contraditórias, e representações de si próprio e dos outros mal integradas e mantidas separadas (Caligor et al., 2007; Kernberg, 1995; Kernberg & Caligor, 2005).

O nível de operação defensiva predominante é avaliado no contínuo superior-primitiva. As defesas superiores são centradas no processo de recalçamento, como por exemplo, a formação reativa, isolamento, anulação, intelectualização e racionalização. Por outro lado, as defesas primitivas são centradas no processo de cisão, como as idealizações primitivas, identificação projetiva, denegação, controle onipotente e desvalorização. As defesas superiores são recursos psicológicos de enfrentamento de estressores internos e externos mais adaptativos do que os primitivos, uma vez que estes últimos produzem distorções significativas da realidade (Caligor et al., 2007; Kernberg, 1995; Kernberg & Caligor, 2005).

Por fim, a capacidade de testar a realidade é examinada no contínuo intacta-prejudicada. Quando preservada a capacidade de testar a realidade, as pessoas são capazes de diferenciar o “eu” do “não eu”, de avaliar adequadamente os estímulos externos, assim como os conteúdos e formas de expressão dos próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos. Quanto esta habilidade está prejudicada, há uma perda na capacidade de diferenciar o “eu” do “não eu” e uma incapacidade para distinguir conteúdos internos de externos, podendo ser observados quadros de delírio e alucinação (Caligor et al., 2007; Kernberg, 1995; Kernberg & Caligor, 2005).

De acordo com a Teoria da Organização da Personalidade (Kernberg & Caligor, 2005), essas três grandes estruturas psicopatológicas da personalidade ancoram os diferentes tipos de TP listados no DSM-IV-TR (2000). Esse modelo propõe que quanto mais severos são os TP, mais inferiores são os níveis de organização da personalidade, mais difíceis são os tratamentos e piores são os prognósticos.

Diagnóstico categórico da personalidade: o modelo do DSM-IV

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*) teve sua primeira edição publicada no ano de 1952, como uma resposta a uma demanda de organização e sistematização dos sistemas de classificação dos transtornos mentais. Desde a sua primeira edição, categorias diagnósticas para os TP têm sido contempladas, sendo que nas duas primeiras edições, os diagnósticos dos TP eram dados de acordo com a similaridade entre os sintomas observados nos pacientes e as descrições prototípicas dos tipos de TP descritas no DSM.

Na terceira edição do manual, mudanças significativas no sistema de classificação foram implementadas. A abordagem psicanalítica que embasava as categorias e suas descrições diagnósticas nas duas primeiras edições foi abandonada, passando para um modelo ateuórico de descrição sintomatológica dos transtornos mentais. Também foram elaborados critérios e algoritmos para os diagnósticos, com vistas a aumentar a validade e fidedignidade das categorias diagnósticas. Por fim, destaca-se a proposta multiaxial, na qual os diagnósticos dados aos pacientes deveriam considerar cinco grandes eixos, a saber: Eixo I “Síndromes Clínicas”; Eixo II “Transtornos Desenvolvimentais e Transtornos da Personalidade”; Eixo III “Condições e Transtornos Físicos”; Eixo IV “Severidade dos Estressores Psicossociais”; e Eixo V “Avaliação Global do Funcionamento”. Essas alterações revolucionaram a prática psiquiátrica na época e fomentaram a pesquisa científica em psicopatologia (Mayes & Horwitz, 2005). Salienta-se ainda a alocação dos TP no Eixo II do sistema multiaxial, separando-os das síndromes clínicas, o que demarca a importância do papel dos TP na psicopatologia (Frances, 1980).

O sistema de classificação dos transtornos descritos no DSM é politético e categórico. A definição de politético remete à ideia de semelhança familiar, onde um dado transtorno mental é representado por um número “x” de critérios, mas os pacientes diagnosticados com esse transtorno não apresentam necessariamente todos ou os mesmos critérios entre si (Corning & Steffy, 1979; Berrios, 2008). O componente categórico do sistema DSM refere-se ao *status* de características, isto é, se uma dada característica está presente ou ausente (Berrios, 2008).

O modelo categórico dos TP do DSM-5 (APA, 2013) propõe, atualmente, treze categorias diagnósticas específicas, a saber, as dez categorias do DSM-IV-TR (TP Paranóide, Esquizóide, Esquizotípica, Histriônica, Narcisista, Borderline, Antissocial, Esquiva, Dependente e Obsessivo-Compulsiva) e as categorias: Mudança de Personalidade Devido a Outra Condição Médica; Outro Transtorno de Personalidade Especificado; e

Transtorno de Personalidade Não Especificado. A literatura apresenta estudos que comprovam a validade e confiabilidade dos dez tipos de TP de acordo com esse modelo diagnóstico (ver por exemplo Maffei et al., 1997; Pilkonis et al., 1995; Zanarini et al., 2000). Contudo, estudos também apontam diversas críticas a esse sistema categórico-politético de classificação dos TP, dentre as quais se destacam a arbitrariedade dos pontos de corte (*thresholds*), a grande heterogeneidade sintomatológica entre pacientes de uma mesma categoria diagnóstica, a frequente prevalência do diagnóstico de TP sem outra especificação como melhor categoria diagnóstica, e a elevada co-morbidade entre os TPs (Bernstein, Iscan, & Maser, 2007; Krueger, 2013; Widiger, 1993).

Diagnóstico dimensional da personalidade: o modelo do DSM-5

A quinta edição do DSM (APA, 2013) foi a primeira, na história do DSM, a apresentar dois modelos distintos e concomitantes de diagnóstico dos TP. O Grupo de Trabalho de Personalidade e Transtornos de Personalidade do DSM-5 propôs, também pela primeira vez na história do DSM, um modelo empiricamente baseado de diagnóstico dos TP (Skodol, 2012). As categorias e critérios diagnósticos dos transtornos mentais do DSM sempre foram baseados na autoridade psiquiátrica, isto é, na opinião especialista da psiquiatria (Krueger, 2013). Por outro lado, o modelo diagnóstico dos TP proposto pelo Grupo de Trabalho é baseado em dados e evidências científicas. Contudo, o Conselho Diretor da Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association Board of Trustees*) decidiu pela manutenção das categorias e critérios dos TP de acordo com o DSM-IV-TR pelo bem da tradição psiquiátrica e por razões políticas, como apontado por Krueger (2013). Dessa forma, o modelo alternativo foi impresso na Sessão III (Modelos e Medidas Emergentes).

O modelo alternativo dos TP é considerado um modelo híbrido, visto que ele congrega aspectos dimensionais e categóricos no seu sistema diagnóstico. Assim, caso o perfil dimensional apresentado por um indivíduo preencher os critérios para algum tipo de perfil específico de TP, nesse caso o diagnóstico dessa categoria é dado. Este modelo alternativo permite a formulação de seis tipos diagnósticos de personalidade, quais sejam, TP Antissocial, TP Evitativo, TP Borderline, TP Narcisista, TP Obsessivo-Compulsivo e TP Esquizotípico. A exclusão das outras quatro categorias diagnósticas se deu por motivos racionais, isto é, por meio de revisões de literatura, observou-se que estes transtornos não apresentaram evidências suficientes para se firmarem como entidades patológicas distintas (Pull, 2013; Skodol et al., 2011). A abordagem do DSM-5 também possibilita o diagnóstico de Transtorno de Personalidade – Traço Especificado (*Personality Disorder –*

Trait Specified: PD-TS), que pode ser feito quando o transtorno de personalidade é considerado presente, mas os critérios para um transtorno de personalidade específico não são encontrados (APA, 2013). Esse modelo híbrido tem sido testado empiricamente (Ashton et al., 2012; Hopwood et al., 2012; Krueger et al., 2012), e os resultados têm sugerido evidências de validade e fidedignidade. Contudo, críticas também têm sido feitas contra este modelo, sugerindo sua falta de utilidade clínica e sua escassez de base científica (Gunderson, 2010).

Este modelo sugere que o diagnóstico de um TP é concedido quando um indivíduo apresentar um comprometimento moderado ou grave no funcionamento da personalidade em ao menos dois dos seguintes domínios: Identidade, Autodirecionamento, Intimidade e Empatia (Critério A). Ele também deve apresentar um ou mais traços patológicos da personalidade de um total de 25 traços (Critério B). Nesse caso, o mal funcionamento da personalidade e a expressão dos traços patológicos da personalidade devem ser inflexíveis e pervasivos em uma ampla gama de situações pessoais e sociais (Critério C) e devem ser relativamente estáveis ao longo do tempo, sendo identificados na adolescência ou início da idade adulta (Critério D). Finalmente, eles não podem ser explicados por algum outro transtorno mental (Critério E), nem serem efeitos de alguma substância ou outra condição médica (Critério F) e nem serem reflexos do estágio desenvolvimental do sujeito e de seu ambiente sociocultural (Critério G) (APA, 2013).

A avaliação do Critério A pode ser feita por meio da Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade (*Level of Personality Functioning Scale – LPFS*; APA, 2013). Trata-se de uma escala respondida pelo clínico, onde as dimensões Identidade e Autodirecionamento (Domínio *Self*) e Empatia e Intimidade (Domínio Interpessoal) são avaliadas em uma escala de cinco pontos (0 = funcionamento saudável, adaptativo; 1 = algum prejuízo; 2 = prejuízo moderado; 3 = prejuízo severo; e 4 = prejuízo extremo) (APA, 2013). Pesquisas têm reportado adequados índices de confiabilidade entre avaliadores e de consistência interna, assim como evidências de validade (Bach, Markon, Simonsen, & Krueger, 2015; Few et al., 2013, 2015; Morey, Bender, & Skodol, 2013; Morey & Skodol, 2013; Zimmermann et al., 2014, 2015).

Os traços mal adaptativos (Critério B), por sua vez, são avaliados por meio do *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5; Krueger et al., 2012). O PID-5 foi construído para fundamentar o modelo dimensional dos TP para o DSM-5. A versão final do instrumento ficou constituída por 220 itens que são pontuados em uma escala de quatro pontos (0 = Não tem nada a ver comigo e 3 = Tem muito a ver comigo). O PID-5 fornece uma estimativa dos 25 traços patológicos da personalidade, a saber, Afetividade Restrita,

Anedonia, Ansiedade, Busca de Atenção, Crenças e Experiências Inusuais, Insensibilidade, Depressão, Desconfiança, Desonestidade, Desregulação Perceptual, Distratibilidade, Excentricidade, Evitação de Intimidade, Exposição a Riscos, Grandiosidade, Hostilidade, Impulsividade, Insegurança de Separação, Irresponsabilidade, Labilidade Emocional, Manipulação, Perfeccionismo Rígido, Perseveração, Retraimento e Submissão (APA, 2013; Krueger et al., 2012). Esses traços são organizados em cinco domínios de ordem superior, a saber, Afetividade Negativa, Distanciamento, Antagonismo, Desinibição e Psicoticismo (APA, 2013; Krueger et al., 2012). A literatura tem reportado evidências de validade e fidedignidade desse instrumento (Bastiaens et al., 2015; Bo, Bach, Mortensen, & Simonsen, 2015; Fossati, Krueger, Markon, Borroni, & Maffei, 2013; Gutiérrez et al., 2015; Krueger et al., 2012; Quilty, Ayearst, Chmielewski, Pollock, & Bagby, 2013; Zimmermann, Altenstein et al., 2014).

Justificativa e Objetivos

Uma mudança significativa está acontecendo no campo da investigação e da clínica dos TP. O modelo categórico proposto no DSM-IV-TR (APA, 2000), carregado de críticas ao longo dos anos (ver Skodol & Bender, 2009), permaneceu inalterado no DSM-5, contudo, um modelo dimensional alternativo também foi apresentado nesta mesma edição (APA, 2013). Neste cenário, observam-se diferentes modelos teóricos buscando encontrar a melhor forma de conceitualizar os TP. Não se tem ao certo um modelo ótimo e consensual que abranja toda a complexidade da patologia da personalidade. Modelos psicanalíticos, categóricos e dimensionais, dentre outros tantos, propõem diferentes formas de se entender os TP.

A presente tese de doutorado se insere dentro deste cenário e busca investigar as convergências e divergências teóricas e psicométricas entre os modelos diagnósticos estrutural, dimensional e categórico dos TP. Espera-se que os estudos dessa tese possam contribuir com o desenvolvimento científico da área, assim como apresentar ao Brasil instrumentos que sejam válidos e confiáveis para a avaliação de características e traços mal adaptativos da personalidade. Para tanto, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- 1) Investigar a estrutura interna do Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br) e buscar evidências de validade e fidedignidade de sua aplicabilidade no Brasil (Capítulo II);

- 2) Investigar as propriedades psicométricas da versão brasileira do Inventário de Personalidade para o DSM-5 (PID-5) (Capítulo III);
- 3) Verificar as congruências e divergências entre os modelos diagnósticos dos TP (estrutural, categórico e dimensional) (Capítulo IV);
- 4) Examinar a aplicabilidade clínica dos modelos diagnósticos dos TP por meio de um estudo de caso (Capítulo V).

Parte I:
Estudios Psicométricos

CAPÍTULO II: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO INVENTÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DA PERSONALIDADE – BRASIL (IPO-BR): VALIDADE, FIDEDIGNIDADE E NORMAS

Sérgio Eduardo Silva de Oliveira

Denise Ruschel Bandeira

(Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Resumo

O presente estudo teve como objetivo investigar evidências de validade e fidedignidade do Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br) em amostras clínica e não-clínica e estabelecer normas de interpretação. Participaram 1.704 indivíduos, sendo 46% integrantes da amostra clínica. A estrutura interna das Escalas Clínicas Primárias foi melhor representada por quatro fatores (Instabilidade do Self e Outros, Instabilidade do Comportamento, Instabilidade nos Objetivos e Psicose) e das Escalas Adicionais por três fatores (Agressividade Autodirigida, Distorção dos Valores Morais e Agressividade Sádica). A estrutura hierárquica do IPO-Br mostrou-se teoricamente relacionada com modelos estruturais da patologia da personalidade. Índices de fidedignidade mostraram-se adequados e os fatores do IPO-Br apresentaram um padrão de associação teoricamente convergente com medidas do funcionamento psicológico sadio e mal adaptativo. Normas de interpretação preliminares são apresentadas. Definições operacionais dos fatores são discutidas com base na análise dos conteúdos dos itens e das relações com medidas externas.

Palavras-chave: Estrutura Hierárquica; Fidedignidade; Normas; Personalidade; Validade.

Abstract

The current study aimed investigating validity and reliability evidences for the Inventory of Personality Organization – Brazil (IPO-Br) in a clinical and a nonclinical sample, and also providing norms for its interpretation. A total of 1,704 individuals participated of this study, and 46% of the total sample were composed by patients. The Clinical Primary Scales' internal structure was better represented by four factors (Instability of Self and Others, Instability of Behavior; Instability of Goals; and Psychosis), and for the Additional Scales by three factors (Self-directed Aggression; Distortion of Moral Values; and Sadistic Aggression). The IPO-Br hierarchical structure has showed theoretical relation with structured models of personality pathology. Good reliability coefficients were found and the IPO-Br factors presented associations theoretically convergent with adaptive and maladaptive psychological functioning measures. Preliminary norms for IPO-Br interpretation are presented. Operational definitions for the IPO-Br factors, based on item contents and external correlations, are presented as well.

Keywords: Hierarchical Structure; Reliability; Norms; Personality; Validity.

Introdução

O Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br) (Oliveira & Bandeira, 2011) é um instrumento adaptado para a língua e cultura brasileiras a partir do *Inventory of Personality Organization* (IPO) (Clarkin, Foelsch, & Kernberg, 2001; Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, & Foelsch, 2001). O IPO foi desenvolvido para mensurar os construtos centrais da teoria da organização da personalidade de Otto F. Kernberg (Oldham et al., 1985), a saber: 1) o grau de constituição da identidade; 2) o nível das operações psicológicas defensivas; e 3) a capacidade para testar a realidade (Kernberg, 1995; Kernberg & Caligor, 2005). De acordo com esse modelo, a identificação das formas como essas funções psicológicas estão organizadas nas pessoas permite o diagnóstico da estrutura da personalidade. O modelo propõe quatro tipos principais de organizações estruturais, a saber, a organização da personalidade normal, a neurótica, a *borderline* e a psicótica. A normal e a neurótica são caracterizadas pela presença de uma identidade integrada, de defesas maduras e de intacta capacidade para testar a realidade. O que as diferencia, segundo Kernberg (1995), é a rigidez de caráter presente na organização neurótica, onde os traços mal adaptativos de personalidade são manifestados de forma automática e rígida. As organizações *borderline* e psicótica, por sua vez, são caracterizadas pela presença de uma identidade difusa e de defesas primitivas. O que as diferencia é o grau de prejuízo na capacidade para testar a realidade. A organização *borderline* pode apresentar desde um funcionamento intacto até um funcionamento prejudicado nessa habilidade, enquanto que a psicótica apresenta um importante comprometimento nela (Kernberg & Caligor, 2005).

A primeira versão do IPO foi desenvolvida em 1985, em um estudo que buscou testar teórica e empiricamente itens que mensurassem essas três funções psicológicas (Oldham et al., 1985). Os itens foram elaborados para capturar os aspectos mal adaptativos dessas variáveis e as três escalas resultantes, atualmente chamadas de Escalas Clínicas Primárias, continham 10 itens cada uma e foram nomeadas de Difusão de Identidade (DI), Defesas Primitivas (DP) e Teste de Realidade (TR). Uma versão reformulada foi desenvolvida em 1995 (Kernberg & Clarkin, 1995), quando foram acrescentados novos itens para as Escalas Clínicas Primárias e foram elaboradas novas escalas para avaliar características patológicas da personalidade como agressão, valores morais e estilos de personalidade. Essa versão apresentou adequados indicadores de validade e fidedignidade para as Escalas Clínicas Primárias (DI, DP e TR), mas, para as outras subescalas, foram observadas fragilidades psicométricas (Normandin et al., 2002; Quiroga, Solano, &

Fontao, 2003). A última reformulação foi feita em 2001 (Clarkin et al., 2001; Lenzenweger et al., 2001), onde mantiveram-se as Escalas Clínicas Primárias (DI, DP e TR) e foram definidas as Escalas Adicionais com as dimensões Agressão (Ag) e Valores Morais (VM). Essa versão tem apresentado adequadas propriedades psicométricas, principalmente para as Escalas Clínicas Primárias (Berghuis, Kamphuis, Boedijn, & Verheul, 2009; Ellison, 2009; Igaraschi, et al., 2009; Lenzenweger et al., 2001; Oliveira, 2012; Silveira, 2015; Smits, Vermote, Claes, & Vertommen, 2009).

Recentemente, Ellison e Levy (2012) demonstraram que a estrutura interna das Escalas Clínicas Primárias dessa última versão do IPO seria melhor representada por quatro fatores, ao invés de três. Os autores realizaram, pela primeira vez, em uma grande amostra norte americana, uma análise exploratória da matriz de covariância dos itens. Os fatores extraídos foram nomeados de Instabilidade do Self e Outros, Instabilidade do Comportamento, Instabilidade nos Objetivos e Psicose. Os autores apontaram que essa nova configuração estrutural do IPO se mostra intrinsecamente relacionada à teoria de Kernberg, sinalizando sua utilidade clínica para a avaliação de aspectos mal adaptativos da personalidade. Cabe ressaltar ainda que essa estrutura tetrafatorial foi a que apresentou melhores índices de ajustes em um estudo que comparou os diferentes modelos fatoriais existentes do IPO (Prete et al., 2015).

A versão brasileira do IPO foi adaptada por Oliveira e Bandeira (2011) e dois estudos indicaram evidências de validade e fidedignidade dessa versão (Oliveira, 2012; Silveira, 2015). A pesquisa de Oliveira (2012) objetivou investigar a estrutura interna das escalas, por meio de abordagem confirmatória, e também buscar evidências de validade e fidedignidade. Salienta-se que nesse estudo a estrutura tetrafatorial não foi testada. Os resultados confirmaram aqueles encontrados por Lenzenweger et al. (2001), onde os itens das escalas DI e DP formam um único fator e os da escala TR um segundo fator. Oliveira (2012) encontrou associações positivas entre as escalas do IPO-Br e sintomas depressivos, ansiosos, expressão de raiva, afetos negativos, mecanismos de defesa imaturos e neuróticos, e traços de organização *borderline* da personalidade. Foram também observadas relações negativas entre as escalas do IPO-Br e afetos positivos, mecanismos de defesa maduros, adequado autoconceito e assertividade. Coeficientes de consistência interna e de estabilidade temporal sugeriram a confiabilidade das escalas (Oliveira, 2012).

No estudo de Silveira (2015), foram investigadas a capacidade dos escores nas escalas do IPO-Br diferenciarem grupos formados por critério externo, a saber, o nível de funcionamento da personalidade. Foi também objetivo investigar as validades convergente e incremental do IPO-Br com traços normativos da personalidade, de acordo com o

modelo dos cinco grandes fatores (McCrae & John, 1992). Os resultados desse estudo apoiaram os postulados teóricos de Kernberg (1995), os quais preconizam que os níveis estruturais são distribuídos em um contínuo de severidade do funcionamento da personalidade. Isso porque quanto maior era o nível de prejuízo no funcionamento da personalidade dos grupos, maiores foram os escores nas escalas do IPO-Br. Silveira (2015) também observou que as associações encontradas entre o IPO-Br e os cinco fatores da personalidade estimados por meio da Bateria Fatorial da Personalidade (BFP; Nunes, Hutz, & Nunes, 2010) foram congruentes com o *NAC profile*. Esse perfil é caracterizado por altos escores em Neuroticismo e baixos escores em Socialização e Conscienciosidade (Berghuis et al., 2009). Pacientes com transtornos de personalidade (TP), independente de seu tipo específico, geralmente apresentam altos níveis de neuroticismo e baixos de socialização, de acordo com a literatura da área (Saulsman & Page, 2002; Widiger & Costa, 2002).

Propostas do presente estudo

O estudo de Oliveira (2012), que se propôs a investigar a estrutura fatorial da versão brasileira do IPO, como dito anteriormente, valeu-se de abordagem confirmatória e não testou a estrutura tetrafatorial proposta por Ellison e Levy (2012). Dessa forma, viu-se a necessidade de conduzir novas investigações acerca da estrutura interna do IPO-Br. Sendo assim, o objetivo geral do presente estudo foi investigar a estrutura fatorial do IPO-Br e buscar novas evidências de validade e fidedignidade. Para tanto, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

1) Investigar de forma exploratória a estrutura interna das Escalas Clínicas Primárias do IPO-Br: considerando que a literatura não é consensual, e ainda incipiente, no que se refere à estrutura interna do IPO, buscou-se no presente estudo abordar os dados de forma exploratória. O intuito foi de verificar se os quatro fatores extraídos por Ellison e Levy (2012) se replicariam em uma outra amostra de forma livre, isto é, sem as restrições estruturais dos modelos confirmatórios.

2) Analisar a estrutura fatorial das Escalas Adicionais de modo exploratório: não foram encontrados na literatura estudos que verificassem de forma exploratória a estrutura fatorial dos itens que compõem as Escalas Adicionais do IPO. Dessa forma, optou-se por investigar a matriz de covariância dos dados de forma exploratória, com o objetivo de identificar a solução fatorial que melhor explique a variância dos dados.

3) Examinar a estrutura hierárquica dos fatores do IPO-Br: estudos na área da personalidade têm investigado a forma como os traços de personalidade se organizam hierarquicamente (Kushner, Quilty, Tackett, & Bagby, 2011; Markon, Krueger, & Watson, 2005; Tackett, Quilty, Sellbom, Rector, & Bagby, 2008; Wright et al., 2012). Estes modelos hierárquicos permitem uma compreensão dinâmica de como os traços de personalidade se organizam e se relacionam entre os diferentes níveis da hierarquia. Eles também possibilitam formas alternativas de interpretação desses traços. Não foram encontradas na literatura pesquisas que tenham investigado a estrutura hierárquica do IPO. Dessa forma, buscou-se com a presente pesquisa sanar essa lacuna e investigar a estrutura hierárquica dos fatores do IPO-Br.

4) Estimar índices de fidedignidade do IPO-Br: um dos aspectos psicométricos importantes a serem investigados em instrumentos psicológicos é o nível de fidedignidade das escalas (American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education, 2014). Para tanto, foi também objetivo do presente estudo verificar a confiabilidade das escalas para a mensuração dos traços mal adaptativos da personalidade, por meio de diferentes métodos de estimação.

5) Analisar o modelo de mensuração do IPO-Br por meio da abordagem da Teoria de Resposta ao Item (TRI): buscou-se também verificar a adequação do modelo de mensuração do IPO-Br por meio da estimação dos parâmetros métricos de Samejima (1969). Foi objetivo analisar os níveis de discriminação dos itens e de informação das escalas. Buscou-se também examinar a fidedignidade marginal dos padrões de respostas e os ajustes dos modelos como um todo.

6) Verificar a capacidade dos escores nos fatores do IPO-Br diferenciarem pessoas com e sem indicadores de funcionamento psicológico mal adaptativo: pesquisas prévias têm suportado a capacidade dos escores do IPO em diferenciar pessoas com diferentes níveis de prejuízo no funcionamento psicológico (Berghuis et al., 2009; Oliveira, 2012; Silveira, 2015; Smits et al., 2009). Desta forma, buscou-se novas evidências de validade do IPO-Br em diferenciar pessoas com e sem indicadores de psicopatologia, uma vez que é conhecida essa relação entre traços mal adaptativos da personalidade e transtornos psiquiátricos (Alnaes & Torgersen, 1988). Foi também objetivo verificar se escores do IPO-Br se diferenciariam entre pessoas com e sem riscos de comportamentos suicidas, visto que pacientes com TP tendem a ser vulneráveis a esse tipo de comportamento (Cheng, Mann, & Chan, 1997).

7) Analisar a relação dos fatores do IPO-Br com medidas de traços patológicos da personalidade conforme operacionalizados pelos paradigmas do DSM-IV-TR (APA, 2000) e DSM-5 (APA, 2013): segundo o modelo de Kernberg (1995), as estruturas de personalidade ancoram certos tipos de TP. Foi objetivo do presente estudo, portanto, verificar o padrão de associações entre os fatores do IPO-Br e os TP descritos na quarta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM; APA, 2000) e os traços patológicos da personalidade descritos na quinta edição do DSM (APA, 2013).

8) Investigar os padrões de associação dos fatores do IPO-Br com medidas do funcionamento sadio e patológico da personalidade: diferentes abordagens teóricas se propõem a investigar aspectos específicos da personalidade, sejam eles normativos ou patológicos. Buscou-se, no presente estudo, averiguar os padrões de convergência e discriminação dos fatores do IPO-Br com traços e funções sadias e patológicas da personalidade. O objetivo foi somar evidências de validade para os construtos dos fatores do IPO-Br.

9) Averiguar as relações dos fatores do IPO-Br com medidas de indicadores positivos de saúde mental e de sintomatologia psiquiátrica: pesquisas têm mostrado a associação entre TP e outros transtornos psiquiátricos (Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005), assim como a diminuição da qualidade de vida em pessoas com traços patológicos de personalidade (Cramer, Torgersen, & Kringlen, 2006). Dessa forma, buscou-se averiguar a relação dos fatores do IPO-Br com escalas que avaliam sintomatologias psiquiátricas e indicadores de qualidade de vida.

10) Investigar o efeito de variáveis de contexto sobre os escores do IPO-Br para a elaboração de normas de desempenho: estudos têm mostrado que a idade e o gênero tendem a influenciar os escores no IPO, mesmo que com baixa magnitude (Igarashi et al., 2009; Zimmermann et al., 2013). Dessa forma, foi objetivo verificar os efeitos das variáveis sexo, idade, condição socioeconômica e região de moradia sobre os escores do IPO-Br, para a elaboração das normas preliminares.

Método

Participantes

Participaram do estudo um total de 1.704 indivíduos, com idade variando entre 15 e 73 anos ($M = 29,8$, $DP = 10,5$). A maioria era do sexo feminino (71,8%) e de etnia branca (70,8%). Do total da amostra, 44% declararam residir na região Sul do Brasil e 36% na região Sudeste, enquanto que as demais regiões tiveram baixa representatividade (1,5% do Norte, 8,9% do Nordeste e 5,6% do Centro-Oeste). A maioria dos participantes declarou ter uma renda familiar entre um e cinco salários mínimos (39,5%). Detalhes da caracterização da amostra estão disponíveis na Tabela Suplementar S1 no Material Suplementar.

A maioria dos participantes (87,6%) respondeu ao protocolo de pesquisa por meio de um sistema *online*. Os demais tiveram os dados coletados presencialmente por papel e caneta. A amostra foi dividida, inicialmente, em três grupos, a saber: um grupo de participantes sem indicadores de psicopatologia ($n = 921$); um segundo grupo de participantes que estavam em atendimento em instituições de saúde mental e/ou que relataram ter algum diagnóstico psiquiátrico ($n = 380$); e um terceiro grupo de participantes que não relataram possuir quaisquer transtornos psiquiátricos, mas que apresentaram escores críticos nas escalas de Risco de Suicídio da *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.; escores ≥ 6) e de sintomatologia psiquiátrica do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20; escore ≥ 8) ($n = 403$). Contudo, considerando que os dois grupos clínicos não diferiram entre si de forma estatisticamente significativa nas médias dos fatores do IPO-Br, optou-se por colapsá-los em um único grupo clínico ($n = 783$).

Instrumentos

Caracterização da amostra

Questionário de Dados Sociodemográficos e de Condição de Saúde (QDSCD): Foi elaborado, para a presente pesquisa, um questionário para levantar informações para a caracterização da amostra. As perguntas versavam sobre aspectos sociodemográficos (sexo, idade, etnia, região de moradia, etc.) e sobre condições de saúde (diagnóstico psiquiátrico e medicação psicotrópica). Foram incluídos neste questionário os seis itens do módulo Risco de Suicídio da M.I.N.I. (Sheehan et al., 1998).

Avaliação estrutural da personalidade

Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br; Oliveira & Bandeira, 2011): O IPO-Br é a versão brasileira do *Inventory of Personality Organization* (IPO: Clarkin, Foelsch, & Kernberg, 2001; Lenzenweger et al, 2001). Trata-se de um instrumento de autorrelato, composto por 83 itens que são respondidos em uma escala tipo Likert de cinco pontos (1 “nunca verdadeiro” e 5 “sempre verdadeiro”). Estudos têm reportado consistentes evidências de validade e fidedignidade (Berghuis et al, 2009; Ellison & Levy, 2012; Igaraschi, et al., 2009; Lenzenweger et al, 2001; Normandin, et al., 2002; Preti et al., 2015; Quiroga, Solano, & Fonato, 2003; Smits et al., 2009). A versão brasileira do IPO também tem mostrado adequados parâmetros psicométricos (Oliveira, 2012; Silveira, 2015).

Transtornos de personalidade (DSM-IV e DSM-5)

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II – Personality Questionnaire (SCID-II-PQ; First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997): Trata-se de um instrumento de autorrelato composto por 119 itens de resposta dicotômica (0 “não” e 1 “sim”) que avaliam os sintomas dos 10 tipos de TP descritos no DSM-IV-TR (APA, 2000), assim como os TP Depressivo e Passivo-Agressivo. Nota-se que as características do TP Antissocial são avaliadas no SCID-II-PQ por meio de 15 itens que avaliam retrospectivamente sintomas de Transtorno de Conduta na adolescência. A literatura tem reportado adequadas evidências de validade e fidedignidade do SCID-II-PQ (Fossati, Krueger, Markon, Borroni, & Maffei, 2013; Jacobsberg, Perry, & Frances, 1995; Osonne, & Takahashi, 2003; Ryder, Costa Jr, & Bagby, 2007; Warren, & South, 2009). Foi utilizada a versão brasileira adaptada por Melo e Rangé (2010).

Personality Inventory for DSM-5 (PID-5; Krueger et al., 2012): Este é um instrumento de autorrelato, com 220 itens respondidos em escala tipo Likert de quatro pontos (0 “não tem nada a ver comigo” e 3 “tem muito a ver comigo”). O PID-5 avalia os 25 traços patológicos da personalidade propostos no modelo alternativo de diagnóstico dos TP dispostos no DSM-5 (APA, 2013). Dados de evidências de validade e fidedignidade estão dispostos na literatura (Bastiaens et al., 2015; Bo, Bach, Mortensen, & Simonsen, 2015; Fossati et al., 2013; Gutiérrez et al., 2015; Krueger et al., 2012; Quilty, Ayearst, Chmielewski, Pollock, & Bagby, 2013; Zimmermann et al., 2014). Foi utilizada a versão brasileira adaptada pelo Dr. Ricardo Primi e colaboradores.

Funcionamento adaptativo e mal adaptativo da personalidade

Mini Marcadores da Personalidade (MMP; Hauck Filho, Machado, Teixeira, & Bandeira, 2012): É um instrumento brasileiro de autorrelato constituído de 25 adjetivos descritores da personalidade respondidos em uma escala tipo Likert de cinco pontos (1 “discordo totalmente” e 5 “concordo totalmente”). O MMP oferece uma estimação dos cinco domínios da personalidade de acordo com o Modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade (McCrae & John, 1992). Evidências de validade e fidedignidade são reportadas por Hauck Filho et al. (2012) e Machado, Hauck Filho, Teixeira, & Bandeira (2014).

Defense Style Questionnaire (DSQ-40; Andrews, Singh, & Bond, 1993): O DSQ-40 é um instrumento de autorrelato composto por 40 itens pontuados em uma escala tipo Likert de nove pontos (1 “discordo totalmente” e 9 “concordo totalmente”). O DSQ-40 avalia 20 tipos específicos de mecanismos de defesa que são organizados em três domínios: Defesas Maduras, Neuróticas e Imaturas. Indicadores de validade e fidedignidade são descritos na literatura (Andrews et al., 1993; Blaya et al., 2007). Foi utilizada a versão brasileira adaptada por Blaya et al. (2004).

Escalas de Egocentrismo Maquiavélico, Descontrole e Audácia (EMDA; Hauck Filho, Salvador-Silva, & Teixeira, 2015): Trata-se de um instrumento brasileiro de autorrelato, com 60 itens respondidos em uma escala tipo Likert de quatro pontos (1 “definitivamente não” e 4 “definitivamente sim”). Ele foi elaborado de acordo com o modelo triárquico da psicopatia de Patrick, Fowles e Krueger (2009). Ele visa a avaliação dos traços psicopáticos na comunidade geral. Evidências de validade e fidedignidade são apresentadas por Hauck Filho et al. (2015).

Temperament & Personality Inventory (T&P; Parker, Manicavasagar, Crawford, Tylly, & Gladstone, 2006): Trata-se de um instrumento de autorrelato composto por 109 itens que são respondidos em escala tipo Likert de quatro pontos (0 “falso” e 3 “muito verdadeiro”). Um total de 89 itens do T&P avalia oito características temperamentais e de personalidade, enquanto que os 20 itens restantes examinam dois aspectos do funcionamento da personalidade (Cooperatividade e Efetividade). São encontradas na literatura evidências de validade e fidedignidade (Parker & Crawford, 2007; Parker et al., 2006; Spanemberg, Parker et al., 2014). Foi utilizada a versão brasileira adaptada por Spanemberg, Salum et al. (2014).

Indicadores positivos e negativos de saúde mental

Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20; Harding et al., 1980): Este é um instrumento de autorrelato com 20 itens de resposta dicotômica (0 “não” e 1 “sim”). Ele é

um instrumento de rastreio dos transtornos mentais comuns com itens que descrevem sintomas ansiosos, depressivos e psicossomáticos. O escore oito foi utilizado como ponto de corte para classificar os participantes com vulnerabilidade para transtornos psiquiátricos. Esse ponto de corte é recomendado por pesquisas nacionais e internacionais (Gonçalves, Stein, & Kapczinski, 2008; Harpham et al., 2003; Mari & Williams, 1985).

Depression, Anxiety, and Stress Scales (DASS-21; Henry & Crawford, 2005): Este é um instrumento de autorrelato com 21 itens respondidos em uma escala tipo Likert de quatro pontos (0 “não se aplicou a mim de forma alguma” e 3 “Aplicou-se muito a mim ou na maior parte do tempo”). Trata-se de um instrumento de rastreio dos níveis de depressão, ansiedade e estresse. A literatura apresenta indicadores de validade e fidedignidade da DASS-21 (Antony et al., 1998; Crawford, & Henry, 2003; Henry & Crawford, 2005). Foi utilizada a versão brasileira adaptada por Machado e Bandeira (*manuscript in preparation*).

Positive Affects and Negative Affects Schedule (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988): Foi utilizada na presente pesquisa uma versão refinada e reduzida da versão brasileira de Giacomoni e Hutz (1997). Trata-se de um instrumento de autorrelato com 22 palavras descritoras de afetos positivos (10 itens) e de afetos negativos (12 itens) que são pontuadas em uma escala tipo Likert de cinco pontos (1 “nem um pouco” e 5 “extremamente”). Um estudo apresentou evidências de validade e fidedignidade dessa versão reduzida (Oliveira, Machado, Bandeira, & Giacomoni, 2013).

Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF; Keyes, 2005): O MHC-SF é um questionário de autorrelato composto por 14 itens respondidos em uma escala tipo Likert de seis pontos (1 “nunca” e 6 “todos os dias”). Ele oferece uma estimativa do bem-estar emocional, psicológico, social e um índice geral de saúde mental positiva. A literatura reporta adequados indicadores de validade e fidedignidade (Lamers, Westerhof, Bolhmeijer, ten Klooster, & Keyes, 2011; Keyes et al., 2008). Foi utilizada a versão brasileira adaptada por Machado e Bandeira (2015).

Psychological Well-Being Scale (PWBS; Ryff & Essex, 1992): Foi utilizada a versão brasileira adaptada por Machado, Pawlowsky e Bandeira (2013). Esta versão é composta por 36 itens respondidos em uma escala tipo Likert de seis pontos (1 “discordo totalmente” e 6 “concordo totalmente”). A PWBS avalia as seis dimensões do bem-estar psicológico de Ryff e Keyes (1995). Evidências de validade e fidedignidade são reportados na literatura (Machado et al., 2013; Ryff & Keyes, 1995; Van Dierendonck, 2004).

Dados descritivos e de consistência interna dos instrumentos da atual amostra estão disponíveis na Tabela Suplementar S2.

Procedimentos

O protocolo desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi realizada via papel e caneta e via uma plataforma *online*. A coleta presencial foi realizada no Estado do Rio Grande do Sul em instituições de ensino e de saúde mental. Na coleta presencial foram aplicados os instrumentos QDSCS, IPO-Br, PID-5 e SRQ-20. Para a coleta *online* foi elaborada uma plataforma virtual constituída de dois blocos (Bloco Principal e Bloco Secundário), sendo o primeiro composto pelos cinco instrumentos principais da pesquisa (QDSCS, IPO-Br, PID-5, SCID-II-PQ e SRQ-20) e o segundo com os instrumentos facultativos (MMP, DSQ-40, EMDA, T&P, DASS-21, PANAS, MHC-SF e PWBS). Os participantes somente tiveram acesso ao segundo bloco de instrumentos após terem completado o preenchimento dos instrumentos do primeiro bloco. Dado o grande tamanho do protocolo de pesquisa, foi criado um sistema de cadastro na plataforma *online*, permitindo que os participantes pudessem responder aos questionários de acordo com suas disponibilidades de tempo. Ao finalizarem o preenchimento de todos os instrumentos do primeiro bloco, aparecia para os participantes um botão para baixarem um arquivo com os principais resultados descritivos de seus desempenhos nos instrumentos. Considerando que o segundo bloco era constituído de instrumentos facultativos, isto é, os participantes poderiam escolher não responder nenhum ou qualquer um ou até mesmo todos os instrumentos, o botão para baixar o relatório de desempenho era disponibilizado após cada instrumento ter sido respondido.

O sistema *online* foi constituído, então, de cinco passos: 1) os colaboradores tiveram que ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e decidir se aceitariam ou não participar voluntariamente da pesquisa; 2) os que aceitaram tiveram que fazer um cadastro (nome, *login* e senha) para acessar o sistema. Os dados de cadastro foram criptografados, garantindo o anonimato dos participantes; 3) uma vez feito o cadastro, os participantes tiveram acesso à primeira interface da pesquisa, a qual continha instruções gerais e um botão de acesso ao primeiro bloco de instrumentos (Bloco Principal). Nota-se que o botão de acesso ao Bloco Secundário somente se tornava disponível uma vez que o Bloco Principal tivesse sido concluído; 4) uma vez acessado o Bloco Principal, os participantes tiveram acesso à lista dos instrumentos com uma breve descrição de cada um e os seus respectivos tempos para serem completados. Desta forma, os participantes poderiam julgar se teriam tempo suficiente para completar o questionário; 5) uma vez completados os instrumentos do Bloco Principal, os participantes tiveram acesso ao

relatório de desempenho e poderiam acessar o Bloco Secundário de instrumentos. Neste momento, os participantes poderiam concluir sua participação na pesquisa ou seguir respondendo os instrumentos do Bloco Secundário.

A plataforma *online* foi divulgada em mídias sociais, listas de e-mails e em palestras e aulas. O sistema foi divulgado em grupos de apoio a pacientes e familiares de diferentes tipos de psicopatologia, tais quais, esquizofrenia, depressão, ansiedade, fobia social, bipolar e personalidade borderline. A técnica de amostragem *Snowball* (Goodman, 1961) foi encorajada.

Análises dos dados

Estrutura interna e hierárquica

A estrutura fatorial do IPO-Br foi investigada via modelagens de equações estruturais exploratórias (*Exploratory Structural Equation Modeling* – ESEM; Asparouhov & Muthén, 2009). Seguindo a literatura da área, optou-se por verificar a estrutura fatorial para o conjunto de itens referentes às Escalas Clínicas Primárias (total de 57 itens) separadamente dos itens das Escalas Adicionais (28 itens). A abordagem exploratória foi escolhida em detrimento de uma abordagem confirmatória, visto que o estudo de Ellison e Levy (2012) foi o primeiro estudo que se propôs a explorar os itens das Escalas Clínicas Primárias em uma amostra norte americana, e nenhuma outra exploração dos dados foi feita depois disso. Além disso, Ellison e Levy (2012) sugeriram que a estrutura fatorial do IPO fosse explorada em outras amostras para verificar se o fator Instabilidade nos Objetivos se replicaria, visto que este poderia ser produto de um viés amostral, que se consistiu de alunos que recentemente ingressaram em curso superior, ou devido a aspectos técnicos, visto que este fator foi composto por apenas dois itens que têm conteúdos bastante similares.

Inicialmente foi verificada a quantidade de fatores a ser retida por meio do *Minimum Average Partial test* (MAP; Velicer, 1976). O teste de MAP é baseado na média das correlações parciais das variáveis depois da remoção do efeito do(s) fatores(s) prévios. O número de fatores a ser retido é aquele que minimiza a média quadrada das correlações parciais (Velicer, 1976). Estas análises foram conduzidas com base na matriz de correlações policóricas dos itens, devido à assimetria e natureza ordinal dos itens. Foi utilizado o *software* estatístico R com o pacote “*psych*” (Revelle, 2015) para a realização dessas análises.

Em seguida, ESEMs foram conduzidas comparando modelos de um fator até a quantidade de fatores indicada pelos testes de MAP mais um (ex.: se o teste de MAP

indicou a retenção de três fatores, foram conduzidas ESEMs de um a quatro fatores). As ESEMs foram realizadas seguindo os mesmos procedimentos descritos por Ellison e Levy (2012). Foi utilizado o estimador robusto de mínimos quadrados ponderados ajustados para média e variância (WLSMV), o qual é indicado para variáveis categóricas (Flora & Curran, 2004), e o método de rotação geomin oblíquo, que apresentou melhores resultados para ESEMs (Asparouhov & Muthén, 2009). Estas análises foram realizadas via o *software* estatístico Mplus versão 7.31 (Muthén & Muthén, 1998-2015).

Coefficientes de congruência de Tucker (1951) foram computados para verificar o grau de congruência entre os fatores extraídos na amostra brasileira e os fatores encontrados por Ellison e Levy (2012). Trata-se de uma medida padronizada de proporcionalidade de elementos entre dois vetores. De acordo com Lorenzo-Seva e Ten Berge (2006), coeficientes com valores entre 0,85 e 0,94 sinalizam a similaridade entre os fatores e que valores maiores que 0,95 indicam que os valores são virtualmente iguais.

A estrutura hierárquica do IPO-Br também foi investigada de acordo com o método proposto por Goldberg (2006). Para tanto, análises de componentes principais (*Principal Component Analysis* – PCA) foram realizadas com método de rotação ortogonal varimax. De acordo com a proposta metodológica de Goldberg (2006), a estrutura hierárquica é estimada via uma série de PCAs, estando no primeiro nível da hierarquia o modelo de um componente, sendo seguido por um número crescente de componentes (dois componentes no segundo nível, três componentes no terceiro, etc.). O caminho entre os níveis hierárquicos se dá por meio da correlação dos escores regredidos dos componentes entre os níveis da hierarquia. Estas análises foram realizadas pelo *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Fidedignidade

A consistência interna dos fatores do IPO-Br foi estimada por meio de diferentes métodos. Foi verificada a correlação média entre os itens (CMI) que é uma medida menos influenciada pelo tamanho da escala (Quilty et al., 2013). Analisou-se também a correlação entre os itens e os totais corrigidos dos fatores (r_{i-t}), que permite verificar a relação de cada item com sua respectiva escala. A consistência interna também foi estimada pelo método do alfa de Cronbach (Cronbach, 1951), o qual foi estimado considerando os dados como sendo ordinais (Gaderman, Guhn, & Zumbo, 2012). A fidedignidade dos fatores do IPO-Br também foi estimada pelo método das seis estimações de Guttman (Lambda seis; Guttman, 1945), definido como a razão da variância do escore verdadeiro para a variância do escore observado. Também foi aplicado o ômega hierárquico de McDonald, definido como a

proporção da variância nos escores da escala explicadas pelo fator geral, assim como o ômega hierárquico assintótico, como uma medida de generalização dos itens do teste. O valor do ômega total que é baseado na decomposição da variância do escore do teste em quatro partes: aquela devido ao fator geral, aquela devido ao conjunto de fatores grupais, aquela devido aos fatores específicos e aquela devido ao erro aleatório (Revelle, 2015). Essas análises foram realizadas utilizando o *software* estatístico R com o pacote “*psych*” (Revelle, 2015).

Teoria de Resposta ao Item (TRI)

As respostas aos itens foram modeladas pelo Modelo de Resposta Gradual (*Graded Response Model*) de Samejima (1969) e os parâmetros dos itens foram estimados usando o método da máxima verossimilhança marginal (*maximum likelihood marginal* – MML). O GRM estima a inclinação (*slope*) e os limiares (*thresholds*) dos itens. A inclinação refere-se ao parâmetro de discriminação que é entendido como a habilidade do item em diferenciar indivíduos nos diferentes níveis do traço latente (teta θ). Esperam-se inclinações maiores que 0,50 (An & Yung, 2014). Os limiares são os parâmetros de dificuldade dos itens e indicam o nível de θ necessário para que uma pessoa escolha um ponto específico da escala de resposta. As curvas de informação do teste foram estimadas para verificar as regiões do traço latente para as quais os testes são mais informativos. A fidedignidade marginal do padrão de respostas foi computada com base na média da informação do teste no θ variando de -6 a 6. Para estas análises foi utilizado o *software* estatístico R com o pacote “*mirt*” (Chalmers, 2012).

Validade concorrente e convergente

Testes *t* de Student foram realizados para comparar as diferenças de médias entre grupos de participantes com e sem indicadores de funcionamento psicológico mal adaptativo. Os tamanhos de efeito foram calculados pelo método do *d* de Cohen (Cohen, 1988). Os tamanhos de efeito foram classificados conforme sugerido por Cohen (1988): $d > 0,3$ pequeno, $d > 0,5$ moderado, $d > 0,8$ grande. Para testar os padrões de convergência e discriminação dos fatores do IPO-Br com medidas do funcionamento psicológico sadio e patológico foram realizados modelos de regressão linear múltipla. Essas análises foram realizadas via SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Normas

Para a elaboração das normas de interpretação foram verificados os efeitos do sexo, idade, contexto socioeconômico (operacionalizado como número de salários mínimos da família) e região de residência sobre os escores nos fatores do IPO-Br. Para tanto, foram realizados testes *t* de Student, ANOVAs e correlações de Pearson. Os escores foram padronizados na métrica do escore T (média 50 e desvio-padrão 10). Essas análises foram realizadas via SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Resultados

Estrutura interna e hierárquica

Para investigação da estrutura interna do IPO-Br foi conduzida uma série de ESEMs. Seguindo a literatura da área, foram conduzidas ESEMs para os 57 itens das Escalas Clínicas Primárias separadamente dos 26 itens Escalas Adicionais. Para as Escalas Clínicas Primárias o teste de MAP indicou que a matriz dos dados seria melhor representada por quatro fatores. O teste de MAP alcançou um mínimo de correlação residual de 0,01 com a retenção de quatro fatores. Dentre os ESEMs (ver parte superior da Tabela 1.1), apesar de o modelo de cinco fatores ter apresentado melhores índices de ajuste, o modelo de quatro fatores foi o mais parcimonioso, uma vez que com quatro fatores os índices de ajuste já se mostraram adequados. Além do mais, o modelo de cinco fatores não se mostrou interpretável. Os quatro fatores extraídos no presente estudo mostraram-se intrinsecamente relacionados com os encontrados por Ellison e Levy (2012).

Tabela 1. 1: Comparação entre modelos estruturais (ESEM)

Escalas Clínicas Primárias									
	χ^2	d.f.	RMSEA	IC95%		CFI	TLI	DIFFTEST	
				↓	↑			$\Delta \chi^2$	d.f.
1-F	1.0673,059	1.539	0,059	0,058	0,060	0,890	0,885	-	-
2-F	7387,499	1.483	0,048	0,047	0,049	0,929	0,923	2008,407	56
3-F	6110,295	1.428	0,044	0,043	0,045	0,943	0,937	1103,971	55
4-F	4920,061	1.374	0,039	0,038	0,040	0,957	0,950	957,334	54
5-F	4056,917	1.321	0,035	0,034	0,036	0,967	0,960	4920,061	53

Escalas Adicionais									
	χ^2	d.f.	RMSEA	IC95%		CFI	TLI	DIFFTEST	
				↓	↑			$\Delta \chi^2$	d.f.
1-F	3006,364	275	0,076	0,074	0,079	0,872	0,860	-	-
2-F	1867,474	251	0,061	0,059	0,064	0,924	0,909	816,610	24
3-F	1374,814	228	0,054	0,052	0,057	0,946	0,929	402,347	23
4-F	1026,035	206	0,048	0,045	0,051	0,962	0,944	315,307	22

Nota: Os modelos que apresentaram melhor relação entre índice de ajuste e interpretabilidade estão salientados em negrito; Todos os testes de χ^2 , assim como os testes de diferenças de modelos, tiveram valor de significância estatística $< 0,001$.

O primeiro fator ficou composto por trinta itens que descrevem tanto experiências de instabilidade nos relacionamentos com os outros, quanto percepções instáveis a respeito do *self*. Esse fator foi nomeado de Instabilidade do Self e Outros (ISO) e apresentou um coeficiente de Tucker de 0,94 com o fator de Ellison e Levy (2012). O segundo fator, por sua vez, ficou constituído por dez itens que descrevem experiências psicóticas tais quais alucinações visuais e auditivas, crenças incomuns e confusão mental. Esse fator foi chamado de Psicose (PSI) e também se mostrou semelhante ao de Ellison e Levy (2012) (coeficiente de Tucker = 0,93). O terceiro fator reuniu 15 itens que descrevem

comportamentos inconsistentes em relação aos outros, condutas impulsivas e mudanças de comportamento, e foi nomeado de Instabilidade do Comportamento (IC). Este fator foi o que menos se assemelhou ao de Ellison e Levy (2012) (coeficiente de Tucker = 0,77). Finalmente, o quarto fator reuniu os dois itens que refletem problemas no estabelecimento de metas de vida e pessoais, sendo nomeado de Instabilidade nos Objetivos (IO). Ele também se mostrou semelhante ao encontrado por Ellison e Levy (2012) (coeficiente de Tucker = 0,85). A Tabela Suplementar S3 apresenta as cargas fatoriais das Escalas Clínicas Primárias.

Para as Escalas Adicionais, verificou-se que a versão brasileira do item 19 “Felizmente, estou livre de muitos dos sentimentos de culpa que incomodam os outros e restringem suas vidas” foi interpretada ora como tendo valência positiva e ora negativa. Dessa forma, ele foi excluído das análises subsequentes. O teste de MAP dos 25 itens das Escalas Adicionais indicou que a matriz dos dados é melhor representada por três fatores, alcançando uma correlação residual mínima de 0,02 após a retenção de três fatores. As ESEMs indicaram melhores índices de ajuste para o modelo de quatro fatores quando comparados com o modelo de três fatores (ver parte inferior da Tabela 1.1). Contudo, o modelo de três fatores foi mais fácil de ser interpretado. O primeiro fator reuniu itens relacionados à automutilação e comportamento suicida, sendo chamado de Agressividade Autodirigida (AA). O segundo fator, por sua vez, reuniu itens relacionados a crenças e comportamentos mal adaptativos acerca de valores ético-morais. Esse fator compreendeu a maioria dos itens da escala VM. Contudo, o presente fator foi nomeado de Distorção dos Valores Morais (DVM), visto que os itens focam nos aspectos mal integrados e distorcidos da moralidade. Finalmente, os itens do terceiro fator estão relacionados a sentimentos de prazer em ver e em causar dor física e psicológica nos outros, assim como itens que refletem o controle e manipulação dos outros por meio de ameaças. Esse fator foi nomeado de Agressividade Sádica (AS). Detalhes da estrutura fatorial das Escalas Adicionais estão disponíveis na Tabela Suplementar S4.

A investigação de como os fatores do IPO-Br se estruturam hierarquicamente mostrou que eles se organizam de forma coerente com a proposta teórica de Kernberg (1995) (ver Figura 1.1). No primeiro nível, todas as sete dimensões do IPO-Br apresentaram cargas salientes, sugerindo um componente geral da personalidade, aqui nomeado de “Organização Patológica da Personalidade” (detalhes estão disponíveis na Tabela Suplementar S5). No segundo nível, o fator IO separou-se dos demais fatores apresentando-se como o principal representante do segundo componente. No terceiro nível, o componente “Organização Patológica da Personalidade” se dividiu em dois

componentes, sendo o primeiro constituído pelos fatores PSI, AA, ISO e IC, que remetem a sintomas do espectro “Internalizante”. Esse componente é caracterizado pela vivência de experiências sensoperceptivas incomuns, por sentimentos negativos e agressivos contra si próprio, por percepções fragmentadas do *self* e dos outros, e por inconsistências no comportamento. O segundo componente, por sua vez, representado pelos fatores AS e DVM, tem características típicas do espectro “Externalizante”. O principal representante desse componente foi o fator AS, que é caracterizado por comportamentos antissociais com elementos sádicos. O fator DVM, por sua vez, compartilhou variância com os dois componentes, mas apresentou maior associação com o segundo, indicando que as falhas na integração dos valores éticos e morais tendem a levar a comportamentos que ferem os direitos dos outros, principalmente quando há problemas no controle do comportamento (note que o fator IC também compartilhou variância com o segundo componente). No quarto nível, o fator AA se destacou do componente “Internalizante”, se configurando como o principal representante de um novo componente. No quinto nível, o componente “Internalizante” foi dividido nos componentes “Difusão da Identidade” e “Psicose” e o componente “Externalizante” passou a ser representado somente pelo fator AS. O componente “Difusão da Identidade” ficou representado pelos fatores DVM, ISO e IC, enquanto que o “Psicose” teve como principal representante o fator PSI. No sexto nível, o fator DVM se separou do componente “Difusão da Identidade” e, no sétimo nível, os fatores ISO e IC representaram seus respectivos componentes.

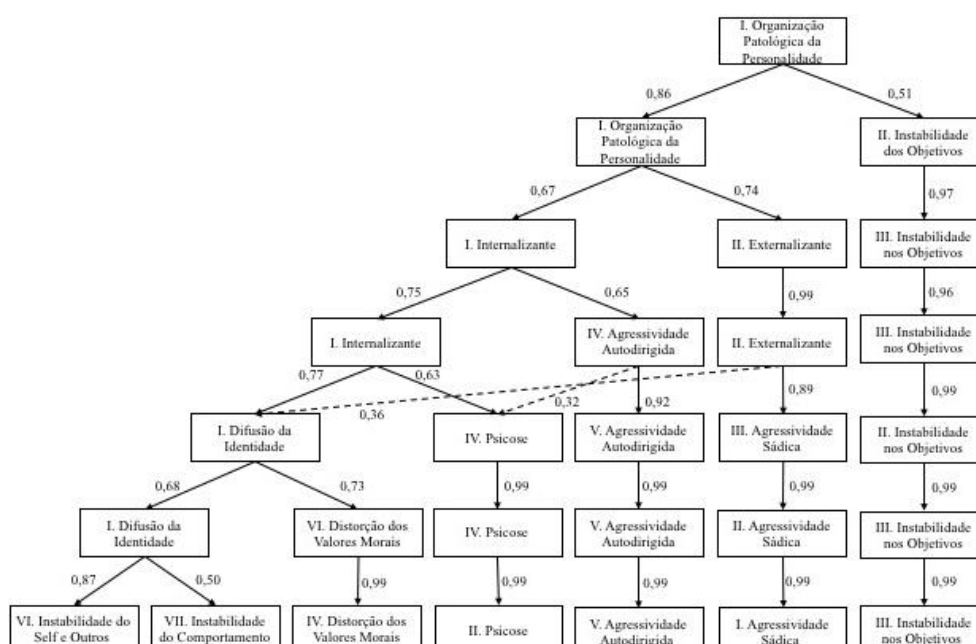


Figura 1. 1: Estrutura hierárquica do IPO-Br

Nota: Valores são os coeficientes de correlação de Pearson entre os níveis hierárquico (todos com significância estatística com $p < 0,001$); As setas indicam os caminhos entre os níveis da hierarquia; Relações fortes ($> |0,50|$) são representadas com setas de linhas inteiras; Relações moderadas ($> |0,30|$) são representadas com setas de linhas tracejadas; Correlações menores que $|0,30|$ não foram representadas; Números em algarismos romanos indicam a ordem dos componentes extraídos nas análises.

Fidedignidade

Os coeficientes de consistência interna das escalas do IPO-Br estão apresentados na Tabela 1.2. A correlação média entre os itens (CMI) das escalas variou de 0,27 (DVM) a 0,75 (IO) e a correlação média dos itens com os totais corrigidos de suas respectivas escalas variou de 0,52 (DVM) a 0,81 (IO). Uma análise da relação individual dos itens com suas respectivas escalas indicou que apenas cinco itens apresentaram relações frágeis ($r < 0,40$) com suas escalas, a saber, o item 47 do fator ISO (“Ficar sozinho é difícil para mim”; $r = 0,37$), os itens 41 (“Eu não cuido muito de minha saúde física”; $r = 0,26$) e 75 (“Você só consegue obter o que deseja machucando-se ou ameaçando que vai se machucar”; $r = 0,36$) do fator AA, o item 74 (“A divisão das coisas entre as pessoas é tão injusta que me sinto no direito de pegar coisas que não são minhas, desde que eu não corra risco de ser pego fazendo isso”; $r = 0,37$) do fator DVM e o item 67 (“Gosto de atividades que os outros consideram perigosas”; $r = 0,36$) do fator AS. A consistência interna estimada pelo método do alfa de Cronbach, considerando as variáveis como sendo ordinais, apresentou adequados coeficientes (α variou de 0,73 para AA a 0,94 para ISO).

Tabela 1. 2: Coeficientes de consistência interna dos fatores do IPO-Br

IPO-Br	$\bar{x} r_{i-t}$	CMI	α	α IC 95%		λ_6	α_{poly}	$\omega_h poly$	$\omega_{ha} poly$	$\omega_t poly$
				↓	↑					
ISO	0,56	0,34	0,94	0,93	0,94	0,94	0,94	0,84	0,89	0,94
IC	0,57	0,36	0,90	0,88	0,91	0,90	0,90	0,80	0,89	0,91
IO	0,75	0,75	0,86	0,80	0,92	0,75	0,86	-	-	-
PSI	0,55	0,36	0,84	0,82	0,86	0,85	0,85	0,64	0,73	0,88
AA	0,44	0,28	0,70	0,67	0,73	0,74	0,73	0,57	0,69	0,82
DVM	0,52	0,27	0,79	0,76	0,81	0,79	0,79	0,67	0,81	0,82
AS	0,55	0,38	0,80	0,78	0,83	0,83	0,83	0,68	0,77	0,88

Nota: IPO-Br = Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br); ISO = Instabilidade do Self e Outros; IC = Instabilidade do Comportamento; IO = Instabilidade nos Objetivos; PSI = Psicose; AA = Agressividade Autodirigida; DVM = Distorção dos Valores Morais; AS = Agressividade Sádica; $\bar{x} r_{i-t}$ = correlação média entre os itens e o total corrigido da escala; CMI = correlação média entre os itens; α = alfa de Cronbach; IC 95% = intervalo de confiança de 95%; λ_6 = lambda de Guttman; $_{poly}$ = estimadores baseados em dados ordinais; ω_h = ômega hierárquico de McDonald; ω_{ha} = ômega hierárquico assintótico de McDonald; ω_t = ômega total de McDonald.

A consistência interna das escalas do IPO-Br estimadas pelo lambda de Guttman variou de 0,74 (AA) a 0,94 (ISO). Quando estimados pelo método do ômega hierárquico de McDonald, a variância dos itens do fator AA parecem ser propensas a sofrerem influências de outros fatores subjacentes ($\omega_h = 0,57$). Contudo, de modo geral, considerando todos os métodos de estimação da consistência interna dos fatores do IPO-Br, entende-se que os resultados suportam evidências de fidedignidade para a versão brasileira do IPO.

Teoria de Resposta ao Item (TRI)

Por meio do paradigma da TRI, buscou-se verificar a capacidade discriminativa dos itens no traço latente e o nível de informação das escalas do IPO-Br. O parâmetro de discriminação ficou acima de 0,50 para todos os itens das Escalas Clínicas Primárias e das Escalas Adicionais (ver detalhes na Tabela Suplementar S6). Os índices de ajuste dos modelos foram adequados, com fidedignidade marginal dos padrões de resposta variando de 0,57 (AA) a 0,94 (ISO) (ver Tabela 1.3). Os fatores IO, AA e AS não tiveram as estatísticas de ajuste computadas devido os graus de liberdade terem ficado muito pequenos.

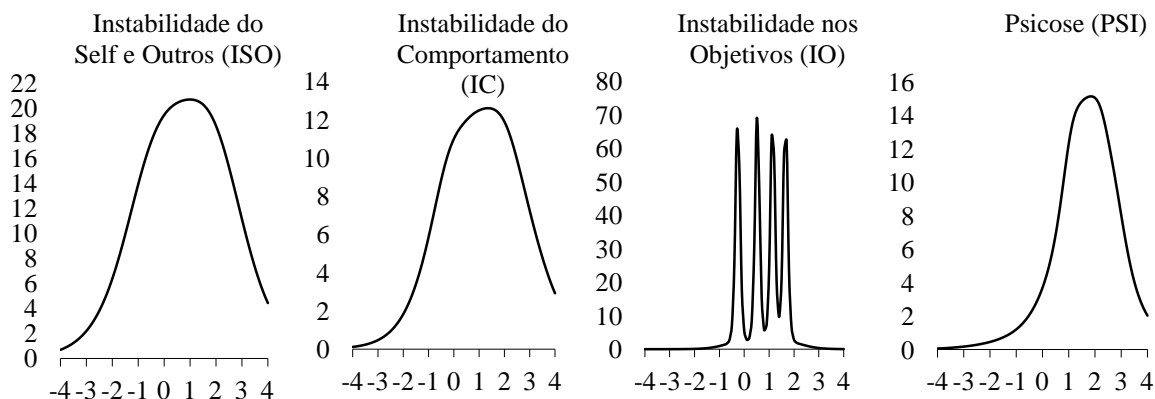
Tabela 1. 3: Ajuste para os modelos da TRI

	M^2	gl.	p	RMSEA	5%	95%	TLI	CFI	SRMSR	FM
ISO	1976,984	315	< 0,001	0,056	0,053	0,058	0,937	0,942	0,040	0,94
IC	342,759	45	< 0,001	0,062	0,056	0,069	0,922	0,941	0,043	0,89
IO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,86
PSI	26,445	5	< 0,001	0,050	0,032	0,070	0,966	0,989	0,062	0,76
AA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,57
DVM	25,338	5	< 0,001	0,049	0,031	0,068	0,875	0,958	0,059	0,79
AS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,69

Nota: ISO = Instabilidade do Self e Outros; IC = Instabilidade do Comportamento; IO = Instabilidade dos Objetivos; PSI = Psicose; AA = Agressividade Autodirigida; DVM = Distorção dos Valores Morais; AS = Agressividade Sádica; FM = Fidedignidade marginal dos padrões de respostas; As estatísticas M^2 não foram computadas para os fatores IO, AA e AS devido os pequenos valores de graus de liberdade dos modelos.

Referente ao nível de informação dos fatores do IPO-Br (ver Figura 1.2), observa-se que o fator ISO é o que fornece o maior nível de informação dentro do traço latente. O fator IO, como é composto por apenas dois itens, mostrou-se discriminativo para faixas específicas do traço latente, sugerindo a necessidade de construção de novos itens que versem sobre os problemas de estabelecer, perseguir e cumprir metas e objetivos pessoais, profissionais e de vida. O fator AA, por sua vez, demonstrou ser informativo somente para uma faixa restrita do traço latente, e o fator DVM mostrou-se mais informativo somente para pessoas com níveis mais elevados do traço.

Escalas Clínicas Primárias



Escalas Adicionais

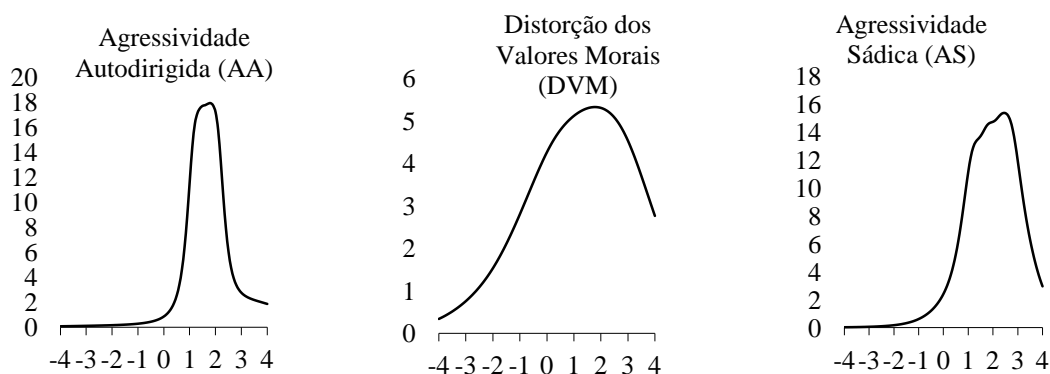


Figura 1. 2: Curvas de Informação do Teste para os fatores do IPO-Br

Nota: Valores nas laterais indicam o nível de informação e os valores na parte inferior o nível do traço latente.

Validade concorrente

Foi testada a capacidade do IPO-Br em diferenciar escores de pessoas com e sem indícios de psicopatologia e com e sem risco de comportamento suicida. A Tabela 1.4 apresenta as estatísticas de diferenças de médias com seus respectivos tamanhos de efeito. Todos os fatores do IPO-Br diferenciaram os escores das amostras clínica e não clínica do presente estudo. As diferenças foram significativas e com tamanhos de efeito variando de moderado a grande para todos os fatores, com exceção do fator AS que apresentou um tamanho de efeito pequeno.

Por meio das respostas dos participantes aos seis itens do Módulo de Suicidabilidade da M.I.N.I. foram formados dois grupos, sendo um primeiro grupo composto por pessoas que apresentaram um escore ponderado inferior a seis na escala de suicidabilidade e outro grupo com escore ponderado igual ou maior que seis. Verificou-se a capacidade dos fatores do IPO-Br em diferenciar esses grupos e observou-se que todos os fatores diferenciaram os dois grupos com tamanhos de efeito variando de moderado a

grande. Nota-se que o fator AA foi o que diferenciou os grupos com maior tamanho de efeito.

Tabela 1. 4: Comparação das médias dos fatores do IPO-Br entre as amostras não clínica e clínica, e entre grupos de pessoas com baixo e alto risco de comportamento suicida

	Não Clínico (n = 921)		Clínico (n = 783)		Diferenças			Tamanho de Efeito		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl.</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	IC95%	
									↓	↑
ISO	1,96	0,56	2,68	0,74	-22,327	1434,288	< 0,001	1,11	1,06	1,15
IC	1,72	0,56	2,30	0,80	-16,983	1357,772	< 0,001	0,85	0,80	0,89
IO	1,77	0,85	2,47	1,19	-13,796	1383,104	< 0,001	0,69	0,60	0,74
PSI	1,41	0,44	1,80	0,74	-13,038	1220,925	< 0,001	0,65	0,60	0,68
AA	1,29	0,30	1,66	0,65	-14,311	1052,037	< 0,001	0,75	0,71	0,77
DVM	1,87	0,51	2,29	0,69	-14,359	1422,275	< 0,001	0,70	0,65	0,73
AS	1,29	0,41	1,53	0,63	-9,074	1307,149	< 0,001	0,46	0,42	0,49
	Baixo Risco de Suicídio (n = 1.269)		Alto Risco de Suicídio (n = 244)							
ISO	2,13	0,65	2,95	0,74	-16,083	318,578	< 0,001	1,23	1,14	1,27
IC	1,83	0,62	2,60	0,86	-13,218	294,198	< 0,001	1,16	1,05	1,19
IO	1,96	0,98	2,67	1,26	-8,449	302,421	< 0,001	0,69	0,53	0,74
PSI	1,49	0,51	1,98	0,85	-8,588	276,603	< 0,001	0,85	0,74	0,88
AA	1,35	0,35	1,94	0,79	-11,529	261,549	< 0,001	1,31	1,21	1,33
DVM	1,96	0,57	2,51	0,72	-11,290	303,021	< 0,001	0,92	0,83	0,95
AS	1,31	0,43	1,74	0,72	-8,953	277,811	< 0,001	0,88	0,79	0,90

Nota: ISO = Instabilidade do Self e Outros; IC = Instabilidade do Comportamento; IO = Instabilidade nos Objetivos; PSI = Psicose; AA = Agressividade Autodirigida; DVM = Distorção dos Valores Morais; AS = Agressividade Sádica.

Validade convergente

Considerando que o IPO-Br se propõe a mensurar dimensões patológicas do funcionamento da personalidade, verificou-se a relação dessas dimensões com os TP conforme operacionalizados pelos paradigmas do DSM-IV e DSM-5. A Tabela 1.5 apresenta os coeficientes padronizados (β) dos modelos de regressão múltipla entre os fatores do IPO-Br e as escalas do SCID-II-PQ e do PID-5. O fator ISO apresentou relações mais fortes com os TP de base ansiosa e receosa (Cluster C), enquanto que o fator IC mostrou-se relacionar mais estritamente com os TP de base dramática, imprevisível e irregular (Cluster B). O fator IO, por sua vez, relacionou-se de forma estatisticamente significativa com alguns TPs, contudo, com baixas magnitudes, sendo sua relação mais forte com o TP Borderline. Por fim, o fator PSI, como esperado, apresentou forte associação com os TP do tipo excêntricos e estranhos (Cluster A).

Referente às Escalas Adicionais, observou-se que o fator AA mostrou-se mais fortemente associado com os TP Borderline e Antissocial, enquanto que o fator DVM apresentou relações importantes com os TP Paranoide e Antissocial. Por fim, o fator AS se associou mais fortemente com o TP Narcisista. Esse padrão de associações encontrado entre os fatores do IPO-Br e os TP do SCID-II-QP está teoricamente coerente, somando, dessa forma, evidências de validade para a versão brasileira do IPO.

Tabela 1. 5: Coeficientes padronizados dos modelos de regressão múltipla das escalas do IPO-Br predizendo traços patológicos da personalidade

Traços Patológicos da Personalidade	R^2	Escalas Clínicas Primárias				Escalas Adicionais		
		ISO	IC	IO	PSI	AA	DVM	AS
SCID-II-PQ (n = 1,188)								
Cluster A	0,51	0,19 ^c	0,22 ^c	-0,03	0,23 ^c	0,06 ^a	0,14 ^c	-0,01
- Paranoide	0,40	0,33 ^c	0,10 ^a	-0,07 ^b	0,03	-0,03	0,25 ^c	0,07 ^a
- Esquizotífico	0,50	0,24 ^c	0,19 ^c	-0,06 ^a	0,33 ^c	0,04	0,05	-0,01
- Esquizoide	0,16	-0,04	0,30 ^c	0,05	-0,03	0,09 ^a	0,13 ^b	-0,07
Cluster B	0,60	0,19 ^c	0,22 ^c	0,06 ^b	0,09 ^c	0,06 ^b	0,15 ^c	0,17 ^c
- Histriônico	0,16	0,23 ^a	-0,06	0,04	0,14 ^c	-0,11 ^b	0,03	0,20 ^c
- Narcisista	0,42	0,17 ^c	0,17 ^c	-0,03	0,07 ^a	-0,07 ^a	0,17 ^c	0,26 ^c
- Borderline	0,63	0,31 ^c	0,27 ^c	0,10 ^c	0,04	0,17 ^c	0,05	-0,00
- Antissocial	0,21	-0,25 ^c	0,18 ^a	0,05	0,06	0,14 ^c	0,22 ^c	0,12 ^a
Cluster C	0,40	0,68 ^c	-0,03	0,02	-0,06	0,02	0,01	-0,01
- Evitativo	0,31	0,62 ^c	0,03	0,01	-0,17 ^c	0,05	0,03	-0,09 ^b
- Dependente	0,33	0,75 ^c	-0,20 ^c	0,07 ^a	-0,05	0,04	-0,11 ^b	0,00
- Obsessivo-Compulsivo	0,11	0,12 ^b	0,08	-0,04	0,10 ^b	-0,06	0,08	0,08 ^a
Outros TP	0,50	0,53 ^c	0,10 ^a	0,04	-0,06 ^a	0,05	0,11 ^b	-0,02
- Passivo-Agressivo	0,37	0,29 ^c	0,17 ^c	0,04	0,02	0,03	0,15 ^c	-0,02
- Depressivo	0,45	0,64 ^c	0,02	0,03	-0,11 ^c	0,05	0,05	-0,01
PID-5 (n = 1,206)								
Afetividade Negativa	0,66	0,74 ^c	-0,04	0,03	0,01	0,08 ^c	0,07 ^a	-0,02
- Ansiedade	0,46	0,71 ^c	-0,09	-0,01	-0,00	0,02	0,08 ^a	-0,08 ^b
- Inseg. de Separação	0,41	0,80 ^c	-0,12 ^a	-0,01	-0,04	-0,03	-0,05	0,02
- Labilidade Emocional	0,45	0,55 ^c	0,06	0,07 ^b	0,12 ^c	0,04	-0,04	-0,11 ^c
- Perseveração	0,48	0,52 ^c	0,04	0,01	0,15 ^c	0,02	0,00	0,03
- Submissão	0,32	0,73 ^c	-0,15 ^b	0,07 ^a	-0,10 ^b	-0,09 ^b	0,02	-0,01
Distanciamento	0,58	0,34 ^c	0,35 ^c	0,05 ^a	-0,12 ^c	0,17 ^c	0,07 ^a	-0,01
- Afetividade Restrita	0,31	-0,17 ^c	0,61 ^c	0,02	-0,08 ^a	-0,02	0,07	0,10 ^b
- Anedonia	0,41	0,42 ^c	0,23 ^c	0,10 ^c	-0,16 ^c	0,16 ^c	-0,00	-0,10 ^c
- Desconfiança	0,47	0,33 ^c	0,21 ^c	-0,07 ^b	0,04	-0,03	0,20 ^c	0,07 ^a
- Evitação de Intimidade	0,14	-0,02	0,29 ^c	0,03	-0,03	0,09 ^a	0,07	-0,01
- Retraimento	0,36	0,15 ^c	0,32 ^c	0,00	-0,14 ^c	0,17 ^c	0,11 ^b	0,03
- Tendência à Depressão	0,55	0,56 ^c	0,10 ^a	0,08 ^c	-0,10 ^c	0,24 ^c	-0,03	-0,05
Antagonismo	0,66	0,01	0,25 ^c	-0,02	0,04	-0,05 ^a	0,27 ^c	0,40 ^c
- Busca de Atenção	0,26	0,36 ^c	0,02	-0,03	0,08 ^a	-0,14 ^c	0,01	0,25 ^c
- Desonestidade	0,48	0,11 ^b	0,08	0,00	0,00	-0,03	0,29 ^c	0,33 ^c
- Grandiosidade	0,34	-0,12 ^b	0,29 ^c	-0,04	0,13 ^c	-0,04	0,13 ^c	0,27 ^c
- Hostilidade	0,50	-0,02	0,27 ^c	-0,05	-0,01	0,00	0,37 ^c	0,18 ^c
- Insensibilidade	0,62	-0,28 ^c	0,33 ^c	0,02	-0,03	0,03	0,22 ^c	0,51 ^c
- Manipulação	0,33	-0,08	0,18 ^c	-0,03	0,08 ^a	-0,07 ^a	0,15 ^c	0,33 ^c
Desinibição	0,28	0,01	0,25 ^c	0,25 ^c	0,02	0,09 ^b	-0,09 ^a	0,14 ^c
- Distratibilidade	0,43	0,45 ^c	0,08	0,27 ^c	-0,02	0,03	-0,03	-0,05
- Exposição a Riscos	0,17	-0,25 ^c	0,23 ^c	0,04	0,14 ^c	-0,01	-0,09	0,33 ^a
- Impulsividade	0,38	0,08	0,29 ^c	0,13 ^c	0,11 ^c	0,06	0,08 ^a	-0,00
- Irresponsabilidade	0,41	0,17 ^c	0,24 ^c	0,13 ^c	-0,02	0,18 ^c	-0,02	0,10 ^c
- Perfeccionismo Rígido	0,21	0,28 ^c	0,05	-0,13 ^c	0,13 ^c	-0,05	0,13 ^b	0,03
Psicoticismo	0,71	0,05	0,48 ^c	0,01	0,41 ^c	0,08 ^c	-0,14 ^c	0,06 ^b
- Excentricidade	0,58	0,01	0,59 ^c	0,03	0,23 ^c	0,07 ^b	-0,16 ^c	0,08 ^b
- Exp./Crenças Incomuns	0,54	-0,15 ^c	0,31 ^c	-0,02	0,62 ^c	0,06 ^a	-0,06	0,00
- Desregulação Percept.	0,67	0,23 ^c	0,25 ^c	0,00	0,43 ^c	0,09 ^c	-0,11 ^c	0,04

Nota: ISO = Instabilidade do Self e Outros; IC = Instabilidade do Comportamento; IO = Instabilidade nos Objetivos; PSI = Psicose; AA = Agressividade Autodirigida; DVM = Distorção dos Valores Morais; AS = Agressividade Sádica; ^a $p \leq 0,05$; ^b $p \leq 0,01$; ^c $p \leq 0,001$.

Considerando o paradigma do DSM-5, o fator ISO apresentou significativas associações com todas as facetas da dimensão Afetividade Negativa, e, juntamente com o

fator IC, relacionou-se com as facetas da dimensão Distanciamento. O fator IC mostrou-se mais fortemente associado com as facetas das dimensões Desinibição e Antagonismo. O fator IO, por sua vez, apresentou associação mais forte somente com a faceta Distratibilidade. Por fim, o fator PSI se associou de forma mais significativa com as facetas da dimensão Psicoticismo. Os fatores das Escalas Adicionais também apresentaram associações significativas com as dimensões e facetas do PID-5. Dentre as relações apresentadas pelo fator AA destacam-se aquelas com as facetas Tendência à Depressão, Retraimento e Irresponsabilidade. O fator DVM mostrou associações importantes com as facetas Desconfiança, Desonestidade, Hostilidade e Insensibilidade. Por fim, o fator AS apresentou relações significativas com todas as facetas da dimensão Antagonismo. Esse padrão de associações também é congruente com o esperado teoricamente, indicando mais evidências de validade do IPO-Br.

Foi também interesse neste estudo verificar a associação do IPO-Br com outras medidas do funcionamento adaptativo e mal adaptativo da personalidade (ver Tabela 1.6). Considerando o modelo dos Cinco Grandes Fatores, verificou-se que o fator ISO se associou com Neuroticismo, o fator IC relacionou-se negativamente com Socialização e o fator IO apresentou relação negativa com Conscienciosidade. Esses resultados convergem com o *NAC profile*, que advém de observações empíricas de que pacientes com transtornos de personalidade tendem a apresentar fortes traços de Neuroticismo e baixos traços de Socialização e Conscienciosidade (Berghuis et al., 2009).

No que se refere ao funcionamento psicológico defensivo, conforme operacionalizado pelo DSQ-40, observou-se que o fator PSI se relacionou significativamente com todos os estilos defensivos, sinalizando as distorções da realidade que estes mecanismos psicológicos tendem a produzir. Além disso, a maior proporção da variância explicada pelos fatores do IPO-Br foi no modelo do estilo defensivo imaturo, o qual tende a gerar um maior comprometimento do funcionamento psicossocial dos indivíduos quando comparado aos outros estilos defensivos.

A relação do IPO-Br com medidas de traços psicopáticos mostrou que os fatores DVM e AS, que avaliam características antissociais, contribuíram na explicação da variância das dimensões Egocentrismo Maquiavélico e Descontrole da EMDA. Por fim, a relação do IPO-Br com medidas de traços e funcionamentos da personalidade, operacionalizados pelo T&P, indicou que o fator ISO foi capaz de prever as dimensões Preocupação Ansiosa, Reserva Pessoal, Irritabilidade, Sensibilidade à Rejeição e Autocrítica. Esse fator também se relacionou negativamente com Efetividade. O fator IC se associou inversamente com a dimensão Cooperatividade e o fator IO inversamente com

a dimensão Perfeccionismo, Irritabilidade e Efetividade. Os fatores DVM e AS se relacionaram com a dimensão Autofoco, que se refere ao comportamento de colocar as próprias necessidades acima das necessidades dos outros, podendo, para tanto, apresentar comportamentos antiéticos e agressivos.

Tabela 1. 6: Coeficientes padronizados dos modelos de regressão múltipla das escalas do IPO-Br predizendo traços adaptativos e mal adaptativos da personalidade

Funcionamento da personalidade	R^2	Escalas Clínicas Primárias				Escalas Adicionais		
		ISO	IC	IO	PSI	AA	DVM	AS
MMP (n = 228)								
Neuroticismo	0,39	0,67 ^c	-0,09	-0,05	-0,16 ^a	0,14 ^a	0,13	-0,13
Extroversão	0,05	-0,10	-0,02	-0,04	-0,00	-0,07	-0,08	0,01
Socialização	0,15	0,24	-0,45 ^c	0,00	0,06	0,02	-0,19	0,02
Conscienciosidade	0,10	-0,03	0,03	-0,26 ^c	0,11	-0,02	-0,13	-0,07
Abertura	0,10	-0,11	0,19	-0,05	0,09	0,03	-0,08	0,23 ^b
DSQ-40 (n = 268)								
Defesas Maduras	0,08	-0,30 ^b	0,15	-0,05	0,18 ^a	-0,15	-0,01	0,06
Defesas Neuróticas	0,26	0,20	0,15	0,10	0,19 ^a	0,01	0,02	-0,11
Defesas Imaturas	0,62	0,19 ^a	0,41 ^c	0,06	0,11 ^a	-0,04	0,15 ^a	0,00
EMDA (n = 180)								
Egocentrismo Maquiavélico	0,62	0,01	0,08	0,14 ^a	-0,07	0,10	0,30 ^c	0,42 ^c
Descontrole	0,55	0,01	0,26 ^a	0,08	-0,02	0,03	0,21 ^a	0,33 ^c
Audácia	0,21	-0,69 ^c	0,32 ^a	0,08	-0,06	0,03	0,01	0,03
T&P (n = 142)								
Preocupação Ansiosa	0,43	0,72 ^c	-0,11	-0,07	0,04	-0,07	0,07	0,04
Reserva Pessoal	0,31	0,34 ^a	0,20	0,00	-0,03	0,04	-0,06	0,15
Perfeccionismo	0,06	0,12	0,15	-0,26 ^a	-0,06	-0,01	-0,18	0,05
Irritabilidade	0,31	0,38 ^b	0,25	-0,19 ^a	-0,05	-0,04	0,08	0,03
Evitação Social	0,12	0,15	0,09	0,03	-0,06	0,16	0,09	-0,18
Sensibilidade à Rejeição	0,57	0,80 ^c	0,02	0,05	-0,03	0,05	-0,11	-0,03
Autocrítica	0,46	0,84 ^c	-0,26	0,08	-0,10	0,00	-0,04	0,15
Autofoco	0,49	0,18	0,15	-0,02	0,08	-0,12	0,30 ^a	0,23 ^b
Cooperatividade	0,29	0,19	-0,46 ^a	-0,09	-0,08	0,05	-0,19	0,04
Efetividade	0,51	-0,63 ^c	0,03	-0,19 ^a	0,03	0,03	-0,05	0,03

Nota: ISO = Instabilidade do Self e Outros; IC = Instabilidade do Comportamento; IO = Instabilidade nos Objetivos; PSI = Psicose; AA = Agressividade Autodirigida; DVM = Distorção dos Valores Morais; AS = Agressividade Sádica; ^a $p \leq 0,05$; ^b $p \leq 0,01$; ^c $p \leq 0,001$.

Por fim, foi também interesse do presente estudo, verificar evidências de validade do IPO-Br por meio da análise de sua relação com medidas de indicadores psicopatológicos e de saúde mental positiva (ver Tabela 1.7). Essas relações partem das premissas de que pessoas portadoras de psicopatologia(s) tendem a apresentar um funcionamento frágil da personalidade e que a presença de funções mal adaptativas da personalidade tende a diminuir o bem estar e a qualidade de vida das pessoas. Os resultados indicaram que o fator ISO foi o que mais fortemente se associou com os indicadores tanto negativos quanto positivos de saúde mental. Em relação ao comportamento de risco de suicídio, o fator AA foi o que apresentou associação mais forte.

Tabela 1. 7: Coeficientes padronizados dos modelos de regressão múltipla das escalas do IPO-Br predizendo indicadores de sintomas psicopatológicos e de saúde mental

Indicadores de Saúde Mental	R ²	Escalas Clínicas Primárias				Escalas Adicionais		
		ISO	IC	IO	PSI	AA	DVM	AS
SRQ-20 (<i>n</i> = 1.527)								
Sintomas Depressivos	0,36	0,43 ^c	0,10 ^a	0,09 ^c	-0,08 ^b	0,14 ^c	-0,01	0,00
Queixas Somáticas	0,16	0,34 ^c	-0,06	0,04	0,02	0,14 ^a	-0,00	-0,03
Sintomas Ansiosos	0,35	0,64 ^c	-0,09 ^a	0,05 ^a	0,01	0,09 ^a	-0,03	-0,10 ^c
Total de Sintomas	0,43	0,57 ^c	-0,02	0,07 ^b	-0,02	0,16 ^c	-0,02	-0,05
M.I.N.I. (<i>n</i> = 1.360)								
Risco de Suicídio	0,38	0,24 ^c	0,06	0,03	-0,05	0,41 ^c	-0,05	0,08 ^b
DASS-21 (<i>n</i> = 247)								
Estresse	0,41	0,46 ^c	0,03	-0,07	0,07	0,13 ^a	0,03	0,06
Ansiedade	0,42	0,43 ^c	0,19	-0,04	0,18 ^a	0,09	-0,13	-0,05
Depressão	0,48	0,56 ^c	-0,02	0,03	-0,02	0,22 ^b	0,03	-0,06
PANAS (<i>n</i> = 217)								
Afetos Positivos	0,17	-0,43 ^c	0,33 ^a	-0,16 ^a	0,19 ^a	-0,12	-0,14	0,06
Afetos Negativos	0,43	0,59 ^c	-0,03	-0,10	0,05	0,16 ^a	-0,02	0,03
MHC-SF (<i>n</i> = 215)								
Saúde Mental	0,34	-0,59 ^c	0,22	-0,10	0,17 ^a	-0,04	-0,24 ^a	0,02
Bem Estar Emocional	0,33	-0,64 ^c	0,17	-0,06	0,15	-0,06	-0,15	0,08
Bem Estar Social	0,19	-0,36 ^b	0,22	-0,05	0,06	-0,04	-0,28 ^b	-0,03
Bem Estar Psicológico	0,33	-0,62 ^c	0,19	-0,13 ^a	0,22 ^b	-0,03	-0,18	0,02
EBEP (<i>n</i> = 158)								
Relações Positivas	0,22	-0,29	-0,04	-0,09	0,13	-0,03	-0,22	0,05
Autonomia	0,25	-0,78 ^c	0,31	-0,01	0,13	0,01	0,03	0,17
Domínio do Ambiente	0,33	-0,74 ^c	0,14	-0,22 ^b	0,16	0,02	0,19	0,01
Crescimento Pessoal	0,12	-0,23	0,03	-0,11	-0,05	0,10	-0,16	0,15
Propósito de Vida	0,32	-0,60 ^c	0,14	-0,23 ^b	0,07	0,13	-0,03	-0,00
Autoaceitação	0,41	-0,79 ^c	0,14	-0,08	0,17	0,02	-0,04	0,03

Nota: ISO = Instabilidade do Self e Outros; IC = Instabilidade do Comportamento; IO = Instabilidade nos Objetivos; PSI = Psicose; AA = Agressividade Autodirigida; DVM = Distorção dos Valores Morais; AS = Agressividade Sádica; ^a $p \leq 0,05$; ^b $p \leq 0,01$; ^c $p \leq 0,001$.

Normas de interpretação

Para o estabelecimento de normas de desempenho no IPO-Br foram verificadas as influências das variáveis contextuais, a saber, idade, sexo, renda familiar e região de moradia sobre os escores nos fatores do IPO-Br na amostra não clínica ($n = 921$). Referente à idade dos participantes, verificou-se uma relação negativa de forma estatisticamente significativa com cinco dos sete fatores do IPO-Br, contudo, todas com baixas magnitudes (ISO $r = -0,20$, $p < 0,001$; IC $r = -0,16$, $p < 0,001$; IO $r = -0,07$, $p = 0,032$; PSI $r = -0,06$, $p = 0,063$; AA $r = -0,05$, $p = 0,125$; DVM $r = -0,16$, $p < 0,001$; AS $r = -0,14$, $p < 0,001$). No que se refere ao sexo dos participantes, foram observadas diferenças estatisticamente significativas para todos os fatores com exceção do fator ISO. Em todos os casos os homens apresentaram médias maiores que as mulheres. Contudo, nota-se que diferenças de magnitude moderada foram observadas somente para os fatores IC e AS (ISO $d = 0,13$, IC95% 0,05-0,17; IC $d = 0,49$, IC95% 0,41-0,53; IO $d = 0,20$, IC95% 0,08-0,26; PSI $d = 0,17$, IC95% 0,11-0,20; AA $d = 21$, IC95% 0,17-0,23; DVM $d = 0,36$, IC95% 0,29-0,40; AS $d = 0,53$, IC95% 0,45-0,55).

Referente ao impacto da condição socioeconômica nos escores dos fatores do IPO-Br, verificou-se correlações negativas de forma estatisticamente significativa com cinco fatores do IPO-Br, mas todas também com tamanhos de efeitos pequenos (ISO $r = -0,18$, $p < 0,001$; IC $r = -0,20$, $p < 0,001$; IO $r = -0,07$, $p < 0,055$; PSI $r = -0,14$, $p < 0,001$; AA $r = -0,13$, $p < 0,001$; DVM $r = -0,16$, $p < 0,001$; AS $r = -0,06$, $p < 0,106$). Finalmente, quando considerada a região de moradia dos participantes, verificou-se que os fatores ISO ($F = 4,028$, $p = 0,003$, Sul vs. Centro-Oeste $d = 0,51$, IC95% 0,32-0,56), IC ($F = 1,917$, $p < 0,001$, Sul vs. Nordeste $d = 0,46$, IC95% 0,33-0,51, Sul vs. Centro-Oeste $d = 0,59$, IC95% 0,42-0,64), PSI ($F = 5,814$, $p < 0,001$, Sul vs. Centro-Oeste $d = 0,59$, IC95% 0,40-0,62, Sudeste vs. Centro-Oeste $d = 0,48$, IC95% 0,30-0,53) e DVM ($F = 5,419$, $p < 0,001$, Sul vs. Nordeste $d = 0,39$, IC95% 0,27-0,43, Sul vs. Centro-Oeste $d = 0,53$, IC95% 0,38-0,58) apresentaram diferenças significativas.

Considerando que a presente amostra não apresenta um número representativo de participantes, foram construídas tabelas normativas preliminares para os fatores do IPO-Br considerando as variáveis individualmente. As Tabelas Suplementares S 7 a 13 apresentam os escores T para os fatores do IPO-Br.

Discussão

A presente pesquisa teve por objetivo investigar as propriedades psicométricas do IPO-Br (Oliveira & Bandeira, 2011). Os resultados mostraram que os indicadores de validade e fidedignidade foram adequados, sinalizando a aplicabilidade e confiabilidade do IPO-Br na avaliação de funções mal adaptativas da personalidade em brasileiros. A seguir, alguns resultados são salientados e discutidos com o intuito de colaborar com o desenvolvimento dos conhecimentos acerca dos aspectos teóricos que fundamentam o instrumento, assim como seu método de mensuração.

Estrutura interna do IPO-Br

Um dos objetivos da presente pesquisa foi investigar de forma exploratória a estrutura interna das escalas do IPO-Br. A escolha por uma abordagem exploratória aos dados se deu pela falta de consenso na literatura acerca do número de fatores que melhor representa a matriz de covariância dos itens das Escalas Clínicas Primárias. São quatro os principais modelos fatoriais apresentados, a saber: 1) o modelo unifatorial, onde todos os itens das escalas DI, DP e TR formam um único fator, o qual representa o nível de prejuízo global na organização da personalidade; 2) o modelo bifatorial, onde os itens dos fatores DI e DP são colapsados em um único fator, indicando o contínuo de funcionamento neurótico-borderline, e o segundo fator formado pelos itens da escala TR; 3) o modelo trifatorial, conforme a proposta teórica inicial, sendo composto pelas escalas DI, DP e TR separadamente; e, por fim, 4) o modelo tetrafatorial, no qual os itens são reorganizados e formam os fatores ISO, IC, IO e PSI. Os modelos de um, dois e três fatores foram propostos via abordagem confirmatória (Lenzenweger et al., 2001), enquanto que o modelo de quatro fatores emergiu de uma abordagem exploratória dos dados (Ellison & Levy, 2012).

Essa nova configuração estrutural de quatro fatores mostrou-se intrinsecamente relacionada às propostas teóricas de Kernberg (Ellison & Levy, 2012), onde os fatores refletem aspectos específicos do funcionamento da identidade, que é um dos construtos centrais da teoria de Kernberg (1995). Um estudo comparou, por meio de abordagem confirmatória, esses quatro modelos estruturais e os resultados indicaram que os dados se ajustaram melhor ao modelo tetrafatorial (Preti et al., 2015). Contudo, não foram encontradas pesquisas que visaram à exploração dos dados para verificar a replicabilidade do modelo de Ellison e Levy (2012). O presente estudo buscou contribuir com essa lacuna e os resultados mostraram que a matriz de covariância dos dados foi melhor representada

por quatro fatores, os quais se mostraram fortemente semelhantes à estrutura encontrada por Ellison e Levy (2012).

Ellison e Levy (2012) apontaram para um possível viés metodológico nessa solução tetrafatorial no que se refere ao fator IO. Segundo os autores, esse fator poderia estar refletindo um truque do método de mensuração, dada a grande similaridade dos conteúdos dos dois itens que o compõe. Eles também postularam a possibilidade desse fator estar refletindo uma peculiaridade da amostra, que foi constituída por estudantes ingressantes no nível superior, os quais poderiam estar preocupados com questões de carreira e objetivos de vida. No presente estudo, contudo, observou-se que o fator IO emergiu claramente na estrutura fatorial. Além disso, o item “Tenho tendência a iniciar atividades, passatempos e coisas que me interessam, mas, logo depois, abandono-as” apresentou carga cruzada entre os fatores ISO e IO. Esse item remete a problemas na manutenção do comportamento para o cumprimento de metas. Dessa forma, esses resultados sugerem que o fator IO seja realmente uma dimensão do funcionamento da identidade. Cabe ressaltar ainda que a amostra brasileira não foi constituída unicamente por estudantes ingressantes no nível superior, o que diminui a hipótese desse fator representar uma peculiaridade da amostra norte-americana. Com isso, sugere-se que nas próximas reformulações do IPO seja considerada a possibilidade de elaboração de novos itens.

A presente pesquisa também investigou de forma exploratória a estrutura interna das Escalas Adicionais e a solução de três fatores foi a que se apresentou mais parcimoniosa na relação entre indicadores de ajuste do modelo e interpretabilidade dos fatores. O primeiro fator extraído ficou constituído por sete itens da escala Ag que versam sobre comportamentos autolesivos, de descuido pessoal, de comportamento suicida e de expressão agressiva violenta. Esse fator foi nomeado de Agressividade Autodirigida (AA) e diferentemente do que foi encontrado por Critchfield, Levy, Clarkin e Kernberg (2008), o item sobre comportamento suicida apresentou relação com esse fator. Contudo, nota-se que este foi o fator que apresentou alguns coeficientes de fidedignidade mais frágeis, sugerindo a interferência de outro(s) domínio(s) sobre os escores neste fator. Pergunta-se aqui se não seriam traços de TP Borderline que exerceriam tal influência, dada a elevada prevalência de sintomas automutilantes em pacientes com esse transtorno (Gerson & Stanley, 2002).

O segundo fator extraído reuniu itens que remetem a um sistema mal integrado de internalização dos valores morais, em acordo com o modelo de Kernberg (1995). Este fator ficou constituído por 10 itens, sendo que sete advieram da escala de VM e três da Ag, e ele foi nomeado de Distorção dos Valores Morais (DVM). Os conteúdos dos itens desse fator remetem a crenças de legitimação de condutas imorais e de que a moral não é vivenciada

de forma genuína pelos outros, além de itens que sinalizam problemas no controle da raiva. Nota-se que os itens que advieram da escala Ag têm um componente egocêntrico, o que possibilita a formulação da hipótese de que a não satisfação das necessidades pessoais, somada à fragilidade da integração dos valores morais, pode resultar em condutas agressivas contra o outro. Critchfield et al. (2008) sinalizam que pessoas com prejuízos nos valores morais tendem a ser competitivas e exploradoras nas relações com os outros.

Por fim, o terceiro fator extraído ficou constituído por sete itens da escala Ag que remetem a condutas agressivas direcionadas ao outro com componentes de sadismo. Esse fator foi nomeado de Agressividade Sádica (AS) e a literatura já havia reportado esse aspecto do IPO (Critchfield et al., 2008; Berghuis et al., 2009). O fator AS reuniu itens que se referem ao prazer em ver o sofrimento dos outros e em causar sofrimento nos outros. Ele também apresentou itens que se referem à intimidação, controle e coerção do outro por meio de ameaças e condutas violentas.

Estrutura hierárquica do IPO-Br

Outro objetivo da presente pesquisa foi explorar a estrutura hierárquica do IPO-Br, com o intuito de ampliar a compreensão da organização dinâmica das funções psicológicas investigadas pelo instrumento. Nota-se que no topo da hierarquia, todos os fatores do IPO-Br carregaram significativamente em um único componente, o qual foi chamado de “Organização Patológica da Personalidade”. Pesquisas têm apontado para a existência de um fator geral de psicopatologia dos transtornos mentais, o qual tem sido chamado de fator “p” em analogia ao fator “g” da inteligência (Caspi et al., 2014), e de um fator geral da personalidade (Rushton & Irwing, 2011). Esses modelos pressupõem a existência de um componente comum, tanto aos transtornos mentais, quanto aos traços de personalidade (sejam normais ou patológicos), que explicaria uma parte comum da variância dos fatores específicos. O presente estudo indica evidências de validade deste componente geral da patologia da personalidade.

Nos demais níveis da hierarquia (do segundo ao sétimo nível), nota-se que, a cada nível, um fator do IPO-Br se destacou dos demais, sendo o principal representante de um novo componente. Contudo, salienta-se a importância de analisar as cargas cruzadas entre o segundo e sétimo níveis da hierarquia, visto que elas favorecem uma compreensão mais profunda dos aspectos psicológicos que compreendem cada componente. Krueger (2013) defende a ideia de que os traços patológicos da personalidade são complexos e não necessariamente representantes de uma única dimensão. As cargas cruzadas possibilitam a compreensão de como esses traços interagem e são organizados. No segundo nível, por

exemplo, onde o fator IO é o principal representante do segundo componente, verifica-se que os fatores ISO e IC compartilham variância com os dois componentes, sugerindo um aspecto generalizado de instabilidade, inconsistência e contradição do funcionamento da personalidade. Outro fenômeno que merece destaque está no terceiro nível da hierarquia, onde o fator DVM apresenta maior carga no componente Externalizante, mas também compartilha variância com o componente Internalizante. Já no quarto nível, o fator DVM passa a ser melhor representado pelo componente Internalizante. Essa dupla relação do fator DVM com os componentes Internalizante e Externalizante reflete tanto aspectos teóricos quanto metodológicos. Pesquisas têm mostrado que o TP Antissocial faz parte do espectro Externalizante (Krueger, Markon, Patrick, & Iacono, 2005) e o fator DVM tende a cobrir aspectos desse transtorno (Critchfield et al., 2008). Dessa forma, a relação do fator DVM com o componente Externalizante se torna teoricamente plausível. Por outro lado, nota-se que a maioria dos itens desse fator referem-se a aspectos representacionais e não comportamentais da falha moral. O que reflete mais um aspecto internalizante do que externalizante. Com isso, sugere-se que em futuras revisões do IPO sejam consideradas a inclusão de itens que também representem condutas imorais.

Fidedignidade

Diferentes coeficientes de fidedignidade indicaram que os fatores do IPO-Br são confiáveis para avaliar os traços patológicos da personalidade. Pesquisas corroboram esses resultados (Berghuis et al, 2009; Ellison, 2009; Ellison & Levy, 2011; Igaraschi, et al., 2009; Lenzenweger et al, 2001; Normandin, et al., 2002; Oliveira, 2012; Preti et al., 2015; Quiroga et al., 2003; Silveira, 2015; Smits et al., 2009). Nota-se, contudo, que os escores dos fatores PSI, AA, DVM e AS parecem sofrer a influência de outras dimensões, uma vez que os coeficientes do ômega hierárquico de McDonald apresentaram valores abaixo de 0,70. Entretanto, o fator AA parece ser o mais suscetível a estas influências, como já discutido anteriormente. Futuras pesquisas podem investigar de forma mais profunda a unidimensionalidade dos fatores do IPO-Br.

Abordagem da Teoria de Resposta ao Item (TRI)

De modo geral, as análises realizadas pela TRI indicaram a adequação dos modelos de mensuração dos fatores do IPO-Br, sugerindo que os itens e as escalas de resposta são pertinentes para a estimação do nível do traço latente das pessoas. Contudo, sugere-se a construção de novos itens para os fatores IO, AA e AS, para possibilitar a estimação dos

ajustes dos modelos, dado o pequeno tamanho do grau de liberdade, e para a ampliação do nível de informação dos testes para os fatores IO e PSI.

Validade concorrente

Verificou-se que os escores nos fatores do IPO-Br foram diferentes entre indivíduos com indicadores psicopatológicos daqueles sem tais indicadores. A relação entre sintomatologia psiquiátrica e frágil organização da personalidade já é conhecida (Alnaes & Torgersen, 1988). Os resultados também mostraram que pessoas com risco de comportamento suicida tendem a apresentar maiores problemas na organização da personalidade. Nota-se que essa relação entre comportamento suicida e TP também já é conhecida (Cheng et al., 1997). A variável que mais diferenciou os grupos foi o fator AA, que parece cobrir um aspecto do funcionamento do TP Borderline caracterizado por condutas automutilantes e tentativas de suicídio (APA, 2000; Cheng et al., 1997). Pesquisas têm mostrado que pacientes com TP Borderline têm aumentadas as chances para o comportamento suicida (Cheng et al., 1997).

Os resultados do presente estudo vêm ao encontro dos resultados de outras pesquisas que mostram a capacidade do IPO em diferenciar grupos de pessoas com os mais diferentes tipos de comprometimento psicológico (Berghuis et al., 2009; Oliveira, 2012; Silveira, 2015; Smits et al., 2009).

Padrão de convergência e discriminação dos fatores do IPO-Br com medidas externas

O padrão de relação dos fatores do IPO-Br com medidas do funcionamento psicológico adaptativo e patológico sugeriu que, apesar da valência negativa compartilhada entre seus fatores, as especificidades dos conteúdos de cada fator se mostram válidas. O fator ISO foi o que apresentou o maior número de associações com as outras medidas do estudo, o que também foi encontrado por Ellison e Levy (2012) e Preti et al. (2015). Ellison e Levy (2012) indicaram que esse fator se assemelha ao critério A do DSM-5 (APA, 2013), isto é, a presença de prejuízos no funcionamento do *self* e interpessoal. Nos modelos de regressão do presente estudo, o fator ISO apresentou poder preditivo para todos os tipos de TP descritos no DSM-IV-TR (APA, 2000), com excessão do tipo Esquizóide. Esse achado sinaliza a utilidade clínica desse fator para auxiliar na avaliação do prejuízo global no funcionamento do *self* e interpessoal.

O fator IC, por sua vez, mostrou-se mais associado a aspectos relacionados à qualidade das interações sociais e à autorregulação comportamental. As relações mais fortes desse fator foram com o TP Esquizóide (SCID-II-PQ), Afetividade Restrita,

Evitação de Intimidade, Retraimento, Grandiosidade, Impulsividade, Irresponsabilidade, Excentricidade (PID-5), Socialização (MMP – *Big Five*), Defesas Imaturas (DSQ-40) e Cooperatividade (T&P). Wright, Scott, Stepp, Hallquist e Pilkonis (2015) encontraram que TP com problemas no controle do comportamento se mostraram mais propensos a experimentar problemas generalizados nas relações interpessoais e a apresentar estilos interpessoais vigorosos e controladores. Nota-se também certa semelhança desse fator com o domínio Autodirecionamento do Critério A do DSM-5 (APA, 2013), uma vez que ele compreende problemas na capacidade de autorreflexão produtiva dos efeitos dos próprios comportamentos sobre os outros.

Poucas relações foram observadas entre o fator IO e as outras medidas do presente estudo. Resultados semelhantes foram encontrados por Ellison e Levy (2012) e por Preti et al. (2015), o que pode ser devido ao fato deste fator ser constituído por apenas duas variáveis. Contudo, destaca-se que as relações mais significativas sugeriram evidências de validade para este fator. Ele apresentou maior relevância preditiva para as dimensões Distratibilidade (PID-5), Conscienciosidade (MMP – *Big Five*) e Perfeccionismo (T&P). Cabe também aqui salientar que este fator compreende um componente do domínio Autodirecionamento do Critério A do DSM-5 (APA, 2013), a saber, o problema no estabelecimento e perseguição de metas.

Por fim, referente ao fator PSI das Escalas Clínicas Primárias, observou-se que ele apresentou maior relevância preditiva para o TP Esquizotípico (SCID-II-PQ), Crenças e Experiências Incomuns, e Desregulação Perceptual (PID-5). Estudos têm mostrado que a escala TR do IPO está relacionada a aspectos de vulnerabilidade psicótica (Lenzenweeger et al., 2001; Smits et al., 2009). As associações encontradas para o fator revisado (PSI) no presente estudo convergem em relação a esses achados.

Os fatores das Escalas Adicionais também apresentaram associações que sinalizam evidências de validade de seus construtos. O fator AA apresentou maior relevância preditiva para o risco de comportamento suicida, conforme operacionalizado pela M.I.N.I. (Sheehan et al., 1998). Como discutido anteriormente, este fator parece refletir sintomas do TP Borderline (Zanarini et al., 2008). O fator DVM, por sua vez, apresentou maior relevância na explicação da variância do TP Antissocial (SCID-II-QP), Hostilidade (PID-5) e Autofoco (T&P), que se referem a padrões de condutas que ferem os direitos dos outros. Por fim, o fator AS apresentou maior relevância preditiva para o TP Narcisista (SCID-II-PQ), Desonestidade, Insensibilidade, Manipulação e Exposição a Riscos (PID-5), Abertura (MMP – *Big Five*), Egocentrismo Maquiavélico e Descontrole (EMDA).

Conclusões

O presente estudo teve por objetivo investigar as propriedades psicométricas da versão brasileira do *Inventory of Personality Organization* (IPO) e os resultados indicaram adequadas evidências de validade e fidedignidade. Com isso, sugere-se sua aplicabilidade e confiabilidade para a avaliação de funções mal adaptativas da personalidade na população brasileira. A estrutura fatorial das Escalas Clínicas Primárias está em concordância com a teoria das relações de objeto de Kernberg (1995) e com estudos prévios de investigação da estrutura do IPO (Ellison & Levy, 2012; Preti et al., 2015). O presente estudo colabora com o desenvolvimento dos conhecimentos acerca do IPO e da teoria que o fundamenta por meio da apresentação da investigação da estrutura fatorial das Escalas Adicionais e pela demonstração da organização hierárquica dos fatores do IPO-Br.

Tabelas normativas preliminares por sexo, nível socioeconômico (operacionalizado em número de salários mínimos da família) e região de residência no Brasil são disponibilizadas por este estudo. Salienta-se aqui que o número de participantes residentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foram pequenos e, por isso, se tratam de dados preliminares.

Por meio dessa pesquisa, apresenta-se aos clínicos e pesquisadores brasileiros o Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (Apêndice A). Os dados psicométricos encontrados na presente pesquisa suportam o seu uso na população brasileira. Para facilitar a utilização do IPO-Br no Brasil, são também apresentados um protocolo de apuração do instrumento (Apêndice B) e um protocolo de perfil dimensional (Apêndice C).

Referências

- Alnaes, R., & Torgersen, S. (1988). The relationship between DSM-III symptom disorders (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(4), 485-492.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- An, X., & Yung, Y. F. (2014). Item Response Theory: What It Is and How You Can Use the IRT Procedure to Apply It. In *Proceedings of the SAS Global Forum 2014 Conference*. URL <http://support.sas.com/resources/papers/proceedings14/SAS364-2014.pdf>.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 246-256.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological assessment*, 10(2), 176-181.
- Asparouhov, T., & Muthén, B. (2009). Exploratory structural equation modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 16(3), 397-438.
- Bastiaens, T., Claes, L., Smits, D., De Clercq, B., De Fruyt, F., Rossi, G., ... & De Hert, M. (2015). The Construct Validity of the Dutch Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders (PID-5) in a Clinical Sample. *Assessment*, 1073191115575069.
- Berghuis, H., Kamphuis, J. H., Boedijn, G. & Verheul, R. (2009). Psychometric properties and validity of the Dutch Inventory of Personality Organization (IPO-NL). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 73, 44-60.
- Blaya, C., Dornelles, M., Blaya, R., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., ... & Bond, M. (2007). Brazilian–Portuguese version of defensive style questionnaire-40 for the assessment

- of defense mechanisms: construct validity study. *Psychotherapy Research*, 17(3), 261-270.
- Blaya, C., Kipper, L., Heldt, E., Isolan, L., Ceitlin, L. H., Bond, M., & Manfro, G. G. (2004). Brazilian-Portuguese version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40) for defense mechanisms measure: a preliminary study. *Revista brasileira de psiquiatria*, 26(4), 255-258.
- Bo, S., Bach, B., Mortensen, E. L., & Simonsen, E. (2015). Reliability and Hierarchical Structure of DSM-5 Pathological Traits in a Danish Mixed Sample. *Journal of personality disorders*, 1-18.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., ... & Moffitt, T. E. (2014). The p factor one general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders?. *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119-137.
- Chalmers, R. P. (2012). mirt: A Multidimensional Item Response Theory Package for the R Environment. *Journal of Statistical Software*, 48(6), 1-29.
- Cheng, A. T., Mann, A. H., & Chan, K. A. (1997). Personality disorder and suicide. A case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, 170(5), 441-446.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., & Kernberg, O. F. (2001). *The Inventory of Personality Organization (IPO)*. White Plains, NY: The New York Hospital-Cornell Medical Center. The Personality Disorders Institute, Department of Psychiatry, Weill College of Medicine of Cornell University.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates.
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*, 47(3), 178-184.
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 111-131.
- Critchfield, K. L., Levy, K. N., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2008). The relational context of aggression in borderline personality disorder: Using adult attachment style to predict forms of hostility. *Journal of Clinical Psychology*, 64(1), 67-82.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Ellison, W. D. (2009). *Factor structure, measurement equivalence, and criterion relations of the Inventory of Personality Organization (IPO) in two nonclinical samples*.

- Unpublished master's thesis. College of the Liberal Arts, Pennsylvania State University, Pennsylvania, United States of America.
- Ellison, W. D., & Levy, K. N. (2012). Factor Structure of the Primary Scales of the Inventory of Personality Organization in a Nonclinical Sample Using Exploratory Structural Equation Modeling. *Psychological assessment*, 24(2), 503-517.
- Igaraschi, H., Kikuchi, H., Kano, R., Mitoma, H., Shono, M., Hasui, C., & Kitamura, T (2009). The Inventory of Personality Organization: its psychometric properties among student and clinical populations in Japan. *Annals of General Psychiatry*, 8(9), 1-21.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *SCID-II Personality Questionnaire*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fossati, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., & Maffei, C. (2013). Reliability and validity of the personality inventory for DSM-5 (PID-5) predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. *Assessment*, 20(6), 689-708.
- Flora, D. B., & Curran, P. J. (2004). An empirical evaluation of alternative methods of estimation for confirmatory factor analysis with ordinal data. *Psychological Methods*, 9(4), 466-491.
- Gadermann, A. M., Guhn, M., & Zumbo, B. D. (2012). Estimating ordinal reliability for Likert-type and ordinal item response data: A conceptual, empirical, and practical guide. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 17(3), 1-13.
- Gerson, J., & Stanley, B. (2002). Suicidal and self-injurious behavior in personality disorder: controversies and treatment directions. *Current Psychiatry Reports*, 4(1), 30-38.
- Giacomini, C. H., & Hutz, C. S. (1997). A mensuração do bem-estar subjetivo: escala de afeto positivo e negativo e escala de satisfação de vida [Abstract]. In Sociedade Interamericana de Psicologia (Org.), *Anais Congresso Interamericano de Psicologia*. São Paulo, SP: SIP, 26.
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 380-90.
- Goodman, L. A. (1961). "Snowball sampling". *Annals of Mathematical Statistics*, 32(1), 148-170.
- Goldberg, L. R. (2006). Doing it all bass-ackwards: The development of hierarchical factor structures from the top down. *Journal of Research in Personality*, 40(4), 347-358.

- Gutiérrez, F., Aluja, A., Peri, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E., ... & Krueger, R. F. (2015). Psychometric Properties of the Spanish PID-5 in a Clinical and a Community Sample. *Assessment*, 1073191115606518.
- Guttman, L. (1945). A basis for test-retest reliability. *Psychometrika*, 10, 255–282.
- Harding, T. W., De Arango, V., Baltazar, J., Climent, C. E., Ibrahim, H. H. A., Ladrado-Ignacio, L., & Wig, N. N. (1980). Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological medicine*, 10(02), 231-241.
- Harpham, T., Reichenheim, M., Oser, R., Thomas, E., Hamid, N., Jaswal, S., ... & Aidoo, M. (2003). Measuring mental health in a cost-effective manner. *Health policy and planning*, 18(3), 344-349.
- Hauck Filho, N., Machado, W. L., Teixeira, M. A. P., & Bandeira, D. R. (2012). Evidências de Validade de Marcadores Reduzidos para a Avaliação da Personalidade no Modelo dos Cinco Grandes Fatores. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(4), 417-423.
- Hauck Filho, N., Salvador-Silva, R., & Teixeira, M. A. P. (2015). Análise Psicométrica Preliminar de um Instrumento de Autorrelato para Avaliar Traços de Psicopatia. *Psico-USF*, 20(2), 333-348.
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227-239.
- Jacobsberg, L., Perry, S., & Frances, A. (1995). Diagnostic agreement between the SCID-II screening questionnaire and the Personality Disorder Examination. *Journal of personality assessment*, 65(3), 428-433.
- Kernberg, O. F. (1995). *Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kernberg, O. F. & Caligor, E. (2005). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. In M. K. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.). *Major theories of personality disorder*. 2. ed. New York: The Guilford Press.
- Keyes, C. L. M. (2005). The subjective well-being of America's youth: Toward a comprehensive assessment. *Adolescent and Family Health*, 4, 3-11.
- Keyes, C. L., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum–short form (MHC–SF) in setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 181-192.

- Krueger, R. F. (2013). Personality disorders are the vanguard of the post-DSM-5.0 era. *Personality disorders, 4*(4), 355-362.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine, 42*(09), 1879-1890.
- Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., & Iacono, W. G. (2005). Externalizing Psychopathology in Adulthood: A Dimensional-Spectrum Conceptualization and Its Implications for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(4), 537-550.
- Kushner, S. C., Quilty, L. C., Tackett, J. L., & Bagby, R. M. (2011). The Hierarchical Structure of the Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP-BQ). *Journal of Personality Disorders, 25*(4), 504-516.
- Lamers, S. M., Westerhof, G. J., Bolhmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology, 67*(1), 99-110.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment, 13*, 577-591.
- Lorenzo-Seva, U., & Ten Berge, J. M. (2006). Tucker's congruence coefficient as a meaningful index of factor similarity. *Methodology, 2*(2), 57-64.
- Machado, W. D. L., & Bandeira, D. R. (2015). Positive Mental Health Scale: Validation of the Mental Health Continuum-Short Form. *Psico-USF, 20*(2), 259-274.
- Machado, W. D. L., & Bandeira, D. R. (manuscript in preparation). *Validação da Depression, Anxiety, and Stress Scales (DASS-21) para o português brasileiro*. Manuscrito não publicado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Machado, W. D. L., Bandeira, D. R., & Pawlowski, J. (2013). Validação da Psychological Well-being Scale em uma amostra de estudantes universitários. *Avaliação Psicológica, 12*(2), 263-272.
- Machado, W. L., Hauck Filho, N., Teixeira, M. A. P., & Bandeira, D. R. (2014). Análise de Teoria de Resposta ao Item de Marcadores Reduzidos da Personalidade. *Psico, 45*(4), 551-558.
- Machado, W. D. L., Bandeira, D. R., & Pawlowski, J. (2013). Validação da Psychological Well-being Scale em uma amostra de estudantes universitários. *Avaliação Psicológica, 12*(2), 263-272.

- Mari, J. J., & Williams, P. (1985). A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological medicine*, *15*(03), 651-659.
- Markon, K. E., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the Structure of Normal and Abnormal Personality: An Integrative Hierarchical Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *88*(1), 139-157.
- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of personality*, *60*(2), 175-215.
- Melo, N. M. M., & Rangé, B. P. (2010). SCID-II-DSM-IV – Entrevista clínica estruturada para transtornos de personalidade: tradução e utilização na DPA/IP/UFRJ. *Anais da 8ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental*, *67*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2015). *Mplus user's guide (7th ed.)*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Dupont, G., Poitras, K., Foelsch, P., et al. (2002). Évaluation de l'Inventaire de l'organisation de la personnalité. *Revue canadienne des sciences du comportement*, *34*, 59-65.
- Nunes, C. H. S. S., Hutz, C. S., & Nunes, M. F. O. (2010). *Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) – Manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oldham, J., Clarkin, J., Appelbaum, A., Carr, A., Kernberg, P., Lotterman, A., et al. (1985). A self-report instrument for borderline personality organization. In T. H. McGlashan. *The Borderline: Current empirical research*. (pp. 3-18). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Oliveira, S. E. S. (2012). *Diagnóstico estrutural da personalidade: Adaptação e validação do Inventory of Personality Organization para a cultura brasileira*. Dissertação de mestrado não-publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Oliveira, S. E. S. & Bandeira, D. R. (2011). Linguistic and cultural adaptation of the Inventory of Personality Organization (IPO) for the Brazilian culture. *Journal of Depression & Anxiety*, *1*, doi:10.4172/jda.1000105.
- Oliveira, S. E. S., Machado, W. L., Bandeira, D. R., & Giacomoni, C. H. (2013). *Redução e Refinamento da Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS): Evidências de Validade, Fidedignidade e Normatização*. Manuscrito não-publicado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

- Osona, A., & Takahashi, S. (2003). Twelve month test–retest reliability of a Japanese version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *57*(5), 532-538.
- Parker, G. B., & Crawford, J. (2007). A spectrum model for depressive conditions: extrapolation of the atypical depression prototype. *Journal of affective disorders*, *103*(1), 155-163.
- Parker, G., Manicavasagar, V., Crawford, J. O., Tully, L., & Gladstone, G. (2006). Assessing personality traits associated with depression: the utility of a tiered model. *Psychological medicine*, *36*(08), 1131-1139.
- Patrick, C. J., Fowles, D. C., & Krueger, R. F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Development and psychopathology*, *21*(03), 913-938.
- Preti, E., Prunas, A., De Panfilis, C., Marchesi, C., Madeddu, F., & Clarkin, J. F. (2015). The facets of identity: Personality pathology assessment through the Inventory of Personality Organization. *Personality disorders*, *6*(2), 129-140.
- Quilty, L. C., Ayearst, L., Chmielewski, M., Pollock, B. G., & Bagby, R. M. (2013). The psychometric properties of the Personality Inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 field trial sample. *Assessment*, *20*(3), 326-369.
- Quiroga, S., Solano, A. C., & Fontao, M. I. (2003). La evaluacion de la estructura de la personalidad: adaptacion argentina del Inventario de Organizacion de la Personalidad (IPO). *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, *1*, 188-219.
- Revelle, W. (2015). *Psych: procedures for psychological, psychometric, and personality research r Package Version 1.5.8*. Northwestern University, Evanston, Illinois (URL <https://cran.r-project.org/web/packages/psych/psych.pdf>)
- Rushton, J. P., & Irwing, P. (2011). The general factor of personality. In T. Chamorro-Premuzic, S. Von Stumm, & A. Furnham, A. (Eds.). *The Wiley-Blackwell handbook of individual differences* (pp. 132-161). John Wiley & Sons.
- Ryder, A. G., Costa Jr, P. T., & Bagby, R. M. (2007). Evaluation of the SCID-II personality disorder traits for DSM-IV: Coherence, discrimination, relations with general personality traits, and functional impairment. *Journal of personality disorders*, *21*(6), 626-637.
- Ryff, C. D., & Essex, M. J. (1992). The interpretation of life experience and well-being: the sample case of relocation. *Psychology and aging*, *7*(4), 507-517.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, *69*(4), 719-727.

- Samejima, F. (1969). Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. *Psychometrika Monograph Suppl.*, No. 17.
- Saulsman, L.M., & Page, A.C. (2002). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 23, 1055-1085.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry*, 59, 22-33.
- Silveira, L. B. (2015). *Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br): Evidências de validade entre amostras clínica e não clínica*. Dissertação de mestrado não-publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Smits, D. J., Vermote, R., Claes, L., & Vertommen, H. (2009). The Inventory of Personality Organization-Revised: construction of an abridged version. *European Journal of Psychological Assessment*, 25, 223-230.
- Spanemberg, L., Parker, G., Caldieraro, M. A., Vares, E. A., Costa, F., Costa, M. M., & Fleck, M. P. (2014). Translation and cross-cultural adaptation of the Temperament & Personality Questionnaire into Brazilian Portuguese. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 36(4), 214-218.
- Spanemberg, L., Salum, G. A., Caldieraro, M. A., Vares, E. A., Tiecher, R. D., da Rocha, N. S., ... & Fleck, M. P. (2014). Personality styles in depression: testing reliability and validity of hierarchically organized constructs. *Personality and Individual Differences*, 70, 72-79.
- Tackett, J. L., Quilty, L. C., Sellbom, M., Rector, N. A., & Bagby, R. M. (2008). Additional Evidence for a Quantitative Hierarchical Model of Mood and Anxiety Disorders for DSM-V: The Context of Personality Structure. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(4), 812-825.
- Tucker, L. R. (1951). *A method for synthesis of factor analysis studies* (Personnel Research Section Report No. 984, Educational Testing Service Princeton NJ). Washington, DC: Department of the Army.
- Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and individual differences*, 36(3), 629-643.
- Velicer, W. F. (1976). Determining the number of components from the matrix of partial correlations. *Psychometrika*, 41, 321-327.

- Warren, J. I., & South, S. C. (2009). A symptom level examination of the relationship between Cluster B personality disorders and patterns of criminality and violence in women. *International journal of law and psychiatry*, 32(1), 10-17.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Widiger, T.A., & Costa, P.T. (2002). Five-factor model personality disorder research. In P.T. Costa & T.A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed., pp. 55–87). Washington DC: American Psychological Association.
- Wright, A. G., Scott, L. N., Stepp, S. D., Hallquist, M. N., & Pilkonis, P. A. (2015). Personality Pathology and Interpersonal Problem Stability. *Journal of personality disorders*, 29(5), 684-706.
- Wright, A. G., Thomas, K. M., Hopwood, C. J., Markon, K. E., Pincus, A. L., & Krueger, R. F. (2012). The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits. *Journal of abnormal psychology*, 121(4), 951-957.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Fitzmaurice, G., Weinberg, I., & Gunderson, J.G. (2008). The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(3), 177–184
- Zimmermann, J., Altenstein, D., Krieger, T., Holtforth, M. G., Pretsch, J., Alexopoulos, J., ... & Leising, D. (2014). The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: Findings from two German-speaking samples. *Journal of personality disorders*, 28(4), 518-540.
- Zimmermann, J., Benecke, C., Hörz, S., Rentrop, M., Peham, D., Bock, A., ... & Clarkin, J. F. (2013). Validierung einer deutschsprachigen 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). *Diagnostica*, 59(1), 3-16.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911-1918.

Material Suplementar

Tabela S 1: Estatísticas descritivas das amostras clínica e não clínica.....	72
Tabela S 2: Estatísticas descritivas e coeficientes de fidedignidade dos instrumentos	73
Tabela S 3: ESEM das Escalas Clínicas Primárias ($n = 1.704$).....	75
Tabela S 4: ESEM das Escalas Adicionais ($n = 1.704$).....	78
Tabela S 5: Análise de componentes principais da estrutura hierárquica do IPO-Br.....	79
Tabela S 6: Parâmetros dos itens dos fatores do IPO-Br pela Teoria de Resposta ao Item	80
Tabela S 7: Tabela normativa do fator Instabilidade do Self e Outros.....	82
Tabela S 8: Tabela normativa do fator Instabilidade do Comportamento.....	84
Tabela S 9: Tabela normativa do fator Instabilidade nos Objetivos.....	86
Tabela S 10: Tabela normativa do fator Psicose.....	87
Tabela S 11: Tabela normativa do fator Agressividade Autodirigida	89
Tabela S 12: Tabela normativa do fator Distorção dos Valores Morais.....	91
Tabela S 13: Tabela normativa do fator Agressividade Sádica	93

Tabela S 1: Estatísticas descritivas das amostras clínica e não clínica

	Não Clínica (n = 921)		Clínica (n = 783)		Total (n = 1.704)	
Idade						
- Mínimo | Máximo	15	73	15	73	15	73
- M (DP)	30,0	(10,7)	29,6	(10,3)	29,8	(10,5)
Sexo f (%)						
- Masculino	243	(26,4)	176	(22,5)	419	(24,6)
- Feminino	642	(69,7)	581	(74,2)	1.223	(71,8)
- Não respondeu	36	(3,9)	26	(3,3)	62	(3,6)
Etnia f (%)						
- Branco	666	(72,3)	541	(69,1)	1.207	(70,8)
- Negro	38	(4,1)	45	(5,7)	83	(4,9)
- Asiático	5	(0,5)	11	(1,4)	16	(0,9)
- Índio	2	(0,2)	-	-	2	(0,1)
- Pardo	151	(16,4)	124	(15,8)	275	(16,1)
- Outro	14	(1,5)	15	(1,9)	29	(1,7)
- Não respondeu	45	(4,9)	47	(6,0)	92	(5,4)
Renda Familiar f (%)						
- Menos de 1 salário	10	(1,1)	15	(1,9)	25	(1,5)
- De 1 a 5 salários	314*	(34,1)	359*	(45,8)	673	(39,5)
- De 6 a 10 salários	259*	(28,1)	167*	(21,3)	426	(25,0)
- De 11 a 15 salários	132*	(14,3)	82*	(10,5)	214	(12,6)
- Mais de 15 salários	155*	(16,8)	92*	(11,7)	247	(14,5)
- Não respondeu	51	(5,5)	68	(8,7)	119	(7,0)
Região de Residência f (%)						
- Norte	12	(1,3)	14	(1,8)	26	(1,5)
- Nordeste	81	(8,8)	70	(9,2)	151	(8,9)
- Centro-Oeste	51	(5,5)	44	(5,8)	95	(5,6)
- Sudeste	331	(35,9)	287	(37,8)	618	(36,3)
- Sul	407	(44,2)	345	(45,4)	752	(44,1)
- Não respondeu	39	(4,2)	23	(2,9)	62	(3,6)

Nota: Renda Familiar: $\chi^2(4) = 36,823$, $p < 0,001$; * os asteriscos indicam as variáveis que apresentaram frequências estatisticamente diferentes de acordo com a análise dos resíduos ajustados ($\geq |0,2|$).

Tabela S 2: Estatísticas descritivas e coeficientes de fidedignidade dos instrumentos

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Md</i>	<i>Mo</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Ass</i>	<i>Curt</i>	<i>α</i>
IPO-Br (n = 1.704)									
Instabilidade do Self/Outros (30)	0,29	0,74	2,20	1,93	1,00	4,60	0,63	-0,10	0,94
Instabilidade do Comportamento (15)	1,98	0,74	1,87	1,27	1,00	4,87	0,98	0,61	0,90
Instabilidade nos Objetivos (2)	2,09	1,08	2,00	1,00	1,00	5,00	0,96	0,22	0,86
Psicose (10)	1,59	0,63	1,49	1,20	1,00	4,80	1,98	4,66	0,84
Agressividade Autodirigida (7)	1,46	0,53	1,29	1,29	1,00	5,00	2,51	8,04	0,70
Distorção dos Valores Morais (10)	2,06	0,63	2,00	1,80	1,00	4,60	0,88	0,73	0,79
Agressividade Sádica (8)	1,40	0,54	1,25	1,00	1,00	4,50	2,34	6,57	0,81
SRQ-20 (n = 1.672)									
Total de Sintomas (20)	6,25	4,48	5,00	2,00	0,00	20,00	0,69	-0,21	0,85
Sintomas Depressivos (7)	1,60	1,91	1,00	0,00	0,00	7,00	1,20	0,51	0,79
Queixas Somáticas (6)	2,40	1,83	2,00	0,00	0,00	6,00	0,33	-0,96	0,70
Sintomas Ansiosos (6)	2,10	1,61	2,00	1,00	0,00	6,00	0,53	-0,56	0,66
M.L.N.I. (n = 1.513)									
Risco de Suicídio (6)	0,75	1,37	0,00	0,00	0,00	6,00	2,05	3,40	0,80
SCID-II-PQ (n = 1,188)									
Cluster A (25)	7,86	4,45	7,00	6,00	0,00	25,0	0,56	-0,03	0,78
- Paranoide (8)	2,94	2,20	3,00	2,00	0,00	8,00	0,49	-0,68	0,72
- Esquizotítico (16)	4,61	3,24	4,00	3,00	0,00	16,00	0,75	0,34	0,77
- Esquizoide (7)	2,68	1,63	3,00	2,00	0,00	7,00	0,34	-0,48	0,51
Cluster B (54)	10,18	7,59	9,00	6,99	0,00	54,00	1,16	1,64	0,89
- Histriônico (7)	1,81	1,63	1,00	0,00	0,00	7,00	0,77	-0,13	0,59
- Narcisista (17)	3,59	2,87	3,00	2,00	0,00	17,00	1,07	1,21	0,73
- Borderline (15)	3,64	3,53	3,00	0,00	0,00	15,00	1,07	0,40	0,85
- Antissocial (15)	1,14	1,86	0,00	0,00	0,00	15,0	2,67	9,77	0,75
Cluster C (24)	9,47	3,97	9,00	8,00	0,00	23,00	0,21	-0,42	0,71
- Evitativo (7)	3,49	1,96	3,00	3,00	0,00	7,00	0,06	-0,90	0,68
- Dependente (8)	1,91	1,68	2,00	1,00	0,00	8,00	0,90	0,43	0,56
- Obsessivo-Compulsivo (9)	4,06	1,90	4,00	3,00	0,00	9,00	0,09	-0,53	0,52
Outros TP (16)	6,34	3,91	6,00	4,00	0,00	16,00	0,26	-0,83	0,82
- Passivo-Agressivo (8)	2,92	2,03	3,00	2,00	0,00	8,00	0,34	-0,75	0,66
- Depressivo (8)	3,41	2,34	3,00	2,00	0,00	8,00	0,26	-0,98	0,77
PID-5 (n = 1,206)									
Afetividade Negativa (67)	1,07	0,44	1,00	0,82	0,27	2,66	0,72	0,10	0,95
- Ansiedade (9)	1,49	0,70	1,44	1,44	0,00	3,00	0,22	-0,83	0,86
- Inseg. de Separação (7)	0,80	0,72	0,57	0,00	0,00	3,00	0,89	0,05	0,87
- Labilidade Emocional (7)	1,20	0,74	1,14	0,86	0,00	3,00	0,42	-0,51	0,84
- Perseveração (9)	0,80	0,58	0,78	0,33	0,00	3,00	0,70	0,07	0,84
- Submissão (4)	0,91	0,68	0,75	0,00	0,00	3,00	0,55	-0,27	0,81
Distanciamento (52)	0,82	0,50	0,71	0,65	0,02	2,69	0,92	0,54	0,95
- Afetividade Restrita (7)	0,88	0,67	0,86	0,00	0,00	3,00	0,68	-0,18	0,84
- Anedonia (8)	1,03	0,69	0,88	0,38	0,00	3,00	0,70	-0,20	0,87
- Desconfiança (7)	1,03	0,56	1,00	1,00	0,00	3,00	0,56	-0,06	0,70
- Evitação de Intimidade (6)	0,55	0,62	0,33	0,00	0,00	3,00	1,51	1,86	0,82
- Retraimento (10)	0,86	0,65	0,70	0,30	0,00	3,00	0,96	0,56	0,89
- Tendência à Depressão (14)	0,65	0,65	0,43	0,00	0,00	3,00	1,38	1,46	0,93
Antagonismo (53)	0,65	0,44	0,55	0,43	0,00	2,77	1,25	1,92	0,95
- Busca de Atenção (8)	1,00	0,72	0,88	0,13	0,00	3,00	0,63	-0,32	0,89
- Desonestidade (10)	0,49	0,51	0,30	0,00	0,00	2,70	1,58	2,49	0,85
- Grandiosidade (6)	0,69	0,60	0,50	0,33	0,00	3,00	1,11	1,07	0,78
- Hostilidade (10)	0,93	0,65	0,80	0,40	0,00	3,00	0,77	0,04	0,87
- Insensibilidade (14)	0,34	0,41	0,21	0,00	0,00	2,57	2,27	6,39	0,86
- Manipulação (5)	0,70	0,68	0,60	0,00	0,00	3,00	1,08	0,68	0,83
Desinibição (46)	1,12	0,34	1,09	0,98	0,20	2,83	0,64	1,11	0,87
- Distratibilidade (9)	1,03	0,71	0,89	0,67	0,00	3,00	0,52	-0,52	0,89
- Exposição a Riscos (14)	1,00	0,50	1,00	0,93	0,00	2,93	0,47	0,37	0,84
- Impulsividade (6)	0,80	0,72	0,67	0,00	0,00	3,00	1,00	0,50	0,90
- Irresponsabilidade (7)	0,52	0,51	0,43	0,00	0,00	3,00	1,29	1,67	0,74
- Perfeccionismo Rígido (10)	1,04	0,69	1,00	0,70	0,00	3,00	0,48	-0,51	0,89

Tabela S 2: Continuação

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Md</i>	<i>Mo</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Ass</i>	<i>Curt</i>	α
(Continuação do PID-5)									
Psicoticismo (33)	0,51	0,51	0,33	0,06	0,00	2,76	1,51	2,13	0,95
- Excentricidade (13)	0,59	0,71	0,31	0,00	0,00	3,00	1,44	1,48	0,96
- Experiências e Crenças Incomuns (8)	0,44	0,50	0,25	0,00	0,00	2,88	1,63	2,75	0,80
- Desregulação Percept. (12)	0,48	0,47	0,33	0,00	0,00	2,58	1,55	2,55	0,84
DSQ-40 (n = 268)									
- Defesas Maduras (10)	5,26	1,20	5,30	5,30	1,00	8,00	-0,48	0,07	0,65
- Defesas Neuróticas (8)	4,01	1,23	4,00	3,75	1,00	7,63	0,15	-0,10	0,57
- Defesas Imaturas (22)	3,40	1,27	3,36	3,82	1,00	7,82	0,15	0,63	0,84
EMDA (n = 180)									
- Egocentrismo Maquiavélico (26)	1,47	0,35	1,35	1,27	1,00	3,00	1,48	2,94	0,86
- Descontrole (21)	1,91	0,50	1,81	1,62	1,00	3,43	0,71	0,15	0,87
- Audácia (13)	2,08	0,41	2,08	2,00	1,23	3,15	0,16	-0,21	0,63
DASS-21 (n = 247)									
- Depressão (7)	2,17	0,85	2,00	1,29	1,00	4,00	0,59	-0,73	0,93
- Ansiedade (7)	1,93	0,73	1,86	1,00	1,00	4,00	0,83	0,17	0,87
- Estresse (7)	2,35	0,77	2,14	1,86	1,00	4,00	0,40	-0,76	0,90
MMP (n = 228)									
- Neuroticismo (5)	2,92	0,94	2,80	2,80	1,00	5,00	0,08	-0,82	0,81
- Extroversão (5)	3,16	0,95	3,20	2,80	1,00	5,00	-0,02	-0,56	0,84
- Socialização (5)	4,06	0,68	4,10	4,00	1,00	5,00	-1,15	2,77	0,80
- Conscienciosidade (5)	4,11	0,68	4,20	4,60	1,40	5,00	-1,08	1,35	0,79
- Abertura (5)	2,94	0,83	3,00	3,40	1,00	5,00	-0,21	-0,57	0,66
PANAS (n = 217)									
- Afetos Positivos (10)	3,11	0,75	3,10	3,20	1,00	4,90	-0,23	-0,28	0,86
- Afetos Negativos (12)	2,44	0,90	2,25	2,08	1,00	4,83	0,62	-0,42	0,93
T&P (n = 142)									
- Preocupação Ansiosa (8)	1,53	0,77	1,50	0,88	0,00	3,00	0,04	-0,97	0,88
- Reserva Pessoal (8)	1,15	0,81	1,00	0,50	0,00	3,00	0,48	-0,64	0,92
- Perfeccionismo (8)	2,42	0,49	2,50	2,75	0,63	3,00	-1,14	1,61	0,82
- Irritabilidade (8)	1,56	0,86	1,56	1,63	0,13	3,00	0,10	-1,12	0,93
- Evitação Social (7)	1,30	0,70	1,29	1,29	0,00	3,00	0,30	-0,47	0,86
- Sensibilidade à Rejeição (7)	1,35	0,91	1,29	0,57	0,00	3,00	0,33	-1,09	0,90
- Autocrítica (8)	1,40	0,71	1,31	1,75	0,00	3,00	0,17	-0,76	0,85
- Autofoco (7)	0,80	0,45	0,71	0,71	0,00	2,57	0,81	1,12	0,68
- Cooperatividade (10)	2,39	0,50	2,50	2,60	0,10	3,00	-1,61	4,14	0,85
- Efetividade (10)	2,08	0,62	2,20	2,20	0,40	3,00	-0,57	-0,64	0,86
MHC-SF (n = 215)									
- Saúde Mental (14)	3,89	1,02	4,00	4,29	1,36	5,64	-0,38	-0,71	0,92
- Bem Estar Emocional (3)	4,32	1,16	4,67	5,00	1,00	6,00	-0,64	-0,34	0,91
- Bem Estar Social (5)	3,14	1,17	3,00	4,20	1,00	5,60	0,11	-0,84	0,80
- Bem Estar Psicológico (6)	4,30	1,13	4,50	4,83	1,17	6,00	-0,64	-0,39	0,85
EBEP (n = 158)									
- Relações Positivas (6)	4,00	1,03	4,08	4,17	1,17	6,00	-0,19	-0,25	0,70
- Autonomia (6)	4,19	0,90	4,17	4,17	1,67	6,00	-0,29	-0,27	0,69
- Domínio do Ambiente (6)	4,11	1,09	4,17	4,33	1,00	6,00	-0,47	-0,20	0,81
- Crescimento Pessoal (6)	5,35	0,74	5,50	5,83	2,33	6,00	-1,85	3,45	0,82
- Propósito de Vida (6)	4,67	1,14	5,00	6,00	1,17	6,00	-0,91	0,01	0,88
- Autoaceitação (6)	4,37	1,29	4,75	5,17	1,00	6,00	-0,63	-0,72	0,89

Nota: *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *Md* = mediana; *Mo* = moda; *Min* = escore mínimo observado; *Max* = escore máximo observado; *Ass* = Assimetria; *Cur* = Curtose; α = alfa de Cronbach.

Tabela S 3: ESEM das Escalas Clínicas Primárias (n = 1.704)

	Escala Original	I	II	III	IV	Variância Residual	
30	Eu tenho medo de que as pessoas que considero importantes, repentinamente mudem seus sentimentos em relação a mim.	DI	0,82	-0,18	0,05	-0,06	0,46
46	Quando tudo ao meu redor está incerto e confuso eu também me sinto assim por dentro.	TR	0,75	0,03	-0,07	0,03	0,46
42	Quando estou nervoso ou confuso, parece que as coisas do mundo não fazem sentido.	TR	0,68	0,17	-0,01	0,00	0,40
27	Para mim é difícil dizer não, por isso acabo me relacionando com pessoas das quais, verdadeiramente, não gosto.	DI	0,67	-0,11	-0,12	0,04	0,68
33	Preciso admirar as pessoas para me sentir seguro.	DP	0,65	0,01	-0,15	0,06	0,65
53	As pessoas dizem que eu tenho dificuldade em ver defeitos naqueles que eu admiro.	DP	0,64	0,05	-0,16	-0,08	0,70
16	Eu idolatro algumas pessoas, mesmo que depois eu me dê conta de que estava enganado.	DP	0,63	0,10	-0,14	0,14	0,54
50	As pessoas tendem a me usar se eu não tomar cuidado.	DP	0,59	0,08	0,04	0,00	0,56
31	Não sei dizer se eu simplesmente quero que alguma coisa seja verdade, ou se ela realmente é verdade.	TR	0,59	0,15	0,09	0,00	0,43
79	Depois de me envolver com as pessoas, fico surpreso ao descobrir como elas realmente são.	DI	0,57	0,03	0,20	-0,19	0,56
47	Ficar sozinho é difícil para mim.	DI	0,57	0,01	-0,17	-0,05	0,79
37	Quando os outros me veem tendo sucesso, eu fico muito feliz e, quando eles me veem fracassando, eu fico arrasado.	DI	0,57	-0,12	0,02	0,05	0,70
57	Eu costumo sentir as coisas de formas extremas: ou com grande alegria, ou com intenso desespero.	DP	0,55	0,15	0,12	0,01	0,45
17	As pessoas tendem a me tratar, ou com excesso de amor, ou me abandonando.	DP	0,54	0,12	0,17	-0,02	0,46
52	Para mim é difícil confiar nas pessoas, porque elas frequentemente acabam ficando contra mim ou me traíndo.	DP	0,53	0,04	0,32	-0,18	0,46
1	Sinto que minhas preferências e opiniões não são realmente minhas, mas como se as tivesse tomado emprestado de outras pessoas.	DI	0,51	-0,04	-0,17	0,19	0,74
3	Sinto que as pessoas que eu considerava especiais me desapontaram por não serem o que eu esperava delas.	DP	0,51	0,12	0,14	-0,17	0,61
56	Eu tenho preferência por algumas pessoas, às quais não só admiro, mas quase idealizo.	DP	0,50	0,14	0,02	0,04	0,60
63	É difícil, para mim, ter certeza do que os outros pensam sobre mim, mesmo as pessoas que me conhecem muito bem.	DI	0,50	-0,11	0,33	0,03	0,49
8	Sinto que não consigo o que quero.	DP	0,48	-0,05	0,07	0,12	0,67
45	Durante um relacionamento íntimo, eu tenho medo de perder a noção de quem eu sou.	DI	0,46	0,04	0,19	0,06	0,57
70	Quando me sinto mal, não consigo dizer se é emocional ou físico.	TR	0,45	0,19	0,12	-0,04	0,57
28	Eu frequentemente me sinto um falso ou um impostor, como se os outros me vissem muito diferente do jeito que eu realmente sou.	DI/VM	0,45	-0,10	0,24	0,22	0,48
18	Sinto que na minha casa sou uma pessoa diferente da que sou no trabalho ou na escola.	DI	0,42	-0,16	0,24	0,22	0,55

Tabela S 3: Continuação

		Escala Original	I	II	III	IV	Variância Residual
9	Às vezes, sinto como se eu fosse uma outra pessoa, talvez como um amigo ou um parente, ou mesmo alguém que eu não conheço.	TR	0,37	0,27	0,06	0,19	0,50
22	Eu me vejo de diferentes formas em diferentes momentos.	DI	0,35	0,12	0,11	0,25	0,54
4	Alguns de meus amigos ficariam surpresos se eles soubessem como o meu comportamento varia em diferentes situações.	DI	0,35	0,00	0,27	0,17	0,55
51	Tenho tendência a iniciar atividades, passatempos e coisas que me interessam, mas, logo depois, abandono-as.	DI	0,33	0,00	0,12	0,30	0,60
32	Eu me pego fazendo coisas que quando as estou fazendo, me sinto bem, mas depois acho difícil acreditar que eu as tenha feito.	DP/VM	0,30	0,23	0,24	0,10	0,49
6	Se minha vida fosse um livro, seria mais semelhante a um conjunto de pequenas histórias escritas por diferentes autores, do que a um longo romance.	DI	0,26	0,13	0,16	0,13	0,70
55	Quando escuto vozes ou vejo coisas, não tenho certeza se é minha imaginação ou se são reais.	TR	0,02	0,90	0,00	-0,03	0,19
81	Escuto coisas que outras pessoas dizem que não são reais.	TR	-0,06	0,87	0,05	-0,02	0,28
2	Vejo e escuto coisas que ninguém mais pode ver ou escutar.	TR	-0,12	0,84	-0,03	0,05	0,40
11	Eu tenho visto coisas que não existem na realidade.	TR	0,08	0,82	0,03	0,01	0,22
21	Eu já ouvi ou vi coisas quando não havia razão aparente para isso.	TR	0,11	0,71	-0,03	-0,04	0,43
40	Às vezes, sinto como se tivesse ido a algum lugar ou feito alguma coisa que na verdade não fiz.	TR	0,18	0,49	0,16	0,01	0,48
39	Eu não sei dizer se certas sensações físicas que tenho são reais ou se são apenas minha imaginação.	TR	0,27	0,48	0,10	0,02	0,45
43	Sinto que meus desejos ou pensamentos podem se tornar realidade num simples passe de mágica.	TR	0,13	0,38	0,11	0,09	0,66
77	Eu acredito que as coisas acontecerão simplesmente por pensar nelas.	TR	0,14	0,34	0,12	0,03	0,71
5	Às vezes eu acho que vejo alguma coisa com clareza, mas quando olho mais de perto, não é bem o que parecia ser.	TR	0,30	0,32	-0,05	0,10	0,68
76	As pessoas pensam que sou grosseiro ou que não me importo com os outros, mas não sei por quê.	TR	-0,16	-0,02	0,84	-0,03	0,48
72	As pessoas dizem que eu as provoço ou as engano para obter o que eu quero.	DI	-0,04	0,07	0,70	-0,01	0,51
71	Algumas vezes, sou afetuoso e generoso, mas, em outras, sou frio e indiferente.	DI	0,03	-0,04	0,69	0,04	0,50
64	Eu acho que faço coisas que deixam as pessoas chateadas, mas não sei por que tais coisas as chateiam.	TR	0,20	0,00	0,58	-0,06	0,49
58	Nem as pessoas que me conhecem bem conseguem adivinhar como eu vou agir.	DI	0,08	0,21	0,55	0,08	0,39
60	Sinto que faz tempo que ninguém me ensina ou me diz algo que eu já não saiba.	DP	0,04	0,10	0,46	-0,02	0,71

Tabela S 3: Continuação

		Escala Original	I	II	III	IV	Variância Residual
61	As pessoas dizem que eu me comporto de forma contraditória.	DP	0,14	0,13	0,44	0,13	0,51
48	Eu ajo de modo que parece imprevisível e instável aos outros.	DP	0,20	0,17	0,44	0,10	0,42
80	Eu não consigo explicar minhas mudanças de comportamento.	DI	0,28	0,10	0,41	0,12	0,41
66	De certo modo, eu nunca sei muito bem como me comportar com as pessoas.	TR	0,35	-0,06	0,41	0,10	0,49
25	Faço coisas por impulso que acho que não são aceitas socialmente.	DI	0,11	0,21	0,40	0,13	0,52
83	Sei e entendo de coisas que ninguém mais é capaz de entender ou saber.	TR	0,02	0,34	0,38	-0,03	0,60
10	Eu me pego fazendo coisas que em outros momentos acho que não são muito sensatas, como sexo promíscuo, mentira, ingestão de bebida alcoólica, ataques de raiva ou pequenos delitos.	DP/VM	0,11	0,13	0,35	0,19	0,61
68	Eu acho que as pessoas são essencialmente, ou boas, ou más e que poucas estão no meio termo.	DP	0,24	0,12	0,33	-0,17	0,71
54	Sei que não posso dizer aos outros algumas coisas que eu entendo do mundo, porque poderiam pensar que estou louco.	TR	0,28	0,26	0,29	0,00	0,49
49	Meus objetivos estão sempre mudando.	DI	0,06	0,08	0,07	0,81	0,19
15	Meus objetivos de vida mudam frequentemente a cada ano.	DI	0,01	0,16	0,01	0,81	0,24
Correlações entre fatores							
I – Instabilidade do Self e Outros			-				
II – Psicose			0,57				
III – Instabilidade do Comportamento			-				
IV – Instabilidade nos Objetivos			0,69 0,53 -				
			0,51 0,26 0,39 -				

Tabela S 4: ESEM das Escalas Adicionais (n = 1.704)

		Escala Original	I	II	III	Variância Residual
20	Eu me sinto aliviado machucando, cortando ou causando dor física a mim mesmo.	Ag	0,97	0,01	-0,02	0,06
14	Não consigo deixar de me arranhar, me beliscar ou fazer coisas que são consideradas dolorosas, mas que para mim, aliviam a tensão.	Ag	0,92	-0,01	-0,07	0,22
26	Já tentei me suicidar.	Ag	0,56	0,07	0,09	0,59
75	Você só consegue obter o que deseja machucando-se ou ameaçando que vai se machucar.	Ag	0,53	0,28	0,07	0,49
34	Eu já machuquei alguém seriamente, mas foi em legítima defesa.	Ag	0,51	0,03	0,25	0,56
73	Eu, de propósito, já machuquei alguém seriamente.	Ag	0,50	-0,08	0,45	0,41
67	Gosto de atividades que os outros consideram perigosas.	Ag	0,31	0,02	0,31	0,71
41	Eu não cuido muito de minha saúde física.	Ag	0,26	0,18	0,05	0,84
24	Todo mundo roubaria se não tivesse medo de ser pego.	VM	0,01	0,62	-0,06	0,64
13	Já que todo mundo finge estar preocupado com os outros e com o que é certo e errado, temos que fazer esse mesmo jogo.	VM	-0,01	0,58	0,12	0,59
23	Ao fazerem coisas erradas, as pessoas têm medo de serem pegadas, então fingem se sentir culpadas.	VM	0,10	0,52	-0,03	0,70
78	Já que todos pensam somente em si, é melhor fazer o mesmo e não ser um otário.	VM	0,07	0,50	0,24	0,54
29	Sou controlado enquanto tudo estiver do meu jeito, mas quando as pessoas não entendem ou bagunçam as coisas, eu fico com raiva e viro uma fera.	Ag	0,36	0,49	-0,01	0,51
12	Eu sou uma pessoa amigável, mas quando perco a paciência, fico furioso. Depois me arrependo disso.	Ag	0,33	0,47	-0,14	0,64
38	Bons amigos terminaram a relação comigo, porque eu não suportava quando não concordávamos na solução de um problema.	Ag	0,32	0,42	0,00	0,63
36	Não se pode julgar os verdadeiros sentimentos dos outros somente por seu comportamento exterior, porque, o que se vê, pode ser fingimento.	VM	0,15	0,40	0,07	0,73
74	A divisão das coisas entre as pessoas é tão injusta que me sinto no direito de pegar coisas que não são minhas, desde que eu não corra risco de ser pego fazendo isso.	VM	0,21	0,39	0,16	0,63
65	Tem momentos em que meu comportamento está de acordo com o que aprendi ser correto e, em outras vezes, ajo de maneira imoral ou amoral.	VM	0,30	0,36	0,21	0,54
59	Sinto algum tipo de satisfação em fazer os outros sofrerem.	Ag	0,05	0,18	0,82	0,12
35	Eu tenho prazer com o sofrimento dos outros.	Ag	-0,01	0,20	0,77	0,24
69	Eu gosto de machucar fisicamente os outros.	Ag	0,37	-0,02	0,66	0,22
44	Já me disseram que eu gosto de ver outras pessoas sofrendo.	Ag	0,13	0,19	0,65	0,33
7	Eu gosto que os outros tenham medo de mim.	Ag	-0,10	0,42	0,53	0,42
82	Se você quer manter o controle, você tem que garantir que as pessoas tenham medo de você.	Ag	-0,03	0,48	0,50	0,32
62	Já me disseram que eu tento controlar os outros fazendo com que se sintam culpados.	Ag	0,22	0,22	0,36	0,59
Correlações entre fatores						
I – Agressividade Autodirigida			-			
II – Distorção dos Valores Morais			0,36	-		
III – Agressividade Sádica			0,44	0,43	-	

Tabela S 5: Análise de componentes principais da estrutura hierárquica do IPO-Br

Nível 1		Nível 2			Nível 3			Nível 4					
	I	I	II		I	II	III	I	II	III	IV		
IC	0,91	IC	0,82	0,42	PSI	0,86	0,17	0,21	PSI	0,78	0,04	0,12	0,44
ISO	0,89	AS	0,81	0,07	AA	0,74	0,36	0,08	ISO	0,76	0,27	0,38	0,24
DVM	0,85	DVM	0,78	0,35	ISO	0,67	0,37	0,49	DVM	0,71	0,56	0,19	0,04
PSI	0,78	AA	0,76	0,20	IC	0,61	0,59	0,36	IC	0,71	0,49	0,26	0,24
AA	0,75	ISO	0,69	0,58	AS	0,22	0,91	0,12	AS	0,21	0,88	0,14	0,28
AS	0,73	PSI	0,68	0,38	DVM	0,48	0,66	0,32	IO	0,24	0,15	0,94	0,13
IO	0,64	IO	0,19	0,93	IO	0,19	0,17	0,94	AA	0,31	0,30	0,16	0,86
Nível 5					Nível 6								
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	VI		
DVM	0,85	0,14	0,33	0,17	0,15	ISO	0,78	0,15	0,30	0,28	0,27	0,29	
ISO	0,74	0,35	0,08	0,33	0,32	IC	0,64	0,40	0,21	0,32	0,24	0,37	
IC	0,71	0,23	0,35	0,34	0,27	AS	0,19	0,91	0,14	0,15	0,21	0,22	
IO	0,24	0,94	0,13	0,14	0,12	IO	0,21	0,13	0,94	0,14	0,12	0,13	
AS	0,31	0,14	0,90	0,15	0,21	PSI	0,28	0,17	0,16	0,88	0,23	0,19	
PSI	0,33	0,16	0,16	0,88	0,23	AA	0,24	0,23	0,14	0,23	0,89	0,16	
AA	0,28	0,14	0,23	0,23	0,89	DVM	0,36	0,30	0,18	0,22	0,19	0,82	
Nível 7													
	I	II	III	IV	V	VI	VII						
AS	0,91	0,15	0,14	0,23	0,21	0,12	0,13						
PSI	0,16	0,89	0,16	0,20	0,24	0,20	0,14						
IO	0,13	0,14	0,94	0,14	0,13	0,17	0,09						
DVM	0,29	0,23	0,18	0,84	0,19	0,25	0,17						
AA	0,22	0,23	0,14	0,17	0,90	0,18	0,12						
ISO	0,18	0,31	0,30	0,34	0,27	0,75	0,20						
IC	0,34	0,32	0,23	0,40	0,26	0,34	0,62						

Nota: Valores das cargas maiores que |0,40| estão apresentadas em negrito; Cargas com maior valor estão salientadas em cinza; Números em algarismos romanos correspondem à ordem dos componentes nos modelos e aos números romanos na Figura 1.1 do artigo.

Tabela S 6: Parâmetros dos itens dos fatores do IPO-Br pela Teoria de Resposta ao Item

Itens	Métrica de Samejima					Ajuste dos Itens		
	a	b1	b2	b3	b4	$S-\chi^2$	gl.	p
Fator: Instabilidade do Self e Outros								
1	0,891	-0,585	0,877	2,860	4,594	219,964	225	0,582
3	1,320	-1,577	-0,062	1,263	2,390	285,303	249	0,057
4	1,484	-0,801	0,315	1,205	2,107	219,905	249	0,908
6	1,108	-0,890	0,022	0,821	1,908	353,356	282	0,003
8	1,224	-1,353	-0,020	1,314	2,361	282,644	264	0,206
9	1,672	0,669	1,419	2,151	2,840	200,217	188	0,258
16	1,531	0,198	1,098	1,936	2,758	254,064	214	0,032
17	1,872	-0,080	0,698	1,494	2,219	232,797	212	0,156
18	1,430	-0,758	0,146	0,951	1,757	300,666	260	0,042
22	1,566	-0,906	0,034	1,113	2,017	272,231	244	0,104
27	1,081	-0,672	0,666	1,877	3,142	372,573	266	0,000
28	1,656	0,135	0,990	1,713	2,546	252,586	216	0,044
30	1,691	-1,055	-0,264	0,413	1,171	255,376	235	0,172
31	1,981	-0,193	0,541	1,424	2,136	264,998	211	0,007
32	1,668	-0,123	0,745	1,676	2,537	273,867	214	0,004
33	1,198	0,212	1,162	2,125	3,179	296,259	232	0,003
37	1,086	-2,032	-0,592	0,670	1,786	276,176	272	0,418
42	2,057	-0,675	0,132	0,941	1,589	239,497	220	0,175
45	1,502	0,508	1,206	1,877	2,574	276,817	232	0,023
46	1,807	-0,960	-0,046	0,836	1,669	276,826	233	0,026
47	0,779	-0,853	0,622	1,967	2,988	353,221	305	0,030
50	1,488	-0,705	0,263	1,127	2,028	292,870	252	0,039
51	1,271	-1,477	-0,244	0,771	1,739	274,084	262	0,292
52	1,647	-0,555	0,526	1,330	1,960	244,699	240	0,404
53	0,994	-0,242	0,951	2,023	3,256	312,796	281	0,093
56	1,352	-0,021	0,932	1,787	2,693	292,943	249	0,029
57	1,927	-0,389	0,457	1,118	1,714	236,726	229	0,349
63	1,654	-0,994	-0,001	0,832	1,699	254,958	242	0,271
70	1,399	-0,079	0,874	1,715	2,669	239,489	245	0,587
79	1,444	-1,350	0,085	1,260	2,282	201,546	239	0,963
Fidedignidade marginal do padrão de respostas:								0,94
Fator: Instabilidade do Comportamento								
10	1,267	-0,126	0,884	1,826	2,845	202,664	150	0,003
25	1,635	0,059	1,008	1,883	2,615	133,191	133	0,479
48	2,183	0,012	0,850	1,585	2,123	155,354	120	0,017
54	1,619	-0,299	0,403	1,064	1,720	140,537	136	0,377
58	2,242	-0,147	0,728	1,327	1,933	134,898	123	0,218
60	1,071	-0,108	1,074	2,213	3,416	149,541	151	0,518
61	1,784	0,336	1,303	2,133	2,790	140,457	123	0,134
64	1,734	-0,229	0,791	1,667	2,543	184,682	129	0,001
66	1,648	-0,594	0,534	1,379	2,238	141,375	133	0,293
68	1,008	-0,385	0,827	1,982	3,125	172,850	156	0,169
71	1,555	-1,178	-0,174	0,816	1,605	110,395	121	0,745
72	1,590	1,290	2,038	2,657	3,251	168,215	107	0,000
76	1,490	0,334	1,173	2,037	2,825	198,225	142	0,001
80	2,074	-0,316	0,598	1,297	1,883	145,492	127	0,125
83	1,246	0,412	1,330	2,281	3,106	191,432	145	0,006
Fidedignidade marginal do padrão de respostas:								0,89
Fator: Instabilidade nos Objetivos								
15	2,685	-0,365	0,613	1,368	1,914	-	-	-
49	16,600	-0,265	0,522	1,141	1,655	-	-	-
Fidedignidade marginal do padrão de respostas:								0,76

Tabela S 6: Continuação

Itens	Métrica de Samejima					Ajuste dos Itens		
	a	b1	b2	b3	b4	S- χ^2	gl.	p
Fator: Psicose								
2	1,890	0,968	1,534	2,133	2,799	108,247	82	0,028
5	1,009	-1,091	0,218	2,073	3,618	67,749	77	0,765
11	3,294	1,250	1,744	2,202	2,725	79,807	55	0,016
21	1,894	0,634	1,321	2,016	2,523	80,712	84	0,581
39	1,781	0,671	1,306	1,890	2,556	83,671	85	0,520
40	1,703	0,709	1,341	2,067	2,551	81,708	83	0,520
43	1,139	0,312	1,365	2,306	3,137	120,916	88	0,012
55	3,729	1,139	1,610	1,960	2,161	64,574	58	0,258
77	1,081	0,394	1,514	2,547	3,569	124,952	90	0,009
81	2,588	1,318	1,765	2,166	2,481	98,751	71	0,016
Fidedignidade marginal do padrão de respostas:								0,74
Fator: Agressividade Autodirigida								
14	3,533	1,124	1,499	1,725	2,029	88,477	40	0,000
20	6,290	1,191	1,476	1,768	2,045	70,456	34	0,000
26	1,474	1,423	1,908	2,202	2,450	70,275	47	0,016
34	1,155	1,850	2,625	3,545	4,063	62,980	47	0,060
41	0,660	-1,877	-0,224	1,613	3,621	88,276	46	0,000
73	1,286	2,285	2,969	3,487	4,243	65,243	45	0,026
75	1,507	2,463	3,135	3,816	4,022	48,680	31	0,023
Fidedignidade marginal do padrão de respostas:								0,52
Fator: Distorção dos Valores Morais								
12	1,199	-1,454	0,013	1,138	2,100	104,183	81	0,042
13	1,391	0,416	1,398	2,333	3,143	143,132	85	0,000
23	1,026	-1,126	-0,069	1,460	2,888	75,456	85	0,761
24	1,099	-0,036	0,975	2,082	2,997	91,006	91	0,480
29	1,526	-0,723	0,521	1,499	2,334	68,579	80	0,815
36	1,071	-2,650	-1,404	0,160	1,436	68,242	70	0,537
38	1,332	1,052	2,248	3,167	3,907	89,233	76	0,142
65	1,515	0,143	1,102	1,947	2,753	103,219	82	0,057
74	1,407	1,828	2,699	3,412	4,009	61,812	61	0,447
78	1,533	0,274	1,242	2,141	2,886	102,470	83	0,073
Fidedignidade marginal do padrão de respostas:								0,79
Fator: Agressividade Sádica								
7	1,807	0,372	1,136	1,888	2,594	74,1983	51	0,019
35	3,011	1,076	1,711	2,459	2,913	45,4496	38	0,190
44	2,567	1,227	1,687	2,222	2,749	62,6701	48	0,076
59	4,315	1,199	1,788	2,318	2,705	54,9473	34	0,013
62	1,357	0,693	1,558	2,362	3,310	73,658	57	0,068
67	0,843	0,564	1,891	3,096	4,318	73,2294	61	0,136
69	2,571	2,091	2,561	2,954	3,446	34,6157	28	0,181
82	2,002	1,087	1,868	2,703	3,051	61,6845	45	0,050
Fidedignidade marginal do padrão de respostas:								0,66

Tabela S 7: Tabela normativa do fator Instabilidade do Self e Outros

Escore	Sexo		Faixa Etária				Renda Familiar				Região do Brasil					Escore
	M	F	15-20	21-30	31-40	41-73	< 6	6-10	11-15	> 15	N	NE	CO	SE	S	
1,00	33	33	29	33	34	34	32	32	34	35	34	32	33	32	33	1,00
1,05	34	34	30	33	35	35	32	33	35	36	35	33	34	33	34	1,05
1,10	35	34	31	34	36	36	33	34	36	37	35	34	34	34	35	1,10
1,15	35	35	32	35	37	37	34	35	37	38	36	35	35	35	36	1,15
1,20	36	36	33	36	38	38	35	36	38	39	37	36	36	36	37	1,20
1,25	37	37	34	37	39	39	36	36	39	40	38	37	37	36	38	1,25
1,30	38	38	35	38	40	40	37	37	40	41	39	37	37	37	39	1,30
1,35	39	39	36	39	41	41	38	38	41	42	40	38	38	38	40	1,35
1,40	40	40	36	40	42	42	39	39	42	43	40	39	39	39	41	1,40
1,45	41	41	37	41	43	43	39	40	43	44	41	40	40	40	42	1,45
1,50	41	42	38	41	43	44	40	41	44	45	42	41	40	41	43	1,50
1,55	42	43	39	42	44	45	41	42	45	45	43	42	41	42	44	1,55
1,60	43	44	40	43	45	46	42	43	45	46	44	43	42	43	45	1,60
1,65	44	45	41	44	46	47	43	44	46	47	44	43	42	44	45	1,65
1,70	45	46	42	45	47	48	44	45	47	48	45	44	43	45	46	1,70
1,75	46	46	42	46	48	49	45	46	48	49	46	45	44	46	47	1,75
1,80	46	47	43	47	49	50	46	47	49	50	47	46	45	47	48	1,80
1,85	47	48	44	48	50	51	46	48	50	51	48	47	45	48	49	1,85
1,90	48	49	45	49	51	52	47	49	51	52	48	48	46	49	50	1,90
1,95	49	50	46	49	52	53	48	49	52	53	49	49	47	49	51	1,95
2,00	50	51	47	50	53	54	49	50	53	54	50	49	48	50	52	2,00
2,05	51	52	48	51	54	55	50	51	54	55	51	50	48	51	53	2,05
2,10	52	53	48	52	55	56	51	52	55	56	52	51	49	52	54	2,10
2,15	52	54	49	53	56	57	52	53	56	57	52	52	50	53	55	2,15
2,20	53	55	50	54	57	58	53	54	57	58	53	53	50	54	56	2,20
2,25	54	56	51	55	58	59	54	55	58	59	54	54	51	55	57	2,25
2,30	55	57	52	56	59	60	54	56	59	60	55	55	52	56	58	2,30
2,35	56	58	53	57	60	61	55	57	60	61	56	56	53	57	59	2,35
2,40	57	59	54	58	61	62	56	58	61	62	56	56	53	58	60	2,40
2,45	57	59	54	58	62	63	57	59	62	62	57	57	54	59	61	2,45
2,50	58	60	55	59	63	64	58	60	62	63	58	58	55	60	62	2,50
2,55	59	61	56	60	64	65	59	61	63	64	59	59	56	61	62	2,55
2,60	60	62	57	61	65	65	60	61	64	65	60	60	56	61	63	2,60
2,65	61	63	58	62	66	66	61	62	65	66	60	61	57	62	64	2,65
2,70	62	64	59	63	67	67	61	63	66	67	61	62	58	63	65	2,70
2,75	63	65	60	64	68	68	62	64	67	68	62	62	58	64	66	2,75
2,80	63	66	61	65	68	69	63	65	68	69	63	63	59	65	67	2,80
2,85	64	67	61	66	69	70	64	66	69	70	64	64	60	66	68	2,85
2,90	65	68	62	66	70	71	65	67	70	71	65	65	61	67	69	2,90
2,95	66	69	63	67	71	72	66	68	71	72	65	66	61	68	70	2,95
3,00	67	70	64	68	72	73	67	69	72	73	66	67	62	69	71	3,00
3,05	68	71	65	69	73	74	68	70	73	74	67	68	63	70	72	3,05
3,10	68	71	66	70	74	75	68	71	74	75	68	68	63	71	73	3,10
3,15	69	72	67	71	75	76	69	72	75	76	69	69	64	72	74	3,15
3,20	70	73	67	72	76	77	70	73	76	77	69	70	65	73	75	3,20
3,25	71	74	68	73	77	78	71	74	77	78	70	71	66	74	76	3,25
3,30	72	75	69	74	78	79	72	74	78	78	71	72	66	74	77	3,30
3,35	73	76	70	74	79	80	73	75	78	79	72	73	67	75	78	3,35
3,40	74	77	71	75	80	81	74	76	79	80	73	74	68	76	78	3,40
3,45	74	78	72	76	81	82	75	77	80	81	73	74	69	77	79	3,45
3,50	75	79	73	77	82	83	75	78	81	82	74	75	69	78	80	3,50

Continua na próxima página

Tabela S 7: Continuação

Escore	Sexo		Faixa Etária				Renda Familiar				Região do Brasil					Escore
	M	F	15-20	21-30	31-40	41-73	< 6	6-10	11-15	> 15	N	NE	CO	SE	S	
3,55	76	80	73	78	83	84	76	79	82	83	75	76	70	79	81	3,55
3,60	77	81	74	79	84	85	77	80	83	84	76	77	71	80	82	3,60
3,65	78	82	75	80	85	86	78	81	84	85	77	78	71	81	83	3,65
3,70	79	83	76	81	86	87	79	82	85	86	77	79	72	82	84	3,70
3,75	79	84	77	82	87	88	80	83	86	87	78	80	73	83	85	3,75
3,80	80	84	78	83	88	89	81	84	87	88	79	81	74	84	86	3,80
3,85	81	85	79	83	89	90	82	85	88	89	80	81	74	85	87	3,85
3,90	82	86	79	84	90	91	82	86	89	90	81	82	75	86	88	3,90
3,95	83	87	80	85	91	92	83	86	90	91	81	83	76	86	89	3,95
4,00	84	88	81	86	92	93	84	87	91	92	82	84	77	87	90	4,00
4,05	85	89	82	87	93	94	85	88	92	93	83	85	77	88	91	4,05
4,10	85	90	83	88	93	95	86	89	93	94	84	86	78	89	92	4,10
4,15	86	91	84	89	94	96	87	90	94	95	85	87	79	90	93	4,15
4,20	87	92	85	90	95	97	88	91	95	95	85	87	79	91	94	4,20
4,25	88	93	86	91	96	98	89	92	95	96	86	88	80	92	95	4,25
4,30	89	94	86	91	97	99	89	93	96	97	87	89	81	93	95	4,30
4,35	90	95	87	92	98	100	90	94	97	98	88	90	82	94	96	4,35
4,40	91	96	88	93	99	101	91	95	98	99	89	91	82	95	97	4,40
4,45	91	96	89	94	100	102	92	96	99	100	90	92	83	96	98	4,45
4,50	92	97	90	95	101	103	93	97	100	101	90	93	84	97	99	4,50
4,55	93	98	91	96	102	104	94	98	101	102	91	93	84	98	100	4,55
4,60	94	99	92	97	103	105	95	99	102	103	92	94	85	99	101	4,60
4,65	95	100	92	98	104	106	96	99	103	104	93	95	86	99	102	4,65
4,70	96	101	93	99	105	107	96	100	104	105	94	96	87	100	103	4,70
4,75	96	102	94	99	106	108	97	101	105	106	94	97	87	101	104	4,75
4,80	97	103	95	100	107	109	98	102	106	107	95	98	88	102	105	4,80
4,85	98	104	96	101	108	110	99	103	107	108	96	99	89	103	106	4,85
4,90	99	105	97	102	109	111	100	104	108	109	97	99	90	104	107	4,90
4,95	100	106	98	103	110	112	101	105	109	110	98	100	90	105	108	4,95
5,00	101	107	98	104	111	113	102	106	110	111	98	101	91	106	109	5,00
M	2,01	1,94	2,19	1,98	1,84	1,81	2,05	1,98	1,84	1,79	2,00	2,03	2,17	1,98	1,89	M
DP	0,59	0,54	0,58	0,56	0,52	0,51	0,57	0,54	0,53	0,53	0,62	0,58	0,69	0,54	0,53	DP
n	243	642	146	447	173	139	324	259	132	155	12	81	51	331	407	n

Nota: Áreas marcadas em cinza sinalizam os menores e maiores escores que não foram observados na amostra normativa; M = Masculino; F = Feminino; Faixa etária dada em anos; Renda familiar dada em número de salários mínimos da família; N = Norte; NE = Nordeste; CO = Centro-Oeste; SE = Sudeste; S = Sul.

Tabela S 8: Tabela normativa do fator Instabilidade do Comportamento

Escore	Sexo		Faixa Etária				Renda Familiar				Região do Brasil					Escore
	M	F	15-20	21-30	31-40	41-73	< 6	6-10	11-15	> 15	N	NE	CO	SE	S	
1,00	35	37	35	37	39	37	35	36	40	39	33	35	35	36	38	1,00
1,05	36	38	36	38	40	38	36	37	41	40	34	36	36	37	39	1,05
1,10	36	39	37	39	41	39	37	38	41	41	35	37	36	38	40	1,10
1,15	37	40	37	39	41	40	38	39	42	42	36	38	37	39	41	1,15
1,20	38	41	38	40	42	41	39	40	43	43	37	38	38	40	42	1,20
1,25	39	42	39	41	43	42	40	41	44	44	38	39	39	41	43	1,25
1,30	40	43	40	42	44	43	41	42	45	45	39	40	40	42	44	1,30
1,35	41	44	41	43	45	44	41	43	46	46	40	41	40	43	45	1,35
1,40	42	45	41	44	46	46	42	43	47	47	41	42	41	44	45	1,40
1,45	42	46	42	45	47	47	43	44	48	48	42	43	42	45	46	1,45
1,50	43	47	43	46	48	48	44	45	49	49	43	44	43	46	47	1,50
1,55	44	48	44	47	49	49	45	46	49	50	43	44	44	47	48	1,55
1,60	45	49	45	48	50	50	46	47	50	51	44	45	45	48	49	1,60
1,65	46	50	45	49	51	51	47	48	51	52	45	46	45	49	50	1,65
1,70	47	51	46	50	52	52	48	49	52	53	46	47	46	49	51	1,70
1,75	47	52	47	51	53	53	49	50	53	54	47	48	47	50	52	1,75
1,80	48	53	48	51	54	54	50	51	54	55	48	49	48	51	53	1,80
1,85	49	54	49	52	54	55	51	52	55	56	49	50	49	52	54	1,85
1,90	50	55	50	53	55	56	52	53	56	57	50	51	49	53	55	1,90
1,95	51	56	50	54	56	57	53	53	57	58	51	51	50	54	56	1,95
2,00	52	57	51	55	57	58	54	54	58	59	52	52	51	55	57	2,00
2,05	53	58	52	56	58	59	54	55	58	60	53	53	52	56	58	2,05
2,10	53	59	53	57	59	60	55	56	59	61	54	54	53	57	59	2,10
2,15	54	60	54	58	60	61	56	57	60	62	55	55	53	58	60	2,15
2,20	55	61	54	59	61	62	57	58	61	63	56	56	54	59	61	2,20
2,25	56	62	55	60	62	63	58	59	62	64	57	57	55	60	62	2,25
2,30	57	63	56	61	63	64	59	60	63	65	58	57	56	61	63	2,30
2,35	58	64	57	62	64	65	60	61	64	66	59	58	57	61	64	2,35
2,40	58	65	58	63	65	66	61	62	65	67	60	59	57	62	65	2,40
2,45	59	66	58	64	66	67	62	63	66	68	61	60	58	63	66	2,45
2,50	60	67	59	64	66	68	63	63	66	69	62	61	59	64	67	2,50
2,55	61	68	60	65	67	69	64	64	67	70	63	62	60	65	68	2,55
2,60	62	69	61	66	68	70	65	65	68	71	64	63	61	66	69	2,60
2,65	63	70	62	67	69	71	66	66	69	72	65	63	61	67	70	2,65
2,70	64	71	62	68	70	72	66	67	70	73	66	64	62	68	71	2,70
2,75	64	72	63	69	71	73	67	68	71	74	67	65	63	69	72	2,75
2,80	65	73	64	70	72	74	68	69	72	75	68	66	64	70	73	2,80
2,85	66	74	65	71	73	75	69	70	73	76	68	67	65	71	74	2,85
2,90	67	75	66	72	74	76	70	71	74	77	69	68	65	72	75	2,90
2,95	68	76	66	73	75	77	71	72	74	78	70	69	66	73	76	2,95
3,00	69	77	67	74	76	78	72	73	75	79	71	69	67	74	77	3,00
3,05	69	78	68	75	77	79	73	73	76	80	72	70	68	74	78	3,05
3,10	70	79	69	76	78	80	74	74	77	81	73	71	69	75	79	3,10
3,15	71	80	70	76	79	81	75	75	78	82	74	72	70	76	80	3,15
3,20	72	81	70	77	79	82	76	76	79	83	75	73	70	77	81	3,20
3,25	73	82	71	78	80	83	77	77	80	84	76	74	71	78	82	3,25
3,30	74	83	72	79	81	84	78	78	81	85	77	75	72	79	83	3,30
3,35	75	84	73	80	82	85	79	79	82	86	78	76	73	80	84	3,35
3,40	75	85	74	81	83	86	79	80	83	87	79	76	74	81	85	3,40
3,45	76	85	75	82	84	87	80	81	83	88	80	77	74	82	86	3,45
3,50	77	86	75	83	85	88	81	82	84	89	81	78	75	83	87	3,50

Continua na próxima página

Tabela S 8: Continuação

Escore	Sexo		Faixa Etária				Renda Familiar				Região do Brasil					Escore
	M	F	15-20	21-30	31-40	41-73	< 6	6-10	11-15	> 15	N	NE	CO	SE	S	
3,55	78	87	76	84	86	89	82	83	85	90	82	79	76	84	88	3,55
3,60	79	88	77	85	87	90	83	83	86	91	83	80	77	85	89	3,60
3,65	80	89	78	86	88	91	84	84	87	92	84	81	78	86	90	3,65
3,70	81	90	79	87	89	92	85	85	88	93	85	82	78	86	91	3,70
3,75	81	91	79	88	90	93	86	86	89	94	86	82	79	87	92	3,75
3,80	82	92	80	89	91	94	87	87	90	95	87	83	80	88	93	3,80
3,85	83	93	81	89	91	96	88	88	91	96	88	84	81	89	94	3,85
3,90	84	94	82	90	92	97	89	89	91	97	89	85	82	90	95	3,90
3,95	85	95	83	91	93	98	90	90	92	98	90	86	82	91	95	3,95
4,00	86	96	83	92	94	99	91	91	93	99	91	87	83	92	96	4,00
4,05	86	97	84	93	95	100	91	92	94	100	92	88	84	93	97	4,05
4,10	87	98	85	94	96	101	92	93	95	101	93	88	85	94	98	4,10
4,15	88	99	86	95	97	102	93	93	96	102	93	89	86	95	99	4,15
4,20	89	100	87	96	98	103	94	94	97	103	94	90	86	96	100	4,20
4,25	90	101	87	97	99	104	95	95	98	104	95	91	87	97	101	4,25
4,30	91	102	88	98	100	105	96	96	99	105	96	92	88	98	102	4,30
4,35	92	103	89	99	101	106	97	97	99	106	97	93	89	99	103	4,35
4,40	92	104	90	100	102	107	98	98	100	107	98	94	90	99	104	4,40
4,45	93	105	91	101	103	108	99	99	101	108	99	94	90	100	105	4,45
4,50	94	106	91	101	104	109	100	100	102	109	100	95	91	101	106	4,50
4,55	95	107	92	102	104	110	101	101	103	110	101	96	92	102	107	4,55
4,60	96	108	93	103	105	111	102	102	104	111	102	97	93	103	108	4,60
4,65	97	109	94	104	106	112	103	103	105	112	103	98	94	104	109	4,65
4,70	97	110	95	105	107	113	104	103	106	113	104	99	95	105	110	4,70
4,75	98	111	95	106	108	114	104	104	107	114	105	100	95	106	111	4,75
4,80	99	112	96	107	109	115	105	105	108	115	106	101	96	107	112	4,80
4,85	100	113	97	108	110	116	106	106	108	116	107	101	97	108	113	4,85
4,90	101	114	98	109	111	117	107	107	109	117	108	102	98	109	114	4,90
4,95	102	115	99	110	112	118	108	108	110	118	109	103	99	110	115	4,95
5,00	103	116	100	111	113	119	109	109	111	119	110	104	99	111	116	5,00
M	1,90	1,64	1,93	1,72	1,61	1,62	1,81	1,76	1,58	1,53	1,89	1,87	1,94	1,73	1,63	M
DP	0,59	0,51	0,62	0,54	0,54	0,49	0,54	0,55	0,56	0,50	0,52	0,58	0,62	0,54	0,51	DP
n	243	642	146	447	173	139	324	259	132	155	12	81	51	331	407	n

Nota: Áreas marcadas em cinza sinalizam os menores e maiores escores que não foram observados na amostra normativa; M = Masculino; F = Feminino; Faixa etária dada em anos; Renda familiar dada em número de salários mínimos da família; N = Norte; NE = Nordeste; CO = Centro-Oeste; SE = Sudeste; S = Sul.

Tabela S 9: Tabela normativa do fator Instabilidade nos Objetivos

Escore	Sexo		Faixa Etária				Renda Familiar				Região do Brasil					Escore
	M	F	15-20	21-30	31-40	41-73	< 6	6-10	11-15	> 15	N	NE	CO	SE	S	
1,00	40	41	41	40	42	41	40	41	41	41	39	41	40	41	41	1,00
1,50	46	47	47	46	48	48	46	46	48	48	44	47	45	46	47	1,50
2,00	51	53	54	51	55	54	52	52	54	54	49	53	50	52	54	2,00
2,50	56	60	60	57	61	60	58	57	61	61	54	59	55	58	60	2,50
3,00	62	66	66	63	68	67	64	63	67	67	59	65	61	64	66	3,00
3,50	67	72	73	68	74	73	70	69	74	74	64	72	66	70	72	3,50
4,00	72	78	79	74	81	80	76	74	80	80	69	78	71	76	78	4,00
4,50	78	85	85	79	87	86	82	80	87	87	74	84	76	82	84	4,50
5,00	83	91	92	85	94	92	88	85	93	93	79	90	82	88	91	5,00
M	1,90	1,73	1,72	1,87	1,65	1,69	1,81	1,83	1,68	1,68	2,08	1,73	1,99	1,80	1,71	M
DP	0,94	0,80	0,79	0,90	0,77	0,78	0,85	0,90	0,77	0,77	1,00	0,82	0,95	0,85	0,81	DP
n	243	642	146	447	173	139	324	259	132	155	12	81	51	331	407	n

Nota: Áreas marcadas em cinza sinalizam os menores e maiores escores que não foram observados na amostra normativa; M = Masculino; F = Feminino; Faixa etária dada em anos; Renda familiar dada em número de salários mínimos da família; N = Norte; NE = Nordeste; CO = Centro-Oeste; SE = Sudeste; S = Sul.

Tabela S 10: Tabela normativa do fator Psicose

Escore	Sexo		Faixa Etária				Renda Familiar				Região do Brasil					Escore
	M	F	15-20	21-30	31-40	41-73	< 6	6-10	11-15	> 15	N	NE	CO	SE	S	
1,00	40	40	39	40	42	41	40	40	42	43	35	38	41	40	41	1,00
1,05	41	42	40	41	43	42	41	41	43	44	36	40	42	41	42	1,05
1,10	42	43	41	43	44	43	42	42	45	45	38	41	42	42	43	1,10
1,15	43	44	42	44	45	44	43	43	46	46	39	42	43	44	45	1,15
1,20	44	45	43	45	47	45	44	44	47	47	40	43	44	45	46	1,20
1,25	45	47	44	46	48	46	45	46	48	48	42	44	45	46	47	1,25
1,30	46	48	45	48	49	47	46	47	50	50	43	45	45	47	48	1,30
1,35	48	49	46	49	50	49	48	48	51	51	44	47	46	49	50	1,35
1,40	49	50	48	50	52	50	49	49	52	52	45	48	47	50	51	1,40
1,45	50	51	49	51	53	51	50	50	53	53	47	49	48	51	52	1,45
1,50	51	53	50	52	54	52	51	52	55	54	48	50	48	53	54	1,50
1,55	52	54	51	54	55	53	52	53	56	55	49	51	49	54	55	1,55
1,60	53	55	52	55	57	54	53	54	57	56	51	53	50	55	56	1,60
1,65	54	56	53	56	58	55	54	55	58	58	52	54	51	56	57	1,65
1,70	55	58	54	57	59	56	55	57	60	59	53	55	51	58	59	1,70
1,75	57	59	55	59	60	57	57	58	61	60	54	56	52	59	60	1,75
1,80	58	60	56	60	62	58	58	59	62	61	56	57	53	60	61	1,80
1,85	59	61	58	61	63	59	59	60	63	62	57	59	54	62	63	1,85
1,90	60	62	59	62	64	60	60	61	65	63	58	60	54	63	64	1,90
1,95	61	64	60	63	65	61	61	63	66	64	59	61	55	64	65	1,95
2,00	62	65	61	65	67	62	62	64	67	65	61	62	56	65	66	2,00
2,05	63	66	62	66	68	63	63	65	68	67	62	63	57	67	68	2,05
2,10	65	67	63	67	69	64	65	66	70	68	63	65	57	68	69	2,10
2,15	66	69	64	68	70	66	66	68	71	69	65	66	58	69	70	2,15
2,20	67	70	65	70	72	67	67	69	72	70	66	67	59	71	72	2,20
2,25	68	71	66	71	73	68	68	70	73	71	67	68	60	72	73	2,25
2,30	69	72	68	72	74	69	69	71	75	72	68	69	60	73	74	2,30
2,35	70	73	69	73	75	70	70	72	76	73	70	70	61	74	75	2,35
2,40	71	75	70	74	77	71	71	74	77	75	71	72	62	76	77	2,40
2,45	73	76	71	76	78	72	73	75	78	76	72	73	63	77	78	2,45
2,50	74	77	72	77	79	73	74	76	80	77	74	74	63	78	79	2,50
2,55	75	78	73	78	80	74	75	77	81	78	75	75	64	79	81	2,55
2,60	76	80	74	79	82	75	76	79	82	79	76	76	65	81	82	2,60
2,65	77	81	75	80	83	76	77	80	83	80	77	78	66	82	83	2,65
2,70	78	82	76	82	84	77	78	81	85	81	79	79	67	83	84	2,70
2,75	79	83	78	83	85	78	79	82	86	83	80	80	67	85	86	2,75
2,80	80	84	79	84	87	79	80	83	87	84	81	81	68	86	87	2,80
2,85	82	86	80	85	88	80	82	85	88	85	83	82	69	87	88	2,85
2,90	83	87	81	87	89	81	83	86	90	86	84	84	70	88	89	2,90
2,95	84	88	82	88	90	83	84	87	91	87	85	85	70	90	91	2,95
3,00	85	89	83	89	92	84	85	88	92	88	86	86	71	91	92	3,00
3,05	86	90	84	90	93	85	86	90	93	89	88	87	72	92	93	3,05
3,10	87	92	85	91	94	86	87	91	95	90	89	88	73	94	95	3,10
3,15	88	93	86	93	95	87	88	92	96	92	90	90	73	95	96	3,15
3,20	90	94	88	94	97	88	90	93	97	93	92	91	74	96	97	3,20
3,25	91	95	89	95	98	89	91	94	98	94	93	92	75	97	98	3,25
3,30	92	97	90	96	99	90	92	96	100	95	94	93	76	99	100	3,30
3,35	93	98	91	98	100	91	93	97	101	96	95	94	76	100	101	3,35
3,40	94	99	92	99	102	92	94	98	102	97	97	95	77	101	102	3,40
3,45	95	100	93	100	103	93	95	99	103	98	98	97	78	103	104	3,45
3,50	96	101	94	101	104	94	96	100	105	100	99	98	79	104	105	3,50

Continua na próxima página

Tabela S 10: Continuação

Escore	Sexo		Faixa Etária				Renda Familiar				Região do Brasil					Escore
	M	F	15-20	21-30	31-40	41-73	< 6	6-10	11-15	> 15	N	NE	CO	SE	S	
3,55	98	103	95	102	105	95	98	102	106	101	101	99	79	105	106	3,55
3,60	99	104	96	104	107	96	99	103	107	102	102	100	80	106	107	3,60
3,65	100	105	98	105	108	97	100	104	108	103	103	101	81	108	109	3,65
3,70	101	106	99	106	109	99	101	105	110	104	104	103	82	109	110	3,70
3,75	102	108	100	107	110	100	102	107	111	105	106	104	82	110	111	3,75
3,80	103	109	101	109	112	101	103	108	112	106	107	105	83	112	113	3,80
3,85	104	110	102	110	113	102	104	109	113	108	108	106	84	113	114	3,85
3,90	105	111	103	111	114	103	105	110	115	109	109	107	85	114	115	3,90
3,95	107	112	104	112	115	104	107	111	116	110	111	109	85	115	116	3,95
4,00	108	114	105	113	117	105	108	113	117	111	112	110	86	117	118	4,00
4,05	109	115	106	115	118	106	109	114	118	112	113	111	87	118	119	4,05
4,10	110	116	108	116	119	107	110	115	120	113	115	112	88	119	120	4,10
4,15	111	117	109	117	120	108	111	116	121	114	116	113	88	121	122	4,15
4,20	112	119	110	118	122	109	112	118	122	115	117	115	89	122	123	4,20
4,25	113	120	111	120	123	110	113	119	123	117	118	116	90	123	124	4,25
4,30	115	121	112	121	124	111	115	120	125	118	120	117	91	124	125	4,30
4,35	116	122	113	122	125	112	116	121	126	119	121	118	92	126	127	4,35
4,40	117	123	114	123	127	113	117	122	127	120	122	119	92	127	128	4,40
4,45	118	125	115	124	128	114	118	124	128	121	124	120	93	128	129	4,45
4,50	119	126	116	126	129	116	119	125	130	122	125	122	94	129	131	4,50
4,55	120	127	118	127	130	117	120	126	131	123	126	123	95	131	132	4,55
4,60	121	128	119	128	132	118	121	127	132	125	127	124	95	132	133	4,60
4,65	123	130	120	129	133	119	123	129	133	126	129	125	96	133	134	4,65
4,70	124	131	121	130	134	120	124	130	135	127	130	126	97	135	136	4,70
4,75	125	132	122	132	135	121	125	131	136	128	131	128	98	136	137	4,75
4,80	126	133	123	133	137	122	126	132	137	129	133	129	98	137	138	4,80
4,85	127	134	124	134	138	123	127	133	138	130	134	130	99	138	139	4,85
4,90	128	136	125	135	139	124	128	135	140	131	135	131	100	140	141	4,90
4,95	129	137	126	137	140	125	129	136	141	133	136	132	101	141	142	4,95
5,00	130	138	128	138	142	126	130	137	142	134	138	134	101	142	143	5,00
M	1,46	1,39	1,51	1,40	1,34	1,42	1,46	1,43	1,32	1,32	1,58	1,49	1,61	1,40	1,36	M
DP	0,44	0,41	0,45	0,41	0,40	0,47	0,44	0,41	0,40	0,44	0,39	0,42	0,66	0,39	0,39	DP
n	243	642	146	447	173	139	324	259	132	155	12	81	51	331	407	n

Nota: Áreas marcadas em cinza sinalizam os menores e maiores escores que não foram observados na amostra normativa; M = Masculino; F = Feminino; Faixa etária dada em anos; Renda familiar dada em número de salários mínimos da família; N = Norte; NE = Nordeste; CO = Centro-Oeste; SE = Sudeste; S = Sul.

Tabela S 11: Tabela normativa do fator Agressividade Autodirigida

Escore	Sexo		Faixa Etária				Renda Familiar				Região do Brasil					Escore
	M	F	15-20	21-30	31-40	41-73	< 6	6-10	11-15	> 15	N	NE	CO	SE	S	
1,00	40	40	40	39	41	40	39	40	40	44	38	36	39	40	41	1,00
1,05	41	42	42	41	43	42	41	41	42	45	39	38	41	41	43	1,05
1,10	43	44	43	43	44	44	43	43	44	46	41	40	43	43	44	1,10
1,15	44	46	45	45	46	46	44	45	46	48	43	42	44	45	46	1,15
1,20	46	48	46	47	47	48	46	47	48	49	44	44	46	47	48	1,20
1,25	48	49	47	49	49	49	48	48	50	51	46	47	47	49	50	1,25
1,30	49	51	49	51	50	51	49	50	52	52	48	49	49	50	51	1,30
1,35	51	53	50	53	51	53	51	52	54	54	49	51	50	52	53	1,35
1,40	52	55	52	55	53	55	53	53	56	55	51	53	52	54	55	1,40
1,45	54	56	53	57	54	56	54	55	58	57	53	55	53	56	57	1,45
1,50	55	58	55	58	56	58	56	57	60	58	54	57	55	58	59	1,50
1,55	57	60	56	60	57	60	58	59	62	60	56	60	57	59	60	1,55
1,60	58	62	57	62	59	62	59	60	64	61	58	62	58	61	62	1,60
1,65	60	64	59	64	60	64	61	62	66	63	59	64	60	63	64	1,65
1,70	62	65	60	66	61	65	63	64	68	64	61	66	61	65	66	1,70
1,75	63	67	62	68	63	67	64	66	70	66	63	68	63	66	68	1,75
1,80	65	69	63	70	64	69	66	67	72	67	64	70	64	68	69	1,80
1,85	66	71	65	72	66	71	68	69	74	69	66	73	66	70	71	1,85
1,90	68	73	66	74	67	73	69	71	76	70	68	75	68	72	73	1,90
1,95	69	74	67	76	69	74	71	72	78	71	69	77	69	74	75	1,95
2,00	71	76	69	78	70	76	73	74	80	73	71	79	71	75	76	2,00
2,05	73	78	70	80	71	78	74	76	82	74	73	81	72	77	78	2,05
2,10	74	80	72	82	73	80	76	78	84	76	74	83	74	79	80	2,10
2,15	76	81	73	83	74	81	78	79	86	77	76	86	75	81	82	2,15
2,20	77	83	75	85	76	83	79	81	88	79	78	88	77	83	84	2,20
2,25	79	85	76	87	77	85	81	83	90	80	79	90	78	84	85	2,25
2,30	80	87	77	89	79	87	83	84	92	82	81	92	80	86	87	2,30
2,35	82	89	79	91	80	89	84	86	94	83	83	94	82	88	89	2,35
2,40	83	90	80	93	81	90	86	88	96	85	84	97	83	90	91	2,40
2,45	85	92	82	95	83	92	88	90	98	86	86	99	85	91	93	2,45
2,50	87	94	83	97	84	94	89	91	100	88	88	101	86	93	94	2,50
2,55	88	96	85	99	86	96	91	93	102	89	89	103	88	95	96	2,55
2,60	90	98	86	101	87	98	93	95	104	91	91	105	89	97	98	2,60
2,65	91	99	87	103	89	99	94	97	106	92	93	107	91	99	100	2,65
2,70	93	101	89	105	90	101	96	98	108	94	94	110	93	100	101	2,70
2,75	94	103	90	107	91	103	98	100	110	95	96	112	94	102	103	2,75
2,80	96	105	92	108	93	105	99	102	112	96	98	114	96	104	105	2,80
2,85	98	106	93	110	94	106	101	103	114	98	99	116	97	106	107	2,85
2,90	99	108	95	112	96	108	103	105	116	99	101	118	99	108	109	2,90
2,95	101	110	96	114	97	110	104	107	118	101	103	120	100	109	110	2,95
3,00	102	112	97	116	99	112	106	109	120	102	104	123	102	111	112	3,00
3,05	104	114	99	118	100	114	108	110	122	104	106	125	103	113	114	3,05
3,10	105	115	100	120	101	115	109	112	124	105	108	127	105	115	116	3,10
3,15	107	117	102	122	103	117	111	114	126	107	109	129	107	116	118	3,15
3,20	108	119	103	124	104	119	113	116	128	108	111	131	108	118	119	3,20
3,25	110	121	105	126	106	121	114	117	130	110	113	133	110	120	121	3,25
3,30	112	123	106	128	107	123	116	119	132	111	114	136	111	122	123	3,30
3,35	113	124	107	130	109	124	118	121	134	113	116	138	113	124	125	3,35
3,40	115	126	109	132	110	126	119	122	136	114	118	140	114	125	126	3,40
3,45	116	128	110	133	111	128	121	124	138	116	119	142	116	127	128	3,45
3,50	118	130	112	135	113	130	123	126	140	117	121	144	118	129	130	3,50

Continua na próxima página

Tabela S 11: Continuação

Escore	Sexo		Faixa Etária				Renda Familiar				Região do Brasil					Escore
	M	F	15-20	21-30	31-40	41-73	< 6	6-10	11-15	> 15	N	NE	CO	SE	S	
3,55	119	131	113	137	114	131	124	128	142	119	123	147	119	131	132	3,55
3,60	121	133	115	139	116	133	126	129	144	120	124	149	121	133	134	3,60
3,65	123	135	116	141	117	135	128	131	146	121	126	151	122	134	135	3,65
3,70	124	137	117	143	119	137	129	133	148	123	128	153	124	136	137	3,70
3,75	126	139	119	145	120	139	131	134	150	124	129	155	125	138	139	3,75
3,80	127	140	120	147	121	140	133	136	152	126	131	157	127	140	141	3,80
3,85	129	142	122	149	123	142	134	138	154	127	133	160	128	141	143	3,85
3,90	130	144	123	151	124	144	136	140	156	129	134	162	130	143	144	3,90
3,95	132	146	125	153	126	146	138	141	158	130	136	164	132	145	146	3,95
4,00	133	148	126	155	127	148	139	143	160	132	138	166	133	147	148	4,00
4,05	135	149	127	157	129	149	141	145	162	133	139	168	135	149	150	4,05
4,10	137	151	129	158	130	151	143	147	164	135	141	170	136	150	151	4,10
4,15	138	153	130	160	131	153	144	148	166	136	143	173	138	152	153	4,15
4,20	140	155	132	162	133	155	146	150	168	138	144	175	139	154	155	4,20
4,25	141	156	133	164	134	156	148	152	170	139	146	177	141	156	157	4,25
4,30	143	158	135	166	136	158	149	153	172	141	148	179	143	158	159	4,30
4,35	144	160	136	168	137	160	151	155	174	142	149	181	144	159	160	4,35
4,40	146	162	137	170	139	162	153	157	176	144	151	183	146	161	162	4,40
4,45	148	164	139	172	140	164	154	159	178	145	153	186	147	163	164	4,45
4,50	149	165	140	174	141	165	156	160	180	146	154	188	149	165	166	4,50
4,55	151	167	142	176	143	167	158	162	182	148	156	190	150	166	168	4,55
4,60	152	169	143	178	144	169	159	164	184	149	158	192	152	168	169	4,60
4,65	154	171	145	180	146	171	161	166	186	151	159	194	153	170	171	4,65
4,70	155	173	146	182	147	173	163	167	188	152	161	197	155	172	173	4,70
4,75	157	174	147	183	149	174	164	169	190	154	163	199	157	174	175	4,75
4,80	158	176	149	185	150	176	166	171	192	155	164	201	158	175	176	4,80
4,85	160	178	150	187	151	178	168	172	194	157	166	203	160	177	178	4,85
4,90	162	180	152	189	153	180	169	174	196	158	168	205	161	179	180	4,90
4,95	163	181	153	191	154	181	171	176	198	160	169	207	163	181	182	4,95
5,00	165	183	155	193	156	183	173	178	200	161	171	210	164	183	184	5,00
M	1,33	1,27	1,34	1,28	1,30	1,27	1,32	1,30	1,25	1,22	1,37	1,33	1,34	1,29	1,26	M
DP	0,32	0,28	0,35	0,26	0,35	0,28	0,30	0,29	0,25	0,34	0,30	0,23	0,32	0,28	0,28	DP
n	243	642	146	447	173	139	324	259	132	155	12	81	51	331	407	n

Nota: Áreas marcadas em cinza sinalizam os menores e maiores escores que não foram observados na amostra normativa; M = Masculino; F = Feminino; Faixa etária dada em anos; Renda familiar dada em número de salários mínimos da família; N = Norte; NE = Nordeste; CO = Centro-Oeste; SE = Sudeste; S = Sul.

Tabela S 12: Tabela normativa do fator Distorção dos Valores Morais

Escore	Sexo		Faixa Etária				Renda Familiar				Região do Brasil					Escore
	M	F	15-20	21-30	31-40	41-73	< 6	6-10	11-15	> 15	N	NE	CO	SE	S	
1,00	32	33	31	32	35	32	32	32	35	35	33	32	31	32	34	1,00
1,05	33	34	32	33	36	33	33	33	36	36	33	33	32	33	35	1,05
1,10	34	35	33	34	37	35	34	34	37	37	34	34	33	34	36	1,10
1,15	35	36	34	35	38	36	35	35	38	38	35	35	34	35	37	1,15
1,20	36	37	35	36	39	37	36	36	39	39	36	36	35	36	38	1,20
1,25	37	38	36	37	40	38	37	37	40	40	37	36	35	37	39	1,25
1,30	37	39	36	38	41	39	38	38	41	41	38	37	36	38	40	1,30
1,35	38	40	37	39	42	40	39	39	42	42	38	38	37	39	41	1,35
1,40	39	41	38	40	43	42	40	40	43	43	39	39	38	40	42	1,40
1,45	40	43	39	41	44	43	41	41	44	44	40	40	39	41	43	1,45
1,50	41	44	40	43	45	44	42	42	45	45	41	41	40	42	44	1,50
1,55	42	45	41	44	46	45	43	43	46	46	42	42	41	43	45	1,55
1,60	43	46	42	45	47	46	44	44	47	48	43	43	42	44	46	1,60
1,65	44	47	42	46	48	47	45	45	48	49	44	44	43	45	47	1,65
1,70	45	48	43	47	48	49	46	46	49	50	44	45	44	46	48	1,70
1,75	46	49	44	48	49	50	47	47	50	51	45	46	45	47	49	1,75
1,80	47	50	45	49	50	51	48	48	51	52	46	47	45	48	50	1,80
1,85	47	51	46	50	51	52	48	49	52	53	47	48	46	49	51	1,85
1,90	48	52	47	51	52	53	49	50	53	54	48	49	47	50	52	1,90
1,95	49	53	48	52	53	54	50	51	54	55	49	49	48	51	53	1,95
2,00	50	54	48	53	54	56	51	52	55	56	49	50	49	52	54	2,00
2,05	51	55	49	54	55	57	52	53	56	57	50	51	50	53	55	2,05
2,10	52	56	50	55	56	58	53	54	57	58	51	52	51	54	56	2,10
2,15	53	57	51	56	57	59	54	55	58	59	52	53	52	56	58	2,15
2,20	54	58	52	57	58	60	55	56	59	60	53	54	53	57	59	2,20
2,25	55	59	53	58	59	61	56	57	60	61	54	55	54	58	60	2,25
2,30	56	60	54	59	60	63	57	58	61	62	55	56	55	59	61	2,30
2,35	57	61	54	60	61	64	58	59	62	63	55	57	55	60	62	2,35
2,40	57	62	55	61	62	65	59	60	63	64	56	58	56	61	63	2,40
2,45	58	63	56	62	63	66	60	61	64	65	57	59	57	62	64	2,45
2,50	59	64	57	63	64	67	61	62	65	66	58	60	58	63	65	2,50
2,55	60	65	58	64	65	68	62	63	66	67	59	61	59	64	66	2,55
2,60	61	66	59	65	66	70	63	64	67	68	60	61	60	65	67	2,60
2,65	62	68	60	66	67	71	64	65	68	69	61	62	61	66	68	2,65
2,70	63	69	61	68	68	72	65	66	69	70	61	63	62	67	69	2,70
2,75	64	70	61	69	69	73	66	67	70	71	62	64	63	68	70	2,75
2,80	65	71	62	70	70	74	67	68	71	73	63	65	64	69	71	2,80
2,85	66	72	63	71	71	75	68	69	72	74	64	66	65	70	72	2,85
2,90	67	73	64	72	72	77	69	70	73	75	65	67	65	71	73	2,90
2,95	67	74	65	73	73	78	70	71	74	76	66	68	66	72	74	2,95
3,00	68	75	66	74	73	79	71	72	75	77	66	69	67	73	75	3,00
3,05	69	76	67	75	74	80	72	73	76	78	67	70	68	74	76	3,05
3,10	70	77	67	76	75	81	73	74	77	79	68	71	69	75	77	3,10
3,15	71	78	68	77	76	82	73	76	78	80	69	72	70	76	78	3,15
3,20	72	79	69	78	77	83	74	77	79	81	70	73	71	77	79	3,20
3,25	73	80	70	79	78	85	75	78	80	82	71	74	72	78	80	3,25
3,30	74	81	71	80	79	86	76	79	81	83	72	74	73	79	81	3,30
3,35	75	82	72	81	80	87	77	80	82	84	72	75	74	80	83	3,35
3,40	76	83	73	82	81	88	78	81	83	85	73	76	75	81	84	3,40
3,45	77	84	73	83	82	89	79	82	84	86	74	77	75	82	85	3,45
3,50	77	85	74	84	83	90	80	83	85	87	75	78	76	83	86	3,50

Continua na próxima página

Tabela S 12: Continuação

Escore	Sexo		Faixa Etária				Renda Familiar				Região do Brasil					Escore
	M	F	15-20	21-30	31-40	41-73	< 6	6-10	11-15	> 15	N	NE	CO	SE	S	
3,55	78	86	75	85	84	92	81	84	86	88	76	79	77	84	87	3,55
3,60	79	87	76	86	85	93	82	85	87	89	77	80	78	85	88	3,60
3,65	80	88	77	87	86	94	83	86	88	90	77	81	79	86	89	3,65
3,70	81	89	78	88	87	95	84	87	89	91	78	82	80	87	90	3,70
3,75	82	90	79	89	88	96	85	88	90	92	79	83	81	88	91	3,75
3,80	83	91	79	90	89	97	86	89	91	93	80	84	82	89	92	3,80
3,85	84	93	80	91	90	99	87	90	92	94	81	85	83	90	93	3,85
3,90	85	94	81	93	91	100	88	91	93	95	82	86	84	91	94	3,90
3,95	86	95	82	94	92	101	89	92	94	96	83	86	85	92	95	3,95
4,00	87	96	83	95	93	102	90	93	95	98	83	87	85	93	96	4,00
4,05	87	97	84	96	94	103	91	94	96	99	84	88	86	94	97	4,05
4,10	88	98	85	97	95	104	92	95	97	100	85	89	87	95	98	4,10
4,15	89	99	86	98	96	106	93	96	98	101	86	90	88	96	99	4,15
4,20	90	100	86	99	97	107	94	97	99	102	87	91	89	97	100	4,20
4,25	91	101	87	100	98	108	95	98	100	103	88	92	90	98	101	4,25
4,30	92	102	88	101	98	109	96	99	101	104	88	93	91	99	102	4,30
4,35	93	103	89	102	99	110	97	100	102	105	89	94	92	100	103	4,35
4,40	94	104	90	103	100	111	98	101	103	106	90	95	93	101	104	4,40
4,45	95	105	91	104	101	113	98	102	104	107	91	96	94	102	105	4,45
4,50	96	106	92	105	102	114	99	103	105	108	92	97	95	103	106	4,50
4,55	97	107	92	106	103	115	100	104	106	109	93	98	95	104	108	4,55
4,60	97	108	93	107	104	116	101	105	107	110	94	99	96	106	109	4,60
4,65	98	109	94	108	105	117	102	106	108	111	94	99	97	107	110	4,65
4,70	99	110	95	109	106	118	103	107	109	112	95	100	98	108	111	4,70
4,75	100	111	96	110	107	120	104	108	110	113	96	101	99	109	112	4,75
4,80	101	112	97	111	108	121	105	109	111	114	97	102	100	110	113	4,80
4,85	102	113	98	112	109	122	106	110	112	115	98	103	101	111	114	4,85
4,90	103	114	98	113	110	123	107	111	113	116	99	104	102	112	115	4,90
4,95	104	115	99	114	111	124	108	112	114	117	99	105	103	113	116	4,95
5,00	105	116	100	115	112	125	109	113	115	118	100	106	104	114	117	5,00
M	1,99	1,81	2,09	1,86	1,78	1,76	1,93	1,90	1,77	1,72	2,03	1,98	2,05	1,88	1,79	M
DP	0,55	0,48	0,58	0,48	0,52	0,43	0,52	0,49	0,50	0,48	0,59	0,54	0,55	0,49	0,48	DP
n	243	642	146	447	173	139	324	259	132	155	12	81	51	331	407	n

Nota: Áreas marcadas em cinza sinalizam os menores e maiores escores que não foram observados na amostra normativa; M = Masculino; F = Feminino; Faixa etária dada em anos; Renda familiar dada em número de salários mínimos da família; N = Norte; NE = Nordeste; CO = Centro-Oeste; SE = Sudeste; S = Sul.

Tabela S 13: Tabela normativa do fator Agressividade Sádica

Escore	Sexo		Faixa Etária				Renda Familiar				Região do Brasil					Escore
	M	F	15-20	21-30	31-40	41-73	< 6	6-10	11-15	> 15	N	NE	CO	SE	S	
1,00	42	43	43	43	44	43	43	43	43	43	42	42	39	43	43	1,00
1,05	43	44	43	44	45	44	44	44	45	44	43	43	41	44	45	1,05
1,10	44	46	44	45	46	46	45	45	46	46	45	44	42	45	46	1,10
1,15	45	48	45	47	48	48	46	46	48	47	46	45	44	47	47	1,15
1,20	46	49	46	48	49	50	48	47	49	49	47	46	46	48	49	1,20
1,25	47	51	47	49	50	51	49	48	50	50	48	47	47	49	50	1,25
1,30	48	52	48	50	52	53	50	50	52	51	50	49	49	50	51	1,30
1,35	48	54	49	51	53	55	51	51	53	53	51	50	51	51	53	1,35
1,40	49	55	50	53	54	57	52	52	54	54	52	51	52	53	54	1,40
1,45	50	57	51	54	56	59	54	53	56	56	53	52	54	54	55	1,45
1,50	51	58	51	55	57	60	55	54	57	57	54	53	56	55	57	1,50
1,55	52	60	52	56	58	62	56	55	59	58	56	54	57	56	58	1,55
1,60	53	62	53	58	60	64	57	56	60	60	57	55	59	57	59	1,60
1,65	54	63	54	59	61	66	58	57	61	61	58	56	61	59	61	1,65
1,70	55	65	55	60	62	68	60	58	63	63	59	57	62	60	62	1,70
1,75	56	66	56	61	64	69	61	60	64	64	60	58	64	61	63	1,75
1,80	56	68	57	62	65	71	62	61	66	65	62	59	66	62	64	1,80
1,85	57	69	58	64	66	73	63	62	67	67	63	60	67	63	66	1,85
1,90	58	71	59	65	68	75	64	63	68	68	64	61	69	65	67	1,90
1,95	59	73	59	66	69	76	65	64	70	69	65	62	71	66	68	1,95
2,00	60	74	60	67	71	78	67	65	71	71	67	63	72	67	70	2,00
2,05	61	76	61	69	72	80	68	66	73	72	68	64	74	68	71	2,05
2,10	62	77	62	70	73	82	69	67	74	74	69	66	76	69	72	2,10
2,15	63	79	63	71	75	84	70	68	75	75	70	67	77	70	74	2,15
2,20	64	80	64	72	76	85	71	70	77	76	71	68	79	72	75	2,20
2,25	64	82	65	73	77	87	73	71	78	78	73	69	81	73	76	2,25
2,30	65	83	66	75	79	89	74	72	79	79	74	70	82	74	78	2,30
2,35	66	85	67	76	80	91	75	73	81	81	75	71	84	75	79	2,35
2,40	67	87	68	77	81	93	76	74	82	82	76	72	86	76	80	2,40
2,45	68	88	68	78	83	94	77	75	84	83	78	73	87	78	82	2,45
2,50	69	90	69	80	84	96	79	76	85	85	79	74	89	79	83	2,50
2,55	70	91	70	81	85	98	80	77	86	86	80	75	91	80	84	2,55
2,60	71	93	71	82	87	100	81	78	88	88	81	76	92	81	86	2,60
2,65	72	94	72	83	88	101	82	80	89	89	82	77	94	82	87	2,65
2,70	73	96	73	84	89	103	83	81	91	90	84	78	96	84	88	2,70
2,75	73	98	74	86	91	105	85	82	92	92	85	79	97	85	89	2,75
2,80	74	99	75	87	92	107	86	83	93	93	86	80	99	86	91	2,80
2,85	75	101	76	88	94	109	87	84	95	94	87	81	101	87	92	2,85
2,90	76	102	76	89	95	110	88	85	96	96	89	83	102	88	93	2,90
2,95	77	104	77	90	96	112	89	86	98	97	90	84	104	90	95	2,95
3,00	78	105	78	92	98	114	90	87	99	99	91	85	106	91	96	3,00
3,05	79	107	79	93	99	116	92	88	100	100	92	86	107	92	97	3,05
3,10	80	108	80	94	100	118	93	90	102	101	93	87	109	93	99	3,10
3,15	81	110	81	95	102	119	94	91	103	103	95	88	111	94	100	3,15
3,20	81	112	82	97	103	121	95	92	104	104	96	89	112	95	101	3,20
3,25	82	113	83	98	104	123	96	93	106	106	97	90	114	97	103	3,25
3,30	83	115	84	99	106	125	98	94	107	107	98	91	116	98	104	3,30
3,35	84	116	84	100	107	126	99	95	109	108	100	92	117	99	105	3,35
3,40	85	118	85	101	108	128	100	96	110	110	101	93	119	100	107	3,40
3,45	86	119	86	103	110	130	101	97	111	111	102	94	121	101	108	3,45
3,50	87	121	87	104	111	132	102	98	113	113	103	95	122	103	109	3,50

Continua na próxima página

Tabela S 13: Continuação

Escore	Sexo		Faixa Etária				Renda Familiar				Região do Brasil					Escore
	M	F	15-20	21-30	31-40	41-73	< 6	6-10	11-15	> 15	N	NE	CO	SE	S	
3,55	88	123	88	105	112	134	104	100	114	114	104	96	124	104	111	3,55
3,60	89	124	89	106	114	135	105	101	116	115	106	97	126	105	112	3,60
3,65	89	126	90	108	115	137	106	102	117	117	107	99	127	106	113	3,65
3,70	90	127	91	109	116	139	107	103	118	118	108	100	129	107	114	3,70
3,75	91	129	92	110	118	141	108	104	120	119	109	101	131	109	116	3,75
3,80	92	130	93	111	119	143	110	105	121	121	110	102	132	110	117	3,80
3,85	93	132	93	112	121	144	111	106	123	122	112	103	134	111	118	3,85
3,90	94	133	94	114	122	146	112	107	124	124	113	104	136	112	120	3,90
3,95	95	135	95	115	123	148	113	108	125	125	114	105	137	113	121	3,95
4,00	96	137	96	116	125	150	114	110	127	126	115	106	139	115	122	4,00
4,05	97	138	97	117	126	151	115	111	128	128	117	107	141	116	124	4,05
4,10	98	140	98	119	127	153	117	112	129	129	118	108	142	117	125	4,10
4,15	98	141	99	120	129	155	118	113	131	131	119	109	144	118	126	4,15
4,20	99	143	100	121	130	157	119	114	132	132	120	110	146	119	128	4,20
4,25	100	144	101	122	131	159	120	115	134	133	121	111	147	120	129	4,25
4,30	101	146	101	123	133	160	121	116	135	135	123	112	149	122	130	4,30
4,35	102	148	102	125	134	162	123	117	136	136	124	113	151	123	132	4,35
4,40	103	149	103	126	135	164	124	118	138	138	125	114	152	124	133	4,40
4,45	104	151	104	127	137	166	125	120	139	139	126	116	154	125	134	4,45
4,50	105	152	105	128	138	168	126	121	141	140	128	117	156	126	136	4,50
4,55	106	154	106	130	139	169	127	122	142	142	129	118	157	128	137	4,55
4,60	106	155	107	131	141	171	129	123	143	143	130	119	159	129	138	4,60
4,65	107	157	108	132	142	173	130	124	145	144	131	120	161	130	139	4,65
4,70	108	158	109	133	144	175	131	125	146	146	132	121	162	131	141	4,70
4,75	109	160	109	134	145	176	132	126	148	147	134	122	164	132	142	4,75
4,80	110	162	110	136	146	178	133	127	149	149	135	123	166	134	143	4,80
4,85	111	163	111	137	148	180	135	128	150	150	136	124	167	135	145	4,85
4,90	112	165	112	138	149	182	136	130	152	151	137	125	169	136	146	4,90
4,95	113	166	113	139	150	184	137	131	153	153	139	126	171	137	147	4,95
5,00	114	168	114	140	152	185	138	132	154	154	140	127	172	138	149	5,00
M	1,44	1,23	1,42	1,29	1,24	1,21	1,30	1,32	1,24	1,25	1,32	1,37	1,33	1,29	1,25	M
DP	0,56	0,32	0,56	0,41	0,37	0,28	0,42	0,45	0,36	0,36	0,41	0,47	0,30	0,42	0,38	DP
n	243	642	146	447	173	139	324	259	132	155	12	81	51	331	407	n

Nota: Áreas marcadas em cinza sinalizam os menores e maiores escores que não foram observados na amostra normativa; M = Masculino; F = Feminino; Faixa etária dada em anos; Renda familiar dada em número de salários mínimos da família; N = Norte; NE = Nordeste; CO = Centro-Oeste; SE = Sudeste; S = Sul.

Apêndice A: Inventário de Organização da Personalidade - Brasil

The Inventory of Personality Organization (IPO)
John F. Clarkin, Pamela A. Foelsch, & Otto F.
Kernberg IPO2001
Version (10/1/02 revised)

Inventário de Organização da Personalidade –
Brasil (IPO-Br)
Adaptação brasileira por: Sérgio Eduardo S.
Oliveira, & Denise R. Bandeira
IPO-Br Versão 2011

Nome: _____		
Sexo:	() Masculino () Feminino	Data de nascimento: _____
		<i>dia</i> <i>mês</i> <i>ano</i>
Idade:	_____	Data da aplicação: _____
		<i>dia</i> <i>mês</i> <i>ano</i>
Estado de residência: _____		
Renda familiar:	<input type="checkbox"/> < 6 salários mínimos <input type="checkbox"/> Entre 6 e 10 salários mínimos <input type="checkbox"/> Entre 11 e 15 salários mínimos <input type="checkbox"/> > 15 salários mínimos	

Instruções: As páginas seguintes contêm afirmativas que as pessoas usam para se descrever. Tente ser o mais honesto e sério possível ao marcar as respostas que descrevam seus sentimentos e atitudes. Leia cada afirmativa e decida como ela se aplica a você em suas atividades diárias, sentimentos, pensamentos e relacionamentos. Então, **circule** o número que melhor corresponda ao que se passa com você. Se a afirmativa não se aplicar de forma alguma, circule “1” (Nunca verdadeiro). Se a afirmativa se aplicar totalmente a você, circule “5” (Sempre verdadeiro). Se a afirmativa não for “Sempre” ou “Nunca” verdadeira para você, use os números “2”, “3” e “4” para identificar a frequência ou a intensidade com que a afirmativa ocorre em sua vida. Algumas afirmativas podem referir-se a duas coisas; responda com valores mais altos somente se **ambas** as partes da frase se aplicar a você. Não há limite de tempo para completar esta atividade, mas é melhor preencher o mais rápido que lhe seja confortável. Seria melhor colocar a primeira resposta que lhe ocorrer. Por favor, preencha **todos** os itens.

	1 Nunca verdadeiro	2 Raramente Verdadeiro	3 Às vezes verdadeiro	4 Frequentemente verdadeiro	5 Sempre verdadeiro
01	Sinto que minhas preferências e opiniões não são realmente minhas, mas como se as tivesse tomado emprestado de outras pessoas.				1 2 3 4 5
02	Vejo e escuto coisas que ninguém mais pode ver ou escutar.				1 2 3 4 5
03	Sinto que as pessoas que eu considerava especiais me desapontaram por não serem o que eu esperava delas.				1 2 3 4 5
04	Alguns de meus amigos ficariam surpresos se eles soubessem como o meu comportamento varia em diferentes situações.				1 2 3 4 5
05	Às vezes eu acho que vejo alguma coisa com clareza, mas quando olho mais de perto, não é bem o que parecia ser.				1 2 3 4 5
06	Se minha vida fosse um livro, seria mais semelhante a um conjunto de pequenas histórias escritas por diferentes autores, do que a um longo romance.				1 2 3 4 5
07	Eu gosto que os outros tenham medo de mim.				1 2 3 4 5
08	Sinto que não consigo o que quero.				1 2 3 4 5
09	Às vezes, sinto como se eu fosse uma outra pessoa, talvez como um amigo ou um parente, ou mesmo alguém que eu não conheço.				1 2 3 4 5
10	Eu me pego fazendo coisas que em outros momentos acho que não são muito sensatas, como sexo promíscuo, mentira, ingestão de bebida alcoólica, ataques de raiva ou pequenos delitos.				1 2 3 4 5
11	Eu tenho visto coisas que não existem na realidade.				1 2 3 4 5
12	Eu sou uma pessoa amigável, mas quando perco a paciência, fico furioso. Depois me arrependo disso.				1 2 3 4 5
13	Já que todo mundo finge estar preocupado com os outros e com o que é certo e errado, temos que fazer esse mesmo jogo.				1 2 3 4 5
14	Não consigo deixar de me arranhar, me beliscar ou fazer coisas que são consideradas dolorosas, mas que para mim, aliviam a tensão.				1 2 3 4 5
15	Meus objetivos de vida mudam frequentemente a cada ano.				1 2 3 4 5

1 Nunca verdadeiro	2 Raramente Verdadeiro	3 Às vezes verdadeiro	4 Frequentemente verdadeiro	5 Sempre verdadeiro
16	Eu idolatro algumas pessoas, mesmo que depois eu me dê conta de que estava enganado.			1 2 3 4 5
17	As pessoas tendem a me tratar, ou com excesso de amor, ou me abandonando.			1 2 3 4 5
18	Sinto que na minha casa sou uma pessoa diferente da que sou no trabalho ou na escola.			1 2 3 4 5
19	Felizmente, estou livre de muitos dos sentimentos de culpa que incomodam os outros e restringem suas vidas.			1 2 3 4 5
20	Eu me sinto aliviado machucando, cortando ou causando dor física a mim mesmo.			1 2 3 4 5
21	Eu já ouvi ou vi coisas quando não havia razão aparente para isso.			1 2 3 4 5
22	Eu me vejo de diferentes formas em diferentes momentos.			1 2 3 4 5
23	Ao fazerem coisas erradas, as pessoas têm medo de serem pegas, então fingem se sentir culpadas.			1 2 3 4 5
24	Todo mundo roubaria se não tivesse medo de ser pego.			1 2 3 4 5
25	Faço coisas por impulso que acho que não são aceitas socialmente.			1 2 3 4 5
26	Já tentei me suicidar.			1 2 3 4 5
27	Para mim é difícil dizer não, por isso acabo me relacionando com pessoas das quais, verdadeiramente, não gosto.			1 2 3 4 5
28	Eu frequentemente me sinto um falso ou um impostor, como se os outros me vissem muito diferente do jeito que eu realmente sou.			1 2 3 4 5
29	Sou controlado enquanto tudo estiver do meu jeito, mas quando as pessoas não entendem ou bagunçam as coisas, eu fico com raiva e viro uma fera.			1 2 3 4 5
30	Eu tenho medo de que as pessoas que considero importantes, repentinamente mudem seus sentimentos em relação a mim.			1 2 3 4 5
31	Não sei dizer se eu simplesmente quero que alguma coisa seja verdade, ou se ela realmente é verdade.			1 2 3 4 5

1 Nunca verdadeiro	2 Raramente Verdadeiro	3 Às vezes verdadeiro	4 Frequentemente verdadeiro	5 Sempre verdadeiro
32	Eu me pego fazendo coisas que quando as estou fazendo, me sinto bem, mas depois acho difícil acreditar que eu as tenha feito.			1 2 3 4 5
33	Preciso admirar as pessoas para me sentir seguro.			1 2 3 4 5
34	Eu já machuquei alguém seriamente, mas foi em legítima defesa.			1 2 3 4 5
35	Eu tenho prazer com o sofrimento dos outros.			1 2 3 4 5
36	Não se pode julgar os verdadeiros sentimentos dos outros somente por seu comportamento exterior, porque, o que se vê, pode ser fingimento.			1 2 3 4 5
37	Quando os outros me veem tendo sucesso, eu fico muito feliz e, quando eles me veem fracassando, eu fico arrasado.			1 2 3 4 5
38	Bons amigos terminaram a relação comigo, porque eu não suportava quando não concordávamos na solução de um problema.			1 2 3 4 5
39	Eu não sei dizer se certas sensações físicas que tenho são reais ou se são apenas minha imaginação.			1 2 3 4 5
40	Às vezes, sinto como se tivesse ido a algum lugar ou feito alguma coisa que na verdade não fiz.			1 2 3 4 5
41	Eu não cuido muito de minha saúde física.			1 2 3 4 5
42	Quando estou nervoso ou confuso, parece que as coisas do mundo não fazem sentido.			1 2 3 4 5
43	Sinto que meus desejos ou pensamentos podem se tornar realidade num simples passe de mágica.			1 2 3 4 5
44	Já me disseram que eu gosto de ver outras pessoas sofrendo.			1 2 3 4 5
45	Durante um relacionamento íntimo, eu tenho medo de perder a noção de quem eu sou.			1 2 3 4 5
46	Quando tudo ao meu redor está incerto e confuso eu também me sinto assim por dentro.			1 2 3 4 5
47	Ficar sozinho é difícil para mim.			1 2 3 4 5

1 Nunca verdadeiro	2 Raramente Verdadeiro	3 Às vezes verdadeiro	4 Frequentemente verdadeiro	5 Sempre verdadeiro
48	Eu ajo de modo que parece imprevisível e instável aos outros.			1 2 3 4 5
49	Meus objetivos estão sempre mudando.			1 2 3 4 5
50	As pessoas tendem a me usar se eu não tomar cuidado.			1 2 3 4 5
51	Tenho tendência a iniciar atividades, passatempos e coisas que me interessam, mas, logo depois, abandono-as.			1 2 3 4 5
52	Para mim é difícil confiar nas pessoas, porque elas frequentemente acabam ficando contra mim ou me traindo.			1 2 3 4 5
53	As pessoas dizem que eu tenho dificuldade em ver defeitos naqueles que eu admiro.			1 2 3 4 5
54	Sei que não posso dizer aos outros algumas coisas que eu entendo do mundo, porque poderiam pensar que estou louco.			1 2 3 4 5
55	Quando escuto vozes ou vejo coisas, não tenho certeza se é minha imaginação ou se são reais.			1 2 3 4 5
56	Eu tenho preferência por algumas pessoas, às quais não só admiro, mas quase idealizo.			1 2 3 4 5
57	Eu costumo sentir as coisas de formas extremas: ou com grande alegria, ou com intenso desespero.			1 2 3 4 5
58	Nem as pessoas que me conhecem bem conseguem adivinhar como eu vou agir.			1 2 3 4 5
59	Sinto algum tipo de satisfação em fazer os outros sofrerem.			1 2 3 4 5
60	Sinto que faz tempo que ninguém me ensina ou me diz algo que eu já não saiba.			1 2 3 4 5
61	As pessoas dizem que eu me comporto de forma contraditória.			1 2 3 4 5
62	Já me disseram que eu tento controlar os outros fazendo com que se sintam culpados.			1 2 3 4 5
63	É difícil, para mim, ter certeza do que os outros pensam sobre mim, mesmo as pessoas que me conhecem muito bem.			1 2 3 4 5

	1 Nunca verdadeiro	2 Raramente Verdadeiro	3 Às vezes verdadeiro	4 Frequentemente verdadeiro	5 Sempre verdadeiro
64	Eu acho que faço coisas que deixam as pessoas chateadas, mas não sei por que tais coisas as chateiam.				1 2 3 4 5
65	Tem momentos em que meu comportamento está de acordo com o que aprendi ser correto e, em outras vezes, ajo de maneira imoral ou amoral.				1 2 3 4 5
66	De certo modo, eu nunca sei muito bem como me comportar com as pessoas.				1 2 3 4 5
67	Gosto de atividades que os outros consideram perigosas.				1 2 3 4 5
68	Eu acho que as pessoas são essencialmente, ou boas, ou más e que poucas estão no meio termo.				1 2 3 4 5
69	Eu gosto de machucar fisicamente os outros.				1 2 3 4 5
70	Quando me sinto mal, não consigo dizer se é emocional ou físico.				1 2 3 4 5
71	Algumas vezes, sou afetuoso e generoso, mas, em outras, sou frio e indiferente.				1 2 3 4 5
72	As pessoas dizem que eu as provoco ou as engano para obter o que eu quero.				1 2 3 4 5
73	Eu, de propósito, já machuquei alguém seriamente.				1 2 3 4 5
74	A divisão das coisas entre as pessoas é tão injusta que me sinto no direito de pegar coisas que não são minhas, desde que eu não corra risco de ser pego fazendo isso.				1 2 3 4 5
75	Você só consegue obter o que deseja machucando-se ou ameaçando que vai se machucar.				1 2 3 4 5
76	As pessoas pensam que sou grosseiro ou que não me importo com os outros, mas não sei por quê.				1 2 3 4 5
77	Eu acredito que as coisas acontecerão simplesmente por pensar nelas.				1 2 3 4 5
78	Já que todos pensam somente em si, é melhor fazer o mesmo e não ser um otário.				1 2 3 4 5
79	Depois de me envolver com as pessoas, fico surpreso ao descobrir como elas realmente são.				1 2 3 4 5

1 Nunca verdadeiro	2 Raramente Verdadeiro	3 Às vezes verdadeiro	4 Frequentemente verdadeiro	5 Sempre verdadeiro
80	Eu não consigo explicar minhas mudanças de comportamento.			1 2 3 4 5
81	Escuto coisas que outras pessoas dizem que não são reais.			1 2 3 4 5
82	Se você quer manter o controle, você tem que garantir que as pessoas tenham medo de você.			1 2 3 4 5
83	Sei e entendo de coisas que ninguém mais é capaz de entender ou saber.			1 2 3 4 5

Apêndice B: Protocolo de Levantamento do IPO-Br

Nome: _____			
Sexo:	() Masculino () Feminino	Data de nascimento:	
		<i>dia</i>	
		<i>mês</i>	
		<i>ano</i>	
Idade:	_____	Data da aplicação:	
		<i>dia</i>	
		<i>mês</i>	
		<i>ano</i>	
Estado de residência: _____			
Renda familiar:			
() < 6 salários mínimos			
() Entre 6 e 10 salários mínimos			
() Entre 11 e 15 salários mínimos			
() > 15 salários mínimos			

ISO	
1	33
3	37
4	42
6	45
8	46
9	47
16	50
17	51
18	52
22	53
27	56
28	57
30	63
31	70
32	79
$\Sigma^1 =$	$\Sigma^2 =$

IC	
10	
25	
48	
54	
58	
60	
61	
64	
66	
68	
71	
72	
76	
80	
83	
$\Sigma^3 =$	

IO	
15	
49	
$\Sigma^4 =$	

PSI	
2	
5	
11	
21	
39	
40	
43	
55	
77	
81	
$\Sigma^5 =$	

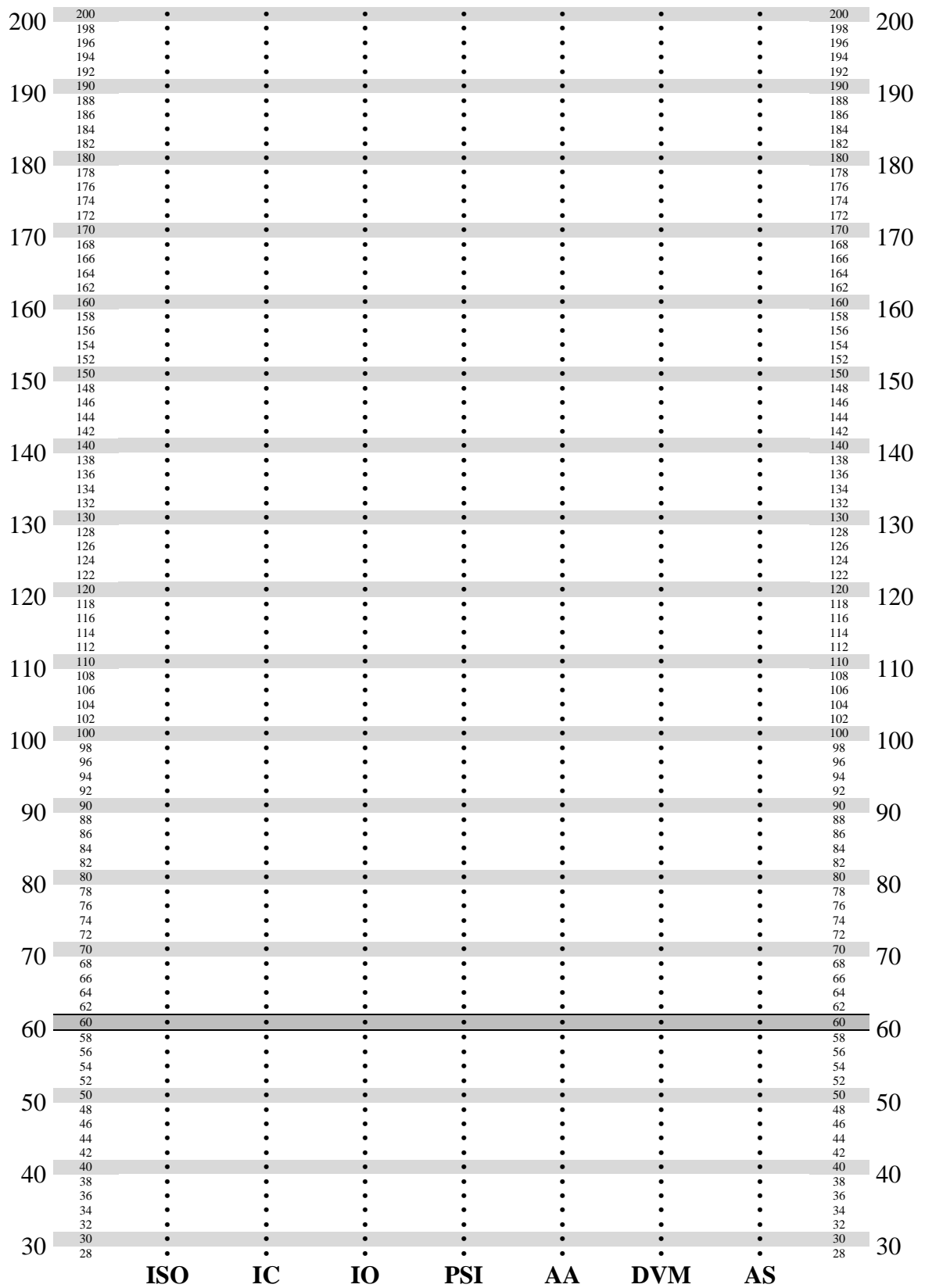
AA	
14	
20	
26	
34	
41	
67	
73	
75	
$\Sigma^6 =$	

DVM	
12	
13	
23	
24	
29	
36	
38	
65	
74	
78	
$\Sigma^7 =$	

AS	
7	
35	
44	
59	
62	
69	
82	
$\Sigma^8 =$	

ISO	$\frac{\Sigma^1 + \Sigma^2}{}$	$\div 30 =$	$\frac{\quad}{\quad}$	EB
IC	$\frac{\Sigma^3}{}$	$\div 15 =$	$\frac{\quad}{\quad}$	EB
IO	$\frac{\Sigma^4}{}$	$\div 2 =$	$\frac{\quad}{\quad}$	EB
PSI	$\frac{\Sigma^5}{}$	$\div 10 =$	$\frac{\quad}{\quad}$	EB
AA	$\frac{\Sigma^6}{}$	$\div 8 =$	$\frac{\quad}{\quad}$	EB
DVM	$\frac{\Sigma^7}{}$	$\div 10 =$	$\frac{\quad}{\quad}$	EB
AS	$\frac{\Sigma^8}{}$	$\div 7 =$	$\frac{\quad}{\quad}$	EB

Apêndice C: Perfil Dimensional do IPO-Br



Escores Brutos								Escores Brutos
Escores T								Escores T

**CAPÍTULO III: PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE PERSONALITY
INVENTORY FOR DSM-5 (PID-5) – BRAZILIAN VERSION – IN COMMUNITY
AND CLINICAL SAMPLES**

Sérgio Eduardo Silva de Oliveira
Denise Ruschel Bandeira
(Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil)

Ricardo Primi
(Universidade de São Francisco, Itatiba, Brazil)

Robert Frank Krueger
(University of Minnesota, Minneapolis, USA)

Abstract

The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) is a measure developed to evaluate maladaptive traits according to the alternative personality disorders model proposed in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Its psychometric properties have been investigated primarily in North American and European samples and cultures. The current study aims to investigate the psychometric properties of the PID-5 in community and clinical Brazilian samples. A total of 1,210 people participated of this study, 554 identified with some psychological issues (clinical group). Results showed that facets presented good reliability coefficients and evidence of unidimensionality (with the possible exception of the Emotional Lability facet). The instrument's hierarchical structure was generally replicated in Brazilian samples, with high congruence levels with the North American representative sample. PID-5 scores were statistically different between people with indicators of adaptive compared with maladaptive psychological functioning. The current study showed that PID-5 Brazilian version appears to possess psychometric properties similar to versions in other languages and cultures.

Keywords: Personality Inventory for DSM-5; Psychometry; Validity.

Introduction

The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5; Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012) is a self-report instrument consisting of 220 items which refer to 25 maladaptive personality traits that are organized in five broad domains. The PID-5 was built in order to provide an empirical basis for development of the pathological personality trait model presented in Section III of the fifth edition of the American Psychiatric Association (APA) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; APA, 2013). This alternative personality disorder model is an answer to the several criticisms that the DSM-IV-TR (APA, 2000) personality disorders categorical model has been receiving as, for example, high comorbidity levels of personality disorders, arbitrary diagnostic thresholds, heterogeneity between patients with the same diagnosis (Krueger, 2013; Morey, Skodol, & Oldham, 2014).

Psychometric aspects of the PID-5

The PID-5 has been widely studied in order to verify its psychometric properties in several languages and cultures, including the USA (Krueger et al., 2012; Wright et al., 2012), Canadian (Quilty, Ayearst, Chmielewski, Pollock, & Bagby, 2013), Danish (Bo, Bach, Mortensen, & Simonsen, 2015), Dutch (Bastiaens et al., 2015; De Clerck et al., 2014), Flemish (De Fruyt et al., 2013), French (Roskam et al., 2015), German (Zimmerman et al., 2014), Italian (Fossati, Krueger, Markon, Borroni, & Maffei, 2013), and Spanish (Gutiérrez et al., 2015). Literature shows that the PID-5 has reasonable properties, with validity and reliability evidences.

1) Facets unidimensionality

Although the facets were designed to be unidimensional, some facets have sometimes shown multi-dimensionality, specifically Hostility (Bastiaens et al., 2015; Quilty et al., 2013; Zimmerman et al., 2014), Emotional Lability (Bastiaens et al., 2015; Gutiérrez et al., 2015; Zimmerman et al., 2014), Perseveration (Zimmerman et al., 2014), Manipulativeness (Zimmerman et al., 2014), Risk Taking (Fossati et al., 2013; Quilty et al., 2013), Depressivity (Quilty et al., 2013; Roskam et al., 2015), Callousness (Roskam et al., 2015), and Perceptual Dysregulation (Roskam et al., 2015). These results suggest that those facets may have more specific personality components, which might be psychometrically distinguished.

2) *High order structure*

The PID-5 high-order structure examination has been made via different methods to investigate its replicability. Researches have used many statistical techniques like Exploratory Factor Analysis (EFA; Roskam et al., 2015; Zimmerman et al., 2014), Confirmatory Factor Analysis (CFA; Fossati et al., 2013), and Exploratory Structural Equation Modeling (ESEM; Bastiaens et al., 2015) for modeling their data. Oblique and orthogonal rotations have been used as well, however, although there is this plurality on the ways to investigate the PID-5 high order structure, models using target rotation seems be more frequent (eg. Bastiaens et al., 2015; Krueger et al., 2012; Zimmerman et al., 2014). Although some facets change between domains, the interpretation of the five broad domains remains the same.

3) *Hierarchical structure*

Wright et al. (2012) investigated the hierarchical factor structure of the PID-5 facets. These authors applied Goldberg's (2006) method for estimating the hierarchical factor structure, which involves the estimation of a series of factor models with an increasing number of factors. Results suggested that the pathological personality traits can be organized in five hierarchical levels, where in the first level is a general factor that captures overall personality pathology. This general factor brake down in two factors that reflect the internalizing and externalizing spectrum. In the third level, internalizing factor brake down in two factors, as known Negative Affectivity and Detachment, and in the fourth level, externalizing factor divide in Antagonism and Disinhibition factors. Finally, at the fifth level, the Psychoticism factor appears in the model. Their model has been replicated (eg. Bo et al., 2015; Gutiérrez et al., 2015; Roskam et al., 2015), however with some changes in the paths among the levels.

4) *Scale reliability*

Reliability evidences have been reported with good indicators for PID-5 facets and domains. Several studies found reliability indices greater than .70 for all facets (eg. Bo et al., 2015; Fossati et al., 2013; Krueger et al., 2012; Zimmerman et al., 2014; Wright et al., 2012). However, some studies found reliability coefficients smaller than .70 for Suspiciousness (Gutiérrez et al., 2015 $\alpha = .65$ for community sample; Roskam et al., 2015 $\alpha = .68$), and Irresponsibility (Roskam et al., 2015 $\alpha = .68$). PID-5 domains have presented good reliability indices as well. Although studies have supported the PID-5 reliability, when the examination is on the item-level, some items are not showing good fit indicators,

mainly those that are reverse scored. Test-retest coefficients for PID-5 facets and domains are adequate according to the literature review made by Al-Dajani, Gralnick, and Bagby (2015).

5) *Validity*

Validity evidences are also presented by literature, indicating that the PID-5 facets and dimensions are capturing pathological personality features. The PID-5 facets and dimensions have shown close relation with other pathological personality traits measures like, for example, the Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire (DAPP-BQ; Bastiaens et al., 2015), the Personality Diagnostic Questionnaire – 4+ (PDQ-4+; Fossati et al., 2013), the Personality Pathology Five (PSY-5; Anderson et al., 2013). Studies have also presented strong relation between the PID-5 facets and normal personality traits measures like, for example, with the Honesty, Emotionality, Extroversion, Agreeableness, Conscientiousness, Openness to Experience Personality Inventory Revised (HEXACO-PI-R; Ashton, Lee, de Vries, Hendrickse, & Born, 2012) and with measures of the Five-Factor Model (NEO-PI-R; Few et al., 2013; IPIP-NEO; Suzuki, Samuel, Pahlen, & Krueger, 2015). This relation has supported the idea that the five maladaptive personality traits are a variant of the five normal personality traits.

Some studies have shown the score differences between groups, indicating that people with psychopathological symptoms tend to present higher scores in PID-5 facets and dimensions. Quilty et al. (2013) compared scores between a Canadian clinical sample and the USA representative sample presented in Krueger et al. (2012). Results showed that groups differentiated with at least moderate effect in Anhedonia, Anxiousness, Depressivity, Distractibility, Emotional Lability, Intimacy Avoidance, Perceptual Dysregulation, Perseveration, and Suspiciousness facets. Bastiaens et al. (2015) found that patients with personality disorders showed higher scores than patients without personality disorders in Negative Affectivity, Antagonism, and Disinhibition domains. These authors have also found gender (female > male for Negative Affectivity, and male > female for Antagonism), age (Antagonism $r = -.15$; Disinhibition $r = -.28$; Psychoticism $r = -.22$), and educational level (Disinhibition $r = -.22$) effect on PID-5 domains scores. Gutiérrez et al. (2015) found statistical differences between scores from community and clinical samples with moderate or large effect for Anhedonia, Anxiousness, Callousness, Deceitfulness, Depressivity, Eccentricity, Emotional Lability, Hostility, Impulsivity, Irresponsibility, Perceptual Dysregulation, Perseveration, Suspiciousness, and Withdrawal facets. They also

observed statistical differences between samples with moderate to large effect for all five dimensions and for the mean of all 220 items.

The current study

PID-5 psychometric properties have been reported, and studies are generally supporting its internal structure and its external validity. PID-5 has shown itself as a valid and a reliable way to assess the pathological personality traits. The current study aims to investigate the PID-5 psychometric properties in the Brazilian culture. We are particularly interested in analyzing its functioning among community and clinical samples. The specific objectives of the current study, based on the literature reviewing, are as following:

- 1) Testing facet unidimensionality: according to the literature reviewing, some facets have presented some evidence for multi-dimensionality. The objective is investigating facet unidimensionality for community and clinical Brazilian samples.
- 2) Examining facet and domain reliability: the literature generally shows good reliability coefficients for PID-5 facet and domain. The aim is examining scale reliability for clinical and community samples.
- 3) Analyzing facet measurement parameters by Item Response Theory (IRT) approach: our objective is analyzing the test information curves of facets for community and clinical samples, and also examining the marginal reliability of the pattern responses.
- 4) Investigating the replicability of the PID-5 high order structure: studies developed in different cultures have replicated the five-factor model of the PID-5 as found by Krueger et al. (2012). However, some content differences have been found among studies. The aim is verifying the replicability of the PID-5 high order structure in a community and a clinical sample.
- 5) Verifying the PID-5 Brazilian version hierarchical structure: according to the literature, PID-5 facets can be conceptually organized in a hierarchical framework. The objective is verifying the replicability of the hierarchical model presented by Wright et al. (2012) in Brazilian samples.
- 6) Investigating validity evidences for PID-5 Brazilian version: literature supports PID-5 construct validity. Our objective is testing if the PID-5 facets and domains can be scored differently between people with and without risk for psychopatological disorders, and between people with and without risk for suicidal behavior.

- 7) Exploring the sociodemographic variables that influence in the score process of the PID-5: the threshold for PID-5 scales interpretation is qualitatively based, i.e., with mean scores equal or greater than two for all scales. The aim is investigating the sociodemographic variables that influence on facet and domain scores in order to provide empirically derived norms for PID-5 scales interpretation.

Method

Participants

A total of 1,210 individuals participated of an online survey. They were recruited mainly via social media. The web platform was announced in communities for patients with different kinds of disorders like schizophrenia, bipolar, depression, anxiety, and borderline personality. The website was also announced in university communities. Sample average age is 29.2 ($SD = 10.2$, ranging from 15 to 73 years old), and 73.8% are female. 88.9% indicated a high educational level and 71.8% self-reported as being from white ethnic (details can be seen in Supplementary Table S1).

Sample was distributed in two groups (Community $n = 656$, and Clinical $n = 554$). People classified for the clinical group were those one who: 1) self-reported have one or more psychiatric diagnosis ($n = 203$); 2) self-reported have been using psychotropic medication ($n = 163$); 3) presented scores equal or higher than six (equivalent to moderate suicide risk) according to the Suicidality Module of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ($n = 176$); and 4) presented scores equal or higher than eight (equivalent to risk for psychiatric disturbance) in the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) ($n = 411$). Supplementary Table S1 presents details about sociodemographic characteristics of each group and for total sample.

Instruments

Sociodemographic and Health Questionnaire (SHQ): We elaborated a questionnaire to obtain information about sociodemographic (e.g. age, gender, socioeconomic level, educational level, marital status, ethnic, etc.), and health data (e.g. psychiatric diagnosis, and psychotropic medication). We included in this questionnaire the six items of Suicidality Module of the M.I.N.I. (Sheehan et al., 1998).

Personality Inventory for DSM-5 (PID-5; Krueger et al., 2012): The PID-5 is a 220-item self-report inventory rated on a 4-point Likert-type scale (from 0 “very false or often false” to 3 “very true or often true”). Reliability and validity evidences have been reported in literature (e.g. Bastiaens et al., 2015; Bo et al., 2015; Fossati et al., 2013; Gutiérrez et al., 2015; Krueger et al., 2013; Quilty et al., 2013; Zimmermann et al., 2014). It was applied the Brazilian version.

Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20; Harding et al., 1980): The SRQ-20 is a 20-items questionnaire with yes or no response. It is a screening tool for common mental disorders with items describing symptoms such as anxiety, depression, and psychosomatic

illness. A cut-off point of eight was used in this study based on national and international previous researches (Gonçalves, Stein, & Kapczinski, 2008; Harpham et al., 2003; Mari & Williams, 1985).

Procedures

The current research proposal was evaluated and approved by the Ethic Committee from Psychology Institute of the Federal University of Rio Grande do Sul. A website was created for data collection. The web platform was announced via social media, email lists, and lectures. Researchers announced the survey in communities of university students, community groups, and support groups for different kind of mental illness like schizophrenia, social phobia, depression, anxiety, bipolar disorders, and borderline personality. Snowball sampling (Goodman, 1961) was encouraged. The first task of the participants was to read the research's Informed Consent Term. If they agreed, they must have registered themselves into the online platform. The registration was encrypted ensuring the participants' anonymity and privacy. When they had all completed questionnaires, a downloadable PDF performance report was made available to participants. Psychological reporting was chosen as a strategy to motivate the participants to complete the questionnaires.

Data analysis

Facets unidimensionality

In order to investigate the psychometric properties of the Brazilian version of the PID-5, we firstly assessed the unidimensionality of the individual PID-5 facets by performing Exploratory Factor Analysis (EFA). Given that the univariate distributions of ordinal items were asymmetric and with excess of kurtosis we conducted robust EFA based on the items' polychoric correlation matrix (Holgado-Tello, Chacón-Moscoso, Barbero-García, & Vila-Abad, 2010; Muthén & Kaplan, 1985, 1992) using the Ordinary Least Squares (OLS) as extraction method, which seeks the minimum residual (minres) solution (Revelle, 2015). The factor retention was examined by the Minimum Average Partial test (MAP; Velicer, 1976). The MAP test is based on the average partial correlations between the remaining variables after removing the effect of the previous factor(s). The number of factors to be retained is that which minimizes the squared average partial correlations (Velicer, 1976). If there was potential evidence for more than one factor, the nature of potential greater than one factor solution was explored using the oblimin rotation method, which was chosen because we expected the factors were related.

In those cases, exploratory bifactor models were also applied. The bifactor model was conducted by performing a Schmid–Leiman orthogonalization on the polychoric correlation matrix. “Essentially, the Schmid–Leiman extracts multiple dimensions, and performs an oblique rotation (e.g., promax, oblimin). The resulting factor intercorrelation matrix is then factored to obtain the item loadings on the general factor” (Reise, Morizot, & Hayes, 2007, p. 24). These analyses were conducted using the R statistical software (R Core Team, 2013) with the “psych” package (Revelle, 2015).

Reliability

The reliability of the 25 scales was assessed by the Cronbach’s alpha (Cronbach, 1951). We also evaluated the average inter-item correlations (AIC) for each facet and the correlations between individual items and the adjusted total facet scores (r_{i-t}). The AIC statistic is less influenced by scale length (Quilty et al., 2013) and the r_{i-t} allows the verification of the individual relation of each item to its respective scale. We also assessed, based on polychoric correlation matrix, the Cronbach’s alpha (Gaderman, Guhn, & Zumbo, 2012), the Guttman’s six estimates (Guttman, 1945), and the McDonald’s omega hierarchical, omega hierarchical asymptotic, and omega total (Revelle, 2015). Guttman’s Lambda six is a lower bound to reliability defined as the ratio of true score variance to observed score variance (Guttman, 1945). McDonald’s omega hierarchical is the proportion of variance in the scale scores accounted for by a general factor. Omega hierarchical asymptotic is the omega estimation for an infinite length test with a structure similar to the observed test. Finally, omega total is based on a decomposition of the variance of a test score into four parts: that due to a general factor; that due to a set of group factors; those due specific factors; and that due random error (Revelle, 2015). These analyses were conducted using the R statistical software (R Core Team, 2013) with the “psych” package (Revelle, 2015).

Item Response Theory (IRT) framework

Samejima’s Graded Response Model (GRM; Samejima, 1969) was used to fit the item responses and item parameters were estimated using marginal maximum likelihood (MML). The unidimensional GRM was fitted to all PID-5 items for each facet. The GRM estimates the slope and thresholds (three thresholds per item, once the PID-5 is a 4-point Likert-type scale). The slope refers to the discrimination parameter that can be understood as the item ability to differentiate individuals between those with lower and higher levels of θ . The thresholds are the difficulty parameter and they indicate the level of θ needed for

a person choose a specific scale's point. We estimated test information curves for each facet and marginal reliabilities were computed based on the average test information across θ values ranging from -6 to 6. These analyses were performed using the R statistical software (R Core Team, 2013) with the "mirt" package (Chalmers, 2012).

High order and hierarchical structures

The PID-5 high order structure was tested via Exploratory Structural Equation Modeling (ESEM; Asparouhov & Muthén, 2009), with oblique target rotation based on Krueger et al. (2012) loading matrix, and with maximum likelihood with robust standard errors using a numerical integration algorithm (MLR; Muthén & Muthén, 1998-2015). Oblique rotation was chosen because of the theoretical- and empirical-based expectation that the factors are correlated. Target rotation is a valuable alternative to confirmatory approach, since it does not put structural restrictions to the model as the confirmatory does, and it also allows a hypothesis-driven model test which a strict exploratory model does not allow (Asparouhov & Muthén, 2009). The MLR estimation was chosen because the observations were non-normality distributed (Muthén & Muthén, 1998-2015).

Hierarchical model (Wright et al., 2012) was tested via ESEM, with orthogonal target rotation, based on Wright et al. (2012) loading matrix, and with MLR estimation. Regressed factor scores were extracted in order to perform Pearson correlation analysis between the five hierarchical levels. Orthogonal rotation was chosen for this analysis in order to follow the recommendations of Goldberg (2006).

Tucker (1951)'s congruence coefficients were computed in order to obtain the congruence level of the Brazilian factor models with the original models from United States of America. According to Lorenzo-Seva and Ten Berge (2006) values in the range from .85 to .94 are related to a fair similarity, while values higher than .95 indicate that the factors can be considered equal. ESEMs were performed via Mplus version 7.31 (Muthén & Muthén, 1998-2015).

Concurrent validity

In order to verify the external work of the PID-5 Brazilian version we conducted Student t-test to compare facets and domains mean scores between different groups established for different criterions: 1) group of people with psychiatric disturbance risk formed by those one who had a score equal or greater than eight on SRQ-20; 2) group of participants with suicide risk formed by people who presented score equal or greater than six on M.I.N.I. Suicidality Module; 3) group of psychiatric patients formed by those

participants who self-reported having a psychiatric diagnosis; 4) group of people that self-reported to be using psychotropic medication; and finally, 5) group of people with clinical indicators which was formed by the set of the four previously described criterions. Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) was used for these statistical analyses.

We also analyzed convergent and discriminant pattern of the PID-5 facets and domains with the SRQ-20. Parallel analysis and MAP test were applied to the SRQ-20 items, which suggested three principal components, that were extracted via Principal Component Analysis with varimax rotation based on tetrachoric correlation matrix. The componets could be labeled as: Depressive Symptoms, Somatic Complaints, and Anxious Symptoms. Correlations between the PID-5 facets and domains and the SRQ-20 components and total scores were performed.

Norms of interpretation

American Psychiatric Association indicates the mean score of 2 for PID-5 facets and domains as the threshold for clinical trait level. However, this threshold was not empirically stablished, indeed it was based on theoretical content. In order to stablish preliminary Brazilian norms for PID-5 facets and domains interpretation, we analyzed the effect of age, gender, socioeconomic level, and region of residence on facets and domains scores. Student's t test, Pearson correlations, and ANOVAs were performed. Score standardization was done with T score transformation (mean = 50, standard-deviation = 10). Effect sizes were classified according to the following guidelines presented by Cohen (1988): $r \geq |.10|$ and $d \geq |.2|$ and $\eta^2 \geq |.01|$ "small"; $r \geq |.30|$ and $d \geq |.5|$ and $\eta^2 \geq |.06|$ "moderate"; $r \geq |.50|$ and $d \geq |.8|$ and $\eta^2 \geq |.14|$ "large". These analyses were performed via SPSS.

Results

Facet unidimensionality

MAP tests confirmed the unidimensionality for almost all facets (see Table 2.1), with exception for Emotional Lability, Hostility, and Risk Taking facets which should be better represented by two-factor solution each one for both community and clinical samples. The Depressivity facet presented a two factor solution for community sample. The exploratory examination of the Emotional Lability facet suggested a factor with three items related of how a person can easily get emotional (Emotional Sensitivity), and four items which its contents are related to of how emotions can quickly shift into a time period (Emotional Instability) (inter-factor correlation: $r_{\Phi} = .35$ for community sample, $r_{\Phi} = .33$ for clinical sample, and $r_{\Phi} = .39$ for total sample; see details in supplementary Table S3). Exploratory bi-factor models demonstrated that the general factor (Emotional Lability) is able to explain the most part of the data variance (55% for community sample, 44% for clinical sample, and 49% for total sample). Thus, although the specific factors have some power to interfere on the meaning of the general factor, we assumed that Emotional Lability can be treated as unidimensional for further analyses, once its general factors explain the most part of the variance.

The two-factor model for Hostility facet showed a factor with six items related to how easily a person can experience anger feelings (Irritability), and a factor with four items related to aggressive feelings in relation to others (Interpersonal Agressivity) ($r_{\Phi} = .54$ for community sample; $r_{\Phi} = .60$ for clinical sample; $r_{\Phi} = .61$ for total sample). The bi-factor models showed that the general factor (Hostility) explains the most portion of the variance (79% for community sample and 81% for clinical and total samples). Therefore, we also assumed the unidimensionality of the Hostility facet. The two-factor model for Risk Taking facet indicated one factor with eight items which its contents are about imprudent behavior (Recklessness), and another factor with six items related with cautious behavior (Risk Aversion) ($r_{\Phi} = .46$ for community and total samples, and $r_{\Phi} = .52$ for clinical sample). The general factor (Risk Taking) of the bi-factor model explained the most portion of the variance (73% for community sample; 74% for clinical sample; 72% for total sample) supporting its unidimensionality.

Finally, we explored the two-factor model for Depressivity facet, once the MAP test suggested it for community sample. Nine items loaded in the first factor and they are related to negative beliefs and feelings about one's self (Self-Deprecation), and five items related to thoughts and feelings about senselessness to continue living loaded in the second

factor (Suicidality) ($r_{\Phi} = .60$ for community; $r_{\Phi} = .77$ for clinical sample; $r_{\Phi} = .82$ for clinical sample). The general factor (Depressivity) of the bi-factor model has also explained the most portion of the variance (77% for community sample; 88% for clinical sample; 92% for total sample). That way, we also treated it as unidimensional.

Table 2. 1: Unidimensionality and exploratory factor analysis of the PID-5 facets

	Community (n = 656)				Clinical (n = 554)				Total (n = 1,210)			
	MAP	$\bar{x} \lambda$	Range	$\bar{x} h^2$	MAP	$\bar{x} \lambda$	Range	$\bar{x} h^2$	MAP	$\bar{x} \lambda$	Range	$\bar{x} h^2$
ANHE	1	.65	.38/.85	.45	1	.70	.47/.85	.51	1	.73	.51/.90	.55
ANXI	1	.63	.15/.80	.44	1	.66	.22/.85	.47	1	.68	.19/.86	.50
ATT-S	1	.75	.57/.88	.58	1	.76	.58/.92	.60	1	.76	.58/.90	.59
CALL	1	.72	.31/.92	.54	1	.71	.40/.90	.53	1	.72	.39/.91	.54
DECE	1	.70	.13/.86	.53	1	.72	.24/.88	.55	1	.72	.20/.88	.55
DEPR	2	.70	.48/.81	.51	1	.78	.52/.92	.61	1	.82	.58/.92	.67
DIST	1	.72	.51/.82	.53	1	.73	.48/.84	.54	1	.75	.55/.86	.57
ECCE	1	.86	.78/.91	.74	1	.86	.78/.90	.74	1	.87	.81/.91	.76
EMO-L	2	.66	.48/.87	.46	2	.66	.47/.85	.45	2	.70	.60/.77	.50
GRAN	1	.70	.56/.83	.50	1	.72	.61/.87	.52	1	.71	.58/.85	.51
HOST	2	.66	.47/.84	.45	2	.70	.47/.87	.52	2	.70	.49/.87	.51
IMPU	1	.79	.53/.91	.65	1	.83	.63/.91	.71	1	.83	.61/.91	.70
INT-A	1	.76	.45/.96	.60	1	.76	.44/.94	.60	1	.76	.45/.95	.61
IRRE	1	.62	.56/.70	.39	1	.60	.53/.73	.37	1	.64	.58/.72	.41
MANI	1	.79	.74/.83	.63	1	.80	.76/.84	.64	1	.80	.78/.83	.63
PER-D	1	.69	.42/.88	.49	1	.65	.39/.84	.44	1	.70	.43/.87	.49
PERS	1	.67	.51/.80	.45	1	.62	.35/.84	.41	1	.67	.46/.84	.46
RES-A	1	.72	.64/.83	.52	1	.72	.58/.78	.53	1	.72	.61/.80	.53
RIG-P	1	.72	.64/.86	.52	1	.72	.65/.86	.53	1	.72	.65/.86	.53
RIS-T	2	.60	.40/.84	.38	2	.63	.41/.84	.42	2	.61	.43/.84	.40
SEP-I	1	.73	.55/.85	.53	1	.77	.67/.85	.60	1	.77	.65/.86	.60
SUBM	1	.78	.71/.84	.61	1	.77	.66/.83	.59	1	.78	.72/.84	.61
SUSP	1	.53	.05/.87	.34	1	.55	.08/.87	.36	1	.57	.09/.90	.38
U-B-E	1	.71	.54/.87	.51	1	.71	.50/.84	.51	1	.72	.52/.86	.52
WITH	1	.73	.38/.89	.55	1	.73	.38/.87	.55	1	.75	.41/.89	.58

Note: MAP = Minimum average partial test; $\bar{x} \lambda$ = arithmetic mean of factor loadings; Range = shown values are lower and higher observed factor loading respectively; $\bar{x} h^2$ = arithmetic mean of communalities; ANHE = Anhedonia; ANXI = Anxiousness; ATT-S = Attention Seeking; CALL = Callousness; DECE = Deceitfulness; DEPR = Depressivity; DIST = Distractibility; ECCE = Eccentricity; EMO-L = Emotional Lability; GRAN = Grandiosity; HOST = Hostility; IMPU = Impulsivity; INT-A = Intimacy Avoidance; IRRE = Irresponsibility; MANI = Manipulativeness; PER-D = Perceptual Dysregulation; PERS = Perseveration; RES-A = Restricted Affectivity; RIG-P = Rigid Perfectionism; RIS-T = Risk Taking; SEP-I = Separation Insecurity; SUBM = Submissiveness; SUSP = Suspiciousness; U-B-E = Unusual Beliefs and Experiences; WITH = Withdrawal.

EFA for individual facets demonstrated that three of 220 items did not present satisfactory factor loading in its respective scales (see detailed information in Supplementary Table S2). The items are: 96r “I rarely worry about things” (Anxiousness), 142r “I try to tell the truth, even when it's difficult” (Deceitfulness), and 177r “I rarely feel that the people I know are trying to take advantage of me” (Suspiciousness) with factor loadings ranging from .05 to .24. All these items are reverse scored and they do not seem representing the opposite pole of their respective facets.

Facets reliability

The internal consistence estimated by Cronbach's alpha based on ordinal data for all facets and all samples were higher than .70 with exception of Suspiciousness facet ($\alpha = .60$ for community sample, $\alpha = .69$ for clinical sample, and $\alpha = .70$ for total sample). The average Cronbach's alpha for community sample was .82, while for clinical and total samples was .85 (see Table 2.2). Results of Guttman's Lambda six (λ_6) indicated that all facets presented estimates equal or higher than .70 for all samples with exception of the Irresponsibility and Suspiciousness facets for community sample ($\lambda_6 = .69$ and $\lambda_6 = .64$, respectively; see details in supplementary Table S4). The average λ_6 for community sample was .82, while for clinical and total samples was .85.

The estimated reliability via McDonald's omega hierarchical showed that Anhedonia ($\omega = .63$ community sample), Depressivity ($\omega = .59$ community sample), Emotional Lability ($\omega = .58$ community sample, $\omega = .44$ clinical sample, $\omega = .60$ total sample), Grandiosity ($\omega = .69$ community sample, $\omega = .68$ clinical sample, $\omega = .67$ total sample), Hostility ($\omega = .63$ clinical sample, $\omega = .67$ total sample), Irresponsibility ($\omega = .68$ community sample, $\omega = .66$ clinical sample, $\omega = .69$ total sample), Manipulativeness ($\omega = .69$ community sample), Perseveration ($\omega = .64$ clinical sample, $\omega = .69$ total sample), Risk Taking ($\omega = .56$ community sample, $\omega = .66$ clinical sample, $\omega = .61$ total sample), Separation Insecurity ($\omega = .69$ community sample), Suspiciousness ($\omega = .55$ community sample, $\omega = .61$ clinical sample, $\omega = .58$ total sample), and Unusual Beliefs and Experiences ($\omega = .56$ community sample, $\omega = .69$ clinical sample, $\omega = .68$ total sample) facets have presented ω values lower than .70. The average McDonald's omega hierarchical for community sample was .71, while for clinical and total samples was .74.

The average omega hierarchical asymptotic for community sample was .82 while for clinical and total sample was .84. Depressivity ($\omega = .67$ for community sample), Emotional Lability ($\omega = .66$ community sample, $\omega = .48$ clinical sample, $\omega = .65$ total sample), Risk Taking ($\omega = .64$ community sample, $\omega = .69$ total sample), and Unusual Beliefs and Experiences ($\omega = .66$ community sample) facets presented omega hierarchical asymptotic values lower than .70 (see supplementary Table S4).

Table 2. 2: Descriptive statistics and reliability coefficients for PID-5 facets and domains

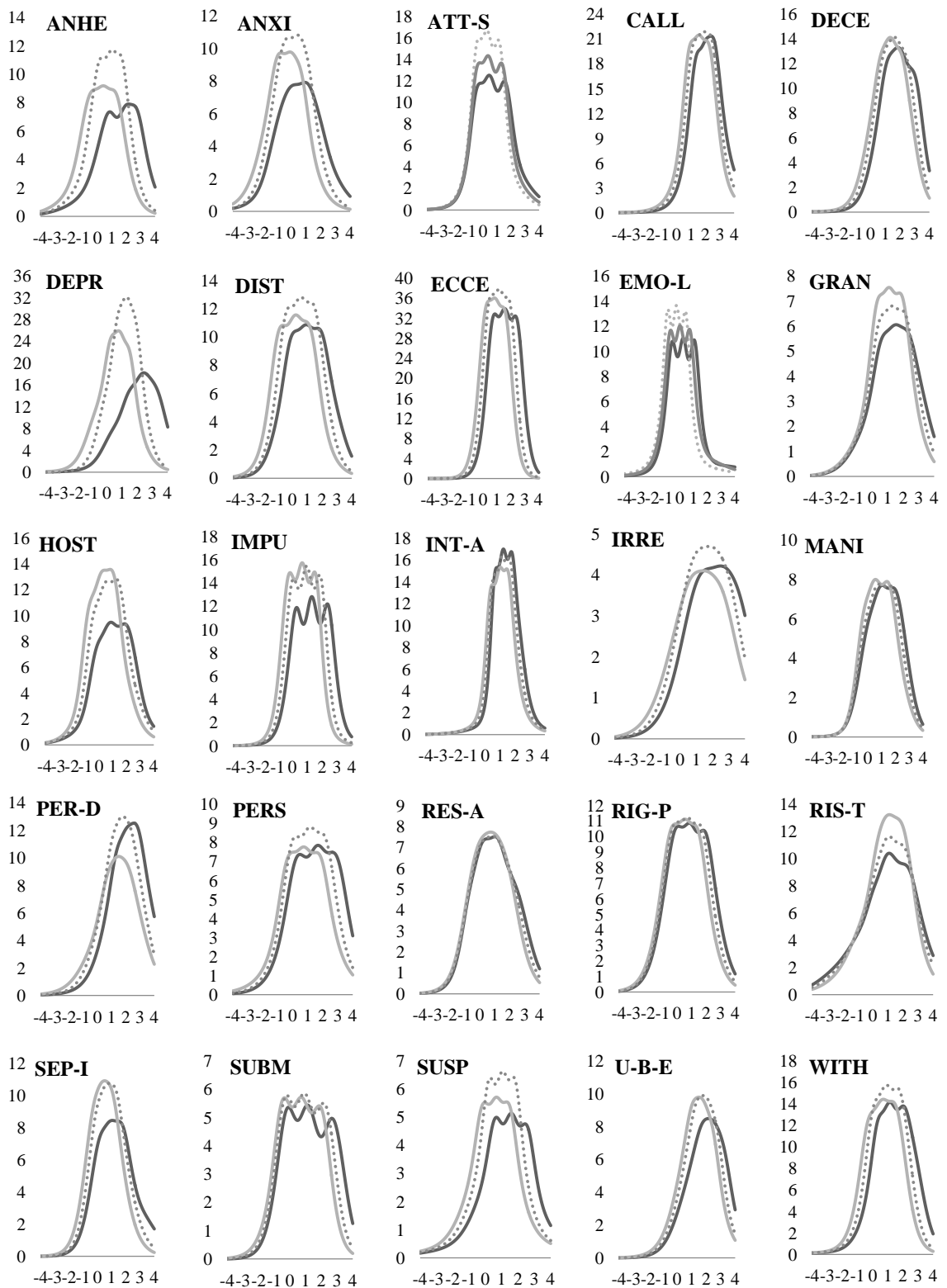
Facet Domain	Community (<i>n</i> = 656)							Clinical (<i>n</i> = 554)							Total (<i>n</i> = 1,210)						
	Min	Max	<i>M</i>	<i>SD</i>	Ske	Kur	α	Min	Max	<i>M</i>	<i>SD</i>	Ske	Kur	α	Min	Max	<i>M</i>	<i>SD</i>	Ske	Kur	α
ANHE	.00	2.50	.72	.48	.81	.26	.79	.00	3.00	1.39	.71	.21	-.73	.86	.00	3.00	1.03	.69	.70	-.20	.87
ANXI	.00	2.78	1.21	.59	.50	-.38	.82	.11	3.00	1.82	.67	-.21	-.71	.83	.00	3.00	1.49	.70	.22	-.83	.85
ATT-S	.00	3.00	.91	.66	.65	-.22	.88	.00	3.00	1.12	.77	.53	-.57	.89	.00	3.00	1.00	.72	.63	-.32	.89
CALL	.00	2.50	.26	.34	2.62	9.25	.86	.00	2.57	.42	.47	1.90	4.13	.88	.00	2.57	.34	.41	2.26	6.30	.88
DECE	.00	2.50	.39	.42	1.81	3.74	.84	.00	2.70	.61	.57	1.27	1.25	.87	.00	2.70	.49	.51	1.57	2.46	.86
DEPR	.00	2.29	.34	.35	1.68	4.06	.85	.00	3.00	1.02	.73	.72	-.29	.93	.00	3.00	.65	.65	1.38	1.45	.94
DIST	.00	2.89	.79	.60	.73	.06	.87	.00	3.00	1.31	.73	.16	-.86	.89	.00	3.00	1.03	.71	.51	-.53	.89
ECCE	.00	2.92	.41	.56	1.82	3.23	.95	.00	3.00	.80	.80	1.04	.21	.96	.00	3.00	.59	.71	1.44	1.46	.96
EMO-L	.00	3.00	.94	.63	.57	-.13	.81	.00	3.00	1.51	.75	.12	-.74	.82	.00	3.00	1.20	.74	.42	-.51	.84
GRAN	.00	2.83	.62	.54	1.18	1.42	.77	.00	3.00	.77	.65	.98	.59	.81	.00	3.00	.69	.60	1.12	1.08	.79
HOST	.00	2.60	.75	.53	.89	.46	.84	.00	3.00	1.15	.70	.45	-.50	.88	.00	3.00	.93	.65	.76	.04	.88
IMPU	.00	3.00	.62	.59	1.18	1.28	.86	.00	3.00	1.02	.79	.67	-.25	.90	.00	3.00	.80	.72	.99	.50	.90
INT-A	.00	2.67	.47	.56	1.61	2.24	.81	.00	3.00	.65	.69	1.32	1.16	.83	.00	3.00	.55	.63	1.49	1.81	.83
IRRE	.00	2.86	.38	.42	1.82	4.43	.71	.00	3.00	.70	.56	.86	.50	.73	.00	3.00	.53	.51	1.29	1.65	.75
MANI	.00	3.00	.63	.62	1.23	1.42	.82	.00	3.00	.78	.74	.89	.03	.84	.00	3.00	.70	.68	1.08	.68	.84
PER-D	.00	2.50	.32	.36	2.26	7.36	.83	.00	2.58	.66	.52	1.08	.84	.84	.00	2.58	.48	.47	1.55	2.54	.85
PERS	.00	3.00	.63	.51	.91	.83	.83	.00	3.00	1.01	.60	.44	-.34	.82	.00	3.00	.80	.58	.70	.07	.84
RES-A	.00	2.86	.81	.64	.74	-.08	.84	.00	3.00	.96	.70	.58	-.33	.84	.00	3.00	.88	.68	.68	-.19	.84
RIG-P	.00	2.80	.93	.64	.57	-.34	.89	.00	3.00	1.16	.72	.32	-.70	.89	.00	3.00	1.04	.69	.48	-.52	.89
RIS-T	.00	2.57	1.01	.47	.33	-.04	.84	.00	2.93	1.00	.55	.57	.51	.86	.00	2.93	1.00	.50	.47	.36	.85
SEP-I	.00	2.86	.60	.58	1.12	.89	.82	.00	3.00	1.04	.80	.50	-.70	.87	.00	3.00	.80	.72	.89	.04	.87
SUBM	.00	3.00	.78	.62	.61	-.28	.80	.00	3.00	1.08	.72	.38	-.40	.80	.00	3.00	.91	.68	.54	-.27	.81
SUSP	.00	2.86	.86	.47	.63	.36	.60	.00	3.00	1.24	.58	.29	-.42	.69	.00	3.00	1.03	.55	.56	-.05	.70
U-B-E	.00	2.63	.34	.43	2.04	5.03	.79	.00	2.88	.55	.56	1.26	1.29	.81	.00	2.88	.44	.51	1.63	2.71	.81
WITH	.00	3.00	.69	.55	1.10	1.04	.88	.00	3.00	1.07	.69	.72	.02	.89	.00	3.00	.87	.65	.96	.56	.89
NEG-A	.27	2.22	.87	.31	.69	.44	.91	.27	2.66	1.31	.45	.32	-.47	.94	.27	2.66	1.07	.44	.72	.09	.95
DETA	.02	2.44	.61	.36	1.03	1.31	.93	.10	2.69	1.07	.52	.54	-.21	.95	.02	2.69	.82	.50	.91	.53	.95
ANTA	.00	2.25	.55	.37	1.33	1.99	.94	.00	2.77	.78	.48	1.04	1.31	.95	.00	2.77	.65	.44	1.25	1.89	.95
DISI	.20	2.26	1.05	.29	.45	.93	.84	.26	2.83	1.20	.38	.53	.67	.89	.20	2.83	1.12	.34	.64	1.11	.87
PSYC	.00	2.42	.36	.40	1.95	4.62	.94	.00	2.76	.69	.58	1.08	.67	.95	.00	2.76	.51	.51	1.50	2.10	.95

Note: Min = minimum; Max = maximum; *M* = mean; *SD* = standard-deviation; Ske = skewness; Kur = kurtosis; α = Cronbach's alpha based on polychoric correlation matrix; ANHE = Anhedonia; ANXI = Anxiousness; ATT-S = Attention Seeking; CALL = Callousness; DECE = Deceitfulness; DEPR = Depressivity; DIST = Distractibility; ECCE = Eccentricity; EMO-L = Emotional Lability; GRAN = Grandiosity; HOST = Hostility; IMPU = Impulsivity; INT-A = Intimacy Avoidance; IRRE = Irresponsibility; MANI = Manipulativeness; PER-D = Perceptual Dysregulation; PERS = Perseveration; RES-A = Restricted Affectivity; RIG-P = Rigid Perfectionism; RIS-T = Risk Taking; SEP-I = Separation Insecurity; SUBM = Submissiveness; SUSP = Suspiciousness; U-B-E = Unusual Beliefs and Experiences; WITH = Withdrawal; NEG-A = Negative Affectivity; DETA = Detachment; ANTA = Antagonism; DISI = Disinhibition; PSYC = Psychoticism..

The examination of the average inter-item correlation (AIC) for individual scales showed that Depressivity (AIC for community sample = .29), Irresponsibility (AIC for community sample = .26, and AIC for clinical sample = .28), Perceptual Dysregulation (AIC for community sample = .29), Risk Taking (AIC for community sample = .27, AIC for total sample = .29), and Suspiciousness (AIC for community sample = .20, AIC for clinical sample = .24, and AIC for total sample = .25) facets presented average inter-item correlation lower than .30. The average corrected item-total correlations were higher than .50 for all facets with exception of Suspiciousness ($r_{i-t} = .45$ for community sample, $r_{i-t} = .49$ for clinical sample, and $r_{i-t} = .50$ for total sample). Nine of the 220 items presented weak corrected correlation ($r < .40$) with their respective facets for all samples. Five extra items presented weak corrected correlation with their respective factor for community sample, while two extra items showed the same results for clinical sample (see supplementary Table S4).

Item Response Theory

Test Information Curves (TIC) estimated via IRT graded response model indicated that Callousness, Irresponsibility, Manipulativeness, Perseveration, Restricted Affectivity, Rigid Perfectionism, and Withdrawal facets present virtually the same amount of information between clinical and community samples. Intimacy Avoidance and Perceptual Dysregulation facets were more informative for community sample than clinical sample. The rest of facet presented more information level for clinical sample than for community sample. Generally, the tests were more informative for higher levels of theta for community sample. The shape of the curves was similar for almost all facets (see Figure 2.1). The average marginal reliability for response pattern scores for community sample was .78 ($SD = .07$), for clinical sample was .84 ($SD = .07$), and for total sample was .82 ($SD = .06$). The reliability coefficients lower than .70 were for Callousness (.67 for community sample), Intimacy Avoidance (.67 for community sample), Irresponsibility (.63 for community sample, and .69 for total sample), and Unusual Beliefs and Experiences (.66 for community sample) facets (see detailed information in supplementary Table S5).



Legend: Light gray line = clinical sample; Dark gray line = community sample; Dash line = total sample

Figure 2. 1: Test Information Curves (TIC)

Note: Values in the bottom part = theta; Values in the left part = information; ANHE = Anhedonia; ANXI = Anxiousness; ATT-S = Attention Seeking; CALL = Callousness; DECE = Deceitfulness; DEPR = Depressivity; DIST = Distractibility; ECCE = Eccentricity; EMO-L = Emotional Lability; GRAN = Grandiosity; HOST = Hostility; IMPU = Impulsivity; INT-A = Intimacy Avoidance; IRRE = Irresponsibility; MANI = Manipulativeness; PER-D = Perceptual Dysregulation; PERS = Perseveration; RES-A = Restricted Affectivity; RIG-P = Rigid Perfectionism; RIS-T = Risk Taking; SEP-I = Separation Insecurity; SUBM = Submissiveness; SUSP = Suspiciousness; U-B-E = Unusual Beliefs and Experiences; WITH = Withdrawal.

High-order and hierarchical structures: reliability and factor congruence

ESEM oblique target rotation applied to Brazilian data replicated the PID-5 high order structure (community sample = $\chi^2(185)=777.065$, $p < .001$, CFI = .91, TLI = .86, RMSEA = .07 [CI95% .07-.08]; clinical sample = $\chi^2(185)=866.163$, $p < .001$, CFI = .91, TLI = .85, RMSEA = .08 [CI95% .08-.09]; total sample = $\chi^2(185)=1429.765$, $p < .001$, CFI = .92, TLI = .87, RMSEA = .08 [CI95% .07-.08]) with some minor changes (see Table 2.3; see inter-facets correlation in Supplementary Table S6). The original high order model (Krueger et al., 2012) suggests that the Hostility facet should present a positive relation with the Negative Affectivity domain and with Antagonism domain, however, in Brazilian data the expected relation with the Negative Affectivity domain was not relevant (factor loading $< .30$). The Suspiciousness facet should have presented relevant factor loading with the Detachment domain, however, although it presented a statistically significant relation with the Detachment domain ($p < .05$), its effect size was small (ranging from .23 for community sample to .27 for clinical sample). The Risk Taking facet presented a relevant factor loading in Disinhibition domain only for the clinical sample. Perseveration, Anhedonia, Depressivity, Deceitfulness, Attention Seeking, Callousness, Rigid Perfectionism, Disinhibition, and Risk Taking presented relevant cross-loading with one to three domains.

The PID-5 Brazilian version factorial structure can be considered virtually equal to the original structure presented in Krueger et al. (2012). Tucker's congruence coefficients ranged from .92 (Disinhibition for community and clinical samples) to .99 (Antagonism for clinical and total samples). The estimated congruence between the community and clinical samples suggested that, beyond the differences among them, they can be considered virtually identical (Negative Affectivity .99, Detachment .98, Antagonism .99, Disinhibition .97, and Psychoticism .98).

Considering the high order structure equivalence between original and Brazilian versions of the PID-5, we decided calculating the factors according to the algorithm proposed by Krueger et al. (2012). The Cronbach's alpha for each individual domain ranged from .84 to .95 (see bottom part of Table 2.2).

The hierarchical structure of the Brazilian version resulted in a model quite similar to the original as shown in Wright et al. (2012). Figure 2.2 presents the hierarchical structure with the paths between hierarchical levels. The factor congruence ranged from .87 to .99 (see details in Supplementary Tables S7.1 to S7.3). Correlations between levels lower than $|.20|$ were suppressed in order to make the Figure 2.2 visualization easier.

However, when the correlation was equal or greater than $|\cdot 20|$ for at least one of the three samples, the correlations of the other samples were also shown.

Table 2. 3: Exploratory Structural Equating Modeling (ESEM) with oblique target rotation based on Krueger et al. (2012) factor matrix

	Negative Affectivity			Detachment			Antagonism			Disinhibition			Psychoticism		
	Comm	Clinical	Total	Comm	Clinical	Total	Comm	Clinical	Total	Comm	Clinical	Total	Comm	Clinical	Total
EMO-L	.59	.63	.62	-.10	.02	-.01	.00	.03	.02	.14	.12	.15	.28	.25	.26
ANXI	.66	.67	.66	.27	.28	.28	.15	.04	.08	.00	-.01	.02	.01	.14	.10
RES-A	-.29	-.35	-.36	.58	.48	.53	.15	.23	.21	.12	.13	.08	.25	.22	.23
SEP-I	.55	.60	.59	.03	-.09	-.02	.17	.18	.17	.15	.24	.20	-.01	-.04	-.02
HOST	.17	.17	.19	.13	.24	.20	.43	.49	.44	.24	.12	.20	.04	.08	.06
PERS	.40	.43	.40	.29	.26	.27	.05	.13	.12	.08	.08	.05	.41	.29	.34
SUBM	.41	.43	.41	.23	.22	.23	.07	.08	.10	.17	.21	.16	-.02	-.10	-.06
WITH	-.09	-.06	-.07	.76	.75	.76	.05	-.01	.02	.07	.14	.11	.19	.18	.19
ANHE	.15	.21	.23	.67	.65	.65	-.08	-.12	-.11	.27	.28	.30	.00	.05	.04
DEPR	.32	.36	.36	.48	.53	.49	-.11	-.10	-.11	.30	.40	.39	.17	.11	.13
INT-A	-.24	-.18	-.22	.49	.47	.48	-.04	.01	-.01	.13	.03	.07	.18	.28	.25
SUSP	.12	.25	.22	.23	.27	.26	.34	.26	.27	.08	.07	.11	.23	.26	.24
MANI	-.03	-.06	-.06	-.09	-.07	-.09	.70	.76	.75	.19	.15	.16	.08	.07	.06
DECE	.00	-.02	-.01	.02	.09	.07	.65	.64	.64	.40	.34	.37	.00	-.01	-.02
GRAN	.03	.00	.00	.11	.03	.06	.64	.65	.65	-.12	-.02	-.07	.20	.24	.22
ATT-S	.32	.30	.31	-.14	-.27	-.23	.56	.65	.63	.11	.15	.11	.04	.03	.04
CALL	-.26	-.25	-.26	.31	.33	.33	.46	.56	.51	.27	.27	.28	.13	.06	.08
IRRE	.03	-.01	.02	.03	.06	.06	.14	.12	.12	.56	.63	.60	.17	.23	.21
IMPU	.23	.27	.27	-.10	-.14	-.12	.11	.15	.13	.50	.43	.47	.09	.18	.15
RIG-P	.33	.32	.33	.30	.32	.32	.34	.34	.35	-.47	-.48	-.51	.29	.27	.29
DIST	.33	.19	.26	.17	.13	.16	-.12	-.14	-.11	.48	.55	.49	.19	.21	.21
RIS-T	-.20	-.23	-.23	-.27	-.29	-.30	.27	.20	.22	.19	.33	.27	.24	.25	.26
U-B-E	-.01	.01	.01	-.09	-.05	-.08	.10	.08	.08	.04	.00	.03	.72	.81	.78
ECCE	-.05	-.03	-.05	.14	.19	.17	.10	.06	.07	.17	.22	.20	.64	.66	.66
PER-D	.17	.13	.15	.03	.04	.05	.00	.02	.01	.22	.24	.24	.72	.73	.71
TCC	.93	.95	.95	.97	.98	.98	.98	.99	.99	.92	.92	.94	.97	.97	.98

Note: Facets are ordered (descending) according to the values of factor loadings from Krueger et al. (2012); Gray areas indicate facets that belong to respective domains according to Krueger et al. (2012) algorithm; Values greater than |.30| are presented in bold; Comm = community sample; TCC = Tucker's congruence coefficient between factors from current study and factors from Krueger et al. (2011); ANHE = Anhedonia; ANXI = Anxiousness; ATT-S = Attention Seeking; CALL = Callousness; DECE = Deceitfulness; DEPR = Depressivity; DIST = Distractibility; ECCE = Eccentricity; EMO-L = Emotional Lability; GRAN = Grandiosity; HOST = Hostility; IMPU = Impulsivity; INT-A = Intimacy Avoidance; IRRE = Irresponsibility; MANI = Manipulativeness; PER-D = Perceptual Dysregulation; PERS = Perseveration; RES-A = Restricted Affectivity; RIG-P = Rigid Perfectionism; RIS-T = Risk Taking; SEP-I = Separation Insecurity; SUBM = Submissiveness; SUSP = Suspiciousness; U-B-E = Unusual Beliefs and Experiences; WITH = Withdrawal.

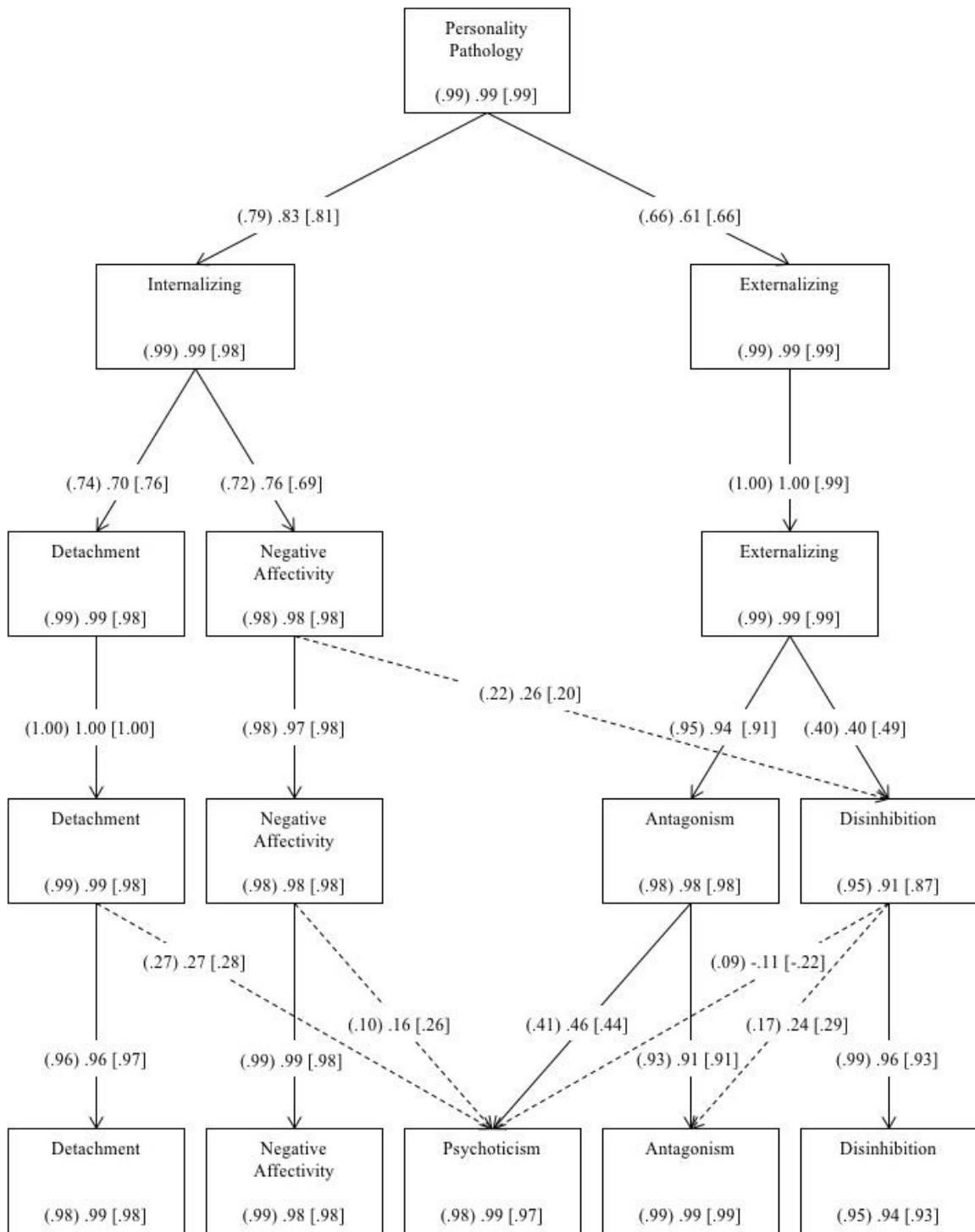


Figure 2. 2: PID-5 hierarchical structure

Note: Values in the boxes are the Tucker's congruence coefficient between factors from current study and factors from Wright et al. (2012); Values in the arrows are correlation of regressed factorial scores between hierarchical levels; Values are organized according to samples: (Clinical) Total [Community]; Solid arrows indicate correlation equal or greater than |.30|; Dashed arrows indicate correlation lower than |.30|; Correlations lower than .20 (in all samples) were suppressed; All shown correlations have reached statistical significance (p-value < .05).

At the top, all facets, but Risk Taking, showed satisfactory factor loading ($\geq .30$), indicating a general factor of Personality Pathology. Then, this general factor broke down in two factors that reflect the Internalizing and Externalizing spectra. In the third level, the Internalizing factor is subdivided into Detachment and Negative Affectivity domains. In the following step the Externalizing factor is divided into Antagonism and Disinhibition domains. Finally, in the fifth level, the Psychoticism factor is reached. The relation pattern between the fourth and fifth levels is more complex.

Concurrent validity

Concurrent validity was tested by investigating the ability of the PID-5 score differently in groups composed by people with indicators of adaptive and maladaptive psychological functioning. Table 2.4 presents means, standard deviations, and Cohen's d for each domain. Facet-level difference tests can be found in Supplementary Tables S8 to S12. The first grouping procedure was based on the SRQ-20 score, using a cut-off point where scores equal or greater than 8 indicate risk for psychiatric disturbances. The group of people with psychiatric disturbance risk presented higher scores in all dimensions than those with low risk for psychiatric problems (d ranged from .51 to 1.40). At facet level, people with low risk for psychiatric disturbance scored more than those with high risk in all facets with exception to the Risk Taking facet where people with low risk presented higher mean, and it was the only facet which the difference did not present statistical significance. From the 24 facets that presented difference with statistical significance, 14 had effect size from moderate to high considering the inferior bounder of the confidence interval of 95% (CI95%; see Supplementary Table S8).

The second grouping procedure was based on the Suicidality Module of the M.I.N.I., where people with a weighted score equal or greater than six are considered as having a moderate risk for suicidal behavior. People from the high risk for suicidal behavior group presented higher scores than those from the low risk group in all domains and facets. A total of 15 facets presented differences with effect size ranging from moderate to high considering the lower bounder of the CI95% (see Supplementary Table S9).

The third and fourth grouping procedure was based on self-reporting. Participants were required to inform if they had any psychiatric diagnosis, and to describe them, as well as to declare if they were using any psychotropic medication, and to also describe them. People that reported have psychiatric diagnosis presented higher scores in all domains than those denied it. The results were very similar for these two criteria. Differences in

Negative Affectivity and Detachment domains presented moderate to high effect size considering the lower bounder of CI95%. At facet-level, Restricted Affectivity and Risk Taking scores did not present differences with statistical significance among groups. From the 23 facets resting five presented differences ranging from moderate to high effect size considering the lower bounder of the CI95% (see Supplementary Table S10) for the groups formed by psychiatric diagnosis criterion, and four facets differentiated with moderate to high effect size for the groups created by psychotropic medication criterion (see Supplementary Table S11).

Table 2. 4: Concurrent validity of the PID-5

			NEG-A	DETA	ANTA	DISI	PSYC	
Psychiatric Risk	Low risk	<i>M</i>	.89	.64	.57	1.06	.39	
	(<i>n</i> = 797)	(<i>SD</i>)	(.33)	(.37)	(.37)	(.30)	(.41)	
	High risk	<i>M</i>	1.41	1.17	.82	1.23	.75	
	(<i>n</i> = 411)	(<i>SD</i>)	(.44)	(.53)	(.50)	(.39)	(.60)	
			<i>d</i>	1.40	1.23	.60	.51	.75
Suicide Risk	Low risk	<i>M</i>	.98	.71	.59	1.08	.42	
	(<i>n</i> = 910)	(<i>SD</i>)	(.37)	(.41)	(.39)	(.32)	(.43)	
	High risk	<i>M</i>	1.47	1.32	.90	1.31	.89	
	(<i>n</i> = 176)	(<i>SD</i>)	(.50)	(.57)	(.56)	(.42)	(.66)	
			<i>d</i>	1.25	1.39	.74	.68	.99
Psychiatric Diagnosis	No	<i>M</i>	1.00	.75	.61	1.09	.45	
	(<i>n</i> = 909)	(<i>SD</i>)	(.40)	(.45)	(.41)	(.32)	(.45)	
	Yes	<i>M</i>	1.33	1.09	.78	1.22	.73	
	(<i>n</i> = 203)	(<i>SD</i>)	(.50)	(.58)	(.50)	(.42)	(.63)	
			<i>d</i>	.80	.72	.39	.38	.58
Psychotropic Medication	No	<i>M</i>	1.01	.77	.62	1.09	.46	
	(<i>n</i> = 972)	(<i>SD</i>)	(.40)	(.46)	(.42)	(.33)	(.46)	
	Yes	<i>M</i>	1.35	1.08	.80	1.23	.72	
	(<i>n</i> = 163)	(<i>SD</i>)	(.52)	(.60)	(.52)	(.41)	(.66)	
			<i>d</i>	.82	.65	.43	.42	.53
Sample Classification	Community	<i>M</i>	.87	.61	.55	1.05	.36	
	(<i>n</i> = 656)	(<i>SD</i>)	(.31)	(.36)	(.37)	(.29)	(.40)	
	Clinical	<i>M</i>	1.31	1.07	.78	1.20	.69	
	(<i>n</i> = 554)	(<i>SD</i>)	(.45)	(.53)	(.48)	(.38)	(.58)	
			<i>d</i>	1.15	1.01	.53	.45	.66

Note: Cohen's *d* with a medium effect size considering the lower boundaries of confidence interval of 95% are presented in bold; NEG-A = Negative Affectivity; DETA = Detachment; ANTA = Antagonism; DISI = Disinhibition; PSYC = Psychoticism.

Finally, the score differences between community and clinical samples were moderate to high for Negative Affectivity, Detachment, and Psychoticism domains. Only Risk Taking facet did not present statistical difference among samples. Fourteen of the 24 last facets presented differences with effect size ranging from moderate to high (see Supplementary Table S12).

We also investigate the relation of the PID-5 facets and domains with indicators of mental illness (Table 2.5). We highlight the strong relation between Anhedonia, Depressivity, and Withdrawal facets with the Depression Symptoms component, and the

relation between Anxiousness, Emotional Lability, and Separation Insecurity facets with the Anxiety Symptoms component. Negative Affectivity and Detachment showed to be more likely associate with symptoms of common mental illness. Somatic Complaints component showed be more related to Anhedonia facet and Negative Affectivity domain. Regarding to the suicide risk, the strongest correlations are with Depressivity facet and Detachment and Negative Affectivity domains.

Table 2. 5: Correlations between PID-5 and mental illness indicators

PID-5	SRQ-20 (n = 1,208)				M.I.N.I (n = 1,086)
	Depression Symptoms (KR20 = .77)	Somatic Complaints (KR20 = .68)	Anxiety Symptoms (KR20 = .64)	Total (KR20 = .83)	Suicide Risk (KR20 = .78)
ANHE	.71***	.44***	.46***	.67***	.49***
ANXI	.48***	.41***	.60***	.62***	.36***
ATT-S	.15***	.09**	.20***	.18***	.16***
CALL	.34***	.15***	.15***	.27***	.37***
DECE	.31***	.19***	.24***	.31***	.32***
DEPR	.77***	.39***	.53***	.71***	.66***
DIST	.45***	.33***	.46***	.51***	.31***
ECCE	.42***	.19***	.27***	.37***	.42***
EMO-L	.40***	.37***	.53***	.53***	.37***
GRAN	.17***	.13***	.10***	.17***	.18***
HOST	.37***	.31***	.34***	.43***	.34***
IMPU	.34***	.20***	.37***	.38***	.33***
INT-A	.29***	.13***	.13***	.23***	.24***
IRRE	.44***	.25***	.33***	.43***	.40***
MANI	.11***	.10***	.10***	.13***	.15***
PER-D	.46***	.31***	.41***	.49***	.44***
PERS	.42***	.26***	.41***	.45***	.32***
RES-A	.26***	.08**	.11***	.19***	.18***
RIG-P	.17***	.19***	.25***	.25***	.16***
RIS-T	.05	-.09**	-.07*	-.03	.14***
SEP-I	.35***	.24***	.48***	.44***	.35***
SUBM	.31***	.14***	.30***	.31***	.21***
SUSP	.44***	.28***	.37***	.46***	.38***
U-B-E	.27***	.19***	.19***	.28***	.29***
WITH	.49***	.26***	.28***	.43***	.43***
NEG-A	.61***	.43***	.62***	.69***	.53***
DETA	.69***	.37***	.44***	.63***	.57***
ANTA	.34***	.22***	.26***	.34***	.32***
DISI	.33***	.12***	.23***	.28***	.30***
PSYC	.44***	.25***	.33***	.43***	.44***

Note: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$; SRQ-20 = Self-Reporting Questionnaire; M.I.N.I. = Mini International Neuropsychiatric Interview; KR20 = Kuder-Richardson coefficient of reliability; ANHE = Anhedonia; Coefficients $\geq |.40|$ are presented in bold; ANXI = Anxiousness; ATT-S = Attention Seeking; CALL = Callousness; DECE = Deceitfulness; DEPR = Depressivity; DIST = Distractibility; ECCE = Eccentricity; EMO-L = Emotional Lability; GRAN = Grandiosity; HOST = Hostility; IMPU = Impulsivity; INT-A = Intimacy Avoidance; IRRE = Irresponsibility; MANI = Manipulativeness; PER-D = Perceptual Dysregulation; PERS = Perseveration; RES-A = Restricted Affectivity; RIG-P = Rigid Perfectionism; RIS-T = Risk Taking; SEP-I = Separation Insecurity; SUBM = Submissiveness; SUSP = Suspiciousness; U-B-E = Unusual Beliefs and Experiences; WITH = Withdrawal.

Preliminary norms of interpretation

In order to examine the possibility of preliminary norms of interpretation for the PID-5 Brazilian version, we analyzed the effect of gender, region (North, Southeast, and South) of residence, age, and socioeconomic level on facets and domains scores. Male participants showed higher scores in Antagonism domain than female participants. At the facet level, the same pattern was observed in Callousness, Deceitfulness, Eccentricity, and Grandiosity facets (Supplementary Table S15). Although age and socioeconomic level presented statistically significant correlation with the PID-5 facets and domains, their effect size were small (all values lower than $|\cdot 30|$; Supplementary Tables S16 and S17).

Regional differences were also evaluated. Considering that the number of participants from North, Northeast, and Middle-West regions were small, we decided join them in a single group. Results showed some cultural differences, however, with small effect size (all eta squared η^2 values were lower than $\cdot 06$; Supplementary Table S18). Although all these results suggest norms for age, socioeconomic level, and region of residence, the preliminary norms were performed just for gender, once the sample does not present representative number of participants for all of these variables, and because the effect of these variables on the PID-5 scales scores were very small.

Discussion

The present study aimed to examine the psychometric properties of the PID-5 in community and clinical Brazilian samples. Our findings, in a general way, sum evidences to the PID-5 (Krueger et al., 2012) as a reliable and valid instrument to assess the personality pathological traits of the DSM-5 trait model (APA, 2013). Our results replicated previous findings about the PID-5's structure indicating its robustness and generalization. The results of the current research suggest that the Brazilian version of the PID-5 is strongly equivalent to the original one. Thus, we recommend its use in Brazilian culture. Although the current study does not present a large and representative number of participants, the preliminary norms for male and female is available allowing comparisons in future studies.

Although the literature, as well as the current study, are presenting, in a general way, validity evidences for the PID-5, some minor issues are also being identified. Facets unidimensionality are, in somehow, fragile for some of them. Reliability coefficients have shown some item-level problems, mainly for those that are reversely scored. Finally, high order structure presents some changes among studies that can be reflecting either the complex dynamic of pathological personality traits or some model's weakness. In order to improve do knowledge about the PID-5 and DSM-5 personality disorders dimensional model, we selected some findings to discuss them deeper.

PID-5 structure and reliability

Some facets do not seem to be purely unidimensional as indicated by MAP test and omega hierarchical in the current study. Emotional Lability facet was the one which presented more evidence for a two-factor solution than the others one. Emotional Lability would comprise two subcomponents which could be labeled as Emotional Sensitivity and Emotional Instability. Bastiaens et al. (2015), Gutiérrez et al. (2015), and Zimmerman et al. (2014) also found evidences for two factor model for Emotional Lability, and these two factor also appear in the operational definition of the DSM-5 (APA, 2013, p. 779): *“Instability of emotional experiences and mood; emotions that are easily aroused, intense, and/or out of proportion to events and circumstances”*.

The two factor solution for Risk Taking facet is known in the literature (Fossati et al., 2013; Quilty et al., 2013) and refers to the original facets Recklessness and Risk Aversion in the PID-5 construction (see Krueger et al., 2012). Although in the original study these two facets presented better fit as a single factor, the current study indicated that

the items variance should be better explained by two correlated factors. Hostility facet also failed in MAP test indicating better fit for two factors: Irritability and Interpersonal Agressivity. Bastiaens et al. (2015), Quilty et al. (2013), and Zimmerman et al. (2014) also found evidences for two factor model for this facet. Finally, for community sample, Depressivity facet presented better fit for two factor solution which were labeled as Self-Deprecation and Suicidality. Similar results were observed by Quilty et al. (2013), and Roskam et al. (2015).

The PID-5 is a large instrument with 220 items which share a negative valence in almost all items. The literature normally investigates the PID-5 first order structure by individual facet analysis instead of the all set of items. It may be because of technical features, of how dealing with the large amount of items and their shared negative valence content. Krueger et al. (2012) had cautiously evaluated the PID-5 structure by series of EFAs starting from small parcels of items (those ones related to their specific facets) until the items related to their respective theoretical domains. However, this procedure has no longer been replicated so far, as well as an EFA with all 220 items. Thus, the two factor solutions found in the current study, as well as those seen in other studies as previously mentioned, can be suggesting the need for a model reviewing, or can be reflecting cultural differences.

The PID-5 high order structure is a complex model with a large number of variables presenting cross-loadings in different domains, since Krueger et al. (2012) focused on content validity over structural simplicity. This complexity was also observed in Brazilian data. Our results converged to the Zimmerman et al.'s (2014) study which found that Restricted Affectivity and Hostility facets are more likely associated with Detachment and Antagonism domains than to the Negative Affectivity domain. Suspiciousness and Risk Taking facets did not present satisfactory loading in any domain. We, however, highlight that Suspiciousness facet presented fair reliability coefficients, because of the item 177 ("I rarely feel that the people I know are trying to take advantage of me"), and that Risk Taking showed better fit for two-factor model. Maybe, the problem in scale variance would explain these results in the high order structure.

The replication of the five factor model was not easy, mainly because of the Disinhibition domain. Different studies have presented lower factor congruence coefficients for this domain (Bastiaens et al., 2015; Bo et al., 2015; Zimmerman et al., 2014), as it also happened in the current study. The factor loading matrix of the PID-5 original study shows that Disinhibition domain presents only two facets with loadings greater than $|.40|$ (Irresponsibility and Impulsivity facets) (Krueger et al., 2012). It is harder

to replicate structures with borderline loadings. During the data exploration, for several times, we observed that facets originally from Disinhibition domain loaded significantly in the Negative Affectivity domain, and for this fourth factor the Rigid Perfectionism used to appear either or as the unique facet or jointly with Perseveration and Anxiousness facets. Some studies have reported the Compulsivity domain in the pathological personality traits structure (Morey, Krueger, & Skodol, 2013; Van den Broeck et al., 2014; Zimmerman et al., 2014). The central point may be lying on the Rigid Perfectionism facet, which is not positively represented in any domain. This way, its negative valence is not being accounted for by any domain. Thus, a question emerges from this discussion: Would be reasonable a six factor (Compulsivity) in the pathological personality trait model? Which facets would represent this new factor beyond of Rigid Perfectionism and Perseveration facets?

Finally, the hierarchical structure was well replicated with high congruence level with Wright et al.'s (2012) model. The DSM-5 pathological personality traits hierarchy model has been shown to be mostly stable (De Clercq et al., 2014; Morey, Krueger, & Skodol, 2013; Roskam et al., 2015; Van den Broeck et al., 2014; Wright, & Simms, 2014), mainly for the three first levels.

PID-5 validity and norms for interpretation

Pathological personality traits are related with a large number of psychological clinical issues (Hopwood et al., 2013). The prevalence of personality disorders in community is estimated in about 13% (Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001), while in psychiatric patients is about 45% (Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005). Thus, it is theoretically expected that people who are going through psychological issues tend to have more vulnerable personality traits. The present study has shown that PID-5 facets and domains score differently in groups composited by people with indicators of adaptive and maladaptive psychological functioning. The PID-5 ability to score differentially among groups has been already presented by Quilty et al. (2013), Bastiens et al. (2015), and Gutiérrez et al. (2015).

The current study seems to be the first one in investigating the suicide risk as a criterion for grouping people in relation to their pathological personality traits as measured by PID-5. Suicide risk showed to be more related with higher levels of Depressivity face, and Detachment and Negative Affectivity domains. The relationship of risk of suicidal behavior with internalizing problems is well known in literature (Bevans, Diamond, & Levy, 2012; Eaton et al., 2013; Juon & Ensminger, 1997), and our findings agree with it. However, it has also been seen that the suicidal behavior is related with externalizing

problems (Hills, Cox, McWilliams, & Sareen, 2005; Verona, Sachs-Ericsson, & Joiner, 2004), and that the risk of suicidal behavior is increased with the presence of impulsivity (Brodsky, Malone, Ellis, Dulit, & Mann, 1997; Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999) and aggression (Mann et al., 1999) personality traits. Impulsivity and Hostility facets presented a statistically significant relationship with suicide risk ($r = .33$ and $r = .34$, respectively), however, their effect size were not large as were the internalizing facets and domains.

The strong correlations observed among depression symptoms and Anhedonia, Depressivity, and Withdrawal facets, and between anxiety symptoms and Anxiousness, Emotional Lability, and Separation Insecurity facets can be indicating the well known overlapping between psychological symptoms and pathological personality traits (Andersen & Bienvenu, 2011; Cloninger, 1999; Widiger, 2011). In other hand, the correlation between somatic complaints and Negative Affectivity domain is in accordance with the literature which has indicated that people that present somatic complains are more likely of presenting higher levels of neuroticism (Hyphantis, Goulia, & Carvalho, 2013; Kangas & Montgomery, 2011; Wei et al., 2015).

The investigation of the influence of age, gender, socioeconomic level, and region of residence variables on the PID-5 facets and domains scores showed that some contextual variables are reflected in the PID-5 scores. The main effect was observed by gender, being that man presented higher scores than woman in Antagonism domain. The same result was observed by Bastiens et al. (2015). Other similarity with Bastiens et al.'s study is regarding to the age effect on the PID-5 scores, where higher scores were more presented by younger respondents. However, these contextual relationships were with small effect sizes.

Limitations and future researches

Data were collected via online survey and the sample presents some bias as can be seen in the following variables: in the current study 73.8% said being female (the female population was estimated in 51% in the Brazilian census of 2010); 71.8% self-reported as being white (estimated in 47.7%); 88.9% are studying or have completed the college degree (estimated in 31.8%); and, finally, the absolute number of participants from North, Northeast, and Middle-West regions were small. Further studies with a representative sample are recommended in order to verify the generalization of the current results. Balanced sampling design by gender and region of residence, and comparisons between

online and paper and pen data collection can provide information about the generalization of the current findings.

In order to obtain valid responses, we provided a psychological reporting of the participant's performance as strategic to keep the motivation of the respondents, but any other procedure was not applied. This way, we suggest to include controlling methods in the researches protocols. Moreover, we recommend further validity investigations and the examination of the temporal stability (test-retest) of the PID-5 facets and domains.

Conclusion

The current study aimed to investigate the psychometric properties of the PID-5 Brazilian version. Results support its internal and external work in Brazilian culture as well as its congruence with the original version presented by Krueger et al. (2012). The current research presents to the Brazilian researchers and clinicians the Brazilian Portuguese version of the PID-5 (PID-5 Brazilian version is available in Appendix A in Supplementary Material). We are also suggesting a protocol for dimensional profile (Appendix B in Supplementary Material) and for PID-5 personality disorders profile (Appendix C in Supplementary Material). Preliminary norms for PID-5 scales interpretation are also presented in the current study allowing its clinical utility. The results indicate that the PID-5 Brazilian version is a reliable and valid way to measure the DSM-5 pathological personality traits.

Acknowledgments

This research was supported by grants from the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq; MCTI/CNPq/MEC/CAPES N° 18/2012). The opinions expressed are solely those of the authors and not necessarily those of the funding source. SESO was financially supported by Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES) and PDSE-CAPES (Process number 99999.007135/2014-09). We also thanks to Lucas de Francisco Carvalho, PhD. (USF), Latife Yazigi, PhD (UNIFESP), and André Augusto Rossi, MSc (USF) for the support in the PID-5 translation and adaption procedures into Brazilian culture.

References

- Al-Dajani, N., Gralnick, T. M., & Bagby, R. M. (2015). A psychometric review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Current status and future directions. *Journal of personality assessment, 98*(1), 62-81.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, J. L., Sellbom, M., Bagby, R. M., Quilty, L. C., Veltri, C. O., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2013). On the convergence between PSY-5 domains and PID-5 domains and facets implications for assessment of DSM-5 personality traits. *Assessment, 20*(3), 286-294.
- Andersen, A. M., & Bienvenu, O. J. (2011). Personality and psychopathology. *International Review of Psychiatry, 23*(3), 234-247.
- Ashton, M. C., Lee, K., de Vries, R. E., Hendrickse, J., & Born, M. P. (2012). The maladaptive personality traits of the personality inventory for DSM-5 (PID-5) in relation to the HEXACO personality factors and schizotypy/dissociation. *Journal of personality disorders, 26*(5), 641-659.
- Asparouhov, T., & Muthén, B. (2009). Exploratory structural equation modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 16*(3), 397-438.
- Bastiaens, T., Claes, L., Smits, D., De Clercq, B., De Fruyt, F., Rossi, G., ... & De Hert, M. (2015). The Construct Validity of the Dutch Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders (PID-5) in a Clinical Sample. *Assessment, 1073191115575069*.
- Bevans, K. B., Diamond, G., & Levy, S. (2012). Screening for adolescents' internalizing symptoms in primary care: Item response theory analysis of the Behavior Health Screen Depression, Anxiety, and Suicidal Risk scales. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 33*(4), 283-290.
- Bo, S., Bach, B., Mortensen, E. L., & Simonsen, E. (2015). Reliability and Hierarchical Structure of DSM-5 Pathological Traits in a Danish Mixed Sample. *Journal of personality disorders, 1-18*.
- Brodsky, B. S., Malone, K. M., Ellis, S. P., Dulit, R. A., Mann, J. J. (1997). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry, 154*(12), 1715-1719.

- Chalmers, R. P. (2012). mirt: A Multidimensional Item Response Theory Package for the R Environment. *Journal of Statistical Software*, 48(6), 1-29.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cloninger, C. R. (Ed.). (1999). *Personality and psychopathology*. American Psychiatric Pub.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- De Clercq, B., De Fruyt, F., De Bolle, M., Van Hiel, A., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2014). The Hierarchical Structure and Construct Validity of the PID-5 Trait Measure in Adolescence. *Journal of personality*, 82(2), 158-169.
- De Fruyt, F., De Clercq, B., De Bolle, M., Wille, B., Markon, K., & Krueger, R. F. (2013). General and maladaptive traits in a five-factor framework for DSM-5 in a university student sample. *Assessment*, 20(3), 295-307.
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., Markon, K. E., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Wall, M., ... & Grant, B. F. (2013). The structure and predictive validity of the internalizing disorders. *Journal of abnormal psychology*, 122(1), 86-92.
- Few, L. R., Miller, J. D., Rothbaum, A. O., Meller, S., Maples, J., Terry, D. P., ... & MacKillop, J. (2013). Examination of the Section III DSM-5 diagnostic system for personality disorders in an outpatient clinical sample. *Journal of abnormal psychology*, 122(4), 1057-1069.
- Fossati, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., & Maffei, C. (2013). Reliability and validity of the personality inventory for DSM-5 (PID-5) predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. *Assessment*, 20(6), 689-708.
- Gadermann, A. M., Guhn, M., & Zumbo, B. D. (2012). Estimating ordinal reliability for Likert-type and ordinal item response data: A conceptual, empirical, and practical guide. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 17(3), 1-13.
- Goldberg, L. R. (2006). Doing it all bass-ackwards: The development of hierarchical factor structures from the top down. *Journal of Research in Personality*, 40, 347-358.
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). [Performance of the Self-Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR]. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 380-90.

- Goodman, L.A. (1961). "Snowball sampling". *Annals of Mathematical Statistics*, 32(1), 148-170.
- Gutiérrez, F., Aluja, A., Peri, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E., ... & Krueger, R. F. (2015). Psychometric Properties of the Spanish PID-5 in a Clinical and a Community Sample. *Assessment*, 1073191115606518.
- Guttman, L. (1945). A basis for test-retest reliability. *Psychometrika*, 10, 255–282.
- Harpham, T., Reichenheim, M., Oser, R., Thomas, E., Hamid, N., Jaswal, S., ... & Aidoo, M. (2003). Measuring mental health in a cost-effective manner. *Health policy and planning*, 18(3), 344-349.
- Hills, A. L., Cox, B. J., McWilliams, L. A., & Sareen, J. (2005). Suicide attempts and externalizing psychopathology in a nationally representative sample. *Comprehensive Psychiatry*, 46(5), 334-339.
- Holgado-Tello, F., Chacón-Moscoso, S., Barbero-García, I., & Vila-Abad, E. (2010). Polychoric versus Pearson correlations in exploratory and confirmatory factor analysis of ordinal variables. *Quality and Quantity*, 44(1), 153-166.
- Hopwood, C. J., Wright, A. G., Krueger, R. F., Schade, N., Markon, K. E., & Morey, L. C. (2013). DSM-5 pathological personality traits and the personality assessment inventory. *Assessment*, 20(3), 269-285.
- Hyphantis, T., Goulia, P., & Carvalho, A. F. (2013). Personality traits, defense mechanisms and hostility features associated with somatic symptom severity in both health and disease. *Journal of psychosomatic research*, 75(4), 362-369.
- Juon, H. S., & Ensminger, M. E. (1997). Childhood, adolescent, and young adult predictors of suicidal behaviors: a prospective study of African Americans. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 553-563.
- Kangas, M., & Montgomery, G. H. (2011). The role of cognitive, emotional and personality factors in the experience of fatigue in a university and community sample. *Psychology & health*, 26(sup1), 1-19.
- Krueger, R. F. (2013). Personality disorders are the vanguard of the post-DSM-5.0 era. *Personality disorders*, 4(4), 355-362.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine*, 42(09), 1879-1890.
- Lorenzo-Seva, U., & Ten Berge, J. M. (2006). Tucker's congruence coefficient as a meaningful index of factor similarity. *Methodology*, 2(2), 57-64.

- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, *156*(2), 181-189.
- Mari, J. J., & Williams, P. (1985). A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychological medicine*, *15*(03), 651-659.
- Morey, L. C., Krueger, R. F., & Skodol, A. E. (2013). The hierarchical structure of clinician ratings of proposed DSM-5 pathological personality traits. *Journal of abnormal psychology*, *122*(3), 836-841.
- Morey, L. C., Skodol, A. E., & Oldham, J. M. (2014). Clinician judgments of clinical utility: A comparison of DSM-IV-TR personality disorders and the alternative model for DSM-5 personality disorders. *Journal of abnormal psychology*, *123*(2), 398-405.
- Muthén, B., & Kaplan D. (1985). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, *38*, 171-189.
- Muthén, B., & Kaplan D. (1992). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables: A note on the size of the model. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, *45*, 19-30.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2015). *Mplus user's guide* (7th ed.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Quilty, L. C., Ayeart, L., Chmielewski, M., Pollock, B. G., & Bagby, R. M. (2013). The psychometric properties of the Personality Inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 field trial sample. *Assessment*, *20*(3), 326-369.
- R Core Team. (2013). *R: A language and environment for statistical computing*. Vienna: R Foundation for Statistical Computing. Retrieved from <http://www.R-project.org>.
- Reise, S. P., Morizot, J., & Hayes, R. D. (2007). The role of bifactor model in resolving dimensionality issues in health outcomes measures. *Quality Life Research*, *16*, 19-31.
- Revelle, W. (2015). *Psych: procedures for psychological, psychometric, and personality research r Package Version 1.5.8*. Northwestern University, Evanston, Illinois (URL <https://cran.r-project.org/web/packages/psych/psych.pdf>).
- Roskam, I., Galdiolo, S., Hansenne, M., Massoudi, K., Rossier, J., Gicquel, L., & Rolland, J. P. (2015). The Psychometric Properties of the French Version of the Personality Inventory for DSM-5. *PLoS one*, *10*(7), e0133413.
- Samejima, F. (1969). Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. *Psychometrika Monograph Suppl.*, No. 17.

- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry*, *59*, 22-33.
- Suzuki, T., Samuel, D. B., Pahlen, S., & Krueger, R. F. (2015). DSM-5 alternative personality disorder model traits as maladaptive extreme variants of the five-factor model: An item-response theory analysis. *Journal of abnormal psychology*, *124*(2), 343-354.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry* *58*(6), 590-596.
- Tucker, L. R. (1951). *A method for synthesis of factor analysis studies* (Personnel Research Section Report No. 984, Educational Testing Service Princeton NJ). Washington, DC: Department of the Army.
- Verona, E., Sachs-Ericsson, N., & Joiner, T. E. (2004). Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. *American journal of psychiatry*, *161*(3), 444-451.
- Wei, D., Du, X., Li, W., Chen, Q., Li, H., Hao, X., ... & Qiu, J. (2015). Regional gray matter volume and anxiety-related traits interact to predict somatic complaints in a non-clinical sample. *Social cognitive and affective neuroscience*, *10*(1), 122-128.
- Widiger, T. A. (2011). Personality and psychopathology. *World Psychiatry*, *10*(2), 103-106.
- Wright, A. G. C., & Simms, L. J. (2014). On the structure of personality disorder traits: Conjoint analyses of the CAT-PD, PID-5, and NEO-PI-3 trait models. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *5*(1), 43-54.
- Wright, A. G., Thomas, K. M., Hopwood, C. J., Markon, K. E., Pincus, A. L., & Krueger, R. F. (2012). The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits. *Journal of abnormal psychology*, *121*(4), 951-957.
- Van den Broeck, J., Bastiaansen, L., Rossi, G., Dierckx, E., De Clercq, B., & Hofmans, J. (2014). Hierarchical structure of maladaptive personality traits in older adults: joint factor analysis of the PID-5 and the DAPP-BQ. *Journal of personality disorders*, *28*(2), 198-211.
- Velicer, W. F. (1976). Determining the number of components from the matrix of partial correlations. *Psychometrika*, *41*, 321-327.
- Zimmermann, J., Altenstein, D., Krieger, T., Holtforth, M. G., Pretsch, J., Alexopoulos, J., ... & Leising, D. (2014). The structure and correlates of self-reported DSM-5

maladaptive personality traits: Findings from two German-speaking samples. *Journal of personality disorders*, 28(4), 518-540.

Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911-1918.

Supplementary Material

Table S 1: Samples descriptive statistics	144
Table S 2: Exploratory factor analysis of item-level for the individual 25 facets of the PID-5	145
Table S 3: Exploratory factor analysis comparing two-factor versus bi-factor models	151
Table S 4: Reliability coefficients	152
Table S 5: Item Response Theory graded response model for individual facets.....	155
Table S 6: Inter-facets correlation matrix	164
Table S 7: Exploratory Structural Equating Modeling with oblique target rotation based on Wright et al. (2012) (1st to 3rd level)	165
Table S 8: Exploratory Structural Equating Modeling with orthogonal target rotation based on Wright et al. (2012) (4th level)	166
Table S 9: Exploratory Structural Equating Modeling with orthogonal target rotation based on Wright et al. (2012) (5th level)	167
Table S 10: PID-5 score comparisons between groups with low and high risk for psychiatric disturbance	168
Table S 11: PID-5 score comparisons between groups with low and high risk for suicide attempt	169
Table S 12: PID-5 score comparisons between groups of people with and without psychiatric diagnosis.....	170
Table S 13: PID-5 score comparisons between groups of people users or don't of psychotropic medication	171
Table S 14: PID-5 score comparisons between community and clinical samples.....	172
Table S 15: PID-5 score comparisons between male and female participants from community sample	173
Table S 16: Correlations between PID-5 variables and age	174
Table S 17: Correlations between PID-5 variables and socioeconomic level	175
Table S 18: Mean and standard-deviation of the PID-5 scales by demographic regions ..	176
Table S 19: Preliminary norms for Negative Affectivity domain and facets for man and woman.....	180
Table S 20: Preliminary norms for Detachment domain and facets for man and woman .	181
Table S 21: Preliminary norms for Antagonism domain and facets for man and woman.	182
Table S 22: Preliminary norms for Disinhibition domain and facets for man and woman	183
Table S 23: Preliminary norms for Psychoticism domain and facets for man and woman	184

Table S 1: Samples descriptive statistics

	Community		Clinical		Total	
Age						
Min / Max	15	73	15	63	15	73
<i>M / SD</i>	29.8	10.7	28.5	9.6	29.2	10.2
Gender (<i>f / %</i>)						
Male	154	23.5	112	20.2	266	22.0
Female	473	72.1	420	75.8	893	73.8
Not reported	29	4.4	22	4.0	51	4.2
Region (<i>f / %</i>)						
North	8	1.2	12	2.2	20	1.7
Northeast	59	9.0	54	9.7	113	9.3
Middle-West	38	5.8	35	6.3	73	6.0
Southeast	243	37.0	237	42.8	480	39.7
South	278	42.4	194	35.0	472	39.0
Not reported	30	4.6	22	4.0	52	4.3
Ethnic (<i>f / %</i>)						
White	487*	74.2	382*	69.0	869	71.8
Black	21*	3.2	32*	5.8	53	4.4
Asiatic	4	.6	10	1.8	14	1.2
Indian	2	.3	-	-	2	.2
Brown	100	15.2	99	17.9	199	16.4
Other	11	1.7	11	2.0	22	1.8
Not reported	31	4.7	20	3.6	51	4.2
Educational Level (<i>f / %</i>)						
Low	3	.5	6	1.1	9	.7
Medium	19*	2.9	48*	8.7	67	5.5
High	600*	91.5	476*	85.9	1,076	88.9
Not reported	34	5.2	24	4.3	58	4.8
Socioeconomic Level (<i>f / %</i>)						
Low	6	.9	8	1.4	14	1.2
Medium-Low	214*	32.6	242*	43.7	456	37.7
Medium	174	26.5	134	24.2	308	25.5
Medium-High	104	15.9	69	12.5	173	14.3
High	119*	18.1	73*	13.2	192	15.9
Not reported	39	5.9	28	5.1	67	5.5
Marital Status (<i>f / %</i>)						
Single	212	32.3	195	35.2	407	33.6
Single in relationship	197	30.0	172	31.0	369	30.5
Married	181	27.6	134	24.2	315	26.0
Divorced	20	3.0	20	3.6	40	3.3
Divorced in relationship	6	0.9	12	2.2	18	1.5
Widower	2	.3	1	.2	3	.2
Widower in relationship	1	.2	-	-	1	.1
Other	3	.5	3	.5	6	.5
Not reported	34	5.2	17	3.1	51	4.2

Note: * asterisk indicates differences statistically significant via analysis of adjusted residual from chi-squared tests.

Table S 2: Exploratory factor analysis of item-level for the individual 25 facets of the PID-5

		Community		Clinical		Total	
		λ	h^2	λ	h^2	λ	h^2
Anhedonia (ANHE)							
1	I don't take as much pleasure in things as others seem to.	.59	.35	.65	.42	.67	.45
23	Nothing seems to interest me very much.	.75	.57	.80	.65	.83	.68
26	I almost never enjoy life.	.65	.42	.72	.51	.73	.54
30r	I am an energetic person.	.38	.15	.47	.23	.51	.26
124	I almost never feel happy about my day-to-day activities.	.76	.58	.79	.62	.84	.70
155r	I really enjoy life to the fullest.	.50	.25	.55	.31	.60	.36
157	Nothing seems to make me feel good.	.85	.72	.85	.72	.90	.80
189	I'm rarely enthusiastic about things.	.73	.54	.78	.60	.79	.62
Anxiousness (ANXI)							
79	I worry a lot about terrible things that might happen.	.76	.57	.81	.66	.82	.66
93	Many times I fear that something bad will happen due to my past mistakes.	.60	.36	.53	.28	.62	.39
95	I get nervous when I think about the future.	.62	.39	.65	.42	.69	.47
96r	I rarely worry about things.	.15	.02	.22	.05	.19	.04
109	I'm always worrying about something.	.78	.61	.76	.57	.79	.62
110	I worry about almost everything.	.79	.63	.77	.60	.80	.65
130	I am a very anxious person.	.54	.30	.63	.39	.64	.41
141	I always expect the worst to happen.	.64	.41	.73	.53	.74	.55
174	I'm always very afraid that bad things might happen.	.80	.65	.85	.72	.86	.74
Attention Seeking (ATT-S)							
14	I do things to make sure people notice me.	.75	.56	.74	.55	.75	.56
43	I do things only to get people to admire me.	.63	.40	.58	.34	.61	.37
74	I love having other people's attention.	.79	.63	.83	.70	.81	.66
111	I like standing out in a crowd.	.84	.71	.87	.76	.86	.73
113	My behavior is often remarkable and attracts people's attention.	.57	.32	.59	.35	.58	.34
173	I like being noticed by others.	.88	.77	.92	.84	.90	.80
191	I need a lot of attention.	.68	.46	.65	.42	.66	.44
211	I like to call attention to myself.	.87	.75	.90	.82	.89	.78
Callousness (CALL)							
11	I am often involved in physical fights.	.62	.38	.40	.16	.50	.25
13	Being blunt and rude is simply a part of who I am.	.61	.38	.60	.37	.63	.39
19	I really don't care if I make others suffer.	.85	.72	.89	.79	.88	.77
54	It doesn't really bother me to see other people get hurt.	.83	.68	.77	.59	.80	.64
72	I don't care about other people's feelings.	.86	.74	.85	.73	.86	.73
73	You need to step on some toes to get what you want in life.	.73	.53	.79	.62	.78	.60
90r	I would never hurt anyone.	.31	.09	.47	.22	.39	.15
153	I don't care if my actions hurt others.	.92	.85	.90	.81	.91	.83
166	It isn't a big deal if I hurt someone's feelings.	.85	.72	.90	.80	.88	.78
183	I don't care about other people's problems.	.77	.60	.75	.56	.76	.59
198	Sometimes I hit people so they'll remember who's in charge.	.62	.38	.41	.17	.51	.26
200	I take pleasure in making people in charge look stupid.	.66	.44	.65	.43	.67	.45
207	I don't see a reason to feel guilty about things I did that hurt other people.	.75	.57	.81	.65	.79	.62
208	Most of the time I don't see a reason to be friendly.	.67	.45	.69	.48	.70	.49
Deceitfulness (DECE)							
41	I make up stories about things that happened that are totally untrue.	.61	.38	.67	.45	.67	.45
53	I often make up things about myself to get what I want.	.82	.68	.78	.61	.81	.65
56	People don't see that I complement them only to get what I want.	.81	.65	.70	.49	.75	.57
76	I can be sneaky if it means getting what I want.	.77	.59	.74	.54	.76	.58
126	Sometimes it's necessary to exaggerate to get ahead.	.71	.50	.76	.57	.74	.55
134	I don't think twice about cheating if it gets me ahead of other people.	.77	.60	.86	.75	.82	.68
142r	I try to tell the truth, even when it's difficult.	.13	.02	.24	.06	.20	.04
206	I use people to get what I want.	.86	.73	.88	.78	.88	.77
214	Lying is easy for me.	.74	.54	.75	.56	.75	.57
218	I exaggerate the truth when it gives me an advantage.	.79	.62	.80	.64	.81	.65

Table S 2: Continued

		Community		Clinical		Total	
		λ	h^2	λ	h^2	λ	h^2
Depressivity (DEPR)							
27	I often feel that nothing I do matters.	.70	.49	.83	.69	.84	.71
61	I am very dissatisfied with myself.	.77	.59	.78	.61	.82	.67
66	I really don't have hope for the future.	.61	.37	.75	.56	.77	.59
81	The world would be better off if I was dead.	.77	.59	.81	.65	.87	.75
86	I am very ashamed of how much I deceive people in various ways.	.48	.23	.52	.27	.58	.34
104	I often feel that I'm a failure.	.78	.60	.85	.73	.88	.77
119	I talk about suicide a lot.	.65	.43	.75	.56	.81	.65
148	I am a useless person.	.81	.65	.92	.85	.91	.84
151	Life seems very colorless to me.	.77	.59	.79	.63	.85	.72
163	Everything seems meaningless to me.	.80	.65	.84	.71	.89	.79
168	I often feel unhappy.	.55	.31	.67	.44	.70	.49
169	I am a worthless person.	.81	.66	.91	.83	.92	.84
178	I know I'll commit suicide sooner or later.	.81	.66	.77	.59	.85	.72
212	I feel guilty most of the time.	.55	.30	.67	.45	.72	.51
Distractibility (DIST)							
6	I lose track of conversations because other things catch my attention.	.65	.42	.66	.44	.66	.44
29	I can't concentrate on anything.	.73	.54	.83	.69	.81	.66
47	I am not good at making plans for the future.	.51	.26	.48	.23	.55	.30
68	I can't achieve my goals because other things capture my attention.	.71	.51	.70	.49	.74	.54
88	It's difficult for me to pursue specific goals, even for short periods of time.	.71	.51	.62	.38	.71	.50
118	It's difficult for me to focus on what needs to be done.	.82	.68	.84	.70	.86	.73
132	I am easily distracted.	.78	.60	.77	.59	.77	.60
144	I can't focus on anything for very long.	.82	.68	.84	.70	.85	.72
199	Even small disturbances distract me from what I should be doing.	.77	.59	.79	.63	.80	.64
Eccentricity (ECCE)							
5	I often have ideas that are too unusual to explain to anyone.	.78	.61	.83	.68	.82	.67
21	I often say things that others consider odd or strange.	.84	.71	.84	.71	.85	.72
24	People seem to think my behavior is weird.	.89	.80	.87	.76	.89	.79
25	People have told me that I think about things in a really strange way.	.88	.78	.89	.78	.89	.79
33	My thoughts normally go in odd or unusual directions.	.81	.66	.78	.61	.81	.66
52	My thoughts generally don't make sense to people.	.88	.77	.84	.71	.87	.76
55	People often look at me as if I'd said something really weird.	.84	.71	.86	.73	.85	.73
70	People seem to think that I am very different or strange.	.88	.77	.85	.72	.87	.76
71	My thoughts are strange and unpredictable.	.84	.70	.86	.74	.86	.75
152	I think about things in odd ways that don't make sense to most people.	.91	.82	.89	.79	.90	.82
172	I've been told more than once that I have various weird habits and mannerisms.	.87	.75	.89	.79	.89	.79
185	I have several habits that others think are eccentric or strange.	.89	.78	.88	.78	.88	.78
205	I often have thoughts that make sense to me but which others say are strange.	.89	.79	.90	.81	.90	.81
Emotional Lability (EMO-L)							
18	My emotions sometimes change for no good reason.	.48	.23	.47	.22	.69	.48
62	I have much stronger emotional reactions than most people.	.64	.41	.65	.42	.77	.60
102	I am an extremely emotional person.	.78	.60	.78	.61	.64	.41
122	I get emotional easily, many times for very little reason.	.87	.75	.85	.72	.70	.49
138	I never know what my emotions will be from one moment to the next.	.55	.30	.54	.29	.77	.59
165	I get emotional over every little thing.	.80	.64	.78	.61	.60	.36
181	My emotions are unpredictable.	.51	.26	.54	.29	.75	.56

Table S 2: Continued

		Community		Clinical		Total	
		λ	h^2	λ	h^2	λ	h^2
Grandiosity (GRAN)							
40	To be honest, I am more important than other people.	.73	.53	.75	.56	.75	.56
65	I have excellent qualities that few other people possess.	.70	.49	.64	.41	.67	.45
114	I am better than almost everyone.	.83	.68	.87	.76	.85	.72
179	I have accomplished far more than most people I know.	.56	.31	.61	.37	.58	.33
187	I deserve special treatment.	.73	.53	.66	.43	.70	.49
197	I often need to deal with people who are less important than me.	.66	.44	.77	.60	.73	.53
Hostility (HOST)							
28	I snap at people when they do little things that irritate me.	.77	.60	.84	.71	.83	.69
32	I can be mean when I need to be.	.47	.22	.47	.22	.49	.24
38	I get irritated easily.	.84	.70	.87	.76	.87	.76
85	I am offended when people tell me what to do, even by people in charge.	.47	.22	.50	.25	.53	.28
92	I have a very short temper.	.81	.65	.85	.72	.83	.69
116	I always make sure to get revenge on those who wrong me.	.53	.29	.58	.33	.59	.35
158	I get irritated easily by all sorts of things.	.81	.66	.84	.70	.85	.72
170	I am usually very aggressive.	.78	.60	.82	.68	.82	.67
188	I get really angry when someone insults me even if it wasn't anything much.	.54	.29	.67	.46	.64	.41
216	I am short and rude with those who deserve it.	.56	.31	.58	.33	.56	.31
Impulsivity (IMPU)							
4	I feel like I act totally on impulse.	.85	.72	.87	.76	.87	.76
16	I generally do things on impulse, without thinking about the consequences.	.91	.83	.91	.83	.91	.84
17	I can't stop making hasty decisions, even though I know I shouldn't.	.85	.72	.89	.80	.89	.78
22	I always do things in the heat of the moment.	.80	.65	.85	.72	.84	.70
58r	I usually think before I act.	.53	.28	.63	.40	.61	.37
204	I'm very impulsive.	.82	.68	.85	.72	.85	.72
Intimacy Avoidance (INT-A)							
89	I prefer to stay out of romantic relationships.	.89	.80	.90	.81	.90	.81
97r	I enjoy being in love.	.58	.34	.64	.41	.61	.37
108	I end relationships if they start to get too close.	.79	.62	.77	.60	.79	.62
120	I am simply not very interested in sexual relations.	.45	.20	.44	.19	.45	.20
145	I avoid romantic relationships.	.96	.92	.94	.88	.95	.90
203	I prefer being alone to having a loving, intimate partner.	.86	.73	.85	.71	.86	.73
Irresponsibility (IRRE)							
31	Others see me as irresponsible.	.70	.50	.73	.53	.72	.52
129	Usually, I am quite careless with my things and those of other people.	.65	.42	.58	.34	.61	.38
156	I make promises that I don't actually intend to keep.	.59	.35	.54	.29	.61	.37
160	I often forget to pay my bills.	.61	.37	.53	.28	.58	.33
171	I've run off to avoid responsibilities.	.64	.40	.58	.33	.65	.42
201	I just skip appointments and meetings if I don't feel like going.	.60	.36	.62	.39	.66	.43
210r	I keep my promises.	.56	.32	.63	.40	.63	.40
Manipulativeness (MANI)							
107	I am good at making other people do what I want.	.74	.55	.83	.69	.79	.62
125	Flattery helps me get what I want.	.80	.65	.84	.71	.83	.68
162	I am good at fooling people.	.80	.65	.76	.58	.78	.61
180	I definitely can use my charm to make things go my way.	.83	.68	.79	.62	.81	.65
219	It's easy for me to take advantage of others.	.78	.61	.76	.58	.78	.60

Table S 2: Continued

		Community		Clinical		Total	
		λ	h^2	λ	h^2	λ	h^2
Perceptual Dysregulation (PER-D)							
36	I can have difficulties telling the difference between dreams and reality.	.66	.44	.70	.49	.72	.52
37	I sometimes have that strange feeling that parts of my body are dead or not my own.	.73	.53	.66	.43	.72	.51
42	People often talk about things I have done that I really don't remember doing.	.55	.30	.55	.30	.58	.33
44	It's weird, but sometimes ordinary objects seem to be a different shape than usual.	.68	.46	.67	.44	.70	.49
59	I often see vivid dream-images when I'm falling asleep or waking up.	.42	.18	.39	.16	.43	.18
77	Sometimes I look at a familiar object and it's like I'm seeing it for the first time.	.73	.54	.60	.36	.68	.46
83	I often can't control what I think about.	.64	.41	.60	.36	.67	.45
154	Sometimes I feel "controlled" by thoughts that belong to other people.	.73	.53	.70	.49	.74	.54
192	I sometimes think that someone is stealing my thoughts from my head.	.79	.63	.79	.62	.79	.63
193	There are times when I feel disconnected from the world or from myself.	.74	.54	.69	.47	.75	.56
213	I often "zone out" and suddenly come back realizing that a lot of time has passed.	.71	.51	.65	.42	.71	.51
217	Nearby things seem unreal or more real than normal.	.88	.77	.84	.71	.87	.75
Perseveration (PERS)							
46	It's difficult for me to stop an activity, even though I know it's time to do so.	.56	.31	.48	.23	.53	.28
51	I've missed out on things because I was so busy trying to make something else I was doing perfect.	.51	.26	.35	.12	.46	.21
60	I keep approaching things the same way, even when I know it isn't working.	.74	.54	.75	.57	.76	.58
78	It is hard for me to shift from one activity to another.	.65	.42	.52	.27	.61	.37
80	I have difficulty changing my way of doing things even when it doesn't work well.	.80	.65	.84	.71	.84	.70
100	I get fixated on certain things and can't stop.	.63	.39	.59	.34	.65	.42
121	I get stuck on things a lot.	.59	.35	.55	.30	.61	.38
128	I get stuck on one way of doing things, even when it's clear it won't work.	.79	.62	.83	.70	.82	.68
137	I feel compelled to continue doing things, even when it makes little sense.	.73	.53	.66	.44	.72	.52
Restricted Affectivity (RES-A)							
8	When it comes to my emotions, people say I am cold.	.74	.54	.78	.61	.76	.58
45	I don't react emotionally to things for very long.	.64	.41	.58	.34	.61	.38
84	I don't get emotional.	.74	.55	.73	.53	.72	.52
91	I don't let my emotions show.	.83	.69	.78	.61	.80	.65
101	People tell me it's difficult to know what I'm feeling.	.68	.46	.69	.47	.69	.47
167	I never show emotions to others.	.68	.47	.74	.55	.71	.51
184	I don't react much to things that seem to make others emotional.	.74	.55	.76	.57	.75	.57

Table S 2: Continued

		Community		Clinical		Total	
		λ	h^2	λ	h^2	λ	h^2
Rigid Perfectionism (RIG-P)							
34	I've been told that I waste a lot of time making sure everything is in its proper place.	.65	.43	.66	.43	.66	.44
49	People tell me that I focus too much on minor details.	.64	.42	.65	.42	.65	.43
105	It's simply unacceptable for me to do something that isn't absolutely perfect.	.76	.57	.74	.54	.75	.57
115	People complain about my need to have everything planned.	.65	.43	.68	.46	.67	.45
123	I insist on doing everything completely perfectly, even if it drives other people crazy.	.86	.74	.86	.73	.86	.74
135	I check things several times to be sure they are perfect.	.78	.61	.76	.57	.77	.59
140	It is important to me that things are done in a certain way.	.67	.45	.66	.44	.67	.46
176	I keep trying to improve the things that I do, even when they are already perfect.	.74	.54	.80	.64	.77	.59
196	I simply can't tolerate seeing things out of their proper places.	.70	.49	.68	.47	.70	.49
220	I have a strict way of doing things.	.72	.52	.74	.55	.73	.53
Risk Taking (RIS-T)							
3	People describe me as reckless.	.47	.22	.59	.34	.54	.29
7r	I avoid risky situations.	.40	.16	.51	.26	.44	.20
35r	I avoid risky sports and activities.	.52	.27	.41	.17	.45	.20
39	I have no limits when it comes to doing dangerous things.	.80	.64	.84	.70	.82	.67
48	I do a lot of things that others consider risky.	.84	.70	.83	.70	.84	.70
67	I like to endanger myself.	.84	.71	.83	.70	.83	.69
69	When I want to do something, I don't let the fact that it's dangerous stop me.	.70	.49	.68	.46	.69	.47
87r	I avoid any thing that is even slightly dangerous.	.50	.25	.48	.23	.47	.22
98r	I prefer to act safely as opposed to taking unnecessary risks.	.42	.18	.51	.26	.47	.22
112	I don't mind taking a risk once in a while.	.70	.48	.74	.54	.71	.51
159	I do what I want without thinking how dangerous it might be.	.68	.47	.74	.55	.71	.51
164r	I never take risks.	.45	.21	.42	.18	.43	.19
195	I don't think I'll be injured when I do things that might be dangerous.	.55	.30	.69	.47	.63	.40
215r	I hate taking risks.	.51	.26	.57	.33	.53	.28
Separation Insecurity (SEP-I)							
12	I dread being without someone who loves me.	.75	.56	.76	.58	.77	.59
50	I worry a lot about being alone.	.76	.57	.76	.58	.78	.60
57	I prefer being in a bad relationship to being alone.	.55	.30	.67	.44	.65	.42
64	I can't stand being left alone, even for a few hours.	.70	.49	.79	.62	.78	.61
127	I fear being alone more than anything else.	.85	.72	.85	.71	.86	.73
149	I would do anything to keep from someone from leaving me.	.70	.49	.73	.54	.75	.56
175	I never want to be alone.	.77	.59	.84	.71	.82	.67
Submissiveness (SUBM)							
9	I change what I do depending on what others want.	.76	.57	.66	.44	.72	.52
15	I usually do what others think I should do.	.84	.70	.83	.68	.84	.70
63	I do what others tell me to do.	.80	.65	.83	.69	.82	.67
202	I try to do what others want me to do.	.71	.50	.74	.55	.74	.55
Suspiciousness (SUSP)							
2	Plenty of people are out to get me.	.38	.15	.50	.25	.47	.22
103	People would take advantage of me if they could.	.58	.33	.61	.38	.64	.41
117	I'm always on my guard for someone trying to trick or harm me.	.72	.51	.70	.49	.71	.50
131r	People are generally trustworthy.	.43	.19	.43	.18	.46	.21
133	It seems like I am always getting a "bad deal" from others.	.65	.42	.69	.48	.72	.52
177r	I rarely feel that the people I know are trying to take advantage of me.	.05	.00	.08	.01	.09	.01
190	I suspect that even people who call themselves my "friends" often betray me.	.87	.75	.87	.76	.90	.81

Table S 2: Continued

		Community		Clinical		Total	
		λ	h^2	λ	h^2	λ	h^2
Unusual Beliefs & Experiences (U-B-E)							
94	I have some unusual abilities, like sometimes knowing exactly what someone is thinking.	.64	.41	.64	.40	.65	.43
99	Sometimes I hear things other people can't hear.	.79	.62	.80	.64	.80	.64
106	I often have unusual experiences, like feeling the presence of someone who isn't really there.	.80	.64	.80	.64	.81	.66
139	I have seen things that weren't really there.	.87	.75	.84	.71	.86	.74
143	I believe that some people can move things with their minds.	.54	.29	.50	.25	.52	.27
150	Sometimes I can influence other people just by sending my thoughts to them.	.65	.43	.62	.39	.64	.41
194	I often see unusual connections between things that the majority of people don't see.	.69	.48	.69	.47	.71	.50
209	I've had some really weird experiences that are difficult to explain.	.67	.44	.75	.56	.73	.54
Withdrawal (WITH)							
10	I prefer to not get too involved with others.	.73	.53	.72	.51	.73	.54
20	I keep things to myself.	.38	.15	.38	.14	.41	.17
75	I effort myself to avoid any type of group activity.	.69	.47	.68	.46	.71	.50
82	I keep my distance from people.	.82	.67	.82	.67	.84	.70
136	I don't like spending time with others.	.80	.64	.83	.68	.82	.68
146	I'm not interested in making friends.	.78	.61	.80	.64	.81	.65
147	I say the minimum possible when dealing with people.	.69	.47	.66	.43	.68	.46
161	I don't like to get too close to people.	.89	.80	.87	.75	.89	.78
182	I don't deal with people unless I need to.	.78	.61	.80	.65	.81	.66
186	I avoid social events.	.76	.57	.78	.61	.79	.62

Note: The letter "r" after the item numbers indicates items that were reverse scored; λ = factor loadings; h^2 = communalities.

Table S 3: Exploratory factor analysis comparing two-factor versus bi-factor models

# Items	Community					Clinical					Total				
	EFA		Bi-factor			EFA		Bi-factor			EFA		Bi-factor		
	F1	F2	G	F1	F2	F1	F2	G	F1	F2	F1	F2	G	F1	F2
DEPR															
104 Failure	.99	-.17	.67	.64	-.05	.91	-.06	.85	-.16	-.03	.97	-.09	.88	-.16	-.06
027 Insignificance	.79	-.05	.65	.34	-.25	.92	-.10	.82	-.19	.08	.95	-.11	.84	-.18	.08
061 Self-dissatisfaction	.71	.14	.74	.32	-.08	.87	-.09	.77	-.17	.03	.90	-.07	.82	-.15	.02
148 Useless	.67	.20	.72	.35	.11	.87	.07	.93	-.10	-.11	.83	.10	.92	-.07	-.13
169 Worthless	.67	.22	.77	.27	-.03	.89	.04	.91	-.12	-.05	.89	.04	.92	-.10	-.07
212 Guilty	.59	-.02	.46	.34	.02	.67	.01	.67	-.09	.00	.69	.04	.72	-.07	-.03
163 Meaningless	.56	.31	.75	.21	.07	.68	.19	.83	.00	.39	.69	.22	.88	.00	.28
168 Unhappy	.45	.16	.55	.12	-.12	.56	.13	.65	-.01	.24	.59	.13	.69	-.03	.19
086 Inferiority	.35	.19	.45	.16	.09	.53	.00	.53	-.08	-.16	.53	.07	.58	-.03	-.17
178 Suicide intention	.03	.98	.92	-.24	.30	.02	.91	.79	.45	.02	.08	.87	.85	.38	.04
119 Suicide talking	-.07	.87	.65	-.07	.69	.03	.87	.77	.45	-.01	.00	.92	.82	.43	-.01
081 Death thinking	.36	.52	.73	.20	.40	.42	.46	.82	.19	-.12	.45	.48	.87	.17	-.12
151 Hopeless life	.39	.49	.81	.00	-.03	.64	.18	.78	.00	.43	.65	.23	.84	.00	.34
066 Hopeless future	.27	.44	.70	-.12	-.21	.52	.27	.74	.06	.26	.49	.31	.76	.06	.20
<i>r</i> _{F1-F2}	.60					.77					.82				
% Var. Explained	40	77	13	10	74	26	88	6	6	73	27	92	4	3	
EMO-L															
165 Emotional for nothing	.91	-.06	.78	-.10	.32	-.07	.92	.37	.82	-.02	-.07	.93	.49	.75	-.04
122 Easily emotional	.90	.08	.83	.02	.55	.04	.93	.48	.81	.03	.06	.91	.58	.74	.06
102 Extremely emotional	.84	-.03	.91	-.16	.03	.05	.79	.49	.65	-.03	.02	.82	.57	.60	-.04
138 Emotional inconsistency	-.01	.92	.38	.84	.05	.92	-.02	.58	-.01	.70	.94	-.02	.58	.00	.73
181 Unpredictable emotions	-.03	.85	.37	.75	-.04	.85	.01	.57	.01	.63	.88	-.01	.57	-.02	.66
018 Emotional changes	.00	.75	.35	.67	-.03	.80	-.04	.45	.00	.66	.82	-.02	.48	.01	.66
062 Emotional reactions	.32	.50	.59	.40	-.04	.52	.31	1.0	.00	-.02	.57	.30	.99	-.09	.07
<i>r</i> _{F1-F2}	.35					.33					.39				
% Var. Explained	50	50	55	37	8	51	49	44	32	24	52	48	49	26	25
HOST															
038 Easily irritated	.98	-.14	.76	.50	-.06	1.0	-.12	.80	.46	-.06	1.0	-.13	.77	.51	-.03
158 Irritability	.81	.02	.74	.37	.21	.88	-.04	.75	.42	.08	.87	-.01	.76	.42	.16
092 Short temper	.75	.09	.76	.29	-.11	.80	.08	.81	.28	-.13	.78	.08	.77	.33	-.15
028 Fighting behaviors	.70	.12	.73	.25	-.03	.73	.16	.81	.22	-.08	.73	.14	.78	.28	-.06
170 Aggressive behaviors	.59	.28	.76	.13	.11	.69	.19	.78	.23	.08	.65	.23	.79	.21	.07
188 Angry feelings	.38	.23	.53	.06	.26	.45	.32	.67	.10	.30	.43	.29	.64	.09	.22
116 Revengeful	.01	.78	.67	-.38	.17	.05	.74	.68	-.27	.25	.03	.78	.74	-.31	.17
032 Being mean	-.02	.73	.63	-.42	-.17	-.06	.77	.64	-.44	-.03	-.04	.75	.65	-.35	-.14
216 Rude behaviors	.25	.46	.63	-.14	-.20	.21	.52	.67	-.21	-.11	.20	.50	.65	-.14	-.27
085 Easily offended	.25	.31	.49	-.04	.30	.23	.39	.53	-.02	.39	.27	.36	.56	-.02	.27
<i>r</i> _{F1-F2}	.54					.60					.61				
% Var. Explained	65	35	79	15	6	66	34	81	14	6	66	34	81	14	5
RIS-T															
048 Risky behavior	.91	-.06	.79	.44	.02	.84	.04	.79	-.28	.18	.87	.01	.79	-.31	.18
159 Careless about dangers	.77	-.09	.62	.38	.05	.86	-.10	.74	-.39	-.03	.83	-.11	.70	-.40	-.01
067 Endanger him(her)self	.76	.15	.80	.20	.22	.59	.35	.77	.01	.52	.64	.29	.77	-.02	.44
039 Dangerous activities	.71	.17	.79	.24	-.14	.82	.08	.82	-.26	.08	.77	.11	.81	-.23	.04
195 Careless about injury	.65	-.12	.48	.34	.04	.78	-.07	.68	-.34	-.02	.73	-.09	.61	-.34	.02
069 Lack of worry w/ danger	.62	.14	.66	.12	.35	.56	.17	.61	-.10	.35	.58	.17	.62	-.08	.38
003 Recklessness	.61	-.17	.41	.35	.07	.72	-.13	.58	-.35	-.06	.70	-.18	.53	-.40	-.07
112 Unconcerned with risks	.54	.25	.69	.00	.44	.49	.35	.68	.05	.42	.50	.33	.65	.06	.44
215 Hate taking risks	-.02	.81	.63	-.50	-.01	.02	.78	.64	.45	.06	-.01	.81	.61	.53	.04
087 High concern w/ danger	.07	.66	.60	-.35	-.20	-.04	.71	.55	.44	-.05	.01	.69	.56	.44	-.08
035 Risk sport avoidance	.23	.46	.59	-.14	-.32	.01	.55	.46	.32	-.01	.09	.53	.49	.30	-.02
164 Never takes risks	-.05	.77	.57	-.50	.06	-.06	.67	.48	.42	.02	-.05	.71	.50	.47	.02
098 Safety behavior	.14	.45	.48	-.19	-.13	.12	.55	.60	.29	-.20	.17	.46	.56	.22	-.25
007 Risk situation avoidance	.08	.49	.47	-.23	-.20	.14	.52	.56	.26	-.04	.10	.52	.50	.29	-.08
<i>r</i> _{F1-F2}	.46					.52					.46				
% Var. Explained	61	.39	73	19	8	60	40	74	17	8	60	40	72	19	8

Note: DEPR = Depressivity; EMO-L = Emotional Lability; HOST = Hostility; RIS-T = Risk Taking; F1 = First factor loadings; F2 = Second factor loadings; G = General factor loadings; r_{F1-F2} : correlation between factors; % Var. Explained = percentage of variance explained; Light and dark gray areas indicate the set of items of the first and second factors respectively.

Table S 4: Reliability coefficients

Facet	Sample	Corrected item-total correlations (ascending order of items)														Reliability Coefficients										
		1 st	2 nd	3 rd	4 th	5 th	6 th	7 th	8 th	9 th	10 th	11 th	12 th	13 th	14 th	r_{i-t} <i>Mean</i>	AIC	α	α CI 95%		λ_6	α <i>poly</i>	ω_h <i>poly</i>	ω_{ha} <i>poly</i>	ω_t <i>poly</i>	
ANHE	Comm	.52	.65	.58	.37	.64	.49	.68	.62								.57	.33	.78	.74	.82	.79	.79	.63	.74	.85
	Clinical	.59	.73	.69	.48	.71	.58	.77	.70								.66	.43	.86	.83	.89	.86	.86	.78	.87	.90
	Total	.61	.75	.69	.50	.76	.60	.80	.71								.68	.46	.87	.85	.89	.87	.87	.77	.85	.91
ANXI	Comm	.69	.52	.57	.12	.75	.77	.49	.56	.74							.58	.33	.82	.79	.85	.83	.82	.73	.86	.85
	Clinical	.74	.46	.59	.16	.73	.75	.55	.66	.79							.60	.36	.84	.80	.87	.85	.83	.75	.86	.88
	Total	.75	.55	.64	.14	.76	.79	.58	.67	.80							.63	.39	.86	.84	.88	.87	.85	.76	.86	.89
ATT-S	Comm	.69	.58	.74	.77	.50	.81	.64	.79								.69	.48	.88	.85	.91	.88	.88	.72	.79	.90
	Clinical	.71	.55	.78	.80	.52	.86	.62	.85								.71	.51	.89	.86	.92	.89	.89	.79	.87	.92
	Total	.71	.58	.76	.78	.52	.83	.63	.82								.70	.49	.89	.87	.91	.89	.89	.75	.82	.91
CALL	Comm	.29	.52	.69	.66	.73	.59	.21	.76	.69	.63	.34	.52	.58	.54		.55	.30	.83	.80	.86	.87	.86	.78	.88	.88
	Clinical	.27	.53	.79	.62	.74	.65	.34	.79	.79	.65	.26	.58	.70	.63		.60	.35	.88	.85	.90	.89	.88	.75	.82	.91
	Total	.29	.54	.76	.64	.74	.63	.28	.78	.76	.65	.29	.57	.65	.60		.58	.34	.86	.85	.88	.88	.88	.81	.89	.91
DECE	Comm	.53	.74	.64	.64	.58	.56	.10	.72	.68	.68						.59	.34	.81	.78	.85	.85	.84	.71	.81	.88
	Clinical	.64	.72	.57	.63	.63	.68	.21	.79	.69	.72						.63	.39	.86	.83	.89	.87	.87	.79	.89	.89
	Total	.61	.74	.61	.65	.62	.63	.16	.77	.69	.71						.62	.38	.85	.83	.87	.87	.86	.77	.86	.90
DEPR	Comm	.58	.67	.49	.51	.40	.69	.42	.60	.62	.64	.40	.59	.55	.46		.54	.29	.83	.80	.85	.87	.85	.59	.67	.88
	Clinical	.76	.71	.69	.70	.47	.78	.65	.83	.75	.79	.62	.82	.68	.63		.71	.49	.93	.91	.95	.94	.93	.86	.91	.95
	Total	.76	.74	.69	.72	.51	.80	.66	.81	.78	.82	.60	.82	.70	.65		.72	.51	.93	.92	.94	.94	.94	.83	.87	.95
DIST	Comm	.59	.65	.46	.65	.66	.75	.71	.75	.69							.66	.43	.87	.84	.90	.87	.87	.70	.78	.90
	Clinical	.61	.77	.47	.66	.60	.79	.70	.78	.74							.68	.46	.88	.86	.91	.89	.89	.73	.81	.91
	Total	.62	.75	.51	.69	.66	.80	.72	.79	.74							.70	.49	.89	.88	.91	.89	.89	.76	.83	.92
ECCE	Comm	.70	.76	.82	.80	.73	.80	.74	.80	.73	.81	.77	.80	.81			.77	.60	.95	.94	.96	.95	.95	.89	.93	.96
	Clinical	.77	.79	.82	.83	.72	.78	.78	.79	.80	.83	.83	.81	.84			.80	.64	.96	.94	.97	.96	.96	.90	.94	.96
	Total	.76	.79	.83	.83	.74	.80	.77	.80	.79	.84	.81	.81	.83			.80	.64	.96	.95	.97	.96	.96	.92	.96	.96
EMO-L	Comm	.55	.60	.63	.73	.64	.65	.59									.63	.38	.81	.77	.85	.85	.81	.58	.66	.89
	Clinical	.57	.64	.63	.71	.68	.62	.66									.64	.39	.82	.78	.86	.86	.82	.44	.48	.90
	Total	.62	.67	.64	.74	.71	.64	.67									.67	.43	.84	.81	.87	.88	.84	.60	.65	.93
GRAN	Comm	.61	.60	.71	.50	.60	.53										.59	.36	.76	.71	.81	.75	.77	.69	.86	.81
	Clinical	.65	.56	.77	.54	.59	.68										.63	.41	.80	.75	.85	.79	.81	.68	.80	.84
	Total	.64	.58	.75	.51	.60	.62										.62	.39	.78	.75	.82	.77	.79	.67	.78	.85

Table S 4: Continued

Facet	Sample	Corrected item-total correlations (ascending order of items)														Reliability Coefficients										
		1 st	2 nd	3 rd	4 th	5 th	6 th	7 th	8 th	9 th	10 th	11 th	12 th	13 th	14 th	r_{i-t} <i>Mean</i>	AIC	α	α CI 95%		λ_6	α <i>poly</i>	ω_h <i>poly</i>	ω_{ha} <i>poly</i>	ω_t <i>poly</i>	
HOST	Comm	.69	.49	.73	.45	.72	.49	.69	.63	.51	.55						.60	.35	.84	.81	.87	.85	.84	.74	.85	.87
	Clinical	.77	.51	.78	.51	.77	.56	.74	.70	.64	.57						.66	.43	.88	.85	.91	.89	.88	.63	.70	.91
	Total	.76	.52	.78	.52	.75	.56	.75	.69	.60	.55						.65	.42	.87	.86	.89	.88	.88	.67	.75	.90
IMPU	Comm	.77	.83	.74	.72	.44	.76										.71	.51	.86	.82	.89	.85	.86	.85	.95	.89
	Clinical	.82	.85	.83	.80	.57	.80										.78	.61	.90	.87	.94	.90	.90	.86	.93	.93
	Total	.82	.85	.81	.78	.54	.79										.77	.59	.90	.87	.92	.88	.90	.85	.92	.92
INT-A	Comm	.80	.48	.62	.37	.88	.76										.65	.42	.80	.76	.84	.81	.81	.76	.88	.87
	Clinical	.82	.55	.62	.40	.86	.75										.67	.45	.82	.78	.87	.82	.83	.83	.94	.88
	Total	.81	.52	.63	.40	.87	.76										.67	.44	.82	.79	.85	.82	.83	.83	.96	.86
IRRE	Comm	.54	.54	.50	.50	.51	.53	.41									.50	.26	.71	.66	.76	.69	.71	.68	.88	.77
	Clinical	.59	.53	.47	.45	.51	.55	.52									.52	.28	.72	.67	.77	.70	.73	.66	.84	.78
	Total	.58	.53	.52	.48	.55	.58	.50									.53	.30	.74	.71	.78	.72	.75	.69	.86	.80
MANI	Comm	.67	.73	.69	.73	.62											.69	.48	.82	.78	.87	.81	.82	.69	.80	.86
	Clinical	.75	.77	.69	.71	.65											.71	.52	.84	.80	.89	.82	.84	.72	.82	.88
	Total	.71	.75	.69	.72	.64											.70	.51	.83	.80	.87	.82	.84	.71	.82	.87
PER-D	Comm	.53	.39	.47	.52	.35	.57	.54	.56	.58	.62	.63	.74				.54	.29	.81	.77	.84	.83	.83	.70	.82	.85
	Clinical	.61	.50	.48	.53	.33	.50	.53	.59	.61	.62	.58	.72				.55	.30	.83	.80	.86	.84	.84	.71	.83	.86
	Total	.61	.50	.50	.54	.35	.55	.59	.60	.60	.66	.63	.74				.57	.33	.84	.82	.86	.85	.85	.72	.83	.87
PERS	Comm	.55	.47	.62	.57	.70	.60	.54	.66	.63							.59	.35	.82	.79	.86	.83	.83	.70	.82	.86
	Clinical	.50	.38	.63	.49	.74	.59	.52	.73	.62							.58	.33	.81	.78	.85	.82	.82	.64	.74	.87
	Total	.52	.44	.65	.55	.75	.63	.57	.71	.65							.61	.37	.84	.81	.86	.84	.84	.69	.79	.87
RES-A	Comm	.67	.57	.65	.75	.61	.61	.66									.65	.43	.84	.80	.87	.83	.84	.75	.86	.88
	Clinical	.71	.53	.64	.70	.63	.67	.69									.65	.43	.84	.80	.88	.83	.84	.75	.86	.87
	Total	.69	.56	.63	.72	.63	.64	.68									.65	.43	.84	.81	.87	.83	.84	.70	.80	.88
RIG-P	Comm	.60	.61	.68	.60	.79	.72	.62	.67	.63	.68						.66	.44	.89	.86	.91	.88	.89	.81	.90	.90
	Clinical	.61	.60	.66	.64	.79	.70	.62	.74	.64	.69						.67	.45	.89	.86	.92	.89	.89	.80	.88	.91
	Total	.61	.61	.68	.62	.79	.71	.63	.70	.64	.68						.67	.45	.89	.87	.91	.89	.89	.82	.90	.90
RIS-T	Comm	.31	.42	.50	.55	.65	.72	.61	.54	.43	.62	.52	.50	.37	.57		.52	.27	.83	.80	.86	.85	.84	.56	.64	.87
	Clinical	.46	.51	.43	.63	.68	.73	.59	.53	.50	.66	.62	.44	.53	.60		.57	.31	.86	.83	.88	.88	.86	.66	.73	.89
	Total	.40	.46	.46	.60	.66	.72	.60	.53	.46	.63	.57	.47	.46	.58		.54	.29	.84	.82	.86	.87	.85	.61	.69	.88

Table S 4: Continued

Facet	Sample	Corrected item-total correlations (ascending order of items)														Reliability Coefficients											
		1 st	2 nd	3 rd	4 th	5 th	6 th	7 th	8 th	9 th	10 th	11 th	12 th	13 th	14 th	r_{i-t} Mean	AIC	α	α CI 95%		λ_6	α poly	ω_h poly	ω_{ha} poly	ω_t poly		
SEP-I	Comm	.67	.68	.42	.58	.76	.60	.68										.63	.40	.82	.79	.86	.81	.82	.69	.79	.87
	Clinical	.69	.69	.56	.69	.77	.68	.78										.69	.49	.87	.84	.90	.86	.87	.79	.88	.89
	Total	.70	.70	.54	.67	.78	.68	.75										.69	.48	.87	.84	.89	.86	.87	.80	.90	.89
SUBM	Comm	.68	.74	.71	.63													.69	.50	.80	.75	.85	.76	.80	.77	.93	.83
	Clinical	.61	.75	.74	.67													.69	.51	.80	.74	.86	.76	.80	.78	.93	.84
	Total	.65	.75	.73	.66													.70	.52	.81	.77	.85	.77	.81	.76	.91	.84
SUSP	Comm	.26	.49	.64	.43	.53	.10	.71										.45	.20	.61	.55	.67	.64	.60	.55	.78	.70
	Clinical	.38	.54	.67	.41	.60	.10	.77										.49	.24	.69	.64	.75	.70	.69	.61	.81	.75
	Total	.35	.56	.66	.44	.62	.11	.77										.50	.25	.69	.66	.73	.70	.70	.58	.76	.77
U-B-E	Comm	.56	.59	.65	.60	.42	.49	.63	.56									.56	.32	.77	.73	.81	.78	.79	.56	.66	.85
	Clinical	.59	.63	.69	.67	.39	.51	.62	.65									.59	.35	.81	.77	.85	.81	.81	.69	.80	.87
	Total	.58	.62	.69	.66	.40	.50	.64	.63									.59	.35	.80	.77	.83	.81	.81	.68	.79	.86
WITH	Comm	.65	.35	.62	.73	.70	.62	.62	.81	.66	.68							.64	.42	.87	.84	.90	.88	.88	.81	.90	.90
	Clinical	.66	.34	.63	.76	.75	.70	.61	.81	.73	.72							.67	.45	.89	.86	.92	.89	.89	.87	.96	.91
	Total	.67	.37	.65	.77	.74	.68	.62	.82	.72	.72							.68	.46	.89	.87	.91	.89	.89	.79	.87	.91

Note: Bold values mean weak correlations (< .40); r_{i-t} Mean = average corrected item-total correlations; AIC = average inter-items correlations; α = Cronbach's alpha; α CI 95% = 95% of confidence interval of Cronbach's alpha ($\downarrow \uparrow$ = lower and upper bounds respectively); λ_6 = Guttman's Lambda 6; α_{poly} = Cronbach's alpha based on polychoric correlations matrix; ω_h poly = McDonald's omega hierarchical based on polychoric correlations matrix; ω_{ha} poly = McDonald's omega hierarchical asymptotic based on polychoric correlations matrix; ω_t poly = McDonald's omega total based on polychoric correlations matrix; ANHE = Anhedonia; ANXI = Anxiousness; ATT-S = Attention Seeking; CALL = Callousness; DECE = Deceitfulness; DEPR = Depressivity; DIST = Distractibility; ECCE = Eccentricity; EMO-L = Emotional Lability; GRAN = Grandiosity; HOST = Hostility; IMPU = Impulsivity; INT-A = Intimacy Avoidance; IRRE = Irresponsibility; MANI = Manipulativeness; PER-D = Perception Dysregulation; PERS = Perseveration; RES-A = Restricted Affectivity; RIG-P = Rigid Perfectionism; RIS-T = Risk Taking; SEP-I = Separation Insecurity; SUBM = Submissiveness; SUSP = Suspiciousness; U-B-E = Unusual Beliefs and Experiences; WITH = Withdrawal.

Table S 5: Item Response Theory graded response model for individual facets

Item	Community							Clinical							Total								
	IRT / Samejima's Metric			Item Diagnostic				IRT / Samejima's Metric			Item Diagnostic				IRT / Samejima's Metric			Item Diagnostic					
	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>		
Anhedonia (ANHE)																							
1	1.28	-0.67	0.96	2.96	35.86	29	0.18	1.53	-1.47	-0.22	1.37	46.24	40	0.23	1.60	-0.94	0.33	1.85	47.31	42	0.26		
23	2.05	0.37	1.65	2.67	25.24	22	0.29	2.38	-0.71	0.34	1.27	40.42	33	0.18	2.58	-0.13	0.86	1.70	47.89	38	0.13		
26	1.55	0.29	1.63	2.98	19.53	28	0.88	1.83	-0.64	0.34	1.53	35.02	37	0.56	1.93	-0.15	0.86	1.95	28.04	42	0.95		
30	0.79	-1.61	1.16	3.70	51.43	31	0.01	0.96	-2.33	-0.33	1.43	46.92	45	0.39	1.07	-1.63	0.33	1.98	56.39	47	0.16		
124	2.08	0.29	1.78	2.71	20.49	21	0.49	2.30	-0.99	0.19	1.15	23.77	35	0.92	2.70	-0.26	0.81	1.59	22.21	38	0.98		
155r	1.11	-1.56	0.75	2.73	31.08	30	0.41	1.20	-2.38	-0.63	1.03	46.08	39	0.20	1.39	-1.67	0.07	1.55	41.23	41	0.46		
157	3.12	0.83	2.00	2.71	8.78	15	0.89	2.87	-0.44	0.41	1.30	30.10	31	0.51	3.58	0.20	0.98	1.70	28.94	32	0.62		
189	1.90	0.51	1.81	3.01	14.90	20	0.78	2.24	-0.40	0.63	1.66	25.87	33	0.81	2.26	0.06	1.10	2.08	29.00	39	0.88		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.78								.88								.86
Anxiousness (ANXI)																							
79	1.97	-0.56	0.70	1.83	35.03	40	0.69	2.59	-1.12	-0.30	0.51	38.24	36	0.37	2.48	-0.78	0.18	1.03	43.30	44	0.50		
93	1.27	0.04	1.42	2.80	63.86	46	0.04	1.12	-0.97	0.26	1.37	51.12	48	0.35	1.38	-0.36	0.77	1.79	77.88	53	0.01		
95	1.37	-0.26	1.21	2.70	36.43	43	0.75	1.45	-1.17	-0.05	1.24	47.21	44	0.34	1.63	-0.61	0.52	1.69	60.73	50	0.14		
96r	0.27	-12.32	-5.87	-0.30	53.02	46	0.22	0.43	-7.33	-3.91	-1.08	40.97	53	0.89	0.37	-8.82	-4.44	-0.69	57.12	56	0.43		
109	2.35	-1.26	-0.03	1.02	23.63	33	0.89	2.07	-2.02	-1.05	0.15	40.65	37	0.31	2.39	-1.50	-0.44	0.58	31.37	43	0.91		
110	2.45	-0.68	0.33	1.23	42.52	34	0.15	2.17	-1.61	-0.72	0.29	46.01	39	0.20	2.53	-1.00	-0.13	0.73	53.04	44	0.16		
130	1.14	-2.07	-0.26	1.30	54.40	44	0.14	1.40	-2.65	-1.33	-0.17	30.12	41	0.89	1.48	-2.05	-0.68	0.47	35.53	49	0.93		
141	1.43	0.07	1.44	2.86	30.51	42	0.91	1.90	-0.93	0.17	1.30	63.86	39	0.01	1.90	-0.38	0.69	1.78	43.21	47	0.63		
174	2.39	-0.10	1.01	1.92	25.91	34	0.84	3.10	-0.88	-0.05	0.74	25.74	32	0.78	3.03	-0.44	0.44	1.19	30.96	38	0.78		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.86								.87								.89
Attention Seeking (ATT-S)																							
14	1.95	0.19	1.37	2.66	32.02	30	0.37	1.94	-0.33	0.81	2.04	43.84	36	0.17	1.94	-0.05	1.09	2.33	64.05	39	0.01		
43	1.40	0.34	1.95	3.58	26.90	30	0.63	1.29	-0.38	1.07	2.70	35.07	38	0.61	1.35	0.01	1.49	3.07	54.98	45	0.15		
74	2.32	-0.78	0.30	1.51	29.44	29	0.44	2.78	-0.82	0.10	1.05	42.56	32	0.10	2.54	-0.80	0.20	1.27	36.76	35	0.39		
111	2.92	-0.32	0.52	1.57	32.35	28	0.26	3.26	-0.33	0.36	1.15	35.96	30	0.21	3.08	-0.32	0.44	1.36	42.92	35	0.17		
113	1.17	-0.68	0.87	2.68	49.91	41	0.16	1.30	-0.70	0.55	2.17	49.65	43	0.23	1.23	-0.69	0.71	2.42	70.46	46	0.01		
173	3.60	-0.56	0.39	1.49	16.09	23	0.85	4.37	-0.52	0.25	1.09	42.27	25	0.02	3.94	-0.54	0.32	1.29	49.88	30	0.01		
191	1.57	-0.15	1.23	2.85	37.59	34	0.31	1.46	-0.84	0.40	1.47	25.05	45	0.99	1.50	-0.45	0.83	2.02	35.22	46	0.88		
211	3.24	-0.24	0.72	1.86	28.59	25	0.28	3.83	-0.27	0.49	1.40	21.71	25	0.65	3.52	-0.26	0.60	1.62	29.82	31	0.53		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.88								.89								.89

Table S 5: Continued

Item	Community							Clinical							Total								
	IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic			IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic			IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic				
	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>		
Callousness (CALL)																							
11	1.69	2.97	3.82	4.00	14.18	6	0.03	0.91	3.43	4.54	7.41	12.47	15	0.64	1.23	3.14	4.06	5.27	30.74	22	0.10		
13	1.40	0.74	1.94	3.27	23.72	30	0.78	1.41	0.20	1.31	2.41	50.12	47	0.35	1.47	0.47	1.57	2.70	46.84	55	0.78		
19	2.94	1.32	2.15	2.63	19.25	17	0.31	3.49	0.86	1.54	2.14	15.41	24	0.91	3.30	1.08	1.80	2.34	32.51	32	0.44		
54	2.57	1.56	2.20	2.87	16.74	18	0.54	2.15	1.02	1.74	2.36	33.33	33	0.45	2.39	1.28	1.93	2.54	34.27	44	0.85		
72	3.05	1.14	1.81	2.56	21.26	23	0.57	3.03	0.79	1.48	2.48	34.05	27	0.16	3.03	0.97	1.65	2.52	32.47	35	0.59		
73	1.85	1.94	2.92	3.65	13.30	13	0.42	2.36	1.25	2.08	2.67	23.00	23	0.46	2.21	1.53	2.38	3.00	27.97	35	0.79		
90r	0.52	-0.31	1.63	3.40	40.58	39	0.40	0.80	-0.43	0.84	2.17	84.50	48	0.00	0.66	-0.37	1.17	2.68	73.76	57	0.07		
153	3.97	1.37	2.04	2.61	12.14	16	0.73	3.57	0.94	1.65	2.38	20.03	24	0.69	3.79	1.15	1.83	2.48	28.54	29	0.49		
166	3.02	1.36	2.11	2.67	18.48	17	0.36	3.51	0.87	1.52	2.20	33.52	25	0.12	3.34	1.10	1.78	2.39	37.47	32	0.23		
183	2.07	1.00	2.12	3.02	21.52	25	0.66	2.06	0.58	1.49	2.44	47.38	31	0.03	2.11	0.79	1.76	2.67	75.26	41	0.00		
198	1.61	3.02	4.16	4.43	4.34	7	0.74	0.96	3.70	4.73	6.34	12.74	10	0.24	1.25	3.28	4.29	5.19	15.60	18	0.62		
200	1.56	1.22	2.09	2.90	27.35	32	0.70	1.50	0.47	1.29	2.56	37.19	39	0.55	1.60	0.83	1.63	2.66	61.61	56	0.28		
207	2.07	1.32	2.27	3.01	25.68	23	0.32	2.24	0.91	1.80	2.51	16.86	30	0.97	2.18	1.11	2.02	2.72	29.52	40	0.89		
208	1.82	0.85	1.98	2.93	29.18	24	0.21	1.71	0.26	1.41	2.48	36.45	36	0.45	1.82	0.57	1.66	2.64	71.21	54	0.06		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.67								.78								.73
Deceitfulness (DECE)																							
41	1.51	0.96	2.29	3.51	19.97	25	0.75	1.73	0.23	1.27	1.93	44.06	46	0.55	1.72	0.57	1.65	2.41	48.19	48	0.47		
53	2.93	1.00	1.84	3.12	15.45	20	0.75	2.35	0.52	1.35	2.15	29.71	35	0.72	2.66	0.76	1.57	2.44	30.34	37	0.77		
56	2.51	1.37	2.14	2.89	32.28	19	0.03	1.74	1.12	1.95	2.92	21.35	34	0.96	2.06	1.25	2.04	2.89	44.70	41	0.32		
76	2.02	0.91	1.71	2.59	33.05	31	0.37	1.81	0.30	1.32	2.10	44.30	46	0.54	1.96	0.62	1.50	2.30	42.34	47	0.67		
126	1.67	1.02	2.08	3.02	23.66	26	0.60	1.95	0.53	1.47	2.46	29.39	36	0.77	1.85	0.77	1.74	2.70	45.74	49	0.61		
134	2.34	1.64	2.54	3.15	11.76	14	0.63	2.97	1.17	2.09	2.77	24.62	20	0.22	2.62	1.40	2.31	2.96	26.15	29	0.62		
142r	0.30	-1.05	4.77	9.01	49.10	35	0.06	0.52	-1.02	2.29	5.25	45.93	46	0.48	0.42	-0.97	3.10	6.38	81.56	57	0.02		
206	2.88	1.06	2.04	3.09	15.01	19	0.72	3.40	0.63	1.39	2.18	30.22	26	0.26	3.21	0.84	1.67	2.51	24.08	30	0.77		
214	1.88	0.33	1.40	2.20	40.27	32	0.15	2.05	-0.07	0.78	1.57	41.13	37	0.29	2.03	0.14	1.07	1.84	40.06	43	0.60		
218	2.31	0.34	1.32	2.21	32.51	29	0.30	2.40	-0.15	0.66	1.55	42.67	35	0.17	2.44	0.11	0.97	1.82	47.29	38	0.14		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.72								.81								.77

Table S 5: Continued

Item	Community							Clinical							Total								
	IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic			IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic			IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic				
	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>		
Depressivity (DEPR)																							
27	2.14	0.34	1.46	3.06	19.73	23	0.66	2.58	-0.83	0.13	1.00	63.82	52	0.13	2.86	-0.19	0.66	1.52	55.49	57	0.53		
61	2.40	-0.02	1.10	2.33	23.26	24	0.50	2.32	-1.26	-0.09	0.83	58.54	52	0.25	2.76	-0.49	0.46	1.32	54.81	56	0.52		
66	1.31	1.08	2.31	3.69	26.93	28	0.52	1.99	-0.24	0.60	1.65	48.31	61	0.88	2.01	0.32	1.14	2.12	74.86	76	0.52		
81	2.36	2.17	2.93	3.85	6.69	9	0.67	2.42	0.53	1.25	1.85	61.59	52	0.17	2.96	1.08	1.68	2.20	69.37	56	0.11		
86	0.88	0.32	1.91	3.79	50.32	40	0.13	1.04	-0.93	0.48	1.73	96.20	83	0.15	1.17	-0.24	0.99	2.20	91.46	86	0.32		
104	2.70	0.43	1.40	2.53	26.07	23	0.30	2.91	-0.84	0.06	0.82	57.20	48	0.17	3.40	-0.14	0.62	1.33	65.18	53	0.12		
119	1.52	2.90	3.89	5.02	12.31	9	0.20	1.97	0.87	1.78	2.44	59.65	47	0.10	2.34	1.38	2.14	2.72	73.12	50	0.02		
148	2.72	1.55	2.25	3.02	19.64	17	0.29	4.10	0.25	0.82	1.49	36.12	39	0.60	3.95	0.76	1.30	1.92	39.33	50	0.86		
151	2.11	1.13	2.40	3.53	20.39	18	0.31	2.47	-0.29	0.62	1.43	61.44	55	0.26	2.92	0.35	1.16	1.86	72.70	61	0.15		
163	2.47	1.37	2.37	3.29	23.22	17	0.14	2.88	-0.16	0.55	1.39	33.52	50	0.96	3.44	0.49	1.11	1.81	41.66	57	0.94		
168	1.29	0.28	1.52	2.65	127.27	39	0.00	1.77	-1.10	0.02	1.13	59.75	61	0.52	1.86	-0.33	0.63	1.57	220.36	70	0.00		
169	2.91	1.58	2.31	3.46	10.71	15	0.77	3.89	0.24	0.84	1.54	47.88	40	0.18	4.05	0.77	1.32	1.98	39.48	45	0.70		
178	2.94	2.34	2.83	3.30	4.27	4	0.37	2.14	0.78	1.47	2.06	58.23	49	0.17	2.79	1.30	1.84	2.32	68.39	55	0.11		
212	1.25	0.51	2.22	3.84	22.24	26	0.68	1.54	-0.72	0.44	1.44	72.63	73	0.49	1.75	-0.09	1.02	1.94	90.98	80	0.19		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.78								.93								.88
Distractibility (DIST)																							
6	1.54	-0.57	0.97	2.15	57.05	39	0.03	1.52	-0.91	0.18	1.34	41.69	48	0.73	1.57	-0.72	0.57	1.69	66.11	52	0.09		
29	1.99	0.10	1.42	3.06	25.63	25	0.43	2.70	-0.75	0.39	1.47	25.77	34	0.84	2.57	-0.28	0.82	1.93	49.41	40	0.15		
47	1.04	0.14	1.59	3.26	44.31	45	0.50	0.91	-0.90	0.49	1.98	45.26	56	0.85	1.12	-0.28	0.96	2.29	48.15	58	0.82		
68	1.90	0.32	1.54	2.74	34.61	30	0.26	1.74	-0.48	0.69	1.85	47.31	44	0.34	1.98	-0.04	1.06	2.13	53.99	49	0.29		
88	1.88	0.42	1.60	2.82	31.93	29	0.32	1.38	-0.71	0.72	2.01	35.35	48	0.91	1.79	-0.05	1.11	2.19	41.10	50	0.81		
118	2.67	-0.18	0.95	2.04	28.60	27	0.38	2.73	-1.02	0.09	1.06	31.57	35	0.63	2.96	-0.52	0.51	1.43	32.49	40	0.79		
132	2.25	-1.03	0.34	1.59	39.31	31	0.15	2.22	-1.41	-0.20	0.77	26.97	38	0.91	2.27	-1.18	0.08	1.15	39.12	41	0.55		
144	2.78	-0.13	0.86	1.97	28.18	27	0.40	2.83	-0.95	0.13	1.13	35.27	35	0.46	2.99	-0.47	0.49	1.47	42.91	40	0.35		
199	2.27	-0.04	1.05	2.04	27.43	35	0.82	2.39	-0.66	0.30	1.37	35.55	39	0.63	2.43	-0.32	0.66	1.66	44.85	44	0.44		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.86								.90								.89

Table S 5: Continued

Item	Community							Clinical							Total								
	IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic			IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic			IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic				
	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>		
Eccentricity (ECCE)																							
5	2.31	0.12	1.21	2.19	24.86	34	0.87	2.69	-0.34	0.40	1.21	44.87	52	0.75	2.62	-0.10	0.76	1.60	58.25	58	0.47		
21	2.85	0.27	1.34	2.33	39.42	29	0.09	2.88	-0.15	0.65	1.41	55.03	46	0.17	2.96	0.08	0.97	1.77	61.53	57	0.32		
24	3.50	0.59	1.50	2.50	27.87	25	0.31	3.19	-0.02	0.76	1.57	27.71	43	0.97	3.48	0.30	1.09	1.90	40.76	52	0.87		
25	3.31	0.63	1.47	2.27	24.92	25	0.47	3.55	0.11	0.81	1.53	48.90	40	0.16	3.56	0.37	1.10	1.83	61.05	52	0.18		
33	2.56	0.53	1.42	2.42	33.60	32	0.39	2.29	-0.20	0.71	1.53	50.83	52	0.52	2.56	0.19	1.03	1.85	67.29	61	0.27		
52	3.23	0.66	1.59	2.65	21.60	23	0.54	2.83	0.04	0.94	1.78	39.27	40	0.50	3.14	0.36	1.23	2.09	54.19	49	0.28		
55	2.75	0.76	1.82	2.60	20.73	29	0.87	2.91	0.31	1.17	1.92	37.77	44	0.73	2.89	0.54	1.46	2.20	40.36	49	0.81		
70	3.08	0.56	1.42	2.18	27.36	29	0.55	2.89	-0.02	0.66	1.53	48.02	46	0.39	3.10	0.28	1.00	1.80	69.19	58	0.15		
71	2.62	0.89	1.82	2.87	31.43	27	0.25	3.06	0.11	0.75	1.71	36.40	42	0.71	3.04	0.48	1.18	2.09	45.50	52	0.73		
152	3.86	0.84	1.68	2.40	40.61	24	0.02	3.46	0.16	0.89	1.57	39.61	40	0.49	3.81	0.50	1.23	1.88	38.86	47	0.80		
172	3.17	0.83	1.62	2.37	37.82	26	0.06	3.52	0.29	0.95	1.73	39.69	40	0.48	3.46	0.55	1.24	1.99	49.83	48	0.40		
185	3.29	0.70	1.55	2.50	31.59	25	0.17	3.40	0.30	0.97	1.77	42.84	40	0.35	3.36	0.50	1.24	2.07	55.64	47	0.18		
205	3.50	0.66	1.40	2.39	28.76	25	0.27	3.76	0.20	0.83	1.53	37.39	37	0.45	3.73	0.43	1.10	1.86	57.65	49	0.19		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.80								.89								.84
Emotional Lability (EMO-L)																							
18	0.67	-0.51	2.11	5.04	53.20	36	0.03	0.61	-2.45	-0.07	2.41	61.31	42	0.03	0.83	-1.03	0.85	2.76	74.47	43	0.00		
62	1.16	0.22	1.60	3.33	34.05	32	0.37	1.13	-1.11	0.19	1.43	55.32	39	0.04	1.33	-0.33	0.79	1.96	60.47	40	0.02		
102	2.48	-0.93	-0.01	1.07	72.89	24	0.00	2.50	-1.28	-0.41	0.42	85.72	30	0.00	2.55	-1.07	-0.20	0.73	123.73	30	0.00		
122	4.74	-0.53	0.27	1.08	80.87	20	0.00	5.53	-0.88	-0.23	0.43	138.89	24	0.00	4.89	-0.68	0.03	0.74	216.22	26	0.00		
138	0.80	0.82	2.83	4.61	43.30	37	0.22	0.75	-1.24	0.78	2.42	61.97	40	0.01	0.98	-0.07	1.43	2.71	92.50	42	0.00		
165	3.19	-0.71	0.15	1.10	88.13	23	0.00	3.24	-0.97	-0.23	0.61	171.89	26	0.00	3.08	-0.83	-0.04	0.86	279.58	30	0.00		
181	0.73	0.75	2.98	5.10	63.04	38	0.01	0.76	-1.10	0.70	2.29	56.62	40	0.04	0.94	-0.09	1.42	2.74	89.25	42	0.00		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.86								.86								.87
Grandiosity (GRAN)																							
40	1.81	0.88	1.85	3.01	25.30	19	0.15	2.01	0.56	1.40	2.17	32.05	25	0.16	1.94	0.72	1.61	2.51	33.12	30	0.32		
65	1.73	-0.67	0.40	1.80	17.64	18	0.48	1.48	-0.98	0.25	1.61	25.09	23	0.35	1.60	-0.81	0.33	1.71	23.10	24	0.51		
114	2.72	0.54	1.48	2.37	24.05	19	0.19	3.30	0.30	1.09	1.93	16.82	19	0.60	3.00	0.42	1.28	2.14	26.82	24	0.31		
179	1.20	-0.56	0.77	2.42	23.56	23	0.43	1.38	-0.41	0.60	1.87	18.39	26	0.86	1.27	-0.49	0.69	2.15	20.45	26	0.77		
187	1.88	0.91	2.02	3.11	16.01	17	0.52	1.57	0.45	1.45	2.66	42.35	27	0.03	1.75	0.69	1.71	2.82	44.19	30	0.05		
197	1.57	1.04	2.16	3.12	17.36	20	0.63	2.15	0.45	1.38	2.17	19.76	25	0.76	1.89	0.72	1.71	2.55	28.39	30	0.55		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.73								.78								.75

Table S 5: Continued

Item	Community							Clinical							Total								
	IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic			IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic			IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic				
	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>		
Hostility (HOST)																							
28	2.23	0.04	1.25	2.43	24.53	31	0.79	2.82	-0.48	0.46	1.22	38.18	37	0.42	2.65	-0.21	0.81	1.66	40.56	44	0.62		
32	0.86	0.24	2.02	3.65	47.35	51	0.62	0.92	-0.27	0.94	2.20	58.75	62	0.59	0.94	-0.01	1.38	2.71	65.88	64	0.41		
38	2.92	-0.32	0.79	2.03	39.29	28	0.08	3.38	-0.95	0.05	0.89	34.96	32	0.33	3.37	-0.58	0.40	1.32	55.12	36	0.02		
85	0.91	-0.06	2.34	4.18	45.49	44	0.41	1.02	-0.81	0.86	2.37	59.01	58	0.44	1.08	-0.38	1.40	2.83	70.15	63	0.25		
92	2.43	-0.18	0.79	1.79	36.57	34	0.35	2.95	-0.72	0.23	1.13	38.16	34	0.29	2.71	-0.42	0.50	1.43	40.99	42	0.52		
116	1.08	1.50	2.95	4.12	47.14	35	0.08	1.25	0.54	1.79	2.72	59.03	50	0.18	1.27	0.94	2.18	3.12	66.94	60	0.25		
158	2.48	0.37	1.52	2.59	32.16	25	0.15	2.69	-0.43	0.50	1.37	45.18	39	0.23	2.82	-0.01	0.93	1.78	61.80	43	0.03		
170	2.17	0.92	2.20	-	31.35	24	0.14	2.49	0.29	1.26	2.21	41.97	33	0.14	2.46	0.58	1.63	2.70	61.21	38	0.01		
188	1.07	-1.06	0.68	2.22	58.14	42	0.05	1.61	-1.41	-0.16	0.99	61.85	45	0.05	1.41	-1.15	0.22	1.44	62.49	54	0.20		
216	1.14	-1.18	0.28	1.57	45.57	42	0.33	1.28	-1.11	-0.12	0.90	51.57	53	0.53	1.19	-1.16	0.08	1.23	58.96	55	0.33		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.84								.90								.88
Impulsivity (IMPU)																							
4	2.90	0.14	1.34	2.57	14.50	13	0.34	3.21	-0.47	0.53	1.54	12.51	18	0.82	3.24	-0.14	0.89	1.91	19.69	21	0.54		
16	4.16	0.26	1.29	2.38	8.16	11	0.70	4.01	-0.23	0.67	1.60	14.04	15	0.52	4.17	0.03	0.96	1.92	22.18	18	0.22		
17	2.84	0.59	1.60	2.51	12.09	15	0.67	3.62	-0.06	0.78	1.57	8.04	19	0.99	3.40	0.26	1.13	1.92	7.14	20	1.00		
22	2.51	-0.14	1.29	2.60	13.62	14	0.48	2.95	-0.50	0.56	1.59	17.38	20	0.63	2.82	-0.31	0.89	1.97	25.33	21	0.23		
58r	1.15	-0.05	1.77	3.39	66.80	28	0.00	1.51	-0.76	0.75	2.16	27.81	27	0.42	1.41	-0.38	1.16	2.58	92.41	31	0.00		
204	2.71	-0.01	1.11	2.05	16.59	17	0.48	2.92	-0.52	0.38	1.21	14.68	22	0.88	2.96	-0.24	0.72	1.55	16.01	22	0.82		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.80								.88								.85
Intimacy Avoidance (INT-A)																							
89	3.77	0.74	1.42	2.16	20.30	18	0.32	3.78	0.38	1.03	1.66	21.13	20	0.39	3.82	0.57	1.22	1.89	22.50	22	0.43		
97r	1.23	-0.28	1.36	2.42	33.96	26	0.14	1.42	-0.24	0.89	1.92	27.51	27	0.44	1.32	-0.26	1.12	2.16	32.50	30	0.34		
108	2.33	1.13	1.88	2.49	20.72	24	0.66	2.08	0.79	1.47	2.13	43.38	28	0.03	2.23	0.96	1.66	2.29	49.25	31	0.02		
120	0.87	0.64	2.07	3.91	34.00	30	0.28	0.84	0.11	1.59	2.87	36.73	33	0.30	0.88	0.39	1.80	3.26	34.90	34	0.43		
145	5.51	0.62	1.19	1.78	20.29	15	0.16	4.94	0.33	0.96	1.50	11.19	20	0.94	5.23	0.48	1.08	1.64	27.52	21	0.15		
203	3.13	1.03	1.68	2.34	19.84	20	0.47	2.87	0.76	1.36	1.86	31.01	24	0.15	3.03	0.90	1.52	2.07	33.06	26	0.16		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.67								.74								.71

Table S 5: Continued

Item	Community							Clinical							Total								
	IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic			IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic			IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic				
	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>		
Irresponsibility (IRRE)																							
31	1.85	1.32	2.63	3.71	15.52	15	0.41	2.02	0.77	1.69	2.57	27.03	25	0.35	1.97	1.03	2.06	2.96	33.90	29	0.24		
129	1.51	0.66	1.85	2.84	37.77	24	0.04	1.27	0.29	1.41	2.74	30.52	31	0.49	1.37	0.50	1.64	2.80	49.95	32	0.02		
156	1.29	1.07	2.70	4.05	10.09	14	0.76	1.16	0.25	1.56	3.12	28.82	32	0.63	1.36	0.64	1.92	3.24	33.93	33	0.42		
160	1.32	0.97	2.27	3.41	20.92	23	0.59	1.10	0.51	1.61	3.14	34.49	33	0.40	1.24	0.75	1.89	3.18	45.44	34	0.09		
171	1.47	1.19	2.31	3.28	19.79	21	0.53	1.23	0.23	1.30	2.33	34.03	31	0.32	1.51	0.69	1.64	2.51	33.76	32	0.38		
201	1.27	0.42	1.72	2.92	19.12	23	0.69	1.35	-0.43	0.53	1.61	19.36	27	0.86	1.48	0.02	1.01	2.00	29.15	28	0.40		
210r	1.16	1.14	3.01	3.79	30.47	23	0.14	1.44	0.15	1.73	2.83	39.37	30	0.12	1.42	0.59	2.15	3.07	77.01	33	0.00		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.63								.71								.69
Manipulativeness (MANI)																							
107	2.11	-0.43	0.68	2.13	14.68	15	0.48	2.75	-0.41	0.49	1.60	21.23	15	0.13	2.38	-0.42	0.58	1.85	20.79	19	0.35		
125	2.54	-0.16	0.85	1.79	24.73	15	0.05	2.86	-0.21	0.54	1.45	23.59	17	0.13	2.70	-0.19	0.70	1.62	26.90	18	0.08		
162	2.23	0.77	1.64	2.58	16.22	17	0.51	2.01	0.47	1.25	2.06	30.58	21	0.08	2.13	0.63	1.44	2.29	31.27	22	0.09		
180	2.68	0.20	1.08	2.13	8.67	15	0.89	2.17	-0.02	0.72	1.75	20.37	19	0.37	2.41	0.10	0.91	1.92	15.12	20	0.77		
219	2.22	1.14	2.17	2.77	10.60	14	0.72	2.02	0.75	1.75	2.54	34.53	19	0.02	2.15	0.94	1.94	2.64	31.94	21	0.06		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.77								.80								.78
Perceptual Dysregulation (PER-D)																							
36	1.69	1.34	2.53	3.48	14.84	22	0.87	1.64	0.60	1.57	2.73	36.24	39	0.60	1.79	0.94	1.91	2.91	51.95	49	0.36		
37	1.96	2.82	3.50	4.29	5.81	5	0.33	1.60	1.40	2.20	3.12	49.37	35	0.05	1.97	1.80	2.44	3.20	67.04	38	0.00		
42	1.15	1.03	2.54	3.87	24.05	27	0.63	1.12	0.30	1.64	3.03	52.57	49	0.34	1.23	0.64	1.95	3.21	60.09	57	0.36		
44	1.71	2.03	2.77	3.81	23.09	17	0.15	1.63	1.25	2.08	2.98	33.72	36	0.58	1.81	1.55	2.29	3.14	41.23	45	0.63		
59	0.82	-0.20	1.34	3.11	46.01	32	0.05	0.70	-0.83	0.71	2.64	62.02	53	0.19	0.79	-0.46	1.02	2.79	65.88	58	0.22		
77	1.79	1.30	2.50	3.08	19.26	21	0.57	1.37	0.76	1.81	2.93	47.81	43	0.28	1.65	1.02	2.04	2.88	59.32	53	0.26		
83	1.46	0.17	1.43	2.93	29.18	29	0.46	1.30	-0.94	0.25	1.43	59.58	45	0.07	1.60	-0.28	0.78	1.84	61.45	49	0.11		
154	1.86	1.58	2.47	3.54	37.36	21	0.02	1.71	0.84	1.65	2.65	57.49	37	0.02	1.93	1.16	1.93	2.85	69.71	48	0.02		
192	2.30	1.79	2.39	3.04	8.33	15	0.91	2.31	1.21	1.85	2.45	35.13	31	0.28	2.35	1.47	2.08	2.66	32.25	42	0.86		
193	1.96	0.44	1.38	2.50	19.86	28	0.87	1.74	-0.58	0.31	1.23	37.59	41	0.62	2.10	-0.01	0.79	1.63	54.10	43	0.12		
213	2.03	0.91	1.99	2.91	11.59	21	0.95	1.49	0.18	1.09	2.03	43.04	47	0.64	1.88	0.56	1.44	2.24	61.27	51	0.15		
217	3.13	1.34	2.05	2.77	17.41	17	0.43	2.74	0.67	1.43	2.10	25.48	32	0.79	3.05	0.98	1.68	2.31	23.32	37	0.96		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.71								.81								.78

Table S 5: Continued

Item	Community							Clinical							Total								
	IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic			IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic			IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic				
	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>		
Perseveration (PERS)																							
46	1.21	0.06	1.68	3.53	48.79	29	0.01	0.99	-0.31	1.48	3.21	38.03	45	0.76	1.10	-0.10	1.59	3.34	54.33	49	0.28		
51	1.10	-0.16	1.35	2.75	49.03	37	0.09	0.67	-1.06	1.07	3.22	40.08	50	0.84	0.93	-0.47	1.18	2.78	56.17	50	0.25		
60	1.96	0.02	1.67	2.88	31.08	22	0.09	2.04	-0.55	0.91	2.14	39.42	34	0.24	2.10	-0.23	1.24	2.40	49.84	39	0.11		
78	1.51	0.22	1.74	3.20	18.50	26	0.86	1.05	-0.60	1.28	2.85	41.10	46	0.68	1.36	-0.10	1.46	2.81	42.74	47	0.65		
80	2.45	0.16	1.56	2.70	12.93	20	0.88	2.80	-0.49	0.54	1.59	23.87	31	0.82	2.82	-0.13	0.97	1.95	34.50	35	0.49		
100	1.50	0.33	1.47	2.75	45.24	33	0.08	1.25	-0.49	0.73	1.88	56.98	45	0.11	1.49	-0.02	1.06	2.13	50.63	46	0.30		
121	1.34	-0.45	1.14	2.81	40.08	33	0.18	1.15	-1.32	0.06	1.62	40.53	43	0.58	1.39	-0.75	0.59	1.98	43.41	46	0.58		
128	2.33	0.49	1.74	3.06	16.60	19	0.62	2.83	-0.08	0.88	1.97	27.63	30	0.59	2.72	0.21	1.24	2.32	42.25	37	0.25		
137	1.92	0.55	1.77	3.22	16.08	20	0.71	1.61	-0.21	1.17	2.53	36.44	37	0.50	1.89	0.21	1.41	2.68	35.69	42	0.74		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.81								.85								.84
Restricted Affectivity (RES-A)																							
8	1.89	-0.03	0.97	1.96	30.50	32	0.54	2.31	-0.23	0.66	1.49	31.83	31	0.43	2.10	-0.12	0.81	1.71	34.64	34	0.44		
45	1.41	0.08	1.37	3.15	44.23	30	0.05	1.24	-0.29	1.19	2.68	33.01	37	0.66	1.35	-0.08	1.28	2.86	46.03	39	0.20		
84	1.98	0.27	1.22	2.33	32.15	30	0.36	1.92	0.48	1.27	2.19	25.49	33	0.82	1.88	0.37	1.26	2.30	36.54	36	0.44		
91	2.70	-0.75	0.16	1.16	21.27	21	0.44	2.22	-0.79	0.07	1.06	25.27	27	0.56	2.42	-0.77	0.12	1.11	20.95	28	0.83		
101	1.62	-0.01	0.98	2.32	36.79	32	0.26	1.72	-0.45	0.35	1.59	26.06	33	0.80	1.68	-0.21	0.67	1.92	29.66	36	0.76		
167	1.73	-0.20	1.07	2.72	34.01	29	0.24	2.01	-0.28	0.70	1.98	25.16	31	0.76	1.86	-0.24	0.89	2.31	26.95	34	0.80		
184	1.96	0.36	1.47	2.57	22.07	28	0.78	2.00	0.08	1.01	2.02	30.90	31	0.47	2.01	0.23	1.23	2.26	44.96	35	0.12		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.82								.83								.83
Rigid Perfectionism (RIG-P)																							
34	1.55	0.21	1.34	2.72	46.09	46	0.47	1.52	-0.12	0.81	1.87	63.50	53	0.15	1.58	0.06	1.06	2.21	60.66	59	0.42		
49	1.50	-0.56	0.72	2.01	45.03	49	0.63	1.48	-0.84	0.21	1.47	43.04	52	0.81	1.52	-0.68	0.47	1.71	43.25	58	0.93		
105	2.05	-0.13	0.98	2.43	50.41	37	0.07	1.94	-0.66	0.48	1.72	50.72	49	0.41	2.03	-0.36	0.73	2.02	72.44	52	0.03		
115	1.51	-0.10	1.08	2.38	55.68	49	0.24	1.57	-0.35	0.69	1.92	45.13	53	0.77	1.56	-0.21	0.88	2.12	61.39	59	0.39		
123	3.09	-0.06	0.92	1.97	24.39	32	0.83	2.98	-0.33	0.58	1.44	43.49	38	0.25	3.07	-0.18	0.75	1.68	38.65	43	0.66		
135	2.24	-0.51	0.66	1.86	33.69	39	0.71	2.05	-0.70	0.43	1.33	46.68	45	0.40	2.15	-0.59	0.55	1.58	57.31	52	0.28		
140	1.64	-0.95	0.41	2.00	65.69	45	0.02	1.55	-1.29	-0.10	1.25	60.28	50	0.15	1.63	-1.08	0.17	1.58	61.11	55	0.27		
176	1.95	-0.38	0.70	1.80	50.82	43	0.19	2.41	-0.51	0.42	1.38	31.58	43	0.90	2.15	-0.44	0.56	1.59	47.06	53	0.70		
196	1.75	-0.28	1.26	2.58	54.29	43	0.12	1.64	-0.47	0.77	1.99	39.07	52	0.91	1.72	-0.36	1.01	2.24	52.17	54	0.55		
220	1.90	-0.57	0.53	1.87	56.87	43	0.08	1.91	-0.64	0.37	1.44	45.66	48	0.57	1.89	-0.61	0.45	1.66	53.76	54	0.48		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.88								.90								.89

Table S 5: Continued

Item	Community							Clinical							Total								
	IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic			IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic			IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic				
	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>		
Risk Taking (RIS-T)																							
3	0.88	2.11	4.18	6.19	38.15	30	0.15	1.21	0.98	2.09	3.45	47.70	45	0.36	1.04	1.47	2.87	4.41	78.95	57	0.03		
7r	0.91	-1.38	0.63	2.38	86.89	61	0.02	1.20	-0.74	0.83	2.26	62.80	61	0.41	1.04	-1.04	0.73	2.30	112.12	72	0.00		
35r	1.08	-1.59	-0.43	0.94	47.61	57	0.81	0.93	-1.13	0.05	1.30	77.78	67	0.17	0.99	-1.39	-0.22	1.10	75.29	70	0.31		
39	2.44	1.26	2.19	3.26	28.02	22	0.18	2.76	0.94	1.82	2.52	26.91	26	0.41	2.57	1.10	2.00	2.84	40.68	36	0.27		
48	2.64	0.81	1.76	2.63	46.21	28	0.02	2.80	0.62	1.50	2.09	33.87	33	0.43	2.71	0.72	1.63	2.34	49.74	41	0.16		
67	2.81	0.04	1.03	2.40	41.35	32	0.12	2.92	0.23	1.10	2.02	42.80	34	0.14	2.86	0.13	1.06	2.20	64.48	46	0.04		
69	1.72	-0.69	0.71	2.06	60.16	50	0.15	1.56	-0.55	0.65	1.95	91.41	58	0.00	1.65	-0.62	0.68	2.00	94.91	63	0.01		
87r	1.20	-2.47	-0.96	0.59	42.78	51	0.79	1.20	-1.78	-0.52	0.75	65.52	56	0.18	1.19	-2.12	-0.75	0.66	63.13	61	0.40		
98r	0.95	-0.24	1.70	3.46	62.27	58	0.33	1.20	-0.42	1.19	2.56	57.78	58	0.48	1.06	-0.33	1.44	3.00	87.89	76	0.17		
112	1.83	-1.04	0.20	1.54	62.37	47	0.07	2.10	-0.85	0.28	1.39	81.72	48	0.00	1.96	-0.94	0.24	1.46	80.53	58	0.03		
159	1.56	1.08	2.47	3.99	40.85	33	0.16	1.88	0.51	1.61	2.48	40.29	39	0.41	1.68	0.79	2.01	3.05	70.03	52	0.05		
164r	1.21	-2.93	-1.03	0.58	53.83	49	0.29	1.00	-2.59	-0.87	0.71	65.31	56	0.18	1.10	-2.75	-0.96	0.64	82.10	60	0.03		
195	1.20	1.34	2.64	4.21	40.02	35	0.26	1.70	0.83	1.64	2.59	39.29	40	0.50	1.44	1.06	2.06	3.21	53.26	61	0.75		
215r	1.34	-1.90	-0.37	0.91	50.06	51	0.51	1.50	-1.08	-0.06	1.18	85.22	56	0.01	1.40	-1.48	-0.22	1.04	83.03	63	0.05		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.87								.88								.87
Separation Insecurity (SEP-I)																							
12	2.08	-0.29	0.67	1.57	16.31	25	0.91	2.17	-0.70	0.05	0.73	38.30	32	0.21	2.23	-0.47	0.36	1.09	34.53	32	0.35		
50	2.19	-0.13	0.80	1.78	22.26	26	0.67	2.18	-0.81	0.14	0.82	26.06	32	0.76	2.31	-0.41	0.46	1.22	40.32	34	0.21		
57	1.18	1.56	2.94	4.54	34.65	23	0.06	1.60	0.70	1.46	2.30	45.19	37	0.17	1.51	1.03	1.94	2.89	50.67	41	0.14		
64	1.73	1.10	2.22	3.54	24.78	21	0.26	2.31	0.34	1.10	1.76	28.04	32	0.67	2.19	0.67	1.50	2.26	36.85	37	0.48		
127	2.97	0.16	0.92	1.74	13.45	22	0.92	2.91	-0.34	0.26	0.98	15.73	30	0.98	3.06	-0.07	0.58	1.30	23.77	31	0.82		
149	1.74	0.69	1.96	3.20	22.03	22	0.46	1.93	-0.05	0.85	1.65	35.87	36	0.47	2.00	0.31	1.28	2.10	33.87	38	0.66		
175	2.09	0.21	1.19	2.13	23.37	25	0.56	2.77	-0.24	0.47	1.22	27.47	30	0.60	2.50	-0.01	0.79	1.59	27.46	34	0.78		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.79								.86								.83
Submissiveness (SUBM)																							
9	2.08	-0.59	0.93	2.46	12.20	10	0.27	1.63	-1.10	0.36	1.78	15.33	13	0.29	1.89	-0.80	0.65	2.04	31.93	14	0.00		
15	2.72	-0.19	1.06	2.66	17.29	8	0.03	2.70	-0.57	0.56	1.81	8.95	10	0.54	2.79	-0.36	0.80	2.12	20.84	11	0.04		
63	2.42	-0.06	1.40	3.21	7.95	7	0.34	2.77	-0.35	0.90	2.19	7.70	9	0.57	2.62	-0.19	1.14	2.56	13.14	11	0.28		
202	1.84	-0.12	1.33	2.68	18.61	10	0.05	2.00	-0.55	0.60	1.87	9.01	12	0.70	2.00	-0.31	0.94	2.18	30.63	14	0.01		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.78								.81								.80

Table S 5: Continued

Item	Community							Clinical							Total								
	IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic			IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic			IRT / Samejima's Metric				Item Diagnostic				
	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>a</i>	<i>b</i> ₁	<i>b</i> ₂	<i>b</i> ₃	<i>S-X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>		
Suspiciousness (SUSP)																							
2	0.79	2.30	3.99	5.43	26.06	27	0.52	1.02	1.29	2.37	4.02	33.52	31	0.35	0.95	1.67	2.93	4.45	41.94	38	0.30		
103	1.16	-0.47	1.10	2.62	47.08	27	0.01	1.37	-1.20	0.02	1.23	43.71	32	0.08	1.43	-0.74	0.50	1.69	52.21	35	0.03		
117	1.79	-0.24	0.95	1.90	23.38	24	0.50	1.69	-0.67	0.31	1.39	30.50	31	0.49	1.72	-0.44	0.64	1.65	38.76	33	0.23		
131r	0.80	-2.86	0.26	2.50	26.22	27	0.51	0.84	-3.47	-0.64	1.65	46.81	33	0.06	0.88	-2.93	-0.15	1.96	48.01	35	0.07		
133	1.54	0.37	1.95	3.35	28.14	21	0.14	1.69	-0.63	0.63	1.81	37.12	32	0.24	1.83	-0.09	1.13	2.22	35.63	32	0.30		
177r	0.11	-12.66	0.10	10.27	131.56	32	0.00	0.15	-11.00	-1.59	6.71	109.93	41	0.00	0.16	-9.17	-0.61	6.57	217.06	40	0.00		
190	3.22	0.60	1.58	2.57	22.32	18	0.22	3.29	-0.17	0.66	1.47	26.93	25	0.36	3.69	0.22	1.04	1.82	36.56	28	0.13		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.72								.80								.78
Unusual Beliefs & Experiences (U-B-E)																							
94	1.74	0.20	1.12	2.29	38.41	24	0.03	1.45	-0.14	0.74	1.93	35.87	33	0.34	1.60	0.05	0.94	2.09	50.13	33	0.03		
99	2.02	1.62	2.37	3.01	19.02	20	0.52	2.41	1.05	1.68	2.32	28.80	27	0.37	2.28	1.30	1.96	2.59	37.19	36	0.41		
106	2.00	1.25	2.11	3.04	13.89	17	0.68	2.28	0.55	1.37	2.08	29.01	32	0.62	2.27	0.87	1.66	2.41	29.04	37	0.82		
139	2.73	1.80	2.51	3.24	12.85	11	0.30	3.06	1.06	1.73	2.52	28.75	21	0.12	3.06	1.37	2.02	2.76	32.17	25	0.15		
143	1.03	1.30	2.53	3.24	32.16	30	0.36	1.04	1.11	2.09	3.20	45.97	39	0.21	1.02	1.22	2.33	3.26	38.43	45	0.75		
150	1.60	1.74	2.58	3.26	28.73	23	0.19	1.53	1.37	2.20	3.08	22.34	27	0.72	1.59	1.55	2.36	3.14	39.15	41	0.55		
194	1.90	0.60	1.39	2.41	22.62	27	0.71	1.70	0.09	0.95	1.79	23.20	32	0.87	1.85	0.36	1.16	2.04	31.86	35	0.62		
209	1.68	0.82	1.85	2.83	19.22	26	0.83	2.03	0.16	1.02	1.75	20.72	31	0.92	1.97	0.47	1.35	2.12	32.08	35	0.61		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.66								.75								.71
Withdrawal (WITH)																							
10	1.91	-0.39	0.83	2.24	36.49	35	0.40	1.93	-0.76	0.21	1.36	57.58	48	0.16	1.98	-0.55	0.52	1.73	63.47	49	0.08		
20	0.76	-2.56	0.66	1.61	40.30	41	0.50	0.72	-3.71	-1.43	0.52	43.95	47	0.60	0.81	-2.78	-0.92	1.01	42.11	51	0.81		
75	1.65	0.09	1.35	2.71	34.17	37	0.60	1.67	-0.65	0.50	1.52	66.56	49	0.05	1.79	-0.23	0.88	1.92	62.61	54	0.20		
82	2.61	0.37	1.37	2.51	29.58	26	0.29	2.72	-0.46	0.55	1.53	52.42	39	0.07	2.85	-0.01	0.92	1.88	43.62	41	0.36		
136	2.45	0.50	1.64	2.71	39.02	27	0.06	2.64	-0.08	1.10	1.95	29.39	32	0.60	2.63	0.22	1.35	2.24	51.55	40	0.10		
146	2.43	0.93	1.97	3.11	24.70	24	0.42	2.40	0.36	1.23	1.95	26.89	36	0.86	2.54	0.64	1.53	2.31	59.81	41	0.03		
147	1.69	-0.01	1.28	2.35	41.10	44	0.60	1.57	-0.43	0.71	1.82	53.08	51	0.39	1.66	-0.20	0.99	2.05	52.84	55	0.56		
161	3.68	0.31	1.13	2.09	30.38	26	0.25	3.29	-0.32	0.65	1.52	30.36	34	0.65	3.57	0.02	0.88	1.76	41.17	37	0.29		
182	2.33	0.98	1.73	2.76	29.70	29	0.43	2.45	0.20	0.92	1.91	33.61	36	0.58	2.55	0.58	1.26	2.20	41.19	43	0.55		
186	2.03	0.23	1.23	2.21	37.59	40	0.58	2.26	-0.41	0.51	1.26	50.44	41	0.15	2.27	-0.07	0.84	1.63	53.56	49	0.30		
Marginal Reliability for Response Pattern Scores:							.83								.89								.87

Table S 6: Inter-facets correlation matrix

	ANHE	ANXI	ATT-S	CALL	DECE	DEPR	DIST	ECCE	EMO-L	GRAN	HOST	IMPU	INT-A	IRRE	MANI	PER-D	PERS	RES-A	RIG-P	RIS-T	SEP-I	SUBM	SUSP	U-B-E	WITH
ANHE		.45	.06	.32	.27	.77	.47	.40	.32	.17	.34	.19	.36	.36	.08	.37	.39	.41	.20	-.08	.25	.37	.39	.22	.63
ANXI	.40		.28	.15	.27	.58	.35	.33	.59	.23	.39	.29	.14	.27	.16	.43	.56	.09	.41	-.12	.47	.42	.47	.27	.33
ATT-S	.12	.38		.30	.54	.18	.21	.31	.33	.60	.38	.35	.01	.32	.58	.38	.36	.11	.28	.27	.45	.31	.33	.35	-.03
CALL	.36	.14	.26		.61	.38	.26	.50	.16	.55	.62	.35	.35	.47	.54	.44	.34	.55	.23	.31	.13	.12	.43	.34	.49
DECE	.27	.30	.53	.60		.37	.30	.44	.22	.54	.47	.35	.27	.51	.67	.47	.36	.39	.21	.23	.28	.33	.43	.38	.32
DEPR	.68	.49	.24	.34	.31		.53	.50	.48	.21	.42	.37	.35	.51	.16	.50	.56	.33	.24	.06	.42	.46	.50	.30	.62
DIST	.43	.42	.29	.25	.33	.49		.44	.37	.16	.28	.44	.25	.57	.19	.51	.45	.28	.06	.10	.27	.37	.32	.25	.37
ECCE	.33	.28	.34	.49	.47	.42	.40		.38	.48	.42	.38	.40	.55	.41	.73	.50	.49	.31	.32	.22	.22	.49	.66	.50
EMO-L	.21	.51	.35	.14	.25	.39	.37	.33		.25	.46	.51	.11	.33	.22	.45	.49	-.03	.33	.06	.53	.32	.44	.36	.24
GRAN	.20	.25	.53	.46	.51	.26	.20	.45	.21		.48	.26	.19	.35	.59	.47	.33	.34	.38	.26	.24	.10	.42	.50	.25
HOST	.31	.38	.37	.56	.49	.32	.31	.34	.43	.41		.52	.23	.39	.50	.44	.43	.32	.39	.22	.29	.14	.57	.37	.40
IMPU	.21	.27	.32	.32	.41	.30	.41	.32	.42	.19	.48		.11	.45	.29	.46	.39	.09	.13	.35	.39	.21	.37	.31	.17
INT-A	.37	.12	.06	.31	.18	.31	.19	.31	-.02	.13	.13	.12		.26	.18	.35	.27	.40	.23	.03	-.10	.19	.24	.28	.50
IRRE	.28	.21	.32	.40	.52	.37	.50	.40	.25	.31	.41	.45	.19		.40	.57	.42	.37	.05	.33	.28	.25	.37	.39	.41
MANI	.16	.23	.55	.48	.69	.20	.24	.38	.19	.56	.43	.29	.12	.39		.41	.29	.33	.30	.33	.21	.15	.35	.42	.16
PER-D	.35	.40	.38	.41	.45	.51	.48	.66	.49	.40	.38	.35	.25	.44	.42		.56	.38	.32	.29	.31	.28	.50	.73	.42
PERS	.43	.53	.36	.34	.35	.55	.55	.53	.48	.41	.37	.36	.23	.42	.30	.63		.26	.51	.08	.39	.49	.43	.38	.41
RES-A	.46	.19	.13	.54	.34	.37	.32	.47	-.04	.33	.30	.16	.50	.30	.30	.39	.41		.23	.16	.00	.10	.30	.33	.53
RIG-P	.23	.47	.30	.23	.21	.28	.16	.35	.33	.46	.31	.09	.11	.06	.25	.39	.54	.26		-.03	.18	.20	.37	.31	.29
RIS-T	-.08	-.09	.22	.30	.29	-.02	.08	.25	.06	.20	.21	.29	.00	.22	.31	.22	.06	.14	.06		.02	-.12	.11	.29	-.02
SEP-I	.23	.52	.36	.15	.30	.35	.34	.22	.45	.23	.32	.33	-.07	.25	.22	.35	.42	.11	.27	.04		.34	.34	.20	.09
SUBM	.33	.40	.35	.12	.29	.40	.43	.22	.29	.21	.17	.22	.12	.25	.18	.30	.46	.19	.25	-.03	.36		.26	.07	.28
SUSP	.34	.42	.36	.48	.49	.39	.29	.48	.33	.43	.44	.28	.26	.31	.37	.47	.44	.38	.37	.21	.36	.21		.45	.44
U-B-E	.18	.22	.30	.31	.34	.28	.23	.57	.34	.43	.33	.22	.16	.33	.39	.64	.40	.27	.32	.26	.19	.14	.40		.27
WITH	.62	.31	.09	.49	.31	.54	.32	.46	.17	.33	.35	.14	.49	.33	.18	.39	.47	.64	.37	-.02	.16	.31	.42	.27	

Note: White area = Pearson correlations between facets from community sample; Gray area = Pearson correlations between facets from clinical sample; Correlations greater than |.50| are presented in bold; ANHE = Anhedonia; ANXI = Anxiousness; ATT-S = Attention Seeking; CALL = Callousness; DECE = Deceitfulness; DEPR = Depressivity; DIST = Distractibility; ECCE = Eccentricity; EMO-L = Emotional Lability; GRAN = Grandiosity; HOST = Hostility; IMPU = Impulsivity; INT-A = Intimacy Avoidance; IRRE = Irresponsibility; MANI = Manipulativeness; PER-D = Perception Dysregulation; PERS = Perseveration; RES-A = Restricted Affectivity; RIG-P = Rigid Perfectionism; RIS-T = Risk Taking; SEP-I = Separation Insecurity; SUBM = Submissiveness; SUSP = Suspiciousness; U-B-E = Unusual Beliefs and Experiences; WITH = Withdrawal.

Table S 7: Exploratory Structural Equating Modeling with oblique target rotation based on Wright et al. (2012) (1st to 3rd level)

Facets	Level I			Facets	Level II						Facets	Level III								
	Pathology				Internalizing			Externalizing				Detachment			Negative Affectivity			Externalizing		
	Com	Cli	Tot		Com	Cli	Tot	Com	Cli	Tot		Com	Cli	Tot	Com	Cli	Tot	Com	Cli	Tot
PER-D	.76	.80	.81	DEPR	.79	.87	.89	.08	.08	.06	WITH	.83	.82	.80	.25	.25	.24	.11	.07	.09
PERS	.75	.69	.75	ANHE	.74	.83	.84	-.01	.00	-.02	ANHE	.69	.71	.69	.40	.48	.51	-.01	-.08	-.05
DEPR	.65	.70	.76	PERS	.71	.70	.66	.28	.34	.30	RES-A	.74	.64	.66	.03	-.08	-.09	.28	.35	.32
DIST	.59	.57	.66	WITH	.70	.69	.68	.11	.14	.14	DEPR	.57	.65	.60	.59	.67	.65	.06	.02	.03
ECCE	.71	.77	.76	ANXI	.58	.69	.69	.17	.06	.12	INT-A	.60	.57	.58	.01	.05	.01	.08	.14	.12
IRRE	.58	.67	.68	PER-D	.59	.66	.59	.46	.46	.48	IRRE	.28	.41	.37	.27	.33	.35	.44	.41	.40
SUSP	.66	.67	.71	DIST	.59	.62	.65	.21	.32	.17	SUSP	.37	.36	.37	.34	.45	.43	.43	.37	.38
ANHE	.55	.56	.66	SUSP	.47	.60	.54	.45	.30	.41	EMO-L	.01	.08	.08	.70	.74	.75	.17	.17	.17
HOST	.61	.67	.69	EMO-L	.43	.57	.58	.26	.16	.21	ANXI	.22	.23	.24	.72	.75	.75	.09	.05	.08
DECE	.67	.65	.66	ECCE	.52	.55	.52	.46	.40	.49	PERS	.43	.33	.36	.66	.61	.59	.23	.26	.27
U-B-E	.58	.64	.62	IRRE	.38	.53	.50	.45	.46	.42	SEP-I	.04	-.05	.01	.60	.66	.66	.18	.18	.18
WITH	.60	.59	.65	HOST	.37	.49	.45	.51	.48	.50	DIST	.34	.41	.39	.54	.47	.53	.17	.13	.15
ANXI	.57	.56	.66	SEP-I	.40	.47	.48	.25	.16	.20	PER-D	.36	.40	.38	.51	.44	.47	.42	.49	.45
CALL	.62	.64	.63	INT-A	.41	.43	.38	.05	.17	.14	ECCE	.45	.51	.48	.31	.31	.30	.45	.48	.46
EMO-L	.52	.57	.63	SUBM	.48	.36	.51	.13	.09	.09	RIG-P	.26	.17	.19	.42	.31	.33	.20	.28	.27
IMPU	.50	.55	.59	RES-A	.52	.34	.35	.24	.29	.33	SUBM	.24	.22	.22	.51	.53	.51	.08	.03	.07
SEP-I	.47	.44	.53	RIG-P	.42	.33	.33	.25	.21	.30	MANI	.09	.08	.07	.10	.08	.07	.76	.79	.78
MANI	.57	.56	.53	MANI	.14	.07	.07	.77	.80	.78	DECE	.22	.27	.26	.18	.20	.20	.75	.66	.67
INT-A	.35	.42	.40	DECE	.28	.33	.30	.75	.77	.68	ATT-S	-.05	-.17	-.13	.37	.35	.35	.57	.66	.63
RES-A	.55	.50	.50	GRAN	.27	.05	.17	.62	.64	.70	GRAN	.23	.14	.16	.19	.14	.12	.60	.73	.69
RIG-P	.50	.44	.48	ATT-S	.21	.01	.16	.61	.63	.62	CALL	.50	.50	.50	.01	.04	.02	.60	.60	.59
GRAN	.60	.60	.57	CALL	.37	.38	.33	.54	.59	.58	RIS-T	-.04	.01	-.03	-.10	-.07	-.10	.49	.46	.47
ATT-S	.54	.50	.52	IMPU	.31	.27	.41	.39	.51	.36	IMPU	.09	.10	.11	.37	.46	.47	.37	.37	.35
SUBM	.45	.41	.48	RIS-T	-.08	-.08	-.10	.47	.50	.46	U-B-E	.22	.25	.24	.28	.25	.26	.44	.53	.50
RIS-T	.24	.27	.21	U-B-E	.34	.44	.32	.47	.48	.53	HOST	.25	.31	.30	.32	.35	.37	.50	.51	.48
TCC	.99	.99	.99		.98	.99	.99	.99	.99	.99		.98	.99	.99	.98	.98	.99	.99	.99	.99

Note: Facets are ordered (descending) according to the values of factor loadings from Wright et al. (2012); Colored areas represent the facets that share the same domain according to Wright et al. (2012); Shown factor loadings are from current data; Com = Community sample; Cli = Clinical sample; Tot = Total sample; TCC = Tucker's factor congruence coefficient; ANHE = Anhedonia; ANXI = Anxiousness; ATT-S = Attention Seeking; CALL = Callousness; DECE = Deceitfulness; DEPR = Depressivity; DIST = Distractibility; ECCE = Eccentricity; EMO-L = Emotional Lability; GRAN = Grandiosity; HOST = Hostility; IMPU = Impulsivity; INT-A = Intimacy Avoidance; IRRE = Irresponsibility; MANI = Manipulativeness; PER-D = Perception Dysregulation; PERS = Perseveration; RES-A = Restricted Affectivity; RIG-P = Rigid Perfectionism; RIS-T = Risk Taking; SEP-I = Separation Insecurity; SUBM = Submissiveness; SUSP = Suspiciousness; U-B-E = Unusual Beliefs and Experiences; WITH = Withdrawal.

Table S 8: Exploratory Structural Equating Modeling with orthogonal target rotation based on Wright et al. (2012) (4th level)

Facets	Level IV											
	Detachment			Negative Affectivity			Antagonism			Disinhibition		
	Com	Cli	Tot	Com	Cli	Tot	Com	Cli	Tot	Com	Cli	Tot
WITH	.81	.83	.81	.22	.24	.23	.13	.09	.10	-.04	-.02	-.02
ANHE	.72	.72	.71	.37	.45	.46	-.07	-.10	-.10	.14	.05	.12
DEPR	.61	.66	.63	.56	.61	.59	-.03	-.05	-.06	.21	.22	.24
RES-A	.71	.63	.65	.01	-.09	-.09	.30	.36	.35	.05	.08	.05
INT-A	.59	.57	.57	-.02	.05	.01	.08	.16	.13	.03	.00	.00
PER-D	.36	.40	.39	.49	.39	.44	.37	.40	.39	.24	.39	.30
SUSP	.34	.36	.37	.32	.45	.43	.43	.36	.36	.14	.10	.14
IRRE	.36	.41	.41	.23	.22	.22	.30	.25	.28	.57	.62	.58
EMO-L	.03	.10	.10	.69	.72	.73	.10	.12	.11	.20	.19	.19
ANXI	.21	.25	.25	.72	.79	.78	.07	.06	.05	.04	-.05	.00
PERS	.42	.34	.36	.66	.61	.61	.21	.24	.25	.08	.11	.07
SEP-I	.07	-.03	.03	.59	.63	.63	.11	.11	.11	.21	.22	.22
RIG-P	.15	.18	.15	.48	.42	.49	.36	.41	.40	-.39	-.34	-.40
SUBM	.26	.24	.23	.50	.52	.49	.02	-.01	.03	.16	.08	.10
ECCE	.44	.50	.47	.29	.26	.27	.44	.41	.43	.19	.34	.25
MANI	.08	.07	.06	.08	.08	.06	.73	.75	.75	.36	.26	.32
GRAN	.16	.14	.14	.18	.16	.16	.69	.75	.72	.04	.12	.10
DECE	.24	.27	.26	.14	.18	.15	.67	.60	.61	.51	.32	.43
CALL	.50	.48	.49	-.03	.01	-.02	.57	.58	.56	.30	.24	.30
ATT-S	-.05	-.17	-.13	.36	.34	.35	.54	.61	.59	.28	.27	.28
HOST	.26	.31	.30	.30	.36	.36	.44	.50	.44	.32	.15	.25
U-B-E	.19	.24	.23	.27	.23	.25	.45	.49	.48	.12	.26	.19
IMPU	.16	.09	.13	.34	.39	.38	.21	.23	.24	.54	.50	.50
RIS-T	-.04	-.01	-.03	-.11	-.15	-.16	.45	.36	.42	.28	.48	.39
DIST	.41	.42	.42	.52	.38	.44	.02	-.02	.03	.43	.48	.41
TCC	.98	.99	.99	.98	.98	.99	.98	.98	.99	.88	.95	.91

Note: Facets are ordered (descending) according to the values of factor loadings from Wright et al. (2012); Colored areas represent the facets that share the same domain according to Wright et al. (2012); Shown factor loadings are from current data; Com = Community sample; Cli = Clinical sample; Tot = Total sample; TCC = Tucker's factor congruence coefficient; ANHE = Anhedonia; ANXI = Anxiousness; ATT-S = Attention Seeking; CALL = Callousness; DECE = Deceitfulness; DEPR = Depressivity; DIST = Distractibility; ECCE = Eccentricity; EMO-L = Emotional Lability; GRAN = Grandiosity; HOST = Hostility; IMPU = Impulsivity; INT-A = Intimacy Avoidance; IRRE = Irresponsibility; MANI = Manipulativeness; PER-D = Perception Dysregulation; PERS = Perseveration; RES-A = Restricted Affectivity; RIG-P = Rigid Perfectionism; RIS-T = Risk Taking; SEP-I = Separation Insecurity; SUBM = Submissiveness; SUSP = Suspiciousness; U-B-E = Unusual Beliefs and Experiences; WITH = Withdrawal.

Table S 9: Exploratory Structural Equating Modeling with orthogonal target rotation based on Wright et al. (2012) (5th level)

Facets	Level V														
	Detachment			Negative Affectivity			Antagonism			Disinhibition			Psychoticism		
	Com	Cli	Tot	Com	Cli	Tot	Com	Cli	Tot	Com	Cli	Tot	Com	Cli	Tot
ANHE	.76	.77	.77	.29	.35	.37	.03	.00	.01	.03	.02	.04	.06	.09	.09
WITH	.77	.81	.79	.11	.12	.12	.16	.12	.13	-.13	-.09	-.11	.26	.24	.25
DEPR	.66	.73	.69	.48	.52	.50	.03	.05	.04	.15	.18	.18	.19	.12	.14
RES-A	.64	.55	.57	-.09	-.18	-.18	.29	.36	.33	-.01	.00	-.03	.30	.27	.29
INT-A	.55	.51	.53	-.10	-.03	-.07	.08	.12	.11	.00	-.06	-.04	.21	.31	.27
IRRE	.38	.42	.42	.17	.15	.17	.35	.33	.33	.51	.55	.51	.18	.20	.20
SUSP	.31	.35	.36	.27	.40	.37	.41	.33	.34	.06	.04	.07	.27	.29	.27
EMO-L	.09	.15	.15	.67	.71	.71	.06	.08	.07	.22	.16	.19	.24	.22	.22
ANXI	.26	.31	.31	.73	.76	.75	.12	.04	.08	-.07	-.06	-.04	.04	.16	.12
SEP-I	.12	.05	.10	.60	.63	.63	.17	.18	.18	.12	.22	.17	.01	-.04	-.01
PERS	.43	.36	.36	.58	.57	.56	.15	.20	.19	.08	.06	.04	.41	.30	.34
RIG-P	.09	.13	.10	.44	.41	.45	.24	.26	.25	-.41	-.42	-.42	.33	.34	.34
SUBM	.31	.31	.29	.48	.48	.46	.10	.10	.11	.07	.08	.05	.01	-.07	-.02
MANI	.03	.02	.00	.07	.05	.05	.76	.79	.78	.22	.18	.20	.13	.13	.13
DECE	.22	.25	.24	.12	.11	.11	.76	.71	.72	.34	.26	.29	.06	.05	.06
GRAN	.08	.07	.06	.15	.13	.13	.64	.68	.66	-.07	.05	.01	.26	.29	.28
CALL	.44	.45	.45	-.09	-.08	-.10	.60	.66	.63	.17	.13	.16	.20	.14	.16
ATT-S	-.06	-.17	-.14	.38	.36	.36	.56	.63	.61	.16	.24	.19	.07	.06	.07
HOST	.25	.31	.30	.27	.30	.31	.49	.53	.49	.18	.05	.13	.09	.15	.12
IMPU	.22	.13	.18	.32	.36	.35	.27	.27	.27	.48	.44	.45	.08	.14	.12
RIS-T	-.08	-.06	-.08	-.13	-.15	-.16	.38	.33	.35	.31	.43	.38	.23	.21	.22
DIST	.48	.46	.47	.46	.32	.38	.07	.05	.08	.40	.45	.39	.18	.16	.18
U-B-E	.13	.13	.14	.19	.21	.21	.27	.25	.26	.24	.22	.25	.67	.74	.69
PER-D	.35	.34	.35	.41	.34	.38	.22	.24	.23	.35	.36	.35	.67	.66	.63
ECCE	.39	.44	.42	.18	.19	.18	.31	.27	.28	.26	.28	.27	.62	.62	.61
TCC	.98	.99	.99	.98	.98	.98	.99	.99	1.00	.93	.95	.94	.98	.98	.99

Note: Facets are ordered (descending) according to the values of factor loadings from Wright et al. (2012); Colored areas represent the facets that share the same domain according to Wright et al. (2012); Shown factor loadings are from current data; Com = Community sample; Cli = Clinical sample; Tot = Total sample; TCC = Tucker's factor congruence coefficient; ANHE = Anhedonia; ANXI = Anxiousness; ATT-S = Attention Seeking; CALL = Callousness; DECE = Deceitfulness; DEPR = Depressivity; DIST = Distractibility; ECCE = Eccentricity; EMO-L = Emotional Lability; GRAN = Grandiosity; HOST = Hostility; IMPU = Impulsivity; INT-A = Intimacy Avoidance; IRRE = Irresponsibility; MANI = Manipulativeness; PER-D = Perception Dysregulation; PERS = Perseveration; RES-A = Restricted Affectivity; RIG-P = Rigid Perfectionism; RIS-T = Risk Taking; SEP-I = Separation Insecurity; SUBM = Submissiveness; SUSP = Suspiciousness; U-B-E = Unusual Beliefs and Experiences; WITH = Withdrawal.

Table S 10: PID-5 score comparisons between groups with low and high risk for psychiatric disturbance

	SRQ-20 Score < 8 (<i>n</i> = 797)		SRQ-20 Score ≥ 8 (<i>n</i> = 411)		Difference Test			Effect Size		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>d.f.</i>	<i>p</i> -value	<i>d</i>	<i>d</i> CI95%	
									↓	↑
ANHE	.75	.51	1.56	.67	-21.437	658.535	< .001	1.42	1.36	1.46
ANXI	1.25	.60	1.96	.63	-19.107	1206	< .001	1.16	1.10	1.21
ATT-S	.93	.68	1.16	.77	-5.120	738.073	< .001	.32	.25	.37
CALL	.27	.33	.46	.50	-6.882	603.196	< .001	.48	.43	.50
DECE	.40	.42	.66	.60	-7.909	622.975	< .001	.53	.47	.56
DEPR	.38	.38	1.17	.74	-20.257	524.066	< .001	1.49	1.42	1.52
DIST	.82	.60	1.43	.73	-14.510	705.797	< .001	.94	.87	.99
ECCE	.44	.59	.87	.82	-9.326	638.048	< .001	.64	.56	.68
EMO-L	.98	.63	1.64	.74	-15.418	725.732	< .001	.99	.92	1.03
GRAN	.63	.55	.80	.67	-4.333	700.807	< .001	.29	.22	.32
HOST	.77	.55	1.24	.72	-11.738	659.741	< .001	.77	.70	.81
IMPU	.65	.60	1.10	.83	-9.700	639.866	< .001	.66	.65	.70
INT-A	.48	.57	.70	.70	-5.465	692.190	< .001	.36	.29	.40
IRRE	.39	.42	.78	.58	-12.230	632.015	< .001	.81	.76	.84
MANI	.65	.64	.79	.74	-3.339	730.130	.001	.21	.14	.25
PER-D	.34	.36	.73	.54	-13.092	602.915	< .001	.91	.86	.93
PERS	.66	.51	1.08	.61	-11.897	709.700	< .001	.77	.71	.81
RES-A	.81	.64	1.02	.71	-5.063	761.018	< .001	.32	.25	.36
RIG-P	.94	.65	1.21	.73	-6.234	752.717	< .001	.40	.33	.44
RIS-T	1.02	.47	.97	.56	1.306	719.315	.192	-.10	-.15	-.07
SEP-I	.62	.60	1.16	.82	-11.740	641.716	< .001	.79	.71	.83
SUBM	.79	.62	1.15	.73	-8.545	725.735	< .001	.55	.48	.59
SUSP	.88	.47	1.32	.59	-13.092	687.127	< .001	.86	.80	.89
U-B-E	.36	.44	.58	.58	-6.848	656.652	< .001	.45	.39	.48
WITH	.71	.55	1.17	.72	-11.288	660.740	< .001	.75	.68	.79
NEG-A	.89	.33	1.41	.44	-20.696	646.030	< .001	1.40	1.36	1.43
DETA	.64	.37	1.17	.53	-18.430	625.091	< .001	1.23	1.18	1.26
ANTA	.57	.37	.82	.50	-9.102	650.059	< .001	.60	.55	.62
DISI	1.06	.30	1.23	.39	-7.512	658.091	< .001	.51	.47	.53
PSYC	.39	.41	.75	.60	-11.022	619.890	< .001	.75	.69	.77

Note: SRQ-20 = Self-Reporting Questionnaire; *M* = Mean; *SD* = Standard deviation; *t* = Student's *t* test statistic; *d.f.* = degrees freedom; *d* = Cohen's *d*; CI95% = Confidence interval of 95% with lower and upper boundaries (↓ ↑ respectively); Cohen's *d* with a medium effect size considering the lower boundaries of confidence interval of 95% are presented in bold; ANHE = Anhedonia; ANXI = Anxiousness; ATT-S = Attention Seeking; CALL = Callousness; DECE = Deceitfulness; DEPR = Depressivity; DIST = Distractibility; ECCE = Eccentricity; EMO-L = Emotional Lability; GRAN = Grandiosity; HOST = Hostility; IMPU = Impulsivity; INT-A = Intimacy Avoidance; IRRE = Irresponsibility; MANI = Manipulativeness; PER-D = Perception Dysregulation; PERS = Perseveration; RES-A = Restricted Affectivity; RIG-P = Rigid Perfectionism; RIS-T = Risk Taking; SEP-I = Separation Insecurity; SUBM = Submissiveness; SUSP = Suspiciousness; U-B-E = Unusual Beliefs and Experiences; WITH = Withdrawal; NEG-A = Negative Affectivity; DETA = Detachment; ANTA = Antagonism; DISI = Distractibility; PSYC = Psychoticism.

Table S 11: PID-5 score comparisons between groups with low and high risk for suicide attempt

	Suicide Risk Score < 6 (n = 910)		Suicide Risk Score ≥ 6 (n = 176)		Difference Test			Effect Size		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>d.f.</i>	<i>p</i> -value	<i>d</i>	<i>d</i> CI95%	
									↓	↑
ANHE	.90	.60	1.60	.73	-11.975	222.564	< .001	1.12	1.02	1.16
ANXI	1.40	.66	1.92	.69	-9.520	1084	< .001	.78	.68	.83
ATT-S	.96	.69	1.19	.82	-3.559	224.604	< .001	.32	.20	.37
CALL	.28	.34	.57	.56	-6.632	201.135	< .001	.76	.67	.78
DECE	.43	.45	.79	.66	-6.966	206.862	< .001	.74	.64	.76
DEPR	.48	.47	1.42	.81	-14.859	198.072	< .001	1.74	1.62	1.77
DIST	.94	.66	1.43	.77	-7.828	227.993	< .001	.72	.61	.77
ECCE	.47	.59	1.09	.92	-8.654	203.436	< .001	.95	.81	.99
EMO-L	1.10	.70	1.65	.79	-8.560	230.133	< .001	.77	.65	.82
GRAN	.65	.55	.87	.75	-3.765	212.709	< .001	.38	.26	.41
HOST	.85	.59	1.27	.78	-6.786	215.266	< .001	.67	.56	.71
IMPU	.72	.65	1.15	.90	-6.074	211.510	< .001	.62	.49	.66
INT-A	.50	.57	.79	.79	-4.741	212.584	< .001	.48	.36	.51
IRRE	.45	.45	.91	.63	-9.073	209.738	< .001	.95	.86	.98
MANI	.66	.64	.86	.84	-2.960	215.477	.003	.30	.17	.34
PER-D	.40	.40	.82	.59	-9.024	206.920	< .001	.96	.88	.99
PERS	.73	.54	1.12	.65	-7.546	223.337	< .001	.70	.66	.73
RES-A	.83	.66	1.09	.73	-4.625	1084	< .001	.39	.28	.43
RIG-P	1.00	.67	1.19	.76	-3.156	229.124	.002	.28	.17	.32
RIS-T	.97	.47	1.14	.61	-3.491	217.424	.001	.34	.25	.37
SEP-I	.70	.65	1.27	.86	-8.247	214.612	< .001	.83	.70	.87
SUBM	.86	.65	1.19	.76	-5.346	226.695	< .001	.49	.38	.54
SUSP	.95	.51	1.39	.58	-9.283	230.311	< .001	.84	.76	.88
U-B-E	.38	.46	.66	.61	-5.759	215.449	< .001	.58	.48	.60
WITH	.76	.58	1.37	.75	-10.129	216.303	< .001	1.00	.89	1.04
NEG-A	.98	.37	1.47	.50	-12.391	214.460	< .001	1.25	1.17	1.27
DETA	.71	.41	1.32	.57	-13.360	211.555	< .001	1.39	1.30	1.41
ANTA	.59	.39	.90	.56	-6.877	209.525	< .001	.74	.65	.76
DISI	1.08	.32	1.31	.42	-6.963	215.637	< .001	.68	.62	.70
PSYC	.42	.43	.89	.66	-8.963	204.118	< .001	.99	.89	1.02

Note: Suicide Risk = Suicidality Module from the Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) (Sheehan et al., 1998); *M* = Mean; *SD* = Standard deviation; *t* = Student's t test statistic; *d.f.* = degrees freedom; *d* = Cohen's *d*; CI95% = Confidence interval of 95% with lower and upper boundaries (↓ ↑ respectively); Cohen's *d* with a medium effect size considering the lower boundaries of confidence interval of 95% are presented in bold; ANHE = Anhedonia; ANXI = Anxiousness; ATT-S = Attention Seeking; CALL = Callousness; DECE = Deceitfulness; DEPR = Depressivity; DIST = Distractibility; ECCE = Eccentricity; EMO-L = Emotional Lability; GRAN = Grandiosity; HOST = Hostility; IMPU = Impulsivity; INT-A = Intimacy Avoidance; IRRE = Irresponsibility; MANI = Manipulativeness; PER-D = Perception Dysregulation; PERS = Perseveration; RES-A = Restricted Affectivity; RIG-P = Rigid Perfectionism; RIS-T = Risk Taking; SEP-I = Separation Insecurity; SUBM = Submissiveness; SUSP = Suspiciousness; U-B-E = Unusual Beliefs and Experiences; WITH = Withdrawal; NEG-A = Negative Affectivity; DETA = Detachment; ANTA = Antagonism; DISI = Distractibility; PSYC = Psychoticism.

Table S 12: PID-5 score comparisons between groups of people with and without psychiatric diagnosis

	Without diagnosis (<i>n</i> = 909)		With diagnosis (<i>n</i> = 203)		Difference Test			Effect Size		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>d.f.</i>	<i>P</i> -value	<i>d</i>	<i>d</i> CI95%	
									↓	↑
ANHE	.93	.63	1.43	.75	-8.856	269.517	< .001	.77	.66	.81
ANXI	1.41	.67	1.85	.70	-8.528	1110	< .001	.66	.57	.71
ATT-S	.96	.69	1.13	.81	-2.701	271.089	.007	.23	.12	.28
CALL	.31	.37	.44	.50	-3.401	254.535	.001	.32	.25	.34
DECE	.46	.48	.59	.58	-3.059	268.312	.002	.27	.19	.30
DEPR	.54	.53	1.08	.85	-8.684	238.585	< .001	.90	.78	.93
DIST	.95	.68	1.35	.73	-7.478	1110	< .001	.58	.48	.63
ECCE	.51	.63	.86	.88	-5.364	250.735	< .001	.51	.39	.55
EMO-L	1.09	.69	1.58	.80	-8.089	274.170	< .001	.69	.58	.73
GRAN	.66	.56	.80	.69	-2.846	265.448	.005	.25	.16	.29
HOST	.86	.62	1.16	.72	-5.424	271.495	< .001	.47	.37	.51
IMPU	.72	.68	1.09	.81	-6.062	268.284	< .001	.53	.42	.57
INT-A	.51	.59	.68	.69	-3.178	271.674	.002	.27	.18	.31
IRRE	.47	.47	.75	.62	-6.097	256.472	< .001	.56	.48	.59
MANI	.66	.66	.81	.71	-2.691	285.983	.008	.22	.12	.26
PER-D	.42	.41	.68	.57	-6.073	251.211	< .001	.58	.50	.60
PERS	.74	.56	1.02	.61	-6.313	1110	< .001	.49	.47	.53
RES-A	.87	.67	.91	.71	-.713	1110	.476	.06	-.04	.10
RIG-P	.99	.67	1.18	.72	-3.608	1110	< .001	.28	.18	.32
RIS-T	.99	.48	1.00	.59	-.230	264.456	.818	.02	-.06	.05
SEP-I	.75	.68	.97	.81	-3.571	270.428	< .001	.31	.20	.35
SUBM	.88	.67	1.03	.70	-2.864	1110	.004	.22	.13	.27
SUSP	.98	.53	1.24	.60	-5.716	275.878	< .001	.48	.40	.52
U-B-E	.38	.46	.60	.59	-4.912	258.844	< .001	.45	.37	.48
WITH	.80	.61	1.12	.73	-5.731	268.746	< .001	.50	.40	.54
NEG-A	1.00	.40	1.33	.50	-8.936	262.042	< .001	.80	.73	.83
DETA	.75	.45	1.09	.58	-7.874	258.066	< .001	.72	.64	.75
ANTA	.61	.41	.78	.50	-4.489	266.776	< .001	.39	.32	.42
DISI	1.09	.32	1.22	.42	-4.184	258.520	< .001	.38	.32	.40
PSYC	.45	.45	.73	.63	-6.049	249.827	< .001	.58	.49	.61

Note: Grouping criterion was based on the answer for the questions: "Do you have any psychiatric diagnosis? If you do, describe it"; *M* = Mean; *SD* = Standard deviation; *t* = Student's *t* test statistic; *d.f.* = degrees freedom; *d* = Cohen's *d*; CI95% = Confidence interval of 95% with lower and upper boundaries (↓ ↑ respectively); Cohen's *d* with a medium effect size considering the lower boundaries of confidence interval of 95% are presented in bold; ANHE = Anhedonia; ANXI = Anxiousness; ATT-S = Attention Seeking; CALL = Callousness; DECE = Deceitfulness; DEPR = Depressivity; DIST = Distractibility; ECCE = Eccentricity; EMO-L = Emotional Lability; GRAN = Grandiosity; HOST = Hostility; IMPU = Impulsivity; INT-A = Intimacy Avoidance; IRRE = Irresponsibility; MANI = Manipulativeness; PER-D = Perception Dysregulation; PERS = Perseveration; RES-A = Restricted Affectivity; RIG-P = Rigid Perfectionism; RIS-T = Risk Taking; SEP-I = Separation Insecurity; SUBM = Submissiveness; SUSP = Suspiciousness; U-B-E = Unusual Beliefs and Experiences; WITH = Withdrawal; NEG-A = Negative Affectivity; DETA = Detachment; ANTA = Antagonism; DISI = Distractibility; PSYC = Psychoticism.

Table S 13: PID-5 score comparisons between groups of people users or don't of psychotropic medication

	No (<i>n</i> = 972)		Yes (<i>n</i> = 163)		Difference Test			Effect Size		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>d.f.</i>	<i>p</i> -value	<i>d</i>	<i>d</i> CI95%	
									↓	↑
ANHE	.96	.64	1.41	.76	-7.270	203.558	< .001	.69	.57	.73
ANXI	1.43	.67	1.84	.73	-6.736	211.073	< .001	.60	.49	.65
ATT-S	.97	.70	1.14	.79	-2.877	1133	.004	.24	.12	.29
CALL	.31	.38	.46	.52	-3.391	192.220	.001	.36	.28	.38
DECE	.46	.48	.61	.59	-3.099	199.903	.002	.30	.21	.33
DEPR	.56	.57	1.09	.87	-7.541	185.677	< .001	.86	.73	.90
DIST	.97	.69	1.30	.71	-5.581	1133	< .001	.47	.36	.52
ECCE	.53	.65	.82	.87	-4.034	193.453	< .001	.42	.29	.46
EMO-L	1.11	.71	1.63	.77	-8.469	1133	< .001	.72	.60	.76
GRAN	.66	.57	.83	.67	-3.046	203.359	.003	.29	.19	.33
HOST	.87	.62	1.19	.76	-5.007	199.594	< .001	.49	.37	.53
IMPU	.72	.68	1.15	.82	-6.347	200.873	< .001	.62	.49	.66
INT-A	.53	.60	.67	.71	-2.401	202.504	.017	.23	.12	.27
IRRE	.48	.48	.76	.61	-5.461	196.363	< .001	.55	.46	.58
MANI	.67	.67	.83	.72	-2.779	1133	.006	.24	.12	.28
PER-D	.43	.42	.68	.61	-4.959	188.223	< .001	.55	.45	.57
PERS	.75	.56	1.05	.63	-6.251	1133	< .001	.53	.52	.56
RES-A	.88	.68	.87	.68	.235	1133	.815	-.02	-.12	.02
RIG-P	1.01	.67	1.16	.75	-2.741	1133	.006	.23	.12	.27
RIS-T	.98	.48	1.04	.62	-.995	195.772	.321	.10	.01	.13
SEP-I	.76	.69	.98	.82	-3.199	202.850	.002	.30	.18	.35
SUBM	.88	.66	1.09	.74	-3.695	1133	< .001	.31	.20	.35
SUSP	1.00	.54	1.20	.61	-3.960	205.675	< .001	.37	.27	.40
U-B-E	.39	.46	.63	.63	-4.724	191.544	< .001	.50	.40	.53
WITH	.82	.62	1.12	.74	-4.985	201.455	< .001	.48	.37	.52
NEG-A	1.01	.40	1.35	.52	-8.004	195.525	< .001	.82	.73	.84
DETA	.77	.46	1.08	.60	-6.355	195.593	< .001	.65	.55	.68
ANTA	.62	.42	.80	.52	-4.344	198.821	< .001	.43	.35	.46
DISI	1.09	.33	1.23	.41	-4.237	198.166	< .001	.42	.36	.44
PSYC	.46	.46	.72	.66	-4.884	189.438	< .001	.53	.43	.56

Note: Grouping criterion was based on the answer for the questions: "Are you using any kind of psychotropic medication? If you are, describe it"; *M* = Mean; *SD* = Standard deviation; *t* = Student's *t* test statistic; *d.f.* = degrees freedom; *d* = Cohen's *d*; CI95% = Confidence interval of 95% with lower and upper boundaries (↓ ↑ respectively); Cohen's *d* with a medium effect size considering the lower boundaries of confidence interval of 95% are presented in bold; ANHE = Anhedonia; ANXI = Anxiousness; ATT-S = Attention Seeking; CALL = Callousness; DECE = Deceitfulness; DEPR = Depression; DIST = Distractibility; ECCE = Eccentricity; EMO-L = Emotional Lability; GRAN = Grandiosity; HOST = Hostility; IMPU = Impulsivity; INT-A = Intimacy Avoidance; IRRE = Irresponsibility; MANI = Manipulativeness; PER-D = Perception Dysregulation; PERS = Perseveration; RES-A = Restricted Affectivity; RIG-P = Rigid Perfectionism; RIS-T = Risk Taking; SEP-I = Separation Insecurity; SUBM = Submissiveness; SUSP = Suspiciousness; U-B-E = Unusual Beliefs and Experiences; WITH = Withdrawal; NEG-A = Negative Affectivity; DETA = Detachment; ANTA = Antagonism; DISI = Distractibility; PSYC = Psychoticism.

Table S 14: PID-5 score comparisons between community and clinical samples

	Community (<i>n</i> = 656)		Clinical (<i>n</i> = 554)		Difference Test			Effect Size		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>d.f.</i>	<i>p</i> -value	<i>d</i>	<i>d</i> CI95%	
									↓	↑
ANHE	.72	.48	1.39	.71	-19.048	947.506	< .001	1.13	1.08	1.17
ANXI	1.21	.59	1.82	.67	-16.598	1115.267	< .001	.97	.91	1.01
ATT-S	.91	.66	1.12	.77	-5.156	1100.554	< .001	.30	.24	.35
CALL	.26	.34	.42	.47	-6.721	983.391	< .001	.40	.36	.42
DECE	.39	.42	.61	.57	-7.728	999.443	< .001	.46	.41	.49
DEPR	.34	.35	1.02	.73	-20.114	759.916	< .001	1.23	1.16	1.25
DIST	.79	.60	1.31	.73	-13.241	1066.237	< .001	.78	.72	.82
ECCE	.41	.56	.80	.80	-9.475	975.461	< .001	.56	.50	.61
EMO-L	.94	.63	1.51	.75	-14.141	1085.255	< .001	.83	.77	.88
GRAN	.62	.54	.77	.65	-4.481	1080.178	< .001	.26	.21	.30
HOST	.75	.53	1.15	.70	-11.147	1017.973	< .001	.66	.60	.70
IMPU	.62	.59	1.02	.79	-9.911	1007.643	< .001	.59	.52	.63
INT-A	.47	.56	.65	.69	-4.857	1064.270	< .001	.29	.23	.33
IRRE	.37	.42	.70	.56	-11.413	1006.356	< .001	.68	.63	.71
MANI	.63	.62	.78	.74	-3.988	1087.225	< .001	.23	.17	.28
PER-D	.32	.36	.66	.52	-12.878	956.703	< .001	.77	.72	.79
PERS	.63	.51	1.01	.60	-11.624	1084.672	< .001	.68	.67	.72
RES-A	.81	.64	.96	.70	-3.853	1132.705	< .001	.22	.17	.27
RIG-P	.93	.64	1.16	.72	-5.778	1116.531	< .001	.34	.28	.39
RIS-T	1.01	.47	1.00	.55	.424	1094.709	.671	-.02	-.07	.01
SEP-I	.60	.58	1.04	.80	-10.784	987.403	< .001	.64	.57	.68
SUBM	.78	.62	1.08	.72	-7.767	1098.691	< .001	.45	.39	.50
SUSP	.86	.47	1.24	.58	-12.232	1054.773	< .001	.72	.67	.76
U-B-E	.34	.43	.55	.56	-7.276	1020.589	< .001	.43	.38	.46
WITH	.69	.55	1.07	.69	-10.589	1048.664	< .001	.62	.57	.67
NEG-A	.87	.31	1.31	.45	-19.396	958.963	< .001	1.15	1.12	1.18
DETA	.61	.36	1.07	.53	-17.019	957.309	< .001	1.01	.97	1.04
ANTA	.55	.37	.78	.48	-9.019	1023.537	< .001	.53	.49	.56
DISI	1.05	.29	1.20	.38	-7.585	1026.381	< .001	.45	.42	.47
PSYC	.36	.40	.69	.58	-11.173	958.223	< .001	.66	.62	.70

Note: *M* = Mean; *SD* = Standard deviation; *t* = Student's *t* test statistic; *d.f.* = degrees freedom; *d* = Cohen's *d*; CI95% = Confidence interval of 95% with lower and upper boundaries (↓ ↑ respectively); Cohen's *d* with a medium effect size considering the lower boundaries of confidence interval of 95% are presented in bold; ANHE = Anhedonia; ANXI = Anxiousness; ATT-S = Attention Seeking; CALL = Callousness; DECE = Deceitfulness; DEPR = Depression; DIST = Distractibility; ECCE = Eccentricity; EMO-L = Emotional Lability; GRAN = Grandiosity; HOST = Hostility; IMPU = Impulsivity; INT-A = Intimacy Avoidance; IRRE = Irresponsibility; MANI = Manipulativeness; PER-D = Perception Dysregulation; PERS = Perseveration; RES-A = Restricted Affectivity; RIG-P = Rigid Perfectionism; RIS-T = Risk Taking; SEP-I = Separation Insecurity; SUBM = Submissiveness; SUSP = Suspiciousness; U-B-E = Unusual Beliefs and Experiences; WITH = Withdrawal; NEG-A = Negative Affectivity; DETA = Detachment; ANTA = Antagonism; DISI = Distractibility; PSYC = Psychoticism.

Table S 15: PID-5 score comparisons between male and female participants from community sample

	Male		Female		Difference Test			Effect Size		
	(n = 154)		(n = 473)		t	d.f.	p-value	d	d CI95%	
	M	SD	M	SD					↓	↑
ANHE	.82	.51	.68	.47	3.185	625	.002	-.29	-.33	-.21
ANXI	1.24	.61	1.21	.59	.530	625	.596	-.05	-.10	.05
ATT-S	1.08	.71	.85	.63	3.594	235.437	< .001	-.35	-.41	-.24
CALL	.40	.43	.21	.26	4.962	190.449	< .001	-.61	-.64	-.55
DECE	.58	.55	.32	.34	5.445	191.804	< .001	-.65	-.68	-.56
DEPR	.42	.42	.31	.30	3.146	206.538	.002 ^a	-.33	-.36	-.26
DIST	.90	.65	.77	.58	2.402	625	.017 ^a	-.22	-.27	-.12
ECCE	.66	.73	.32	.45	5.505	192.940	< .001	-.64	-.68	-.52
EMO-L	.80	.64	.99	.62	-3.242	625	.001	.30	.25	.41
GRAN	.87	.65	.53	.45	6.200	203.694	< .001	-.67	-.71	-.57
HOST	.83	.59	.72	.51	2.305	625	.021 ^a	-.21	-.25	-.11
IMPU	.69	.61	.59	.59	1.680	625	.093	-.17	-.22	-.07
INT-A	.46	.50	.48	.58	-.385	625	.701	.04	-.02	.11
IRRE	.49	.45	.33	.38	3.966	226.551	< .001	-.40	-.44	-.33
MANI	.85	.76	.55	.55	4.511	207.154	< .001	-.49	-.54	-.37
PER-D	.38	.41	.30	.32	2.162	219.226	.032 ^a	-.23	-.26	-.17
PERS	.74	.56	.60	.48	2.817	228.699	.005 ^a	-.28	-.27	-.19
RES-A	1.09	.67	.72	.60	6.341	625	< .001	-.60	-.65	-.49
RIG-P	1.01	.63	.91	.64	1.797	625	.073 ^b	-.16	-.21	-.06
RIS-T	1.17	.47	.95	.44	5.111	625	< .001	-.49	-.53	-.42
SEP-I	.66	.57	.59	.58	1.315	625	.189 ^b	-.12	-.17	-.03
SUBM	.82	.67	.76	.60	1.032	238.253	.303	-.10	-.15	.01
SUSP	1.01	.51	.81	.44	4.595	625	< .001	-.44	-.48	-.36
U-B-E	.43	.50	.31	.39	2.684	216.439	.008 ^a	-.29	-.32	-.21
WITH	.84	.57	.63	.53	4.022	625	< .001	-.39	-.44	-.30
NEG-A	.88	.34	.86	.30	.594	625	.553	-.06	-.09	-.01
DETA	.74	.39	.57	.34	4.695	235.397	< .001	-.48	-.51	-.42
ANTA	.71	.46	.49	.31	5.595	201.889	< .001	-.62	-.65	-.55
DISI	1.13	.30	1.02	.29	3.886	625	< .001	-.38	-.40	-.33
PSYC	.50	.49	.31	.34	4.562	203.345	< .001	-.50	-.53	-.42

Note: ^a Non-parametric test retains the null hypothesis ($p > .05$); ^b Non-parametric test rejects the null hypothesis ($p < .05$); *M* = Mean; *SD* = Standard deviation; *t* = Student's *t* test statistic; *d.f.* = degrees freedom; *d* = Cohen's *d*; CI95% = Confidence interval of 95% with lower and upper boundaries (↓ ↑ respectively); Cohen's *d* with a medium effect size considering the lower boundaries of confidence interval of 95% are presented in bold; ANHE = Anhedonia; ANXI = Anxiousness; ATT-S = Attention Seeking; CALL = Callousness; DECE = Deceitfulness; DEPR = Depressivity; DIST = Distractibility; ECCE = Eccentricity; EMO-L = Emotional Lability; GRAN = Grandiosity; HOST = Hostility; IMPU = Impulsivity; INT-A = Intimacy Avoidance; IRRE = Irresponsibility; MANI = Manipulativeness; PER-D = Perception Dysregulation; PERS = Perseveration; RES-A = Restricted Affectivity; RIG-P = Rigid Perfectionism; RIS-T = Risk Taking; SEP-I = Separation Insecurity; SUBM = Submissiveness; SUSP = Suspiciousness; U-B-E = Unusual Beliefs and Experiences; WITH = Withdrawal; NEG-A = Negative Affectivity; DETA = Detachment; ANTA = Antagonism; DISI = Disinhibition; PSYC = Psychoticism.

Table S 16: Correlations between PID-5 variables and age

	Age				
	<i>r</i> (<i>n</i> = 646)	<i>rho</i> (<i>n</i> = 646)	Gender controlled (<i>n</i> = 623)	SEL controlled (<i>n</i> = 613)	Gender and SEL controlled (<i>n</i> = 603)
ANHE	-.05	-.05	-.05	-.02	-.02
ANXI	-.19***	-.17***	-.19***	-.18***	-.18***
ATT-S	-.12**	-.11**	-.12**	-.10**	-.11**
CALL	-.11**	-.08*	-.10*	-.07	-.08
DECE	-.17***	-.19***	-.17***	-.16***	-.17***
DEPR	-.04	-.05	-.04	-.02	-.01
DIST	-.10*	-.08*	-.10*	-.09*	-.10*
ECCE	-.13***	-.20***	-.12**	-.10*	-.10*
EMO-L	-.03	-.03	-.04	-.03	-.04
GRAN	-.06	-.03	-.05	-.05	-.06
HOST	-.07	-.06	-.08	-.07	-.08
IMPU	.01	-.00	-.01	.01	-.00
INT-A	-.01	-.11**	-.00	.01	.01
IRRE	.05	-.07	-.03	-.02	-.03
MANI	-.16***	-.16***	-.17***	-.16***	-.17***
PER-D	-.12**	-.20***	-.11**	-.11**	-.11**
PERS	-.05	-.08*	-.04	-.04	-.04
RES-A	-.12**	-.17***	-.11**	-.10*	-.10*
RIG-P	-.05	-.05	-.05	-.06	-.07
RIS-T	-.16***	-.17***	-.14***	-.15***	-.15***
SEP-I	-.21***	-.19***	-.20***	-.21***	-.20***
SUBM	-.14***	-.13***	-.14***	-.14***	-.14***
SUSP	-.17***	-.19***	-.16***	-.14***	-.15***
U-B-E	.04	-.01	.06	-.06	.06
WITH	-.01	-.06	.01	-.02	.03
NEG-A	-.12**	-.11**	-.13**	-.12**	-.12**
DETA	-.09*	-.16***	-.07	-.05	-.05
ANTA	-.15***	-.15***	-.15***	-.13***	-.14***
DISI	-.10*	-.12**	-.09*	-.08*	-.08
PSYC	-.10**	-.17**	-.09*	-.07	-.08

Note: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$; r = Pearson's correlation; rho = Spearman's correlation; SEL = socioeconomic level; ANHE = Anhedonia; ANXI = Anxiousness; ATT-S = Attention Seeking; CALL = Callousness; DECE = Deceitfulness; DEPR = Depressivity; DIST = Distractibility; ECCE = Eccentricity; EMO-L = Emotional Lability; GRAN = Grandiosity; HOST = Hostility; IMPU = Impulsivity; INT-A = Intimacy Avoidance; IRRE = Irresponsibility; MANI = Manipulativeness; PER-D = Perception Dysregulation; PERS = Perseveration; RES-A = Restricted Affectivity; RIG-P = Rigid Perfectionism; RIS-T = Risk Taking; SEP-I = Separation Insecurity; SUBM = Submissiveness; SUSP = Suspiciousness; U-B-E = Unusual Beliefs and Experiences; WITH = Withdrawal; NEG-A = Negative Affectivity; DETA = Detachment; ANTA = Antagonism; DISI = Disinhibition; PSYC = Psychoticism.

Table S 17: Correlations between PID-5 variables and socioeconomic level

	Socioeconomic Level				
	<i>r</i> (<i>n</i> = 617)	<i>rho</i> (<i>n</i> = 617)	Gender controlled (<i>n</i> = 605)	Age controlled (<i>n</i> = 613)	Gender and age controlled (<i>n</i> = 603)
ANHE	-.14***	-.12**	-.13***	-.13***	-.13***
ANXI	-.11**	-.10**	-.11**	-.08*	-.08*
ATT-S	-.03	-.03	-.02	-.01	-.00
CALL	-.12**	-.13**	-.11**	-.11**	-.10*
DECE	-.03	-.03	-.02	-.01	.01
DEPR	-.15***	-.16***	-.14***	-.14***	-.14***
DIST	-.15***	-.16***	-.14***	-.13***	-.13**
ECCE	-.15***	-.18***	-.14***	-.14***	-.13**
EMO-L	-.10**	-.08*	-.11**	-.10*	-.10*
GRAN	.01	-.00	-.02	-.02	.03
HOST	-.03	-.03	-.03	-.02	-.02
IMPU	-.09*	-.08*	-.08*	-.09*	-.08*
INT-A	-.09*	-.09*	-.08*	-.09*	-.08*
IRRE	-.09*	-.12**	-.08*	-.09*	-.08
MANI	-.01	-.00	-.01	.02	.02
PER-D	-.11**	-.16***	-.11**	-.09*	-.09*
PERS	-.13***	-.14***	-.12**	-.12**	-.11**
RES-A	-.11**	-.11**	-.10*	-.09*	-.08*
RIG-P	-.03	-.03	-.03	-.02	-.01
RIS-T	-.03	-.03	-.02	-.01	.00
SEP-I	-.09*	-.12**	-.09*	-.06	-.05
SUBM	-.01	-.02	.00	.02	.03
SUSP	-.18***	-.20***	-.17***	-.16***	-.15***
U-B-E	-.11**	-.13**	-.10*	-.12**	-.11**
WITH	-.09*	-.09*	-.08*	-.09*	-.08*
NEG-A	-.12**	-.12**	-.11**	-.10*	-.09*
DETA	-.16***	-.18***	-.16***	-.15***	-.15***
ANTA	-.05	-.06	-.04	-.03	-.02
DISI	-.10*	-.12**	-.09*	-.09*	-.08*
PSYC	-.15***	-.19***	-.14***	-.14***	-.13**

Note: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$; *r* = Pearson's correlation; *rho* = Spearman's correlation; SEL = socioeconomic level; ANHE = Anhedonia; ANXI = Anxiousness; ATT-S = Attention Seeking; CALL = Callousness; DECE = Deceitfulness; DEPR = Depressivity; DIST = Distractibility; ECCE = Eccentricity; EMO-L = Emotional Lability; GRAN = Grandiosity; HOST = Hostility; IMPU = Impulsivity; INT-A = Intimacy Avoidance; IRRE = Irresponsibility; MANI = Manipulativeness; PER-D = Perception Dysregulation; PERS = Perseveration; RES-A = Restricted Affectivity; RIG-P = Rigid Perfectionism; RIS-T = Risk Taking; SEP-I = Separation Insecurity; SUBM = Submissiveness; SUSP = Suspiciousness; U-B-E = Unusual Beliefs and Experiences; WITH = Withdrawal; NEG-A = Negative Affectivity; DETA = Detachment; ANTA = Antagonism; DISI = Disinhibition; PSYC = Psychoticism.

Table S 18: Mean and standard-deviation of the PID-5 scales by demographic regions

Facet	Region	Total		Male		Female		F	ANCOVA		
		M	SD	M	SD	M	SD		p	η^2	Power
ANHE	North	.61	.32	.45	.14	.88	.38	5.328	.005	.017	.839
	Northeast	.72	.48	.79	.56	.69	.45				
	Middle-West	.99	.53	.86	.66	1.02	.51				
	North Group ^a	.81	.51	.75	.54	.83	.49				
	Southeast	.75	.48	.90	.55	.69	.45				
	South ^a	.64	.47	.76	.46	.61	.46				
	Total	.71	.48	.81	.51	.68	.47				
ANXI	North	1.22	.42	1.11	.52	1.41	.13	7.016	.001	.022	.927
	Northeast	1.36	.64	1.50	.68	1.30	.62				
	Middle-West	1.39	.64	1.19	.72	1.44	.62				
	North Group ^a	1.36	.62	1.36	.67	1.36	.60				
	Southeast ^b	1.27	.59	1.24	.65	1.28	.56				
	South ^{a, b}	1.12	.58	1.19	.55	1.11	.59				
	Total	1.22	.60	1.24	.61	1.21	.59				
ATT-S	North	1.22	.62	1.40	.74	.92	.19	2.315	.100	.008	.470
	Northeast	.96	.70	1.51	.79	.73	.51				
	Middle-West	1.11	.62	1.00	.50	1.13	.64				
	North Group	1.03	.66	1.37	.73	.90	.59				
	Southeast	.90	.67	1.11	.74	.85	.64				
	South	.85	.65	.92	.66	.84	.64				
	Total	.90	.66	1.08	.72	.85	.63				
CALL	North	.30	.19	.40	.15	.14	.12	6.441*	.002	.021	.904
	Northeast	.31	.39	.50	.41	.24	.36				
	Middle-West	.36	.28	.27	.19	.39	.30				
	North Group ^a	.33	.34	.43	.34	.30	.33				
	Southeast ^b	.28	.34	.46	.52	.22	.23				
	South ^{a, b}	.21	.28	.32	.36	.18	.25				
	Total	.26	.32	.40	.43	.21	.26				
DECE	North	.58	.65	.82	.72	.17	.15	6.169*	.002	.020	.891
	Northeast	.48	.48	.88	.58	.32	.32				
	Middle-West	.49	.41	.53	.33	.48	.43				
	North Group ^a	.49	.47	.79	.56	.38	.37				
	Southeast	.40	.42	.62	.60	.33	.32				
	South ^a	.32	.37	.43	.45	.29	.34				
	Total	.38	.41	.57	.55	.32	.34				
DEPR	North	.21	.20	.11	.18	.38	.11	4.542	.011	.015	.773
	Northeast	.36	.38	.53	.61	.29	.20				
	Middle-West	.47	.36	.43	.33	.48	.37				
	North Group ^a	.39	.36	.43	.51	.37	.29				
	Southeast ^b	.36	.34	.47	.45	.33	.29				
	South ^{a, b}	.29	.32	.38	.34	.26	.31				
	Total	.33	.34	.42	.42	.31	.30				
DIST	North	.88	.70	.47	.40	1.56	.51	3.552	.029	.011	.660
	Northeast	.76	.54	.98	.66	.66	.47				
	Middle-West	.93	.59	.87	.80	.94	.55				
	North Group ^a	.83	.57	.87	.67	.81	.54				
	Southeast	.85	.62	.99	.68	.82	.59				
	South ^a	.72	.58	.82	.60	.69	.58				
	Total	.79	.60	.90	.65	.76	.58				
ECCE	North	.33	.19	.34	.20	.31	.20	6.840*	.001	.022	.921
	Northeast	.53	.51	.81	.64	.42	.40				
	Middle-West	.46	.44	.42	.31	.47	.47				
	North Group ^a	.49	.47	.63	.55	.44	.42				
	Southeast ^b	.47	.61	.81	.81	.37	.49				
	South ^{a, b}	.31	.51	.54	.71	.25	.42				
	Total	.40	.55	.67	.73	.32	.45				

Table S 18: Continued

Facet	Region	Total		Male		Female		F	ANCOVA		
		M	SD	M	SD	M	SD		p	η^2	Power
EMO-L	North	.93	.81	.49	.59	1.67	.54	1.223*	.295	.004	.267
	Northeast	.96	.71	1.08	.86	.91	.64				
	Middle-West	1.11	.72	.55	.56	1.24	.69				
	North Group	1.01	.71	.85	.78	1.08	.68				
	Southeast	.94	.66	.71	.68	1.02	.64				
	South	.90	.58	.84	.54	.93	.58				
	Total	.94	.63	.79	.65	.99	.62				
GRAN	North	.92	.82	1.20	.92	.44	.38	4.798	.009	.015	.796
	Northeast	.73	.55	1.22	.66	.53	.35				
	Middle-West	.77	.41	1.07	.42	.70	.39				
	North Group ^a	.76	.53	1.18	.64	.60	.37				
	Southeast	.60	.53	.92	.64	.50	.43				
	South ^a	.56	.52	.69	.61	.52	.49				
	Total	.61	.53	.88	.65	.52	.45				
HOST	North	.79	.37	.72	.46	.90	.17	7.283	.001	.023	.936
	Northeast	.86	.57	1.06	.65	.78	.52				
	Middle-West	.97	.59	.51	.30	1.07	.60				
	North Group ^{a, b}	.90	.57	.87	.59	.91	.56				
	Southeast ^{a, b}	.74	.52	.82	.57	.72	.50				
	South ^a	.67	.51	.77	.57	.64	.49				
	Total	.73	.53	.81	.57	.71	.51				
IMPU	North	.71	.84	.47	.79	1.11	.92	5.438*	.005	.017	.847
	Northeast	.62	.69	.65	.51	.60	.76				
	Middle-West	.83	.66	.69	.54	.87	.69				
	North Group ^a	.70	.69	.63	.56	.73	.74				
	Southeast ^b	.66	.57	.81	.64	.63	.54				
	South ^{a, b}	.52	.56	.60	.59	.50	.55				
	Total	.61	.59	.69	.61	.59	.59				
INT-A	North	.35	.41	.40	.53	.28	.10	5.378*	.005	.017	.842
	Northeast	.56	.66	.46	.56	.60	.70				
	Middle-West	.76	.76	.29	.23	.87	.80				
	North Group ^a	.62	.69	.41	.49	.70	.74				
	Southeast	.48	.52	.49	.54	.47	.52				
	South ^a	.41	.52	.47	.47	.40	.54				
	Total	.47	.56	.47	.50	.48	.58				
IRRE	North	.59	.45	.77	.50	.29	.00	4.774*	.009	.015	.794
	Northeast	.46	.43	.63	.36	.39	.45				
	Middle-West	.43	.34	.29	.23	.47	.36				
	North Group ^a	.46	.40	.57	.39	.42	.40				
	Southeast	.39	.44	.56	.55	.34	.39				
	South ^a	.32	.36	.40	.36	.29	.36				
	Total	.37	.40	.50	.45	.33	.38				
MANI	North	1.00	.86	1.40	.85	.33	.23	6.458	.002	.021	.905
	Northeast	.82	.67	1.28	.79	.63	.52				
	Middle-West	.74	.57	.89	.65	.71	.56				
	North Group ^a	.80	.65	1.21	.76	.65	.53				
	Southeast	.62	.61	.86	.75	.56	.54				
	South ^a	.54	.59	.67	.72	.50	.54				
	Total	.62	.62	.85	.76	.55	.54				
PER-D	North	.36	.27	.33	.32	.42	.22	9.523	< .001	.030	.980
	Northeast	.38	.39	.50	.57	.33	.28				
	Middle-West	.47	.47	.29	.24	.51	.50				
	North Group ^a	.41	.41	.42	.47	.41	.39				
	Southeast ^b	.35	.34	.42	.44	.33	.30				
	South ^{a, b}	.25	.32	.33	.35	.23	.31				
	Total	.32	.35	.38	.41	.30	.33				

Table S 18: Continued

Facet	Region	Total		Male		Female		F	ANCOVA		
		M	SD	M	SD	M	SD		p	η^2	Power
PERS	North	.72	.60	.53	.54	1.04	.65	3.732	.024	.012	.683
	Northeast	.72	.54	.79	.65	.69	.49				
	Middle-West	.76	.53	.59	.54	.80	.52				
	North Group ^a	.73	.53	.70	.60	.75	.51				
	Southeast	.64	.49	.79	.60	.60	.44				
	South ^a	.58	.50	.73	.51	.54	.48				
	Total	.63	.50	.75	.56	.60	.48				
RES-A	North	.98	.43	1.14	.47	.71	.14	11.045	< .001	.035	.992
	Northeast	1.04	.75	1.19	.73	.98	.75				
	Middle-West	1.06	.64	1.14	.81	1.05	.61				
	North Group ^{a, b}	1.04	.68	1.17	.69	1.00	.68				
	Southeast ^a	.84	.63	1.18	.72	.73	.56				
	South ^{a, b}	.71	.61	.98	.60	.62	.59				
	Total	.82	.64	1.10	.67	.73	.61				
RIG-P	North	.88	.43	.68	.40	1.20	.30	2.122	.121	.007	.436
	Northeast	1.07	.66	1.09	.66	1.06	.67				
	Middle-West	1.00	.62	1.03	.52	.99	.64				
	North Group	1.03	.63	1.01	.59	1.04	.64				
	Southeast	.94	.61	1.02	.67	.92	.58				
	South	.88	.66	1.01	.62	.84	.67				
	Total	.93	.64	1.01	.63	.90	.64				
RIS-T	North	1.11	.44	1.19	.56	.98	.11	2.225	.109	.007	.454
	Northeast	1.06	.43	1.15	.36	1.02	.46				
	Middle-West	1.11	.53	1.38	.63	1.05	.50				
	North Group	1.08	.47	1.21	.46	1.03	.47				
	Southeast	1.01	.47	1.19	.49	.95	.45				
	South	.96	.44	1.11	.47	.92	.43				
	Total	1.00	.46	1.16	.48	.95	.44				
SEP-I	North	.93	.70	.66	.66	1.38	.58	6.836*	.001	.022	.921
	Northeast	.69	.72	.86	.84	.62	.66				
	Middle-West	.61	.60	.59	.60	.61	.61				
	North Group ^a	.68	.67	.76	.75	.64	.65				
	Southeast ^b	.67	.56	.71	.53	.66	.58				
	South ^{a, b}	.49	.54	.57	.50	.48	.55				
	Total	.59	.58	.66	.57	.58	.58				
SUBM	North	.84	.64	.80	.74	.92	.58	1.283	.278	.004	.279
	Northeast	.86	.63	.94	.75	.82	.58				
	Middle-West	.86	.59	.64	.76	.91	.55				
	North Group	.86	.62	.84	.74	.86	.56				
	Southeast	.77	.63	.79	.67	.78	.61				
	South	.74	.61	.88	.64	.70	.60				
	Total	.77	.62	.83	.67	.76	.60				
SUSP	North	1.13	.46	1.34	.44	.76	.22	15.865	< .001	.049	1.000
	Northeast	1.03	.46	1.15	.51	.98	.44				
	Middle-West	1.01	.43	.90	.36	1.04	.44				
	North Group ^a	1.03	.45	1.12	.47	1.00	.43				
	Southeast ^b	.91	.47	1.04	.56	.87	.43				
	South ^{a, b}	.76	.44	.93	.43	.70	.43				
	Total	.86	.46	1.01	.49	.81	.44				
U-B-E	North	.34	.35	.35	.31	.33	.47	13.866*	< .001	.043	.998
	Northeast	.55	.48	.65	.56	.51	.44				
	Middle-West	.50	.50	.45	.29	.51	.54				
	North Group ^a	.51	.47	.55	.48	.50	.48				
	Southeast ^a	.34	.40	.44	.51	.32	.35				
	South ^a	.26	.40	.37	.51	.23	.36				
	Total	.33	.42	.43	.51	.31	.39				

Table S 18: Continued

Facet	Region	Total		Male		Female		F	ANCOVA			
		M	SD	M	SD	M	SD		p	η^2	Power	
WITH	North	.58	.31	.46	.31	.77	.23	4.094	.017	.013	.726	
	Northeast	.77	.58	.79	.53	.76	.61					
	Middle-West	.90	.56	.81	.50	.92	.58					
	North Group ^a	.80	.56	.74	.49	.83	.58					
	Southeast	.71	.55	.89	.66	.64	.49					
	South ^a	.62	.55	.85	.52	.56	.54					
	Total	.69	.55	.85	.58	.63	.53					
NEG-A	North	.88	.34	.71	.29	1.15	.22	5.414	.005	.017	.845	
	Northeast	.91	.34	1.02	.44	.86	.29					
	Middle-West	.97	.33	.76	.33	1.01	.32					
	North Group ^a	.93	.34	.91	.41	.94	.31					
	Southeast	.88	.31	.88	.33	.89	.30					
	South ^a	.82	.30	.86	.31	.81	.30					
	Total	.86	.31	.88	.34	.86	.31					
DETA	North	.59	.15	.57	.19	.62	.10	12.028	< .001	.038	.995	
	Northeast	.70	.37	.79	.40	.66	.35					
	Middle-West	.82	.37	.71	.39	.85	.37					
	North Group ^a	.73	.36	.73	.37	.74	.36					
	Southeast ^b	.64	.35	.79	.45	.59	.30					
	South ^{a, b}	.54	.36	.69	.35	.50	.35					
	Total	.61	.36	.74	.39	.57	.34					
ANTA	North	.72	.45	.88	.51	.46	.13	9.297	< .001	.030	.978	
	Northeast	.64	.42	.99	.49	.50	.29					
	Middle-West	.70	.29	.62	.17	.71	.32					
	North Group ^a	.67	.38	.88	.45	.59	.31					
	Southeast ^a	.55	.37	.74	.48	.49	.30					
	South ^a	.48	.34	.59	.40	.45	.32					
	Total	.54	.36	.71	.46	.49	.31					
DISI	North	1.15	.19	1.13	.22	1.18	.18	3.152	.043	.010	.605	
	Northeast	1.04	.29	1.14	.20	1.00	.32					
	Middle-West	1.13	.24	1.15	.17	1.12	.26					
	North Group	1.08	.27	1.14	.19	1.06	.30					
	Southeast	1.07	.31	1.18	.35	1.04	.29					
	South	1.01	.28	1.07	.28	1.00	.28					
	Total	1.04	.29	1.13	.30	1.02	.29					
PSYC	North	.34	.17	.34	.23	.35	.03	11.213	< .001	.035	.992	
	Northeast	.48	.37	.66	.46	.41	.30					
	Middle-West	.47	.43	.38	.15	.49	.47					
	North Group ^a	.47	.38	.53	.40	.44	.37					
	Southeast ^b	.39	.40	.58	.53	.34	.32					
	South ^{a, b}	.28	.37	.42	.48	.24	.32					
	Total	.35	.39	.51	.49	.31	.34					
Number of observations	North	8		5		3						
	Northeast	59		17		42						
	Middle-West	38		7		31						
	North Group	105		29		76		* Sum of the three previous groups				
	Southeast	238		60		178						
	South	274		62		212						
	Total	617		151		466						

Note: Gray areas indicate the groups included in the analysis; Equal letters indicate statistical differences; Asterisk (*) indicates models where the error variance of the dependent variable was different across groups; ANHE = Anhedonia; ANXI = Anxiousness; ATT-S = Attention Seeking; CALL = Callousness; DECE = Deceitfulness; DEPR = Depressivity; DIST = Distractibility; ECCE = Eccentricity; EMO-L = Emotional Lability; GRAN = Grandiosity; HOST = Hostility; IMPU = Impulsivity; INT-A = Intimacy Avoidance; IRRE = Irresponsibility; MANI = Manipulativeness; PER-D = Perception Dysregulation; PERS = Perseveration; RES-A = Restricted Affectivity; RIG-P = Rigid Perfectionism; RIS-T = Risk Taking; SEP-I = Separation Insecurity; SUBM = Submissiveness; SUSP = Suspiciousness; U-B-E = Unusual Beliefs and Experiences; WITH = Withdrawal; NEG-A = Negative Affectivity; DETA = Detachment; ANTA = Antagonism; DISI = Distractibility; PSYC = Psychoticism.

Table S 19: Preliminary norms for Negative Affectivity domain and facets for man and woman

Score	Domain		Facets								Score		
	NEG-A		EMO-L		ANXI		SEP-I		PERS			SUBM	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F
0.00	24	22	38	34	30	29	38	40	37	37	38	37	0.00
0.05	25	23	38	35	30	30	39	41	38	39	38	38	0.05
0.10	27	25	39	36	31	31	40	42	39	40	39	39	0.10
0.15	28	27	40	37	32	32	41	43	40	41	40	40	0.15
0.20	30	28	41	37	33	33	42	43	40	42	41	41	0.20
0.25	31	30	41	38	34	34	43	44	41	43	41	41	0.25
0.30	33	32	42	39	35	34	44	45	42	44	42	42	0.30
0.35	34	33	43	40	35	35	45	46	43	45	43	43	0.35
0.40	36	35	44	41	36	36	45	47	44	46	44	44	0.40
0.45	37	37	45	41	37	37	46	48	45	47	44	45	0.45
0.50	39	38	45	42	38	38	47	49	46	48	45	46	0.50
0.55	40	40	46	43	39	39	48	49	47	49	46	46	0.55
0.60	42	41	47	44	39	40	49	50	48	50	47	47	0.60
0.65	43	43	48	45	40	40	50	51	48	51	47	48	0.65
0.70	45	45	48	45	41	41	51	52	49	52	48	49	0.70
0.75	46	46	49	46	42	42	52	53	50	53	49	50	0.75
0.80	48	48	50	47	43	43	53	54	51	54	50	51	0.80
0.85	49	50	51	48	44	44	53	55	52	55	50	51	0.85
0.90	51	51	52	49	44	45	54	55	53	56	51	52	0.90
0.95	52	53	52	49	45	46	55	56	54	57	52	53	0.95
1.00	54	55	53	50	46	46	56	57	55	58	53	54	1.00
1.05	55	56	54	51	47	47	57	58	56	60	53	55	1.05
1.10	57	58	55	52	48	48	58	59	56	61	54	56	1.10
1.15	58	59	55	53	48	49	59	60	57	62	55	56	1.15
1.20	60	61	56	53	49	50	60	61	58	63	56	57	1.20
1.25	61	63	57	54	50	51	60	61	59	64	56	58	1.25
1.30	63	64	58	55	51	51	61	62	60	65	57	59	1.30
1.35	64	66	59	56	52	52	62	63	61	66	58	60	1.35
1.40	66	68	59	57	53	53	63	64	62	67	59	61	1.40
1.45	67	69	60	57	53	54	64	65	63	68	59	61	1.45
1.50	68	71	61	58	54	55	65	66	64	69	60	62	1.50
1.55	70	73	62	59	55	56	66	66	64	70	61	63	1.55
1.60	71	74	62	60	56	57	67	67	65	71	62	64	1.60
1.65	73	76	63	61	57	57	68	68	66	72	62	65	1.65
1.70	74	78	64	62	58	58	68	69	67	73	63	66	1.70
1.75	76	79	65	62	58	59	69	70	68	74	64	66	1.75
1.80	77	81	66	63	59	60	70	71	69	75	65	67	1.80
1.85	79	82	66	64	60	61	71	72	70	76	65	68	1.85
1.90	80	84	67	65	61	62	72	72	71	77	66	69	1.90
1.95	82	86	68	66	62	63	73	73	72	78	67	70	1.95
2.00	83	87	69	66	62	63	74	74	72	80	68	71	2.00
2.05	85	89	69	67	63	64	75	75	73	81	68	71	2.05
2.10	86	91	70	68	64	65	76	76	74	82	69	72	2.10
2.15	88	92	71	69	65	66	76	77	75	83	70	73	2.15
2.20	89	94	72	70	66	67	77	78	76	84	71	74	2.20
2.25	91	96	73	70	67	68	78	78	77	85	71	75	2.25
2.30	92	97	73	71	67	69	79	79	78	86	72	76	2.30
2.35	94	99	74	72	68	69	80	80	79	87	73	76	2.35
2.40	95	100	75	73	69	70	81	81	80	88	74	77	2.40
2.45	97	102	76	74	70	71	82	82	80	89	74	78	2.45
2.50	98	104	76	74	71	72	83	83	81	90	75	79	2.50
2.55	100	105	77	75	71	73	83	84	82	91	76	80	2.55
2.60	101	107	78	76	72	74	84	84	83	92	77	81	2.60
2.65	103	109	79	77	73	74	85	85	84	93	77	81	2.65
2.70	104	110	80	78	74	75	86	86	85	94	78	82	2.70
2.75	106	112	80	78	75	76	87	87	86	95	79	83	2.75
2.80	107	114	81	79	76	77	88	88	87	96	80	84	2.80
2.85	109	115	82	80	76	78	89	89	88	97	80	85	2.85
2.90	110	117	83	81	77	79	90	90	88	98	81	86	2.90
2.95	112	119	83	82	78	80	91	90	89	99	82	86	2.95
3.00	113	120	84	82	79	80	91	91	90	101	83	87	3.00

Note: NEG-A = Negative Affectivity; EMO-L = Emotional Lability; ANXI = Anxiousness; SEP-I = Separation Insecurity; PERS = Perseveration; SUBM = Submissiveness; M = Male; F = Female; Gray area indicates the scores that were not observed in the community sample.

Table S 20: Preliminary norms for Detachment domain and facets for man and woman

Score	Domain		Facets												Score
	DETA		RES-A		WITH		ANHE		DEPR		INT-A		SUSP		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
0.00	31	33	34	38	35	38	34	35	40	40	41	42	30	32	0.00
0.05	32	35	35	39	36	39	35	36	41	42	42	43	31	33	0.05
0.10	34	36	35	40	37	40	36	38	42	43	43	43	32	34	0.10
0.15	35	38	36	41	38	41	37	39	44	45	44	44	33	35	0.15
0.20	36	39	37	41	39	42	38	40	45	47	45	45	34	36	0.20
0.25	38	41	37	42	40	43	39	41	46	48	46	46	35	37	0.25
0.30	39	42	38	43	41	44	40	42	47	50	47	47	36	38	0.30
0.35	40	44	39	44	42	45	41	43	48	51	48	48	37	39	0.35
0.40	41	45	40	45	42	46	42	44	50	53	49	49	38	41	0.40
0.45	43	46	40	45	43	47	43	45	51	55	50	50	39	42	0.45
0.50	44	48	41	46	44	47	44	46	52	56	51	50	40	43	0.50
0.55	45	49	42	47	45	48	45	47	53	58	52	51	41	44	0.55
0.60	46	51	43	48	46	49	46	48	54	60	53	52	42	45	0.60
0.65	48	52	43	49	47	50	47	49	55	61	54	53	43	46	0.65
0.70	49	54	44	50	48	51	48	50	57	63	55	54	44	47	0.70
0.75	50	55	45	50	48	52	49	51	58	65	56	55	45	49	0.75
0.80	52	57	46	51	49	53	50	53	59	66	57	56	46	50	0.80
0.85	53	58	46	52	50	54	51	54	60	68	58	56	47	51	0.85
0.90	54	60	47	53	51	55	52	55	61	70	59	57	48	52	0.90
0.95	55	61	48	54	52	56	52	56	63	71	60	58	49	53	0.95
1.00	57	62	49	55	53	57	53	57	64	73	61	59	50	54	1.00
1.05	58	64	49	55	54	58	54	58	65	75	62	60	51	55	1.05
1.10	59	65	50	56	55	59	55	59	66	76	63	61	52	56	1.10
1.15	61	67	51	57	55	60	56	60	67	78	64	62	53	58	1.15
1.20	62	68	52	58	56	61	57	61	69	80	65	62	54	59	1.20
1.25	63	70	52	59	57	62	58	62	70	81	66	63	55	60	1.25
1.30	64	71	53	60	58	62	59	63	71	83	67	64	56	61	1.30
1.35	66	73	54	60	59	63	60	64	72	85	68	65	57	62	1.35
1.40	67	74	55	61	60	64	61	65	73	86	69	66	58	63	1.40
1.45	68	76	55	62	61	65	62	66	74	88	70	67	59	64	1.45
1.50	70	77	56	63	62	66	63	68	76	90	71	68	60	66	1.50
1.55	71	78	57	64	62	67	64	69	77	91	72	69	61	67	1.55
1.60	72	80	58	64	63	68	65	70	78	93	73	69	62	68	1.60
1.65	73	81	58	65	64	69	66	71	79	95	74	70	63	69	1.65
1.70	75	83	59	66	65	70	67	72	80	96	75	71	64	70	1.70
1.75	76	84	60	67	66	71	68	73	82	98	76	72	65	71	1.75
1.80	77	86	61	68	67	72	69	74	83	100	77	73	66	72	1.80
1.85	79	87	61	69	68	73	70	75	84	101	78	74	67	73	1.85
1.90	80	89	62	69	69	74	71	76	85	103	79	75	68	75	1.90
1.95	81	90	63	70	69	75	72	77	86	105	80	75	69	76	1.95
2.00	82	92	64	71	70	76	73	78	87	106	81	76	70	77	2.00
2.05	84	93	64	72	71	77	74	79	89	108	82	77	71	78	2.05
2.10	85	94	65	73	72	77	75	80	90	109	83	78	72	79	2.10
2.15	86	96	66	74	73	78	76	81	91	111	84	79	73	80	2.15
2.20	88	97	67	74	74	79	77	83	92	113	85	80	73	81	2.20
2.25	89	99	67	75	75	80	78	84	93	114	86	81	74	83	2.25
2.30	90	100	68	76	75	81	79	85	95	116	87	82	75	84	2.30
2.35	91	102	69	77	76	82	80	86	96	118	88	82	76	85	2.35
2.40	93	103	70	78	77	83	81	87	97	119	89	83	77	86	2.40
2.45	94	105	70	79	78	84	82	88	98	121	90	84	78	87	2.45
2.50	95	106	71	79	79	85	83	89	99	123	91	85	79	88	2.50
2.55	97	108	72	80	80	86	84	90	101	124	92	86	80	89	2.55
2.60	98	109	73	81	81	87	85	91	102	126	93	87	81	90	2.60
2.65	99	110	73	82	82	88	86	92	103	128	94	88	82	92	2.65
2.70	100	112	74	83	82	89	87	93	104	129	95	88	83	93	2.70
2.75	102	113	75	84	83	90	88	94	105	131	96	89	84	94	2.75
2.80	103	115	76	84	84	91	89	95	106	133	97	90	85	95	2.80
2.85	104	116	76	85	85	92	90	96	108	134	98	91	86	96	2.85
2.90	106	118	77	86	86	92	90	98	109	136	99	92	87	97	2.90
2.95	107	119	78	87	87	93	91	99	110	138	100	93	88	98	2.95
3.00	108	121	78	88	88	94	92	100	111	139	101	94	89	99	3.00

Note: DETA = Detachment; RES-A = Restricted Affectivity; WITH = Withdrawal; ANHE = Anhedonia; DEPR = Depressivity; INT-A = Intimacy Avoidance; SUSP = Suspiciousness; M = Male; F = Female; Gray area indicates the scores that were not observed in the community sample.

Table S 21: Preliminary norms for Antagonism domain and facets for man and woman

Score	Domain		Facets												Score
	ANTA		HOST		MANI		DECE		GRAN		ATT-S		CALL		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
0.00	34	34	36	36	39	40	39	40	37	38	35	36	41	42	0.00
0.05	35	36	37	37	39	41	40	42	37	39	36	37	42	44	0.05
0.10	37	37	38	38	40	42	41	43	38	41	36	38	43	46	0.10
0.15	38	39	38	39	41	43	42	45	39	42	37	39	44	48	0.15
0.20	39	41	39	40	41	44	43	46	40	43	38	40	45	49	0.20
0.25	40	42	40	41	42	44	44	48	40	44	38	40	47	51	0.25
0.30	41	44	41	42	43	45	45	49	41	45	39	41	48	53	0.30
0.35	42	45	42	43	43	46	46	51	42	46	40	42	49	55	0.35
0.40	43	47	43	44	44	47	47	52	43	47	40	43	50	57	0.40
0.45	44	49	44	45	45	48	48	54	43	48	41	44	51	59	0.45
0.50	45	50	44	46	45	49	49	55	44	49	42	44	52	61	0.50
0.55	46	52	45	47	46	50	50	57	45	51	43	45	54	63	0.55
0.60	48	53	46	48	47	51	50	58	46	52	43	46	55	65	0.60
0.65	49	55	47	49	47	52	51	60	47	53	44	47	56	67	0.65
0.70	50	57	48	50	48	53	52	61	47	54	45	48	57	69	0.70
0.75	51	58	49	51	49	54	53	63	48	55	45	48	58	71	0.75
0.80	52	60	50	52	49	55	54	64	49	56	46	49	59	73	0.80
0.85	53	61	50	53	50	55	55	66	50	57	47	50	60	74	0.85
0.90	54	63	51	54	51	56	56	67	50	58	47	51	62	76	0.90
0.95	55	65	52	55	51	57	57	69	51	59	48	52	63	78	0.95
1.00	56	66	53	56	52	58	58	70	52	60	49	52	64	80	1.00
1.05	57	68	54	57	53	59	59	72	53	62	50	53	65	82	1.05
1.10	59	69	55	58	53	60	60	73	53	63	50	54	66	84	1.10
1.15	60	71	55	59	54	61	60	75	54	64	51	55	67	86	1.15
1.20	61	73	56	59	55	62	61	76	55	65	52	56	69	88	1.20
1.25	62	74	57	60	55	63	62	78	56	66	52	56	70	90	1.25
1.30	63	76	58	61	56	64	63	79	57	67	53	57	71	92	1.30
1.35	64	77	59	62	57	65	64	81	57	68	54	58	72	94	1.35
1.40	65	79	60	63	57	66	65	82	58	69	54	59	73	96	1.40
1.45	66	81	61	64	58	66	66	84	59	70	55	60	74	97	1.45
1.50	67	82	61	65	59	67	67	85	60	72	56	60	76	99	1.50
1.55	68	84	62	66	59	68	68	87	60	73	57	61	77	101	1.55
1.60	69	85	63	67	60	69	69	88	61	74	57	62	78	103	1.60
1.65	71	87	64	68	61	70	70	89	62	75	58	63	79	105	1.65
1.70	72	89	65	69	61	71	70	91	63	76	59	63	80	107	1.70
1.75	73	90	66	70	62	72	71	92	63	77	59	64	81	109	1.75
1.80	74	92	67	71	63	73	72	94	64	78	60	65	82	111	1.80
1.85	75	94	67	72	63	74	73	95	65	79	61	66	84	113	1.85
1.90	76	95	68	73	64	75	74	97	66	80	61	67	85	115	1.90
1.95	77	97	69	74	64	76	75	98	67	81	62	67	86	117	1.95
2.00	78	98	70	75	65	76	76	100	67	83	63	68	87	119	2.00
2.05	79	100	71	76	66	77	77	101	68	84	64	69	88	121	2.05
2.10	80	102	72	77	66	78	78	103	69	85	64	70	89	122	2.10
2.15	82	103	73	78	67	79	79	104	70	86	65	71	91	124	2.15
2.20	83	105	73	79	68	80	80	106	70	87	66	71	92	126	2.20
2.25	84	106	74	80	68	81	81	107	71	88	66	72	93	128	2.25
2.30	85	108	75	81	69	82	81	109	72	89	67	73	94	130	2.30
2.35	86	110	76	82	70	83	82	110	73	90	68	74	95	132	2.35
2.40	87	111	77	83	70	84	83	112	74	91	68	75	96	134	2.40
2.45	88	113	78	84	71	85	84	113	74	93	69	75	98	136	2.45
2.50	89	114	79	85	72	86	85	115	75	94	70	76	99	138	2.50
2.55	90	116	79	86	72	87	86	116	76	95	71	77	100	140	2.55
2.60	91	118	80	87	73	87	87	118	77	96	71	78	101	142	2.60
2.65	93	119	81	88	74	88	88	119	77	97	72	79	102	144	2.65
2.70	94	121	82	89	74	89	89	121	78	98	73	79	103	145	2.70
2.75	95	122	83	90	75	90	90	122	79	99	73	80	104	147	2.75
2.80	96	124	84	91	76	91	91	124	80	100	74	81	106	149	2.80
2.85	97	126	84	92	76	92	91	125	80	101	75	82	107	151	2.85
2.90	98	127	85	93	77	93	92	127	81	102	75	83	108	153	2.90
2.95	99	129	86	94	78	94	93	128	82	104	76	83	109	155	2.95
3.00	100	130	87	95	78	95	94	130	83	105	77	84	110	157	3.00

Note: ANTA = Antagonism; HOST = Hostility; MANI = Manipulativeness; DECE = Deceitfulness; GRAN = Grandiosity; ATT-S = Attention Seeking; CALL = Callousness; M = Male; F = Female; Gray area indicates the scores that were not observed in the community sample.

Table S 22: Preliminary norms for Disinhibition domain and facets for man and woman

Score	Domain		Facets								Score		
	DISI		IRRE		IMPU		RIG-P		DIST			RIS-T	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F
0.00	12	14	39	41	39	40	34	36	36	37	25	29	0.00
0.05	14	16	40	43	40	41	35	37	37	38	26	30	0.05
0.10	16	18	41	44	40	42	36	37	38	39	28	31	0.10
0.15	17	20	42	45	41	42	36	38	38	39	29	32	0.15
0.20	19	21	44	47	42	43	37	39	39	40	30	33	0.20
0.25	21	23	45	48	43	44	38	40	40	41	31	34	0.25
0.30	22	25	46	49	44	45	39	41	41	42	32	35	0.30
0.35	24	27	47	51	44	46	40	41	42	43	33	36	0.35
0.40	26	28	48	52	45	47	40	42	42	44	34	38	0.40
0.45	27	30	49	53	46	48	41	43	43	45	35	39	0.45
0.50	29	32	50	54	47	48	42	44	44	45	36	40	0.50
0.55	31	34	51	56	48	49	43	44	45	46	37	41	0.55
0.60	32	35	52	57	49	50	43	45	45	47	38	42	0.60
0.65	34	37	53	58	49	51	44	46	46	48	39	43	0.65
0.70	36	39	55	60	50	52	45	47	47	49	40	44	0.70
0.75	37	41	56	61	51	53	46	48	48	50	41	45	0.75
0.80	39	42	57	62	52	54	47	48	48	51	42	47	0.80
0.85	41	44	58	64	53	54	47	49	49	51	43	48	0.85
0.90	42	46	59	65	54	55	48	50	50	52	44	49	0.90
0.95	44	47	60	66	54	56	49	51	51	53	45	50	0.95
1.00	46	49	61	68	55	57	50	51	52	54	47	51	1.00
1.05	47	51	62	69	56	58	51	52	52	55	48	52	1.05
1.10	49	53	63	70	57	59	51	53	53	56	49	53	1.10
1.15	51	54	65	72	58	59	52	54	54	57	50	54	1.15
1.20	52	56	66	73	58	60	53	55	55	57	51	56	1.20
1.25	54	58	67	74	59	61	54	55	55	58	52	57	1.25
1.30	56	60	68	76	60	62	55	56	56	59	53	58	1.30
1.35	57	61	69	77	61	63	55	57	57	60	54	59	1.35
1.40	59	63	70	78	62	64	56	58	58	61	55	60	1.40
1.45	61	65	71	80	63	65	57	59	59	62	56	61	1.45
1.50	63	67	72	81	63	65	58	59	59	63	57	62	1.50
1.55	64	68	73	82	64	66	59	60	60	64	58	63	1.55
1.60	66	70	74	83	65	67	59	61	61	64	59	65	1.60
1.65	68	72	76	85	66	68	60	62	62	65	60	66	1.65
1.70	69	74	77	86	67	69	61	62	62	66	61	67	1.70
1.75	71	75	78	87	67	70	62	63	63	67	62	68	1.75
1.80	73	77	79	89	68	71	63	64	64	68	63	69	1.80
1.85	74	79	80	90	69	71	63	65	65	69	64	70	1.85
1.90	76	80	81	91	70	72	64	66	65	70	65	71	1.90
1.95	78	82	82	93	71	73	65	66	66	70	67	72	1.95
2.00	79	84	83	94	72	74	66	67	67	71	68	74	2.00
2.05	81	86	84	95	72	75	66	68	68	72	69	75	2.05
2.10	83	87	85	97	73	76	67	69	69	73	70	76	2.10
2.15	84	89	87	98	74	76	68	70	69	74	71	77	2.15
2.20	86	91	88	99	75	77	69	70	70	75	72	78	2.20
2.25	88	93	89	101	76	78	70	71	71	76	73	79	2.25
2.30	89	94	90	102	77	79	70	72	72	76	74	80	2.30
2.35	91	96	91	103	77	80	71	73	72	77	75	81	2.35
2.40	93	98	92	105	78	81	72	73	73	78	76	83	2.40
2.45	94	100	93	106	79	82	73	74	74	79	77	84	2.45
2.50	96	101	94	107	80	82	74	75	75	80	78	85	2.50
2.55	98	103	95	109	81	83	74	76	76	81	79	86	2.55
2.60	99	105	96	110	81	84	75	77	76	82	80	87	2.60
2.65	101	107	98	111	82	85	76	77	77	82	81	88	2.65
2.70	103	108	99	113	83	86	77	78	78	83	82	89	2.70
2.75	104	110	100	114	84	87	78	79	79	84	83	90	2.75
2.80	106	112	101	115	85	88	78	80	79	85	84	92	2.80
2.85	108	113	102	116	86	88	79	81	80	86	85	93	2.85
2.90	109	115	103	118	86	89	80	81	81	87	87	94	2.90
2.95	111	117	104	119	87	90	81	82	82	88	88	95	2.95
3.00	113	119	105	120	88	91	82	83	83	88	89	96	3.00

Note: DISI = Disinhibition; IRRE = Irresponsibility; IMPU = Impulsivity; RIG-P = Rigid Perfectionism; DIST = Distractibility; RIS-T = Risk Taking; M = Male; F = Female; Gray area indicates the scores that were not observed in the community sample.

Table S 23: Preliminary norms for Psychoticism domain and facets for man and woman

Score	Domain		Facets						Score
	PSYC		U-B-E		ECCE		PER-D		
	M	F	M	F	M	F	M	F	
0.00	40	41	41	42	41	43	41	41	0.00
0.05	41	42	42	43	42	44	42	42	0.05
0.10	42	44	43	45	42	45	43	44	0.10
0.15	43	45	44	46	43	46	44	45	0.15
0.20	44	47	45	47	44	47	46	47	0.20
0.25	45	48	46	48	44	48	47	48	0.25
0.30	46	50	47	50	45	50	48	50	0.30
0.35	47	51	48	51	46	51	49	52	0.35
0.40	48	53	49	52	46	52	51	53	0.40
0.45	49	54	50	54	47	53	52	55	0.45
0.50	50	56	51	55	48	54	53	56	0.50
0.55	51	57	52	56	48	55	54	58	0.55
0.60	52	59	53	57	49	56	55	59	0.60
0.65	53	60	54	59	50	57	57	61	0.65
0.70	54	62	55	60	51	58	58	62	0.70
0.75	55	63	56	61	51	60	59	64	0.75
0.80	56	65	57	63	52	61	60	65	0.80
0.85	57	66	58	64	53	62	62	67	0.85
0.90	58	67	59	65	53	63	63	69	0.90
0.95	59	69	60	66	54	64	64	70	0.95
1.00	60	70	61	68	55	65	65	72	1.00
1.05	61	72	62	69	55	66	66	73	1.05
1.10	62	73	63	70	56	67	68	75	1.10
1.15	63	75	64	72	57	68	69	76	1.15
1.20	64	76	65	73	57	70	70	78	1.20
1.25	65	78	66	74	58	71	71	79	1.25
1.30	66	79	67	75	59	72	73	81	1.30
1.35	67	81	68	77	59	73	74	82	1.35
1.40	69	82	69	78	60	74	75	84	1.40
1.45	70	84	70	79	61	75	76	85	1.45
1.50	71	85	71	80	62	76	77	87	1.50
1.55	72	87	72	82	62	77	79	89	1.55
1.60	73	88	73	83	63	78	80	90	1.60
1.65	74	90	74	84	64	80	81	92	1.65
1.70	75	91	75	86	64	81	82	93	1.70
1.75	76	93	76	87	65	82	84	95	1.75
1.80	77	94	77	88	66	83	85	96	1.80
1.85	78	96	78	89	66	84	86	98	1.85
1.90	79	97	79	91	67	85	87	99	1.90
1.95	80	99	80	92	68	86	88	101	1.95
2.00	81	100	81	93	68	87	90	102	2.00
2.05	82	102	82	95	69	88	91	104	2.05
2.10	83	103	83	96	70	90	92	105	2.10
2.15	84	105	84	97	70	91	93	107	2.15
2.20	85	106	85	98	71	92	95	109	2.20
2.25	86	107	86	100	72	93	96	110	2.25
2.30	87	109	87	101	73	94	97	112	2.30
2.35	88	110	88	102	73	95	98	113	2.35
2.40	89	112	89	104	74	96	99	115	2.40
2.45	90	113	90	105	75	97	101	116	2.45
2.50	91	115	91	106	75	98	102	118	2.50
2.55	92	116	92	107	76	100	103	119	2.55
2.60	93	118	93	109	77	101	104	121	2.60
2.65	94	119	94	110	77	102	106	122	2.65
2.70	95	121	95	111	78	103	107	124	2.70
2.75	96	122	96	112	79	104	108	126	2.75
2.80	97	124	97	114	79	105	109	127	2.80
2.85	98	125	98	115	80	106	110	129	2.85
2.90	99	127	99	116	81	107	112	130	2.90
2.95	100	128	100	118	81	108	113	132	2.95
3.00	101	130	101	119	82	110	114	133	3.00

Note: PSYC = Psychoticism; U-B-E = unusual Beliefs and Experiences; ECCE = Eccentricity; PER-D = Perceptual Dysregulation; M = Male; F = Female; Gray area indicates the scores that were not observed in the community sample.

Appendix A: Inventário de Personalidade para o DSM-5 (PID-5)

A seguir há uma lista de frases que as pessoas usam para se descrever. Gostaríamos de saber como você se descreve. Não há respostas certas ou erradas. Tente ser o mais honesto possível ao responder. Suas respostas são confidenciais. Não há tempo limite. Leia atentamente as frases e atribua pontos de 1 a 4, conforme **o quanto elas são verdadeiras para você**, de acordo com a seguinte escala:

- 1 – **Nada** (não tem nada a ver comigo, falso).
- 2 – **Pouco** (tem um pouco a ver comigo, algumas vezes falso).
- 3 – **Moderadamente** (tem a ver comigo, algumas vezes verdadeiro).
- 4 – **Muito** (tem muito a ver comigo, totalmente verdadeiro).

Item	0 – Nada	1 – Pouco	2 – Moderadamente	3 – Muito	0	1	2	3
001	Não tenho tanto prazer com as coisas como as pessoas parecem ter.				0	0	0	0
002	Existem muitas pessoas querendo me pegar.				0	0	0	0
003	As pessoas me descrevem como imprudente.				0	0	0	0
004	Sinto que ajo totalmente por impulso.				0	0	0	0
005	Eu frequentemente tenho ideias que são muito incomuns para explicar para alguém.				0	0	0	0
006	Perco o fio da meada das conversas porque outras coisas chamam a minha atenção.				0	0	0	0
007	Eu evito situações arriscadas.				0	0	0	0
008	Quando se trata das minhas emoções, as pessoas dizem que sou frio.				0	0	0	0
009	Eu mudo o que faço dependendo do que os outros querem.				0	0	0	0
010	Eu prefiro não me envolver muito com as pessoas.				0	0	0	0
011	Frequentemente me envolvo em brigas físicas.				0	0	0	0
012	Tenho pavor de ficar sem alguém que me ame.				0	0	0	0
013	Ser grosso e rude simplesmente faz parte de quem eu sou.				0	0	0	0
014	Eu faço coisas para me certificar que as pessoas irão me notar.				0	0	0	0
015	Costumo fazer o que os outros acham que eu deveria fazer.				0	0	0	0
016	Geralmente faço coisas de maneira impulsiva sem pensar no que pode acontecer.				0	0	0	0
017	Não consigo parar de tomar decisões precipitadas, mesmo sabendo que sou assim.				0	0	0	0
018	Minhas emoções às vezes mudam sem uma boa razão.				0	0	0	0
019	Realmente não me importo se faço os outros sofrerem.				0	0	0	0

Item	0 – Nada	1 – Pouco	2 – Moderadamente	3 – Muito	0	1	2	3
020	Eu guardo as coisas para mim mesmo.				0	0	0	0
021	Eu frequentemente digo coisas que os outros consideram esquisitas ou estranhas.				0	0	0	0
022	Eu sempre faço coisas no calor do momento.				0	0	0	0
023	Nada parece me interessar muito.				0	0	0	0
024	As pessoas parecem achar que meus comportamentos são esquisitos.				0	0	0	0
025	Pessoas já me disseram que eu penso sobre as coisas de um modo realmente estranho.				0	0	0	0
026	Eu quase nunca aproveito a vida.				0	0	0	0
027	Frequentemente sinto que nada do que faço tem importância.				0	0	0	0
028	Eu estouro com as pessoas quando elas fazem pequenas coisas que me irritam.				0	0	0	0
029	Não consigo me concentrar em coisa alguma.				0	0	0	0
030	Sou uma pessoa cheia de energia.				0	0	0	0
031	Os outros me vêem como irresponsável.				0	0	0	0
032	Consigo ser cruel quando preciso.				0	0	0	0
033	Meus pensamentos geralmente vão para direções esquisitas ou incomuns.				0	0	0	0
034	Já me disseram que perco muito tempo me assegurando que as coisas estão no seu devido lugar.				0	0	0	0
035	Eu evito esportes e atividades arriscadas.				0	0	0	0
036	Posso ter dificuldades em dizer a diferença entre sonho e realidade.				0	0	0	0
037	Às vezes tenho essa estranha sensação de que partes do meu corpo estão como mortas ou não fazem parte				0	0	0	0
038	Eu fico irritado facilmente.				0	0	0	0
039	Não tenho limites quando se trata de fazer coisas perigosas.				0	0	0	0
040	Para ser honesto, eu sou mais importante do que as outras pessoas.				0	0	0	0
041	Invento histórias sobre coisas que aconteceram que são totalmente falsas.				0	0	0	0
042	As pessoas frequentemente falam sobre coisas que faço das quais realmente não me lembro.				0	0	0	0
043	Faço coisas só para que as pessoas me admirem.				0	0	0	0
044	É estranho, mas algumas vezes objetos comuns parecem ter uma forma diferente do que a usual.				0	0	0	0

Item	0 – Nada	1 – Pouco	2 – Moderadamente	3 – Muito	0	1	2	3
045	Eu não reajo emocionalmente às coisas por muito tempo.				0	0	0	0
046	É difícil para mim parar uma atividade, mesmo quando é hora de parar.				0	0	0	0
047	Não sou bom em fazer planos futuros.				0	0	0	0
048	Eu faço muitas coisas que os outros consideram arriscadas.				0	0	0	0
049	As pessoas me dizem que me foco demais nos pequenos detalhes.				0	0	0	0
050	Eu me preocupo muito em ficar sozinho.				0	0	0	0
051	Deixei de fazer coisas porque estava muito ocupado tentando alcançar algo que eu estava fazendo perfeitamente.				0	0	0	0
052	Meus pensamentos geralmente não fazem sentido para as pessoas.				0	0	0	0
053	Frequentemente invento coisas sobre mim mesmo para conseguir o que quero.				0	0	0	0
054	Realmente não me incomoda ver outras pessoas se machucarem.				0	0	0	0
055	As pessoas frequentemente olham para mim como se eu tivesse dito algo realmente esquisito.				0	0	0	0
056	As pessoas não percebem que eu as elogio somente para conseguir o que quero.				0	0	0	0
057	Prefiro estar em um relacionamento ruim do que estar sozinho.				0	0	0	0
058	Eu geralmente penso antes de agir.				0	0	0	0
059	Eu frequentemente vejo imagens nítidas de sonhos quando estou começando a dormir ou acordando.				0	0	0	0
060	Continuo fazendo as coisas da mesma maneira, mesmo quando não está funcionando.				0	0	0	0
061	Eu sou muito insatisfeito comigo mesmo.				0	0	0	0
062	Tenho reações emocionais muito mais fortes do que a maioria das pessoas.				0	0	0	0
063	Faço o que os outros me dizem para fazer.				0	0	0	0
064	Não suporto ser deixado sozinho, mesmo que por algumas horas.				0	0	0	0
065	Eu tenho excelentes qualidades que poucas pessoas possuem.				0	0	0	0
066	Eu realmente não vejo esperança no futuro.				0	0	0	0
067	Eu gosto de me arriscar.				0	0	0	0
068	Não consigo atingir meus objetivos porque outras coisas chamam a minha atenção.				0	0	0	0
069	Quando quero fazer algo, não deixo que o fato de ser arriscado me impeça.				0	0	0	0

Item	0 – Nada	1 – Pouco	2 – Moderadamente	3 – Muito	0	1	2	3
070	As pessoas parecem pensar que eu sou muito diferente ou estranho.				0	0	0	0
071	Meus pensamentos são estranhos e imprevisíveis.				0	0	0	0
072	Eu não me importo com os sentimentos dos outros.				0	0	0	0
073	Você precisa pisar em algumas pessoas para conseguir o que quer na vida.				0	0	0	0
074	Eu adoro ter a atenção das outras pessoas.				0	0	0	0
075	Eu me esforço para evitar qualquer tipo de atividade em grupo.				0	0	0	0
076	Posso ser sorrateiro se isso significar que vou conseguir o que quero.				0	0	0	0
077	Às vezes eu olho para um objeto familiar e é como se eu o estivesse vendo pela primeira vez.				0	0	0	0
078	É difícil para mim mudar de uma atividade para outra.				0	0	0	0
079	Eu me preocupo muito com coisas terríveis que podem acontecer.				0	0	0	0
080	Tenho dificuldade de mudar o modo de fazer as coisas mesmo quando ele não funciona bem.				0	0	0	0
081	O mundo seria melhor se eu estivesse morto.				0	0	0	0
082	Eu mantenho distância das pessoas.				0	0	0	0
083	Eu frequentemente não posso controlar o que estou pensando.				0	0	0	0
084	Não sou de me emocionar.				0	0	0	0
085	Fico ofendido quando me dizem o que fazer, mesmo que seja um superior.				0	0	0	0
086	Sou muito envergonhado do quanto decepciono as pessoas de diversas maneiras.				0	0	0	0
087	Evito qualquer coisa que possa ser minimamente perigosa.				0	0	0	0
088	Tenho dificuldade em atingir objetivos específicos mesmo por curtos períodos de tempo.				0	0	0	0
089	Prefiro manter relacionamentos amorosos longe de mim				0	0	0	0
090	Eu nunca machucaria ninguém.				0	0	0	0
091	Eu não demonstro muito minhas emoções				0	0	0	0
092	Tenho um pavio muito curto.				0	0	0	0
093	Muitas vezes temo que algo ruim vai acontecer devido aos erros que cometi no passado.				0	0	0	0
094	Tenho algumas habilidades incomuns, como às vezes saber exatamente o que alguém está pensando.				0	0	0	0

Item	0 – Nada	1 – Pouco	2 – Moderadamente	3 – Muito	0	1	2	3
095	Eu fico muito nervoso quando penso sobre o futuro.				0	0	0	0
096	Raramente me preocupo com as coisas.				0	0	0	0
097	Eu gosto de estar apaixonado.				0	0	0	0
098	Prefiro agir de modo seguro a correr riscos desnecessários.				0	0	0	0
099	Algumas vezes ouço coisas que as pessoas não conseguem ouvir.				0	0	0	0
100	Fico obcecado em algumas coisas e não consigo parar.				0	0	0	0
101	As pessoas dizem que é difícil saber o que estou sentido.				0	0	0	0
102	Sou uma pessoa extremamente emotiva.				0	0	0	0
103	As pessoas se aproveitariam de mim se pudessem.				0	0	0	0
104	Frequentemente sinto que sou um fracasso.				0	0	0	0
105	É simplesmente inaceitável que eu faça algo que não está absolutamente perfeito.				0	0	0	0
106	Frequentemente tenho experiências incomuns, como sentir a presença de alguém que de fato não está presente.				0	0	0	0
107	Sou bom em fazer com que as pessoas façam aquilo que quero.				0	0	0	0
108	Eu termino meus relacionamentos se eles começarem a ficar muito íntimos.				0	0	0	0
109	Estou sempre me preocupando com alguma coisa.				0	0	0	0
110	Eu me preocupo com quase tudo.				0	0	0	0
111	Eu gosto de me destacar numa multidão.				0	0	0	0
112	Eu não me importo de me arriscar de vez em quando.				0	0	0	0
113	Meus comportamentos são muitas vezes marcantes e atraem a atenção das pessoas.				0	0	0	0
114	Sou melhor que quase todo mundo.				0	0	0	0
115	As pessoas reclamam sobre minha necessidade de ter tudo planejado.				0	0	0	0
116	Eu sempre esforço-me para me vingar de pessoas que me prejudicaram.				0	0	0	0
117	Estou sempre alerta para ver se alguém está tentando me enganar ou prejudicar.				0	0	0	0
118	Tenho dificuldade em me focar no que precisa ser feito.				0	0	0	0
119	Eu falo muito sobre suicídio.				0	0	0	0

Item	0 – Nada	1 – Pouco	2 – Moderadamente	3 – Muito	0	1	2	3
120	Eu simplesmente não estou muito interessado em ter relações sexuais.				0	0	0	0
121	Fico muito preso às coisas.				0	0	0	0
122	Eu me emociono com facilidade, muitas vezes por uma razão muito pequena.				0	0	0	0
123	Insisto em fazer tudo com total perfeição, mesmo deixando as pessoas loucas com isso.				0	0	0	0
124	Eu quase nunca me sinto feliz com as atividades do meu dia a dia.				0	0	0	0
125	Minha lábia ajuda-me a conseguir o que quero.				0	0	0	0
126	Às vezes é preciso cometer exageros para chegar à frente dos outros.				0	0	0	0
127	Eu temo ficar sozinho na vida mais do que qualquer outra coisa.				0	0	0	0
128	Eu fico preso em uma maneira de fazer as coisas, mesmo quando esta claro que não vai funcionar.				0	0	0	0
129	Geralmente sou bastante descuidado com minhas coisas e com as dos outros.				0	0	0	0
130	Sou uma pessoa muito ansiosa.				0	0	0	0
131	As pessoas são, no geral, confiáveis.				0	0	0	0
132	Eu facilmente me distraio.				0	0	0	0
133	Parece que estou sempre recebendo um "tratamento injusto" dos outros.				0	0	0	0
134	Não penso duas vezes em trapacear se isso me fizer chegar à frente dos outros.				0	0	0	0
135	Verifico as coisas várias vezes para ter certeza que elas estão perfeitas.				0	0	0	0
136	Não gosto de passar meu tempo com os outros.				0	0	0	0
137	Sinto-me impulsionado a continuar fazendo as coisas, mesmo quando elas fazem pouco sentido.				0	0	0	0
138	Nunca sei como estarão minhas emoções de um momento para outro.				0	0	0	0
139	Eu vi coisas que não estavam de fato lá.				0	0	0	0
140	É importante para mim que as coisas sejam feitas de uma determinada maneira.				0	0	0	0
141	Sempre espero que o pior vá acontecer.				0	0	0	0
142	Eu tento dizer a verdade, mesmo quando é difícil.				0	0	0	0
143	Eu acredito que algumas pessoas são capazes de mover coisas com suas mentes.				0	0	0	0
144	Não consigo me focar em alguma coisa por muito tempo.				0	0	0	0

Item	0 – Nada	1 – Pouco	2 – Moderadamente	3 – Muito	0	1	2	3
145	Eu evito relacionamentos românticos.				0	0	0	0
146	Não estou interessado em fazer amigos.				0	0	0	0
147	Eu falo o mínimo possível quando estou lidando com pessoas.				0	0	0	0
148	Sou uma pessoa inútil.				0	0	0	0
149	Faço qualquer coisa para evitar que alguém me abandone.				0	0	0	0
150	Às vezes eu consigo influenciar outras pessoas somente enviando meus pensamentos para elas.				0	0	0	0
151	A vida me parece muito sem cor.				0	0	0	0
152	Eu penso sobre as coisas de uma maneira esquisita que não faz sentido para maioria das pessoas.				0	0	0	0
153	Não me importo se minhas ações machucam os outros.				0	0	0	0
154	Às vezes me sinto "controlado" por pensamentos que pertencem a outras pessoas.				0	0	0	0
155	Eu realmente aproveito o máximo da vida.				0	0	0	0
156	Faço promessas que realmente não pretendo cumprir.				0	0	0	0
157	Parece que nada me faz sentir bem.				0	0	0	0
158	Fico facilmente irritado com todo o tipo de coisas.				0	0	0	0
159	Eu faço o que quero sem pensar o quanto isso pode ser perigoso.				0	0	0	0
160	Muitas vezes esqueço de pagar minhas contas.				0	0	0	0
161	Não gosto de me aproximar muito das pessoas.				0	0	0	0
162	Eu sou bom em enganar as pessoas.				0	0	0	0
163	Tudo parece sem sentido para mim.				0	0	0	0
164	Nunca me arrisco.				0	0	0	0
165	Fico emocionado até mesmo com pequenas coisas.				0	0	0	0
166	Não é um grande problema eu ferir os sentimentos de alguém.				0	0	0	0
167	Nunca demonstro emoções aos outros.				0	0	0	0
168	Eu frequentemente me sinto infeliz.				0	0	0	0
169	Sou uma pessoa sem valor.				0	0	0	0

Item	0 – Nada	1 – Pouco	2 – Moderadamente	3 – Muito	0	1	2	3
170	Costumo ser muito agressivo.				0	0	0	0
171	Já “sumi do mapa” para evitar responsabilidades.				0	0	0	0
172	Já me disseram mais de uma vez que tenho diversos hábitos e modos esquisitos.				0	0	0	0
173	Eu gosto de ser uma pessoa notada pelas outras.				0	0	0	0
174	Estou sempre com muito medo sobre coisas ruins que podem acontecer.				0	0	0	0
175	Nunca quero ficar sozinho.				0	0	0	0
176	Continuo tentando melhorar as coisas que faço, mesmo quando elas já estão perfeitas.				0	0	0	0
177	Eu raramente sinto que as pessoas que eu conheço estão tentando tirar vantagem de mim.				0	0	0	0
178	Sei que mais cedo ou mais tarde vou cometer suicídio.				0	0	0	0
179	Tenho ido mais além do que a maioria das pessoas que conheço.				0	0	0	0
180	Com certeza posso utilizar meu charme para que as coisas sejam do meu modo.				0	0	0	0
181	Minhas emoções são imprevisíveis.				0	0	0	0
182	Não lido com pessoas, a menos que eu precise.				0	0	0	0
183	Não me importo com os problemas dos outros.				0	0	0	0
184	Não reajo muito a coisas que parecem emocionar os outros.				0	0	0	0
185	Eu tenho vários hábitos que os outros acham que são excêntricos ou estranhos.				0	0	0	0
186	Eu evito eventos sociais.				0	0	0	0
187	Eu mereço tratamento especial.				0	0	0	0
188	Fico realmente irritado quando alguém me insulta ainda que não seja nada demais.				0	0	0	0
189	Raramente fico entusiasmado com alguma coisa.				0	0	0	0
190	Suspeito que até as pessoas que se dizem meus "amigos" me traem com frequência.				0	0	0	0
191	Eu necessito muito de atenção.				0	0	0	0
192	Às vezes eu penso que alguém está roubando pensamentos da minha cabeça.				0	0	0	0
193	Tenho períodos em que me sinto desconectado do mundo ou de mim mesmo.				0	0	0	0
194	Eu geralmente percebo relações incomuns entre coisas que a maioria das pessoas não percebe.				0	0	0	0

Item	0 – Nada	1 – Pouco	2 – Moderadamente	3 – Muito	0	1	2	3
195	Não penso que posso me machucar quando faço coisas que podem ser perigosas.				0	0	0	0
196	Eu simplesmente não tolero ver as coisas fora de seus devidos lugares.				0	0	0	0
197	Eu frequentemente preciso lidar com pessoas que são menos importantes que eu.				0	0	0	0
198	Às vezes bato nas pessoas para lembrá-las de quem está no comando.				0	0	0	0
199	Eu me perco na tarefa que estou realizando mesmo com pequenas distrações.				0	0	0	0
200	Divirto-me em fazer as pessoas que estão no controle parecerem estúpidas.				0	0	0	0
201	Eu simplesmente fujo de compromissos e reuniões se eu não estiver a fim.				0	0	0	0
202	Tento fazer o que os outros querem que eu faça.				0	0	0	0
203	Prefiro ficar sozinho a ter um parceiro amoroso íntimo.				0	0	0	0
204	Sou muito impulsivo.				0	0	0	0
205	Frequentemente tenho pensamentos que fazem sentido pra mim, mas que os outros dizem ser estranhos.				0	0	0	0
206	Eu uso as pessoas para conseguir o que quero.				0	0	0	0
207	Não vejo motivo em me sentir culpado sobre coisas que fiz e que machucaram outras pessoas.				0	0	0	0
208	Na maioria das vezes eu não vejo razão em ser amigável.				0	0	0	0
209	Eu já tive algumas experiências realmente esquisitas que são difíceis de se explicar.				0	0	0	0
210	Eu cumpro meus compromissos.				0	0	0	0
211	Eu gosto de chamar atenção para mim mesmo.				0	0	0	0
212	Sinto-me culpado a maior parte do tempo.				0	0	0	0
213	Frequentemente fico “fora do ar” e de repente volto e percebo que muito tempo se passou.				0	0	0	0
214	Mentir é fácil para mim.				0	0	0	0
215	Odeio me arriscar.				0	0	0	0
216	Eu sou "curto e grosso" com quem merece.				0	0	0	0
217	As coisas ao meu redor parecem irreais, ou mais reais que o normal.				0	0	0	0
218	Eu exagero a verdade se isso me trazer vantagens.				0	0	0	0
219	É fácil, para mim, tirar vantagem dos outros.				0	0	0	0
220	Eu tenho um modo rigoroso de fazer as coisas.				0	0	0	0

Versão Original: Krueger e cols (2012). Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) v1.0, Copyright ©2012 da Associação Americana de Psiquiatria.

Equipe de tradução brasileira: Dr. Ricardo Primi (USF), Dr. Lucas de Francisco Carvalho (USF), Dra. Denise Ruschel Bandeira (UFRGS), Dra. Latife Yazigi (UNIFESP), Ms. Sérgio Eduardo Silva de Oliveira (UFRGS) e Ms. André Augusto Rossi (USF).

Appendix C: DSM-5 Personality Disorder Profiles

	Raw Score	T Score	.	.	.	.	.	.	.
Antisocial			.	.	.	.	.	.	.
Hostility			.	.	.	.	.	.	.
Manipulativeness			.	.	.	.	.	.	.
Deceitfulness			.	.	.	.	.	.	.
Callousness			.	.	.	.	.	.	.
Irresponsibility			.	.	.	.	.	.	.
Impulsivity			.	.	.	.	.	.	.
Risk Taking			.	.	.	.	.	.	.
	T		<	40	50	60	70	80	90	>

	Raw Score	T Score	.	.	.	.	.	.	.
Borderline			.	.	.	.	.	.	.
Separation Insecurity			.	.	.	.	.	.	.
Anxiousness			.	.	.	.	.	.	.
Emotional Lability			.	.	.	.	.	.	.
*Hostility			.	.	.	.	.	.	.
Depressivity			.	.	.	.	.	.	.
*Impulsivity			.	.	.	.	.	.	.
*Risk Taking			.	.	.	.	.	.	.
	T		<	40	50	60	70	80	90	>

	Raw Score	T Score	.	.	.	.	.	.	.
Avoidant			.	.	.	.	.	.	.
*Anxiousness			.	.	.	.	.	.	.
Withdrawal			.	.	.	.	.	.	.
Intimacy Avoidance			.	.	.	.	.	.	.
Anhedonia			.	.	.	.	.	.	.
	T		<	40	50	60	70	80	90	>

	Raw Score	T Score	.	.	.	.	.	.	.
O-Compulsive			.	.	.	.	.	.	.
Restricted Affectivity			.	.	.	.	.	.	.
Perseveration			.	.	.	.	.	.	.
Intimacy Avoidance			.	.	.	.	.	.	.
*Rigid Perfectionism			.	.	.	.	.	.	.
	T		<	40	50	60	70	80	90	>

	Raw Score	T Score	.	.	.	.	.	.	.
Schyzotypal			.	.	.	.	.	.	.
Restricted Affectivity			.	.	.	.	.	.	.
Suspiciousness			.	.	.	.	.	.	.
Withdrawal			.	.	.	.	.	.	.
Eccentricity			.	.	.	.	.	.	.
Perceptual Dysregulation			.	.	.	.	.	.	.
Unusual Beliefs & Exper.			.	.	.	.	.	.	.
	T		<	40	50	60	70	80	90	>

	Raw Score	T Score	.	.	.	.	.	.	.
Narcissism			.	.	.	.	.	.	.
*Attention Seeking			.	.	.	.	.	.	.
*Grandiosity			.	.	.	.	.	.	.
	T		<	40	50	60	70	80	90	>

Criterion:

- **Antisocial:** six or more of the pathological personality traits.
- **Avoidant:** three or more of the pathological personality traits, one of which must be Anxiousness.
- **Borderline:** four or more of the pathological personality traits, at least one of which must be Impulsivity, Risk Taking, or Hostility.
- **Narcissistic:** both pathological personality traits.
- **Obsessive-Compulsive:** three or more of the pathological personality traits, one of which must be Rigid Perfectionism.
- **Schizotypal:** four or more of the pathological personality traits.

Parte II:
Estudos de Aplicações Clínicas

**CAPÍTULO IV: APLICAÇÃO CLÍNICA DOS MODELOS DIAGNÓSTICOS
CATEGÓRICO, HÍBRIDO E ESTRUTURAL DA PERSONALIDADE**

Sérgio Eduardo Silva de Oliveira

Denise Ruschel Bandeira

(Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Resumo

As mudanças recentes na forma de conceitualizar e avaliar os transtornos de personalidade (TP) demandam da comunidade científica e clínica uma postura crítica e colaborativa, com fins de aprimorar a prática e a ciência acerca dos TP. O objetivo do presente estudo foi avaliar a aplicabilidade clínica de três modelos diagnósticos dos TP, quais sejam, o modelo categórico do DSM-IV-TR, o modelo híbrido do DSM-5 e o modelo estrutural de Kernberg. Participaram do estudo 48 adultos que foram avaliados entre três e quatro encontros por meio de entrevistas estruturadas, testes psicológicos e de métodos de observação clínica. Os resultados mostraram que houve pouca congruência de diagnóstico entre os paradigmas do DSM-IV e DSM-5. O modelo estrutural apresentou adequadas evidências de validade e utilidade clínica. Discute-se a necessidade de manter o componente categórico do modelo do DSM-5 e salienta-se as vantagens de abordagens dimensionais.

Palavras-chave: Diagnóstico; Transtornos de Personalidade; Utilidade Clínica.

Abstract

Recent changes in the way of conceptualizing and assessing personality disorders (PD) demand a critic and collaborative conduct from clinical and scientific community in order to improve the practice and knowledge about PD. The current study aims to evaluating the clinical applicability of three PD diagnosis model, including the DSM-IV-TR categorical model, the DSM-5 hybrid model, and the Kernberg's structural model. A total of 48 people were evaluated between three to four sessions through structured interviews, psychological tests, and observational techniques. Results have shown low correspondence level between PD diagnosis according to the DSM-IV-TR and DSM-5 paradigms. The structural model has presented good validity evidences as well as clinical utility. We discuss about the lack of need to keep the categorical approach in the DSM-5 alternative PD model, and we highlight the advantages of dimensional approaches on PD assessment and conceptualization.

Keywords: Diagnosis; Personality Disorders; Clinical Utility.

Introdução

As formas de conceitualizar e diagnosticar os transtornos de personalidade (TP) têm sofrido mudanças significativas nos últimos anos, sendo a publicação do modelo híbrido de diagnóstico dos TP na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM; APA, 2013) a maior prova disso. Os pesquisadores da área demonstram consenso quanto aos problemas científicos e práticos que o modelo categórico diagnóstico dos TP do DSM-IV-TR (APA, 2000) possui, quais sejam, elevada prevalência de comorbidade, heterogeneidade entre pacientes dentro de uma mesma categoria diagnóstica, instabilidade temporal, pontos de corte arbitrários nos conjuntos de critérios politéticos, elevada frequência do diagnóstico de TP Sem Outra Especificação (TP SOE) entre outros (Balsis, Lowmaster, Cooper, & Benge, 2011; Clark, Livesley, & Morey, 1997; Grant, Stinson, Dawson, Chou, & Ruan, 2005; Gunderson et al., 2011; Morey, Skodol & Oldham, 2014; Oldham et al., 1992; Verheul & Widiger, 2004; Widiger, 1993; Zimmerman et al., 2012). O modelo híbrido foi elaborado como uma alternativa ao modelo categórico vigente e, apesar de seu recente lançamento, já existe uma relativa quantidade de pesquisas disponível na literatura verificando sua validade e fidedignidade (por exemplo: Hopwood, Thomas, Markon, Wright, & Krueger, 2012; Morey & Skodol, 2013; Skodol, Morey, Bender, & Oldham, 2015).

O modelo híbrido de diagnóstico dos TP, proposto na Seção III (Medidas e Modelos Emergentes) do DSM-5 (APA, 2013), é assim chamado porque agrega tanto metodologia dimensional quanto categórica. Desta forma, no caso de um paciente apresentar um perfil dimensional semelhante a um perfil prototípico de uma classe específica de TP, este será diagnosticado nessa categoria. Nesse modelo, são consideradas seis categorias diagnósticas específicas, a saber, TP Antissocial, Borderline, Esquizotípica, Evitativa, Narcisista e Obsessivo-Compulsiva. As categorias diagnósticas dos TP Dependente, Esquizóide, Histriônica e Paranóide foram excluídas por falta de base científica, excessiva co-ocorrência com outros TP e por sub-utilização (Skodol et al., 2011). Contudo, os traços patológicos característicos dessas categorias diagnósticas são abarcados pelo diagnóstico de TP – Traço Especificado (TP-TE) (Hopwood et al., 2012; Skodol et al., 2011). A categoria TP-TE é aplicada quando um dado paciente apresenta um ou mais traços patológicos diferentes dos perfis prototípicos dos seis tipos específicos de TP (APA, 2013).

Para além dos modelos categórico e híbrido de conceitualização dos TP, encontra-se na literatura uma série de modelos alternativos (para detalhes ver revisão feita por

Widiger & Simonsen, 2005). Kernberg (1995), baseado na teoria psicodinâmica das relações de objeto, propôs um modelo parcimonioso de entendimento dos TP. Ele sugere um modelo bidimensional, onde duas linhas ortogonais se intersectam, sendo que no eixo Y se identifica o nível de organização da personalidade e no eixo X o estilo de vivência introvertido-extrovertido. A dimensão Introversão/Extroversão refere-se à disposição temperamental que influencia o tipo de transtorno de personalidade (internalizante ou externalizante), mas não o nível de severidade da organização estrutural da patologia da personalidade. A dimensão Organização da Personalidade refere-se à qualidade do funcionamento da personalidade, variando desde um nível superior, maduro, integrado, flexível e adaptativo até um nível inferior, primitivo, desintegrado, rígido e mal adaptativo. Essa dimensão é estimada com base na avaliação de três funções psicológicas, a saber, o nível de formação da identidade (Integrada vs. Difusa), a predominância dos tipos de mecanismos de defesa utilizados (Maduros vs. Primitivos), e a capacidade para testar a realidade (Boa, Prejudicada, Ausente) (Caligor, Kernberg, & Clarkin, 2007; Kernberg, 1995; Kernberg & Caligor, 2005). Ao longo do *continuum* do nível de organização da personalidade superior-inferior são ancoradas cinco categorias qualitativas, a saber, organização da personalidade normal, neurótica, borderline superior, borderline inferior e psicótica (Kernberg & Caligor, 2005).

Nota-se que cada um dos modelos aqui discutidos (DSM-IV-TR, DSM-5 e Estrutural) conceitualizam e operacionalizam a avaliação dos TP de formas distintas. O presente estudo tem por principal objetivo verificar a aplicabilidade clínica desses modelos, bem como investigar as semelhanças e diferenças entre esses diferentes sistemas de classificação da patologia da personalidade. Para tanto, foram estipulados os seguintes objetivos específicos:

- 1) Examinar a continuidade entre os paradigmas do DSM-IV-TR e do DSM-5: alguns autores têm sugerido certa continuidade entre os paradigmas categórico do DSM-IV-TR e híbrido do DSM-5 (Hopwood et al., 2012; Skodol et al., 2011). Contudo, não foram encontrados na literatura estudos que investigassem a concordância entre as categorias diagnósticas dos TP computadas conforme cada paradigma. Dessa forma, foram objetivos verificar o nível de concordância entre as categorias diagnósticas dos TP e analisar as semelhanças entre os traços dos TP comparando os paradigmas do DSM-IV-TR e DSM-5.
- 2) Avaliar a aplicabilidade clínica das categorias diagnósticas de acordo com os critérios e algoritmos do DSM-IV-TR e DSM-5: a literatura vem fazendo críticas para a elevada frequência da utilização da categoria TP-SOE (Krueger, 2013;

Widiger & Trull, 2007) e para o alto índice de comorbidade entre TP (Grant et al., 2005; Oldham et al., 1992; Zimmerman et al., 2012). Foi então objetivo verificar a frequência das categorias diagnósticas e das comorbidades de cada paradigma.

- 3) Investigar a validade dos traços de TP dos modelos do DSM-IV-TR e DSM-5: estudos têm mostrado que pacientes com TP tendem a apresentar altos níveis de neuroticismo e problemas de socialização (Saulsman & Page, 2002; Widiger & Costa, 2002). Além disso, problemas na formação da identidade parecem ser comuns em pessoas com TP (Bender, 2013; Bender, Morey, & Skodol, 2011; Morey et al., 2011). Dessa forma, foi objetivo também do presente estudo investigar a associação dos traços de TP como operacionalizados pelo DSM-IV-TR e DSM-5 com os cinco grande fatores normativos da personalidade e com os fatores patológicos da formação da identidade e outros fatores patológicos da personalidade.
- 4) Averiguar a validade clínica do diagnóstico do nível de organização estrutural da personalidade: o diagnóstico estrutural propõe um sistema parcimonioso de classificação da patologia da personalidade, de acordo com o nível de prejuízo no funcionamento da personalidade (Kernberg & Caligor, 2005). Foi também objetivo verificar a confiabilidade, validade e aplicabilidade clínica desse modelo diagnóstico da personalidade.

Método

Participantes

Um total de 50 indivíduos adultos aceitaram participar voluntariamente do estudo, contudo dois deles não completaram todo o protocolo da pesquisa, resultando em uma amostra final de 48 participantes. A idade dos participantes variou de 18 a 61 anos ($M = 31,6$; $DP = 10,2$) e 64,6% deles eram do sexo feminino. Os participantes foram agrupados de acordo com a presença ou ausência de transtornos mentais, sendo que 10 indivíduos formaram o grupo não-clínico (Idade: $M = 28,1$; $DP = 8,3$; Sexo: 90% feminino) e 38 o grupo clínico (Idade: $M = 32,5$; $DP = 10,6$; Sexo: 64,6% feminino). A Tabela 3.1 apresenta as frequências das hipóteses diagnósticas estabelecidas para o grupo clínico por meio da Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do Eixo I (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997).

Tabela 3. 1: Frequência das hipóteses diagnósticas do grupo clínico (n = 38)

Classe	f	(%)	Classe	f	(%)
<i>Transtornos do Humor</i>			<i>Transtornos Psicóticos</i>		
Distímico	6	(15,8)	Psicótico SOE	1	(2,6)
Bipolar I	5	(13,2)	<i>Transtornos Ansiosos</i>		
Depressivo Maior	9	(23,7)	Pânico	7	(18,4)
<i>Transtornos Externalizantes</i>			Obsessivo-Compulsivo	3	(7,9)
Abuso de Álcool	2	(5,3)	Estresse Pós-Traumático	5	(13,2)
Dependência de Álcool	1	(2,6)	Agorafobia	3	(7,9)
Abuso de Substância	1	(2,6)	Fobia Social	7	(18,4)
Dependência de Substância	3	(7,9)	Ansiedade Generalizada	9	(23,7)
<i>Transtornos Somáticos</i>			Ansiedade SOE	4	(10,5)
Somatização	4	(10,5)	<i>Transtornos Alimentares</i>		
Hipocondria	3	(7,9)	Anorexia	2	(5,3)
Dismórfico Corporal	4	(10,5)	Bulimia	2	(5,3)

Instrumentos

Caracterização da amostra

Questionários de Dados Sociodemográficos e de Condição de Saúde (QDSCS): Foi elaborado, para o presente estudo, um questionário para levantar informações para a caracterização da amostra. As perguntas versavam sobre aspectos sociodemográficos (sexo, idade, etnia etc.) e sobre condições de saúde (diagnóstico psiquiátrico e medicação psicotrópica).

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I): Esta é uma entrevista clínica semiestruturada elaborada para avaliar os principais transtornos mentais listados no Eixo I do DSM-IV-TR (APA, 2000; First et al., 1997). A literatura apresenta adequados indicadores de confiabilidade da versão brasileira da SCID-I (Del-Bem et al., 2001).

Paradigma Categórico (DSM-IV-TR)

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II):

Trata-se de uma entrevista semiestruturada para avaliação dos traços patológicos da personalidade, de acordo com o modelo categórico de diagnóstico dos TP do DSM-IV-TR (APA, 2000; First, Spitzer, Gibbon, Williams, & Benjamin, 1994). Foi utilizada a versão adaptada para o Brasil (Melo & Rangé, 2010). No presente estudo as consistências internas estimadas foram (Evitativa $\alpha = 0,80$, Dependente $\alpha = 0,67$, Obsessivo-Compulsiva $\alpha = 0,44$, Passivo-Agressiva $\alpha = 0,71$, Depressiva $\alpha = 0,86$, Paranóide $\alpha = 0,65$, Esquizotípica $\alpha = 0,52$, Esquizoide $\alpha = 0,72$, Histiônica $\alpha = 0,78$, Narcisista $\alpha = 0,78$, Borderline $\alpha = 0,89$, Antissocial $\alpha = 0,86$).

Paradigma Híbrido (DSM-5)

Personality Inventory for DSM-5 (PID-5):

Este é um instrumento de autorrelato, com 220 itens respondidos em escala tipo Likert de quatro pontos (0 “não tem nada a ver comigo” e 3 “tem muito a ver comigo”) (Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012). O PID-5 avalia os 25 traços patológicos da personalidade propostos no modelo alternativo de diagnóstico dos TP dispostos no DSM-5 (APA, 2013). Dados de evidências de validade e fidedignidade estão dispostos na literatura (Bastiaens et al., 2015; Bo, Bach, Mortensen, & Simonsen, 2015; Fossati et al., 2013; Gutiérrez et al., 2015; Krueger et al., 2012; Quilty, Ayearst, Chmielewski, Pollock, & Bagby, 2013; Zimmermann et al., 2014). Foi utilizada a versão brasileira adaptada pelo Dr. Ricardo Primi e colaboradores. A consistência interna dos fatores no presente estudo foram: Afetividade Negativa $\alpha = 0,95$, Distanciamento $\alpha = 0,96$, Antagonismo $\alpha = 0,95$, Desinibição $\alpha = 0,82$ e Psicoticismo $\alpha = 0,96$).

Paradigma Estrutural (Kernberg)

Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br):

O IPO-Br (Oliveira & Bandeira, 2011) é a versão brasileira do *Inventory of Personality Organization* (IPO: Clarkin, Foelsch, & Kernberg, 2001; Ellison & Levy, 2012; Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, & Foelsch, 2001). Trata-se de um instrumento de autorrelato, composto por 83 itens que são respondidos em uma escala tipo Likert de cinco pontos (1 “nunca verdadeiro” e 5 “sempre verdadeiro”). Estudos têm reportado consistentes evidências de validade e fidedignidade (Berghuis et al., 2009; Ellison & Levy, 2012; Igaraschi, et al., 2009; Lenzenweger et al., 2001; Normandin, et al., 2002; Preti et al., 2015; Quiroga, Solano, &

Fonato, 2003; Smits et al., 2009). A versão brasileira do IPO também tem mostrado adequados parâmetros psicométricos (Oliveira, 2012; Silveira, 2015). Os coeficientes de consistência interna dos fatores no presente estudo foram: Instabilidade do Self e Outros $\alpha = 0,95$, Instabilidade do Comportamento $\alpha = 0,92$, Instabilidade nos Objetivos $\alpha = 0,76$, Psicose = 0,85, Agressividade Autodirigida $\alpha = 0,57$, Distorção dos Valores Morais $\alpha = 0,80$ e Agressividade Sádica $\alpha = 0,75$.

Personality Organization Diagnostic Form (PODF): Este é um instrumento pontuado pelo clínico, composto por 21 itens distribuídos em cinco dimensões que avaliam os construtos centrais da teoria da organização da personalidade de Kernberg (1995). A literatura reporta evidências de validade e fidedignidade (Diguer et al., 2006; Diguer & Normandin, 1996; Diguer, Normandin, & Hébert, 2001; Gamache et al., 2009; Hébert et al., 2003). Foi utilizada a versão brasileira adaptada por Oliveira e Bandeira (2013). A consistência interna das escalas no presente estudo foram adequadas (Identidade $\alpha = 0,94$, Defesas Primitivas $\alpha = 0,90$, Defesas Maduras $\alpha = 0,55$, Teste de Realidade $\alpha = 0,83$).

Paradigma Dimensional (Cinco Grandes Fatores)

Bateria Fatorial da Personalidade (BFP): trata-se de um instrumento que avalia a personalidade no modelo dos Cinco Grandes Fatores. O teste foi desenvolvido no Brasil, considerando a linguagem falada no país e os valores culturais (Nunes, Hutz, & Nunes, 2010). A BFP é composta por 126 itens, com resposta tipo Likert de sete pontos (1 = Absolutamente não me identifico com a frase e 7 = Descreve-se perfeitamente), distribuídos em cinco escalas, constituídas de 17 facetas. Indicadores de validade e fidedignidade são reportados em Nunes, Hutz e Nunes (2010). As consistências internas dos fatores, no presente estudo, foram: Neuroticismo $\alpha = 0,94$, Extroversão $\alpha = 0,91$, Socialização $\alpha = 0,85$, Realização $\alpha = 0,82$ e Abertura a Novas Experiências $\alpha = 0,77$.

Procedimentos

O presente projeto foi submetido para apreciação ética e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi realizada pessoalmente por seis psicólogos ou estudantes de Psicologia que receberam um treinamento e supervisão na aplicação, codificação e apuração dos instrumentos da pesquisa. A amostragem foi não probabilística, por conveniência (Cozby, 2003). Para formar o grupo não clínico, os coletadores convidaram pessoas da comunidade que apresentavam um adequado funcionamento psicossocial. Para recrutar o grupo clínico, foi enviado um e-mail a psicólogos e

psiquiatras de Porto Alegre e região cujo conteúdo consistiu na apresentação da pesquisa e na solicitação de indicação de pacientes que teriam potencial prejuízo no funcionamento da personalidade.

Cada participante foi avaliado em três ou quatro encontros. Nos casos de pacientes com maior comprometimento no funcionamento psicossocial, o primeiro encontro foi dividido em dois, dado o grande tempo gasto na aplicação das entrevistas estruturadas. No primeiro encontro era lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em seguida os participantes preenchiam o QDSCS e depois eram realizadas as entrevistas estruturadas do DSM-IV-TR (SCID-I e SCID-II). Esse primeiro encontro tinha duração aproximada de duas horas. No segundo encontro, os participantes respondiam ao IPO-Br, em seguida realizavam uma “tarefa ponte”, o Desenho da Figura Humana, e terminavam com o preenchimento da BFP. No terceiro encontro, os participantes respondiam ao PID-5 e recebiam a devolutiva da avaliação. Salienta-se que o PID-5 não foi incluído na devolutiva devido a falta de estudos psicométricos na população brasileira. Os segundo e terceiro encontros tiveram duração aproximada de uma hora e meia.

Análise dos dados

Foram aplicados os algoritmos dos paradigmas do DSM-IV-TR (APA, 2000) e DSM-5 (APA, 2013) para o diagnóstico dos TP com o objetivo de examinar o grau de concordância entre as categorias diagnósticas de ambos os sistemas de classificação. Os traços patológicos da personalidade, propostos pelo DSM-5, foram considerados em condição clínica quando apresentaram um desvio-padrão acima da média (considerando o sexo do participante, de acordo com a tabela normativa para a população brasileira apresentada por Oliveira, Bandeira, Primi, & Krueger, 2016). A concordância entre os TP foi verificada por meio da estatística Kappa (Cohen, 1960), que é uma medida robusta de concordância entre medidas nominais (McHugh, 2012; Vieira & Garrett, 2005).

A relação entre as formas de conceituação dos TP pelos diferentes sistemas de classificação foi investigada por meio de correlações de Pearson. Para tanto, os TP foram tratados como variáveis dimensionais. Desta forma, os TP do DSM-IV-TR tiveram os escores dos critérios somados, enquanto que os TP do DSM-5 tiveram calculadas as médias aritméticas das facetas que compõem cada categoria diagnóstica. Foi examinada a frequência das categorias dos TP e a frequência de comorbidades entre TPs para cada paradigma e foi verificada a associação entre os modelos por meio do teste de qui-quadrado. A validade dos modelos foi verificada por meio da correlação com os cinco grandes fatores da personalidade.

A validade e utilidade clínica do modelo estrutural foram verificadas por meio da correlação entre os diferentes métodos de estimação do nível de organização da personalidade, a saber: 1) diagnóstico clínico, por meio do PODF; 2) classificação por meio do diagnóstico de TP pela SCID-II; 3) classificação por meio do diagnóstico de TP pelo PID-5; 4) nível de severidade do funcionamento da personalidade estimado pelo somatório dos 57 itens das Escalas Clínicas Primárias do IPO-Br. Foi aplicada uma análise de variância (ANOVA) entre os grupos de organização da personalidade estipulados pela apreciação clínica (PODF), para verificar se os níveis de organização mais inferiores apresentam mais prejuízos no funcionamento da personalidade. Finalmente, foi investigado se o pressuposto de dimensões ortogonais da teoria da organização da personalidade se confirma por meio da correlação entre o fator extroversão e o nível de organização da personalidade.

Resultados

Inicialmente foi investigada a concordância dos diagnósticos dos TP entre os paradigmas do DSM-IV-TR e do DSM-5. Cada caso foi diagnosticado de acordo com os algoritmos propostos pelos dois sistemas e os resultados mostraram que o TP Evitativo apresentou concordância entre os dois métodos para além daquela esperada pelo acaso (ver Tabela 3.2). Quando considerados os TP que foram excluídos do modelo alternativo, observou-se concordância também dos diagnósticos de TP Dependente e Histriônica entre os paradigmas.

Tabela 3. 2: Análise de concordância de diagnósticos de transtornos de personalidade entre os paradigmas do DSM-IV-TR e DSM-5

	DSM-IV-TR	DSM-5		Kappa	p
		Negativo	Positivo		
Categorias vigentes entre os dois sistemas					
TP Evitativo	Negativo	36 (26)	1 (1)	0,416 (0,390)	0,001 (0,007)
	Positivo	7 (7)	4 (4)		
TP Obsessivo-Compulsivo	Negativo	34 (24)	4 (4)	0,111 (0,066)	0,420 (0,671)
	Positivo	8 (8)	2 (2)		
TP Esquizotípico	Negativo	40 (30)	8 (8)	-	-
	Positivo	0 (0)	0 (0)		
TP Narcisista	Negativo	41 (31)	3 (3)	0,182 (0,162)	0,208 (0,319)
	Positivo	3 (3)	1 (1)		
TP Borderline	Negativo	31 (21)	4 (4)	0,299 (0,243)	0,033 (0,122)
	Positivo	8 (8)	5 (5)		
TP Antissocial	Negativo	44 (34)	3 (3)	-0,032 (-0,041)	0,794 (0,767)
	Positivo	1 (1)	0 (0)		
Categorias excluídas do DSM-5					
TP Dependente	Negativo	43 (33)	4 (4)	0,309 (0,303)	0,003 (0,009)
	Positivo	0 (0)	1 (1)		
TP Passivo-Agressivo	Negativo	39 (29)	4 (4)	0,107 (0,079)	0,459 (0,627)
	Positivo	4 (4)	1 (1)		
TP Depressivo	Negativo	36 (26)	3 (3)	0,294 (0,260)	0,036 (0,098)
	Positivo	6 (6)	3 (3)		
TP Paranóide	Negativo	43 (33)	1 (1)	-0,034 (-0,044)	0,761 (0,728)
	Positivo	4 (4)	0 (0)		
TP Esquizóide	Negativo	40 (30)	3 (3)	-0,085 (-0,109)	0,542 (0,482)
	Positivo	5 (5)	0 (0)		
TP Histriônico	Negativo	43 (33)	1 (1)	0,538 (0,529)	< 0,001 (0,001)
	Positivo	2 (2)	2 (2)		

Nota: Valores entre parênteses inclui somente a amostra clínica ($n = 38$).

Para testar as relações entre as formas de conceitualizações dos TP entre os dois modelos, foram realizadas correlações de Pearson considerando as variáveis como sendo dimensionais. Dessa forma, foram somados os escores dos critérios dos TP de acordo com o DSM-IV-TR e foram calculadas as médias das facetas dos TP de acordo com o DSM-5. A Tabela 3.3 apresenta os coeficientes de correlação de Pearson entre os TP dos diferentes modelos.

Tabela 3. 3: Coeficientes de correlação entre as categorias dos transtornos de personalidade de acordo com os paradigmas do DSM-IV-TR e DSM-5

		DSM-5											
		ATS	BDL	EVT	EZT	NRC	OCP	DPD	DPR	EZD	HST	PAG	PRN
DSM-IV-TR	TC	0,20	0,15	0,09	0,13	0,12	0,22	-0,01	0,08	0,21	0,07	0,24	0,17
	ATS	0,03	-0,03	-0,02	0,00	-0,10	0,21	-0,14	-0,07	0,08	-0,10	0,03	0,01
	BDL	0,44 ^b	0,66^c	0,39 ^b	0,36 ^a	0,34 ^a	0,35 ^a	0,66^c	0,55 ^c	0,29 ^a	0,36 ^a	0,45 ^c	0,30 ^a
	EVT	0,16	0,40 ^b	0,46^c	0,36 ^a	0,10	0,30 ^a	0,39 ^b	0,39 ^b	<u>0,43^b</u>	0,09	0,26	0,31 ^a
	EZT	0,18	0,37 ^b	0,33 ^a	0,46^c	0,32 ^a	0,23	0,45 ^c	0,42 ^b	0,27	0,26	0,28	0,37 ^b
	NRC	0,38^b	0,15	0,15	0,21	0,38^b	0,07	0,11	0,16	0,12	0,32 ^a	0,19	0,29 ^a
	OCP	0,34 ^a	0,31 ^a	0,14	0,14	0,07	0,14	0,04	0,21	0,12	0,17	0,40^b	0,32 ^a
	DPD	0,42 ^b	0,59 ^c	0,48 ^c	0,36 ^a	0,26	0,22	0,57 ^c	0,60^c	0,29 ^a	0,33 ^a	0,42 ^b	0,39 ^b
	DPR	0,46 ^a	0,66^a	0,46 ^c	0,37 ^a	0,28	0,25	0,64 ^c	<u>0,62^a</u>	0,29 ^a	0,46 ^c	0,46 ^c	0,34 ^a
	EZD	-0,07	0,02	0,37 ^b	0,28	-0,23	0,12	-0,01	0,28	0,40^b	-0,00	0,14	0,22
	HST	<u>0,61^c</u>	0,41 ^b	0,15	0,26	<u>0,53^c</u>	0,11	0,35 ^a	0,19	0,05	<u>0,59^c</u>	0,27	0,42 ^b
	PAG	0,55^c	0,44 ^b	0,11	0,21	0,52 ^c	0,02	0,28	0,24	0,03	0,43 ^b	0,40^b	0,31 ^a
	PRN	0,47 ^c	0,50 ^c	0,23	<u>0,57^c</u>	0,52 ^c	<u>0,39^b</u>	0,36 ^a	0,37 ^b	0,19	0,43 ^b	<u>0,51^c</u>	0,59^c

Nota: Caselas em cinza indicam as correlações entre os mesmos TP pelos diferentes paradigmas; Valores em negrito indicam os maiores coeficientes de correlação das linhas; Valores sublinhados indicam os maiores coeficientes de correlação das colunas; TC = Transtorno de Conduta; ATS = Antissocial; BDL = Borderline; EVT = Evitativo; EZT = Esquizotípica; NRC = Narcisista; OCP = Obsessivo-Compulsiva; DPD = Dependente; DPR = Depressiva; EZD = Esquizoide; HST = Histriônica; PAG = Passivo-Agressiva; PRN = Paranoide.

Considerando as seis categorias de TP vigentes entre os dois sistemas de classificação, observa-se que o TP Borderline foi o único construto que apresentou correspondência considerando ambos os paradigmas. Quando considerado o modelo do DSM-IV-TR, os TP Evitativa, Esquizotípica e Narcisista apresentaram correlações mais fortes com os respectivos TP do DSM-5. Referente às demais categorias diagnósticas, observa-se que somente o TP Paranoide apresentou correspondência entre si pelos dois paradigmas. Pela perspectiva do DSM-IV-TR, o TP Esquizoide apresentou maior correlação com seu correspondente no DSM-5, enquanto que pelo DSM-5 os TP Depressiva e Histriônica apresentaram maior associação com seus correspondentes no DSM-IV-TR.

A prevalência de categorias diagnósticas para cada paradigma entre os grupos clínico e não-clínico foi investigada (ver Tabela 3.4). Nota-se que os diferentes modelos produziram diagnósticos categóricos distintos e que os resultados confirmaram a associação entre os paradigmas no que se refere aos diagnósticos dos TP Histriônica,

Evitativa e Dependente, quando considerado somente o grupo clínico. Vale também ressaltar o diagnóstico de TP SOE e TP-TE. Quando consideradas as 13 categorias de TP, observou-se que dois pacientes foram classificados com TP SOE pelo DSM-IV, enquanto que 19 pacientes foram diagnosticados com TP-TE e seis dos dez participantes controles também, de acordo com o Critério B do DSM-5. Ressalta-se, contudo, que o Critério A não foi considerado para esses resultados.

Tabela 3. 4: Prevalência dos diagnósticos de transtornos de personalidade e comorbidades segundo os paradigmas do DSM-IV-TR e DSM-5

	DSM-IV-TR				DSM-5				Associação	
	NC (n = 10)		C (n = 38)		NC (n = 10)		C (n = 38)		χ^2	p
Cluster A										
Paranoide	0	(0)	4	(10,5)	0	(0)	1	(2,6)	0,12	0,73
Esquizotípica	0	(0)	0	(0)	0	(0)	8	(21,1)	-	-
Esquizoide	0	(0)	5	(13,2)	0	(0)	3	(7,9)	0,49	0,48
Cluster B										
Histriônica	0	(0)	4*	(10,5)	0	(0)	3*	(7,9)	10,90	<0,01
Narcisista	0	(0)	4	(10,5)	0	(0)	4	(10,5)	0,99	0,32
Borderline	0	(0)	13	(34,2)	0	(0)	9	(23,7)	2,39	0,12
Antissocial	0	(0)	1	(2,6)	0	(0)	3	(7,9)	0,09	0,77
Cluster C										
Evitativa	0	(0)	11*	(28,9)	0	(0)	5*	(13,2)	7,30	0,02
Dependente	0	(0)	1*	(2,6)	0	(0)	5*	(13,2)	6,78	0,01
Obsessivo-Compulsiva	0	(0)	10	(26,3)	0	(0)	6	(15,8)	0,18	0,67
Outros										
Passivo-Agressiva	0	(0)	5	(13,2)	0	(0)	5	(13,2)	0,24	0,63
Depressiva	0	(0)	9	(23,7)	0	(0)	6	(15,8)	2,73	0,10
Sem Outra Especificação	0	(0)	2	(5,3)	6	(60,0)	19	(50,0)	2,11	0,15
Comorbidade (13 categ.)										
0 diagnóstico	10	(100)	7	(18,4)	4	(40)	3	(7,9)	15,12	0,52
1 diagnóstico	0	(0)	14	(36,8)	6	(60)	24	(63,2)		
2 diagnósticos	0	(0)	7	(18,4)	0	(0)	1	(2,6)		
3 diagnósticos	0	(0)	5	(13,2)	0	(0)	3	(7,9)		
4 ou + diagnósticos	0	(0)	5	(13,2)	0	(0)	7	(18,4)		
Comorbidade (11 categ.)										
0 diagnóstico	10	(100)	7	(18,4)	4	(40)	3	(7,9)	10,82	0,82
1 diagnóstico	0	(0)	17	(44,7)	6	(60)	24	(63,2)		
2 diagnósticos	0	(0)	7	(18,4)	0	(0)	2	(5,3)		
3 diagnósticos	0	(0)	4	(10,5)	0	(0)	3	(7,9)		
4 ou + diagnósticos	0	(0)	3	(7,9)	0	(0)	6	(15,8)		
Comorbidade (7 categ.)										
0 diagnóstico	10	(100)	7	(18,4)	4	(40)	3	(7,9)	16,17	0,18
1 diagnóstico	0	(0)	20	(52,6)	6	(60)	25	(65,8)		
2 diagnósticos	0	(0)	8	(21,1)	0	(0)	3	(7,9)		
3 diagnósticos	0	(0)	3	(7,9)	0	(0)	6	(15,8)		
4 ou + diagnósticos	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(2,6)		

As comorbidades entre os TP de acordo com cada modelo também foram avaliadas. Note que foram investigadas as frequências de comorbidades de acordo com três grupos de categorias. O primeiro grupo considerou as 10 categorias do DSM-IV-TR, mais as duas

que estavam para estudo (Passivo-Agressiva e Depressiva) e mais a TP SOE ou TP-TE. O segundo grupo considerou apenas as 10 categorias propostas no DSM-IV-TR e a categoria TP SOE ou TP-TE, que abarcou os casos que receberam o diagnóstico de TP Passivo-Agressiva e/ou Depressiva como único(s) diagnóstico(s). Por fim, o terceiro grupo considerou apenas os seis diagnósticos específicos mantidos no modelo do DSM-5 e mais o TP SOE ou TP-TE, que nesse caso também compreendeu os casos que receberam quaisquer um dos diagnósticos excluídos quando na ausência de um dos seis diagnósticos possíveis. Os resultados mostraram que a maioria dos casos recebeu somente um diagnóstico por ambos os paradigmas (DSM-IV-TR variou de 36,8% a 52,6%; DSM-5 variou de 63,2% a 65,8%). Contudo, os resultados sugeriram que é mais provável observar pessoas com três ou mais diagnósticos de TP no modelo do DSM-5 do que pessoas com apenas dois diagnósticos concomitantes.

Por fim, verificou-se a relação dos construtos dos TP, de acordo com cada abordagem, com medidas do funcionamento normal e patológico da personalidade (ver Tabela 3.5). Apesar das diferenças nos tamanhos das magnitudes dos coeficientes de correlação, nota-se que o traço de TP Paranóide foi o único que apresentou um padrão de associação idêntico, independente do paradigma utilizado. Os traços dos TP Esquizotípica, Borderline, Dependente e Depressiva apresentaram padrões de associação bastante similares, variando em apenas duas variáveis. Observa-se também que os traços dos TP coletados por meio do autorrelato (PID-5) tenderam a apresentar associações mais fortes com as medidas de traços normais e patológicos da personalidade.

Os traços dos TP mostraram-se estar mais associados com problemas na constituição da identidade, principalmente no tocante à instabilidade na representação de si e dos outros, na inconsistência e incongruência dos comportamentos. Os TP do Cluster A apresentaram importantes associações com o fator Psicose do IPO-Br. Nota-se ainda que, de modo geral, os traços dos TP se relacionam positivamente com Neuroticismo e negativamente com Socialização.

O TP Antissocial, conforme operacionalizado pela SCID-II, não apresentou adequada variabilidade. Uma vez que muitos casos não preencheram o Critério B (presença de Transtorno de Conduta na adolescência), as questões do Critério A desse transtorno não foram investigadas. Contudo, observou-se que o traço de Transtorno de Conduta apresentou relações positivas com Instabilidade do Comportamento ($r = 0,40, p < 0,01$) e com Agressividade Autoridiriga ($r = 0,35, p < 0,05$), e negativa com Socialização ($r = -0,38, p < 0,01$).

Tabela 3. 5: Coeficientes de correlação entre os traços dos transtornos de personalidade e medidas de traços normais e patológicos da personalidade e com o nível de organização da personalidade

	TP	DSM	Traços Patológicos da Personalidade (IPO-Br)							Traços Normais da Personalidade (BFP)					Nível de Organização da Personalidade	
			ISO	IO	IC	PSI	AA	DVM	AS	N	E	S	R	A	(IPO-Br)	(PODF)
Cluster A	PRN	IV	0,47 ^c	0,25	0,51 ^c	0,58 ^c	0,48 ^c	0,51 ^c	0,59 ^c	0,37 ^a	0,08	-0,61 ^c	-0,26	-0,03	0,52 ^c	0,36 ^a
		5	0,53 ^a	0,16	0,62 ^a	0,50 ^a	0,55 ^a	0,59 ^a	0,61 ^a	0,45 ^a	-0,00	-0,50 ^c	-0,05	-0,08	0,58 ^c	0,40 ^b
	EZT	IV	0,44 ^b	0,23	0,40 ^b	0,55 ^a	0,43 ^b	0,29 ^a	0,20	0,38 ^b	-0,05	-0,17	0,11	-0,01	0,47 ^c	0,42 ^b
		5	0,68 ^c	0,28	0,76 ^c	0,75 ^c	0,63 ^c	0,69 ^c	0,47 ^c	0,58 ^c	-0,10	-0,48 ^c	-0,07	-0,18	0,75 ^c	0,36 ^a
EZD	IV	0,15	0,25	0,30 ^a	0,25	0,29 ^a	0,20	0,15	0,24	-0,32 ^a	-0,07	0,02	-0,17	0,22	0,20	
	5	0,61 ^c	0,35 ^a	0,64 ^c	0,48 ^c	0,50 ^c	0,62 ^c	0,27	0,63 ^c	-0,53 ^c	-0,34 ^a	-0,16	-0,33 ^a	0,64 ^c	0,41 ^b	
Cluster B	HST	IV	0,33 ^a	0,21	0,28	0,23	0,30 ^a	0,32 ^a	0,52 ^c	0,32 ^a	0,32 ^a	-0,39 ^b	-0,16	0,21	0,32 ^a	0,34 ^a
		5	0,50 ^c	0,16	0,46 ^c	0,38 ^b	0,39 ^b	0,44 ^b	0,48 ^c	0,41 ^b	0,24	-0,50 ^c	-0,19	0,12	0,49 ^c	0,27
	NRC	IV	0,23	0,15	0,25	0,08	0,28	0,32 ^a	0,27	0,17	0,34 ^a	-0,40 ^b	0,07	0,15	0,23	0,47 ^c
		5	0,28	0,07	0,30 ^a	0,32 ^a	0,18	0,12	0,22	0,20	0,33 ^a	-0,44 ^b	-0,18	0,20	0,30 ^a	0,15
	BDL	IV	0,75 ^c	0,56 ^c	0,56 ^c	0,42 ^b	0,53 ^c	0,33 ^a	0,09	0,71 ^c	0,00	-0,29 ^a	-0,27	0,08	0,70 ^c	0,63 ^c
		5	0,76 ^c	0,39 ^b	0,58 ^c	0,53 ^c	0,51 ^c	0,49 ^c	0,34 ^a	0,67 ^c	-0,01	-0,42 ^b	-0,35 ^a	0,05	0,72 ^c	0,44 ^b
	ATS	IV	0,00	0,17	0,15	0,02	0,22	0,07	-0,11	0,06	0,06	-0,02	-0,17	0,01	0,05	0,15
		5	0,51 ^c	0,30 ^a	0,46 ^c	0,31 ^a	0,49 ^c	0,49 ^c	0,55 ^c	0,49 ^c	0,21	-0,49 ^c	-0,35 ^a	0,16	0,50 ^c	0,34 ^a
Cluster C	EVT	IV	0,52 ^c	0,47 ^c	0,37 ^a	0,42 ^b	0,12	0,16	-0,06	0,50 ^c	-0,51 ^c	0,00	-0,13	-0,07	0,50 ^c	0,41 ^b
		5	0,66 ^c	0,30 ^a	0,53 ^c	0,40 ^b	0,44 ^b	0,50 ^c	0,22	0,66 ^c	-0,45 ^b	-0,34 ^a	-0,18	-0,33 ^a	0,62 ^c	0,44 ^b
	DPD	IV	0,54 ^c	0,32 ^a	0,29 ^a	0,28	0,32 ^a	0,08	0,06	0,51 ^c	-0,10	-0,23	-0,27	-0,02	0,46 ^c	0,41 ^b
		5	0,62 ^c	0,32 ^a	0,37 ^b	0,38 ^b	0,23	0,21	0,02	0,57 ^c	-0,06	-0,23	-0,25	-0,04	0,55 ^c	0,35 ^a
OCP	IV	0,19	0,06	0,22	-0,03	0,24	0,22	0,20	0,29 ^a	-0,01	-0,30 ^a	-0,08	-0,09	0,18	0,31 ^a	
	5	0,61 ^c	0,25	0,68 ^c	0,51 ^c	0,63 ^c	0,64 ^c	0,32 ^a	0,57 ^c	-0,24	-0,39 ^b	-0,15	-0,27	0,65 ^c	0,39 ^b	
Outros	PAG	IV	0,42 ^b	0,31 ^a	0,31 ^a	0,19	0,28	0,25	0,27	0,40 ^b	0,23	-0,41 ^b	-0,17	0,24	0,39 ^b	0,39 ^b
		5	0,64 ^c	0,31 ^b	0,61 ^a	0,49 ^a	0,59 ^a	0,66 ^a	0,51 ^a	0,53 ^a	-0,07	-0,49 ^a	-0,24	0,00	0,64 ^c	0,38 ^b
	DPR	IV	0,59 ^c	0,48 ^c	0,39 ^b	0,40 ^b	0,32 ^a	0,38 ^b	0,23	0,64 ^c	-0,18	-0,31 ^a	-0,28	-0,02	0,55 ^c	0,38 ^b
		5	0,74 ^c	0,39 ^b	0,54 ^c	0,51 ^c	0,49 ^c	0,53 ^c	0,21	0,67 ^c	-0,29 ^a	-0,38 ^b	-0,29 ^a	-0,16	0,70 ^c	0,44 ^b

Nota: TP = Transtorno de Personalidade; ISO = Instabilidade do Self e Outros; IO = Instabilidade nos Objetivos; IC = Instabilidade do Comportamento; PSI = Psicose; AA = Agressividade Autodirigida; DVM = Distorção dos Valores Morais; AS = Agressividade Sádica; N = Neuroticismo; E = Extroversão; S = Socialização; R = Realização; A = Abertura à Experiência; PRN = Paranoide; EZT = Esquizotípica; EZD = Esquizoide; HST = Histriônica; NRC = Narcisista; BDL = Borderline; ATS = Antissocial; EVT = Evitativa; DPD = Dependente; OCP = Obsessivo-Compulsivos; PAG = Passivo-Agressiva; DPR = Depressiva; ^a $p \leq 0,05$; ^b $p \leq 0,01$; ^c $p \leq 0,001$.

No que se refere ao modelo estrutural de Kernberg (1995), os resultados mostraram que os níveis de organização da personalidade estão organizados em um contínuo de severidade. O teste de diferença de médias mostrou que quanto mais inferior o nível de organização da personalidade, maior o comprometimento no funcionamento psicológico. A organização normal e a neurótica não se diferenciaram entre si, mas diferiram com a organização borderline (ver Tabela 3.6). Além disso, verificou-se que a organização da personalidade (avaliada pelo clínico via PODF e avaliada pelos próprios pacientes pelo IPO-Br) relacionou-se com os TP (ver Tabela 3.5).

Tabela 3. 6: Validade do modelo estrutural de Kernberg (1995)

	Normal (n = 5)		OP (PODF) Neurótica (n = 14)		Borderline (n = 29)		ANOVA F
	M	DP	M	DP	M	DP	
IPO-Br							
Instabilidade do Self e Outros	1,35 ¹	0,15	1,85 ²	0,51	2,70 ^{1,2}	0,72	14,990 ^c
Instabilidade nos Objetivos	1,20 ¹	0,45	1,68 ²	1,07	2,52 ^{1,2}	0,96	6,272 ^b
Instabilidade no Comportamento	1,25 ¹	0,18	1,57 ²	0,44	2,45 ^{1,2}	0,80	11,917 ^c
Psicose	1,12	0,13	1,41	0,38	1,64	0,65	2,231
Agressividade Autodirigida	1,13 ¹	0,13	1,25 ²	0,28	1,75 ^{1,2}	0,52	8,714 ^c
Distorção dos Valores Morais	1,53	0,43	1,72 ¹	0,50	2,25 ¹	0,71	5,073 ^c
Agressividade Sádica	1,08	0,11	1,23	0,41	1,38	0,52	1,144
PID-5							
Afetividade Negativa	0,73 ¹	0,15	0,76 ²	0,33	1,30 ^{1,2}	0,47	9,759 ^c
Distanciamento	0,36 ¹	0,20	0,51 ²	0,26	1,06 ^{1,2}	0,54	10,115 ^c
Antagonismo	0,45	0,19	0,34 ¹	0,41	0,77 ¹	0,42	5,906 ^b
Desinibição	1,10	0,13	1,14	0,24	1,20	0,35	0,363
Psicoticismo	0,10	0,12	0,36	0,37	0,65	0,59	3,319 ^a
	OP (IPO-Br)		OP (PODF)		OP (DSM-IV-TR)		OP (DSM-5)
	<i>r</i>		<i>r</i>		<i>r</i>		<i>r</i>
Validade do Nível de OP							
OP (PODF)	0,61 ^c		-		-		-
OP (DSM-IV-TR)	0,52 ^c		0,63 ^c		-		-
OP (DSM-5)	0,64 ^c		0,43 ^b		0,31 ^b		-
Comorbidade (DSM-IV-TR)	0,57 ^c		0,53 ^c		0,77 ^c		0,37 ^b
Comorbidade (DSM-5)	0,57 ^c		0,66 ^c		0,66 ^c		0,53 ^c
Comorbidade (Eixo I)	0,58 ^c		0,42 ^b		0,42 ^b		0,44 ^b
Ortogonalidade							
Extroversão	-0,16		-0,05		-0,08		0,06

Nota: OP = organização da personalidade; OP (IPO-Br) = organização da personalidade estimada por meio do somatório dos escores das Escalas Clínicas Primárias do Inventário de Organização da Personalidade – Brasil; OP (PODF) = organização da personalidade avaliada pelo clínico por meio do Formulário Diagnóstico da Organização da Personalidade; OP (DSM-IT-TR) = organização da personalidade estimada por meio dos critérios e algoritmos da quarta edição revisada e ampliada do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, operacionalizada pela Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos de Personalidade do Eixo II (SCID-II); OP (DSM-5) = organização da personalidade estimada por meio dos algoritmos do Critério B da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, operacionalizada pelo Inventário de Personalidade para o DSM-5 (PID-5); Números iguais indicam diferenças estatisticamente significativas pelo teste *post hoc* de Bonferroni; ^a $p \leq 0,05$; ^b $p \leq 0,01$; ^c $p \leq 0,001$.

Investigou-se também a validade do construto de nível de organização da personalidade por meio da correlação entre os diferentes métodos de estimação da

organização estrutural dos participantes e com o número de comorbidades apresentadas. Caligor, Kernberg e Clarkin (2007) sugerem que os TP são ancorados por tipos específicos de organização estrutural da personalidade, como por exemplo, o TP Obsessivo-Compulsivo sendo representante da organização neurótica, devido os baixos comprometimentos psicossociais associados a este transtorno, e o TP Antissocial sendo representante da organização borderline inferior, devido os importantes comprometimentos psicológicos decorrentes dessa condição clínica. Dessa forma, cada participante foi classificado de acordo com os diagnósticos recebidos pelo DSM-IV-TR e pelo DSM-5 separadamente, sendo que nos casos de comorbidade dentre o mesmo paradigma, foram considerados os diagnósticos que implicam em maior comprometimento psicossocial para a classificação do nível de organização da personalidade dos participantes. Os resultados mostraram que todas as formas de estimação do grau de prejuízo no funcionamento da personalidade se correlacionaram positivamente e de forma estatisticamente significativa entre si (ver Tabela 3.6). Quanto maior o número de diagnósticos, maior também foi o nível de organização da personalidade. Finalmente, a proposta da teoria da organização da personalidade de que a dimensão de disposição temperamental (Introversão/Extroversão) e a dimensão da organização da personalidade (Superior/Inferior) são ortogonais foi confirmada. Nenhum método de estimação da organização da personalidade se correlacionou com o fator extroversão da BPF.

Discussão

A presente pesquisa teve como principal objetivo verificar a aplicabilidade clínica de três modelos diagnósticos dos TP, a saber, o modelo categórico proposto no DSM-IV-TR (APA, 2000), o híbrido apresentado na Seção III (Medidas e Modelos Emergentes) do DSM-5 (APA, 2013) e o modelo estrutural da organização da personalidade de Kernberg (1995). Os resultados mostraram convergências e divergências entre os modelos, sugerindo que tanto o paradigma quanto o método de avaliação resultam em decisões clínicas diferentes.

O diagnóstico categórico dado a partir dos diferentes paradigmas (DSM-IV-TR e DSM-5) geraram resultados diferentes. Hopwood et al. (2012) observaram certos aspectos de continuidade e descontinuidade entre os paradigmas do DSM-IV-TR e do DSM-5. Resultados semelhantes foram observados no presente estudo. Quando considerado o aspecto categórico dos diagnósticos, observou-se que apenas uma (Evitativa) das seis categorias propostas no DSM-5 convergiu entre os modelos. Por outro lado, quando os TP foram tratados dimensionalmente, foi observada convergência entre quatro dos seis TP. Esses resultados vêm ao encontro dos esforços contemporâneos de classificação dimensional dos transtornos mentais (Markon, Chmielewski, & Miller, 2011).

De qualquer modo, vale ressaltar que os métodos de avaliação foram diferentes para cada paradigma. Os escores dados aos traços patológicos da personalidade de acordo com o modelo do DSM-IV-TR foram dados por meio da SCID-II, que é uma entrevista clínica pontuada com base na resposta do paciente e no julgamento clínico. Por outro lado, os escores dos traços de personalidade de acordo com o paradigma do DSM-5 foram dados pelos próprios participantes por meio do PID-5, que é um instrumento de autorrelato. A literatura aponta para essas diferenças entre métodos de avaliação (Hyer et al., 1989; Hurt, Hyler, Frances, Clarkin, & Brent, 1984; Samuel, 2015; Samuel, Añez, Paris, & Grilo, 2014). Os dados mostraram que o método de autorrelato resultou em um número um pouco maior de diagnósticos de TP do que o da entrevista estruturada. Resultado semelhante foi encontrado por Hurt et al. (1984) que formularam uma série de possíveis explicações para este fenômeno como, por exemplo, que os pacientes têm maior facilidade em assumir e refletir sobre problemas de comportamento quando em contato com o método de autorrelato, ou que os clínicos focalizam mais os aspectos duradouros e pervasivos do comportamento enquanto que os pacientes podem reportar comportamentos que são circunstanciais e que não geram prejuízos significativos. Samuel (2015), em um estudo

meta-analítico, considera que o uso de medidas dimensionais, como o PID-5, tende a gerar resultados mais válidos e fidedignos para o diagnóstico da personalidade. Morey, Skodol e Oldham (2014) também verificaram que uma amostra de clínicos julgou o modelo híbrido do DSM-5 com maior utilidade clínica do que o do DSM-IV-TR.

Uma das categorias mais frequentemente utilizadas para o diagnóstico dos TP de acordo com o modelo do DSM-IV é a TP SOE (Verheul & Widiger, 2004). Esta é considerada a melhor categoria diagnóstica para casos de pacientes com prejuízos significativos na personalidade, contudo sem apresentar sintomas característicos de algum tipo específico. O diagnóstico de TP SOE mostra-se pouco informativo para os clínicos, uma vez que os prejuízos na personalidade podem ser de diferentes ordens, o que dificulta a elaboração do plano de trabalho (Krueger, 2013). O modelo híbrido do DSM-5 propõe uma forma de lidar com essa falta de especificação por meio do diagnóstico de TP-TE. Nesses casos, os pacientes que apresentam um ou mais dos 25 traços patológicos da personalidade e seus traços mal adaptativos não se assemelham aos protótipos dimensionais dos TP, o diagnóstico de TP-TE deve ser dado. Diferente do TP SOE que não especifica os aspectos da personalidade que estão prejudicados, o TP-TE oferece ao clínico informações dos conteúdos patológicos da personalidade. Como observado nos resultados do presente estudo, a prevalência de casos com essa categoria foi a maior observada.

A investigação da prevalência de comorbidades mostrou que é mais comum se observar três ou quatro diagnósticos distintos do que dois numa mesma pessoa, de acordo com o modelo do DSM-5. Esse resultado vai ao encontro das críticas feitas ao DSM-IV-TR sobre a alta frequência de comorbidades entre os TP (Clark, Livesley, & Morey, 1997; Widiger, 1993). Estudos têm buscado propor modelos alternativos de explicação das comorbidades (ver Krueger & Markon, 2006). Contudo, com base nesse resultado, somada a alta prevalência do diagnóstico de TP-TE e as baixas convergências entre as categorias dos paradigmas do DSM-IV e DSM-5, pergunta-se: Qual a necessidade ou vantagem clínica de se manter categorias distintas? Não seria o suficiente a especificação do(s) traço(s) patológico(s) que demandam a atenção clínica? Quantos diagnósticos de TP pode ou deve uma pessoa receber?

Os traços de TP apresentaram correlações com medidas do funcionamento patológico da personalidade sugerindo que ambos os paradigmas (DSM-IV-TR e DSM-5) avaliam aspectos mal adaptativos da personalidade. O padrão de associações entre os traços dos TP e o modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade mostrou-se congruente com a literatura, que tem observado que pessoas com patologias da

personalidade tendem a apresentar uma elevação no traço Neuroticismo e uma diminuição no traço de Socialização (Saulsman & Page, 2002; Widiger & Costa, 2002). Dessa forma, é possível entender conceitualmente que, independente do tipo específico de TP, pessoas que apresentam problemas na personalidade tendem a experimentar estados emocionais negativos e a apresentar dificuldades nas interações sociais.

Considerando o modelo estrutural da organização da personalidade (Kernberg & Caligor, 2005), os resultados corroboraram os postulados teóricos de Kernberg, os quais presumem que o funcionamento da personalidade pode ser avaliado em um *continuum* de severidade, variando de um nível de organização da personalidade superior a inferior. Pesquisadores da décima primeira edição do Manual de Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde estão se direcionando para uma proposta semelhante para o diagnóstico da personalidade. Tyrer et al. (2011) estão propondo o diagnóstico da personalidade em um contínuo de severidade, sendo que o primeiro nível indicaria a ausência de transtorno de personalidade (caracterizada pela falta de distúrbio no funcionamento da personalidade). No segundo nível (Dificuldade na Personalidade) estariam as pessoas que apresentam alguns problemas no funcionamento da personalidade, mas estes seriam circunscritos a algumas situações. No terceiro nível (Transtorno de Personalidade) estariam as pessoas que possuem problemas definidamente bem demarcados na personalidade que são expressos em uma variedade de situações. O quarto nível (Transtorno Complexo da Personalidade) é caracterizado por pessoas com problemas definidos na personalidade que geralmente cobrem vários domínios da personalidade e se manifestam em todas as situações da vida. Finalmente, no quinto nível (Transtorno Severo de Personalidade), estariam os pacientes que apresentam as mesmas características do nível de transtorno complexo da personalidade, cujos problemas da personalidade levam a riscos significativos para os outros e para si mesmos.

Considerações Finais

A partir dos resultados da presente pesquisa, entende-se que o melhor instrumento para um adequado diagnóstico da personalidade é o processo da avaliação psicológica ou do psicodiagnóstico. As diferenças encontradas entre as técnicas de coletas de dados (entrevista, observação clínica e autorrelato) e entre os paradigmas de conceitualização dos TP (categórico, híbrido e estrutural) sinalizam a importância do clínico valer-se de metodologias multitraço e multimétodo de coleta de dados na clínica, com vistas a uma adequada compreensão do funcionamento da personalidade dos pacientes. A presente pesquisa contribui com o entendimento e aplicação clínica de diferentes modelos diagnósticos da personalidade, indicando similaridades e diferenças, vantagens e desvantagens. Nota-se que as abordagens categóricas do DSM-IV-TR e do DSM-5 apresentam diferenças entre si, enquanto que a abordagem dimensional, em que se considera o nível de prejuízo do funcionamento da personalidade, parece ser uma forma mais válida e confiável de diagnóstico da personalidade. Contudo, salienta-se como clinicamente útil e relevante a especificação dos traços mal adaptativos da personalidade, com objetivo de subsidiar a elaboração de planos de tratamento.

Referências

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition, Text Revision) (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th. Ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Balsis, S., Lowmaster, S., Cooper, L. D., & Benge, J. F. (2011). Personality disorder diagnostic thresholds correspond to different levels of latent pathology. *Journal of personality disorders, 25*(1), 115-127.
- Bastiaens, T., Claes, L., Smits, D., De Clercq, B., De Fruyt, F., Rossi, G., ... & De Hert, M. (2015). The Construct Validity of the Dutch Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders (PID-5) in a Clinical Sample. *Assessment, 1073191115575069*.
- Bender, D. S. (2013). An ecumenical approach to conceptualizing and studying the core of personality psychopathology: a comentary on Hopwood et al. *Journal of Personality Disorders, 27*(3), 311-319.
- Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment, 93*(4), 332-346.
- Berghuis, H., Kamphuis, J. H., Boedijn, G. & Verheul, R. (2009). Psychometric properties and validity of the Dutch Inventory of Personality Organization (IPO-NL). *Bulletin of the Menninger Clinic, 73*, 44-60.
- Bo, S., Bach, B., Mortensen, E. L., & Simonsen, E. (2015). Reliability and Hierarchical Structure of DSM-5 Pathological Traits in a Danish Mixed Sample. *Journal of personality disorders, 1*-18.
- Caligor, E., Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Clark, L. A., Livesley, W. J., & Morey, L. (1997). Special feature: Personality disorder assessment: The challenge of construct validity. *Journal of Personality Disorders, 11*(3), 205-231.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., & Kernberg, O. F. (2001). *The Inventory of Personality Organization (IPO)*. White Plains, NY: The New York Hospital-Cornell Medical Center. The Personality Disorders Institute, Department of Psychiatry, Weill College of Medicine of Cornell University.

- Cohen, J. A. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement, 20*, 37-46.
- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- Del-Ben, C. M., Vilela, J. A. A., de S Crippa, J. A., Hallak, J. E. C., Labate, C. M., & Zuardi, A. W. (2001). Confiabilidade de "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV--Versão Clínica" traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 23*(3), 156-159.
- Diguer, L., Hébert, É., Gamache, D., Laverdière, O., Daoust, J-P., & Pelletier, S. (2006). *Personality Organization Diagnostic Form (PODF): Manual for scoring*. Unpublished manuscript, Université Laval, Québec.
- Diguer, L., & Normandin, L. (1996). *The Personality Organizations Diagnostic Form (PODF)*. Unpublished manuscript, Université Laval, Québec.
- Diguer, L., Normandin, L., Hébert, É. (2001). *The Personality Organizations Diagnostic Form (PODF): Revised version*. Unpublished manuscript, Université Laval, Québec.
- Ellison, W. D., & Levy, K. N. (2012). Factor Structure of the Primary Scales of the Inventory of Personality Organization in a Nonclinical Sample Using Exploratory Structural Equation Modeling. *Psychological assessment, 24*(2), 503-517.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (1997). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I). New York: Biometric Research Department.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., Williams, J., & Benjamin, L. (1994). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID II). New York: Biometric Research Department.
- Fossati, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., & Maffei, C. (2013). Reliability and validity of the personality inventory for DSM-5 (PID-5) predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. *Assessment, 20*(6), 689-708.
- Gamache, D., Laverdière, O., Diguer, L., Hébert, É., Larochelle, S., & Descôteaux, J. D. (2009). The Personality Organization Diagnostic Form: Development of a Revised Version. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(5), 368-377.
- Grant, B. F., Stinson, F. S. Dawson, D. A., Chou, S. P., & Ruan, W. J. (2005). Co-occurrence of DSM-IV personality disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Comprehensive Psychiatry, 46*(1), 1-5.

- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., ... & Ansell, E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of general psychiatry*, 68(8), 827-837.
- Gutiérrez, F., Aluja, A., Peri, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E., ... & Krueger, R. F. (2015). Psychometric Properties of the Spanish PID-5 in a Clinical and a Community Sample. *Assessment*, 1073191115606518.
- Hébert, É., Diguier, L., Descôteaux, J., Daoust, J-P., Rousseau, J-P., Normandin, L., & Scullion, M. (2003). The Personality Organization Diagnostic Form (PODF): A preliminary report on its validity and interrater reliability. *Psychotherapy Research*, 13(2), 243-254.
- Hyder, S. E., Rieder, R. O., Williams, J. B., Spitzer, R. L., Lyons, M., & Hendler, J. (1989). A comparison of clinical and self-report diagnoses of DSM-III personality disorders in 552 patients. *Comprehensive psychiatry*, 30(2), 170-178.
- Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Markon, K. E., Wright, A. G., & Krueger, R. F. (2012). DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *Journal of abnormal psychology*, 121(2), 424-432.
- Hurt, S. W., Hyler, S. E., Frances, A., Clarkin, J. F., & Brent, R. (1984). Assessing borderline personality disorder with self-report, clinical interview, or semistructured interview. *The American journal of psychiatry*, 141(10), 1228-1231.
- Igaraschi, H., Kikuchi, H., Kano, R., Mitoma, H., Shono, M., Hasui, C., & Kitamura, T (2009). The Inventory of Personality Organization: its psychometric properties among student and clinical populations in Japan. *Annals of General Psychiatry*, 8(9), 1-21.
- Kernberg, O. F. (1995). *Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. In M. K. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.). *Major theories of personality disorder*. (2. ed. pp. 114-156). New York: The Guilford Press.
- Krueger, R. F. (2013). Personality disorders are the vanguard of the post-DSM-5.0 era. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(4), 355-362.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879-1890.

- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting Comorbidity: A Model-Based Approach to Understanding and Classifying Psychopathology. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2, 111-133.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13, 577-591.
- Markon, K. E., Chmielewski, M., & Miller, C. J. (2011). The Reliability and Validity of Discrete and Continuous Measures of Psychopathology: A Quantitative Review. *Psychological Bulletin*, 137(5), 856-879.
- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemia medica*, 22(3), 276-282.
- Melo, N. M. M., & Rangé, B. P. (2010). SCID-II-DSM-IV – Entrevista clínica estruturada para transtornos de personalidade: tradução e utilização na DPA/IP/UFRJ. *Anais da 8ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental*, 67. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Morey, L. C., Berghuis, H., Bender, D. S., Verheul, R., Krueger, R. F., & Skodol, A. E. (2011) Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM–5, part II: empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 347-353.
- Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2013). Convergence between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnostic models for personality disorder: evaluation of strategies for establishing diagnostic thresholds. *Journal of Psychiatric Practice*®, 19(3), 179-193.
- Morey, L. C., Skodol, A. E., & Oldham, J. M. (2014). Clinician judgments of clinical utility: A comparison of DSM-IV-TR personality disorders and the alternative model for DSM-5 personality disorders. *Journal of abnormal psychology*, 123(2), 398-405.
- Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Dupont, G., Poitras, K., Foelsch, P., et al. (2002). Évaluation de l'Inventaire de l'organisation de la personnalité. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 34, 59-65.
- Nunes, C. H. S. S., Hutz, C. S. & Nunes, M. F. O. (2010). *Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) - Manual técnico*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Oldham, J. M., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Hyler, S. E., Rosnick, L., & Davies, M. (1992). Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity. *The American journal of psychiatry*, 149(2), 213-220.

- Oliveira, S. E. S. (2012). *Diagnóstico estrutural da personalidade: Adaptação e validação do Inventory of Personality Organization para a cultura brasileira*. Dissertação de mestrado não-publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Oliveira, S. E. S. & Bandeira, D. R. (2011). Linguistic and cultural adaptation of the Inventory of Personality Organization (IPO) for the Brazilian culture. *Journal of Depression & Anxiety, 1*, doi:10.4172/jda.1000105.
- Oliveira, S. E. S., & Bandeira, D. R. (2013). *Manual traduzido para o português brasileiro do Personality Organization Diagnostic Form (PODF)*. Manuscrito não-publicado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Oliveira, S. E. S., Bandeira, D. R., Primi, R., & Krueger, R. F. (2016). Psychometric Properties of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) – Brazilian Version – in Community and Clinical Samples. Manuscrito não-publicado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Preti, E., Prunas, A., De Panfilis, C., Marchesi, C., Madeddu, F., & Clarkin, J. F. (2015). The facets of identity: Personality pathology assessment through the Inventory of Personality Organization. *Personality disorders, 6*(2), 129-140.
- Quilty, L. C., Ayeart, L., Chmielewski, M., Pollock, B. G., & Bagby, R. M. (2013). The psychometric properties of the Personality Inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 field trial sample. *Assessment, 20*(3), 326-369.
- Quiroga, S., Solano, A. C., & Fontao, M. I. (2003). La evaluacion de la estructura de la personalidad: adaptacion argentina del Inventario de Organizacion de la Personalidad (IPO). *Subjetividad y Procesos Cognitivos, 1*, 188-219.
- Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2002). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 23*, 1055-1085.
- Samuel, D. B. (2015). A review of the agreement between clinicians' personality disorder diagnoses and those from other methods and sources. *Clinical Psychology: Science and Practice, 22*(1), 1-19.
- Samuel, D. B., Añez, L. M., Paris, M., & Grilo, C. M. (2014). The convergence of personality disorder diagnoses across different methods among monolingual (Spanish-speaking only) Hispanic patients in substance use treatment. *Personality disorders, 5*(2), 172-177.

- Silveira, L. B. (2015). *Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br): Evidências de validade entre amostras clínica e não clínica*. Dissertação de mestrado não-publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Skodol, A. E., Bender, D. S., Morey, L. C., Clark, L. A., Oldham, J. M., Alarcon, R. D., ... & Siever, L. J. (2011). Personality disorder types proposed for DSM-5. *Journal of personality disorders, 25*(2), 136-169.
- Skodol, A. E., Morey, L. C., Bender, D. S., & Oldham, J. M. (2015). The alternative DSM-5 model for personality disorders: a clinical application. *American Journal of Psychiatry, 172*(7), 606-613.
- Smits, D. J., Vermote, R., Claes, L., & Vertommen, H. (2009). The Inventory of Personality Organization-Revised: construction of an abridged version. *European Journal of Psychological Assessment, 25*, 223-230.
- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A., ... & Swales, M. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the international classification of diseases (ICD-11). *Personality and Mental Health, 5*(4), 246-259.
- Verheul, R., & Widiger, T. A. (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders, 18*(4), 309-319.
- Viera, A. J., & Garrett, J. M. (2005). Understanding interobserver agreement: the kappa statistic. *Fam Med, 37*(5), 360-363.
- Widiger, T. A. (1993). The DSM-III-R categorical personality disorder diagnoses: A critique and an alternative. *Psychological Inquiry, 4*(2), 75-90.
- Widiger, T.A., & Costa, P.T. (2002). Five-factor model personality disorder research. In P.T. Costa & T.A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed., pp. 55-87). Washington DC: American Psychological Association.
- Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *Journal of Personality Disorders, 19*(2), 110-130.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist, 62*, 71-83.
- Zimmermann, J., Altenstein, D., Krieger, T., Holtforth, M. G., Pretsch, J., Alexopoulos, J., ... & Leising, D. (2014). The structure and correlates of self-reported DSM-5

maladaptive personality traits: Findings from two German-speaking samples. *Journal of personality disorders*, 28(4), 518-540.

Zimmerman, M., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., Martinez, J., & Morgan, T. A. (2012). Which DSM-IV personality disorders are most strongly associated with indices of psychosocial morbidity in psychiatric outpatients? *Comprehensive Psychiatry*, 53(7), 940-945.

**CAPTÍTULO V: INTEGRAÇÃO TEORIA, PESQUISA E PRÁTICA EM
PSICODIAGNÓSTICO DA PERSONALIDADE: RELATO DE CASO**

Sérgio Eduardo Silva de Oliveira

(Este capítulo foi aprovado para publicação no Volume Avaliação Psicológica da
Inteligência e da Personalidade da coleção Avaliação Psicológica dos organizadores Profs.

Drs. Cláudio S. Hutz, Denise R. Bandeira e Clarissa M. Trentini)

São frequentes as queixas de que a pesquisa está distante da prática por alunos de Psicologia. Em alguns casos essa queixa pode até ser legítima, mas, em outros casos, o que de fato ocorre é uma dificuldade em se estabelecer as fortes e coerentes relações existentes entre a pesquisa e a prática em Psicologia. O presente capítulo tem como objetivo apresentar a relação entre pesquisa e prática no psicodiagnóstico da personalidade. Espera-se que o presente capítulo também sirva como material de apoio pedagógico no ensino da prática do psicodiagnóstico. Para tanto, será apresentado um caso clínico que servirá de base para a discussão da prática do psicodiagnóstico e suas relações com as teorias e pesquisas em Psicologia. Será apresentado o caso de uma paciente com transtorno de personalidade e será feita uma discussão acerca dos principais modelos diagnósticos encontrados na literatura contemporânea e suas implicações clínicas na vida real. Esse caso foi escolhido por oferecer bases para a discussão da aplicabilidade clínica do modelo híbrido de diagnóstico proposto na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2014).

Este caso advém da minha pesquisa de doutorado realizada no Grupo de Estudo, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica (GEAPAP) e foi atendido no Centro de Avaliação Psicológica (CAP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)¹. Cabe ressaltar que a publicação dos resultados da avaliação foi autorizada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa. Com a finalidade de se garantir o anonimato da pessoa avaliada alguns dados foram alterados e/ou omitidos², lembrando que todos os nomes são fictícios. Com vistas a auxiliar o desenvolvimento do raciocínio clínico no psicodiagnóstico, são apresentados todos os resultados quantitativos e qualitativos das técnicas empregadas. A ideia é fornecer todo o caminho percorrido desde a descrição das demandas até as conclusões alcançadas, interconectando as teorias psicológicas aplicadas ao caso, assim como os achados de pesquisas em psicologia e suas relações com a prática profissional.

Caso Alessandra: “Eu queria ser normal, eu queria mudar tudo”

Contextualização, motivo da avaliação e descrição das demandas

A primeira atividade do psicólogo no processo de psicodiagnóstico é compreender o(s) motivo(s) da avaliação, assim como contextualizá-la. Essa atividade já fornece ao psicólogo dados importantes que poderão servir de base para a condução da entrevista de

¹ O CAP é um Serviço-Escola Especializado em Avaliação Psicológica (para detalhes ver Borsa, Oliveira, Yates, & Bandeira, 2013).

² As alterações e omissões realizadas não interferem diretamente nos objetivos do presente capítulo.

anamnese e/ou entrevista clínica, assim como para a formulação de hipóteses diagnósticas iniciais. Algumas perguntas precisam ser respondidas nesse momento, como por exemplo, “Trata-se de uma busca espontânea por avaliação ou de um encaminhamento?”; se busca espontânea: “Quem está buscando a avaliação?” “Qual o motivo?”; se encaminhamento: “Quem está encaminhando?” “Qual o motivo?”. É importante nesse momento identificar as principais queixas.

Contextualizando o caso exemplo desse capítulo: psicólogos de Porto Alegre e região receberam um e-mail do GEAPAP solicitando que indicassem pacientes com suspeitas de transtorno de personalidade para uma avaliação psicológica, para uma pesquisa intitulada “Avaliação Estrutural e Dimensional da Personalidade: Estudos Psicométricos e de Aplicação Clínica”. Alessandra da Silva foi, então, encaminhada por sua psicóloga (Rosângela Assunção) e o motivo da avaliação estava mais relacionado às necessidades da psicóloga que tratava a paciente do que com a própria paciente. A psicóloga não estava conseguindo resultados positivos após 15 sessões de psicoterapia. Rosângela disse: “*ela é muito refratária e não consigo desenvolver os planejamentos terapêuticos*”. Rosângela gostaria de compreender melhor o funcionamento da personalidade de Alessandra, pois ela suspeitava que a paciente apresentava algum transtorno de personalidade por apresentar um padrão de comportamento inflexível e pouco adaptativo. Apesar de o motivo da avaliação estar claramente associado às necessidades da psicóloga, é possível inferir que a positiva adesão da paciente ao processo avaliativo reflete demandas pessoais, as quais são conhecidas como motivos implícitos (Raimundo, 2007).

Descrição da paciente e principais aspectos da história pessoal e clínica

O próximo passo do psicodiagnóstico é levantar informações pertinentes à história do paciente que possam estar relacionadas com as queixas atuais. A tarefa do psicólogo aqui é fazer um estudo cronológico da vida do paciente, tentando verificar eventos de vida, aspectos socio-ambientais e condições de saúde físico-psicológicas do paciente que elucidam o seu estado psicológico atual. Procedimentos como a entrevista semiestruturada de anamnese e entrevistas estruturadas de sintomas psicológicos são bastante úteis para esse fim. É importante que o psicólogo esteja atento aos comportamentos do paciente (se colaborativo, resistente, monossilábico, verborrágico, etc.) e que utilize de técnicas apropriadas para a obtenção das informações necessárias.

O protocolo de avaliação da pesquisa do caso exemplo deste capítulo não previa uma entrevista de história pessoal e clínica. Dessa forma, são reportadas somente algumas

informações que puderam ser identificadas durante os procedimentos avaliativos. Sugiro ao leitor ir nesse exato momento ao Apêndice desse capítulo e fazer a leitura do tópico **História Clínica**. Sugiro que seja feita a leitura somente desse tópico (História Clínica) e logo após retorne aqui. Isso ajudará o leitor a acompanhar todo o raciocínio clínico passo a passo e de forma progressiva.

Procedimentos e aspectos técnicos

No processo de psicodiagnóstico, uma vez que o psicólogo tenha feito a delimitação da demanda da avaliação e a entrevista de história pessoal e clínica, ele já tem condições de formular as hipóteses iniciais e de esboçar uma estratégia de avaliação. Nesse momento, o psicólogo pode estimar o número necessário de sessões para o emprego das técnicas e finalização do psicodiagnóstico. Pode ser feito, então, o contrato de trabalho, lembrando que é importante considerar nesse contrato a possibilidade de adição ou subtração de sessões com a finalidade de atender às especificidades do caso. Indica-se também incluir no contrato a estimativa de tempo de trabalho de levantamento dos instrumentos e de redação do(s) documento(s) psicológico(s). Uma questão ética importante que emerge nesse momento refere-se à escolha das técnicas que serão empregadas. O psicólogo deve escolher as técnicas que melhor respondam às hipóteses formuladas e deve cuidar para não submeter o paciente a técnicas desnecessárias, aumentando, com isso, o número de sessões.

A escolha das técnicas do caso ilustrativo visou a responder as perguntas da pesquisa e não necessariamente as questões específicas da paciente. A Tabela 4.1 apresenta as técnicas empregadas, com uma breve descrição das técnicas e os objetivos desejados para cada uma delas. O leitor pode observar que foram usados mais de um instrumento para responder a uma única pergunta (presença de transtornos de personalidade: SCID-II, SWAP-200 e PID-5; funcionamento da personalidade: IPO-Br, PODF e LPFS). Na clínica, geralmente, o psicólogo seleciona aquele instrumento que melhor poderia responder à pergunta do psicodiagnóstico e, no caso de algum resultado inesperado ou de invalidação do protocolo, o psicólogo pode valer-se de um outro instrumento com a finalidade de esclarecer a questão ainda não respondida claramente, cujos dados serão cruzados com a percepção e avaliação clínica.

Tabela 4. 1: Descrição das técnicas empregadas para a avaliação do caso Alessandra

Técnica	Descrição	Objetivo
Questionário Sociodemo-gráfico e de Saúde QDSCS	Questionário de autorrelato com itens sobre nível de escolaridade, renda, uso de medicação psiquiátrica, problemas com bebida, cigarro e drogas.	Caracterizar nível sócio-econômico-cultural e aspectos da saúde.
Entrevista Clínica Estruturada para o Eixo I SCID-I	Entrevista para detecção de sintomas e quadros clínicos dos principais transtornos mentais do Eixo I do DSM-IV-TR	Identificar presença de transtornos mentais.
Entrevista Clínica Estruturada para o Eixo II SCID-II	Entrevista para detecção de traços patológicos da personalidade de acordo com o Eixo II do DSM-IV-TR	Identificar presença de transtornos de personalidade.
Inventário de Organização da Personalidade – Brasil IPO-Br	Questionário de autorrelato com 83 itens que avaliam as funções psicológicas para o diagnóstico estrutural de acordo com a Teoria da Organização da Personalidade.	Identificar nível estrutural da personalidade.
Desenho da Figura Humana DFH	Técnica projetiva gráfica onde se solicita o desenho de uma figura humana e em seguida o desenho da figura humana do sexo oposto ao primeiro desenho.	Técnica “ponte” entre a aplicação de dois inventários.
Bateria Fatorial da Personalidade BFP	Questionário de autorrelato contendo 126 itens para a avaliação de traços normativos da personalidade (modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade).	Identificar nível dos traços normativos da personalidade.
Inventário de Personalidade para o DSM-5 PID-5	Questionário de autorrelato contendo 220 itens para a avaliação de traços patológicos da personalidade de acordo com o Critério B do DSM-5.	Identificar nível dos traços patológicos da personalidade.
Formulário Diagnóstico da Organização da Personalidade PODF	Formulário contendo 21 itens preenchidos pelo clínico para o diagnóstico estrutural de acordo com a Teoria da Organização da Personalidade.	Identificar nível estrutural da personalidade.
Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade LPFS	Escala pontuada pelo clínico para a avaliação do nível de funcionamento da personalidade de acordo com o Critério A do DSM-5.	Identificar nível do funcionamento da personalidade.
Procedimento de Avaliação Shedler e Westen SWAP-200	Escala composta por 200 itens pontuada pelo clínico para a avaliação de traços da personalidade segundo o modelo prototípico de Shedler e Westen.	Identificar nível dos traços patológicos da personalidade.

Ao todo foram realizados três encontros com a paciente (ver Tabela 4.2). No primeiro encontro foi feito o enquadre, o estabelecimento do *rapport* e aplicados os instrumentos QDSCS, SCID-I e SCID-II. Num primeiro momento foi feita a acolhida e em seguida foram esclarecidos os motivos da pesquisa com a leitura e a assinatura do TCLE. A primeira atividade avaliativa consistiu no preenchimento do QDSCS. Esse questionário foi desenvolvido especificamente para a pesquisa e consistia de questões referentes ao nível educacional e econômico, e a estados e condições de saúde física e psicológica. O questionário também se propunha a avaliar o risco para suicídio e problemas como o uso de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas. Logo em seguida foram realizadas as entrevistas estruturadas (SCID-I e SCID-II) para a averiguação da presença de transtornos mentais de acordo com o modelo diagnóstico do DSM-IV-TR (APA, 2002). Terminada essa primeira sessão, o avaliador pontuou os instrumentos PODF e LPFS, com base nas informações

coletadas na primeira sessão com a paciente. Uma outra estratégia de avaliação empregada foi solicitar à psicoterapeuta de Alessandra que pontuasse o SWAP-200, incluindo um terceiro informante no processo de psicodiagnóstico. No segundo encontro com a paciente foram aplicados os instrumentos IPO-Br, DFH e BFP. O DFH foi utilizado como uma “técnica-ponte” entre a realização de dois inventários, para que a paciente não se sentisse cansada em preencher dois instrumentos relativamente longos de forma consecutiva. No terceiro e último encontro a paciente respondeu ao PID-5 e teve a entrevista devolutiva. Note que o PID-5 não foi considerado na devolutiva da paciente por razões metodológicas da pesquisa³.

Tabela 4. 2: Planejamento das sessões do caso Alessandra

Encontros	Atividades	Tempo de Duração
1	Enquadre – QDSCS – SCID-I – SCID-II	2h15min
-	PODF – LPFS	1h
-	SWAP-200	1h
2	IPO-Br – DFH – BFP	1h
3	PID-5 – Devolutiva	1h

Nota: O sinal “-” significa que os instrumentos foram preenchidos, respectivamente, pelo pesquisador e pela terapeuta da paciente, fora do horário da sessão de atendimento.

Cabe fazer aqui um comentário sobre o tempo de duração de 2h15min da primeira sessão. A prática de uma sessão com duração de duas horas não é muito comum na clínica, contudo, também não é incomum. Dependendo dos instrumentos a serem utilizados e de possíveis prazos para a entrega de resultados, o psicólogo pode solicitar sessões duplas. Contudo, decisões importantes devem ser tomadas tais quais as técnicas e a ordem de administração delas na sessão, e se a sessão será composta de duas horas consecutivas ou com intervalo entre os atendimentos. É importante que o psicólogo minimize possíveis vieses de respostas, como por exemplo, colocar um teste de atenção concentrada ao final de uma sessão de duas horas consecutivas (nesse caso, se o resultado ficar abaixo da média, o que explicaria esse rebaixamento seria um déficit da atenção ou o efeito de um cansaço físico e/ou psicológico pela longa sessão?).

Julgo pertinente apresentar ao leitor, mesmo que brevemente, os instrumentos selecionados para a avaliação. É importante que o psicólogo conheça e domine as técnicas que são escolhidas, de modo a conseguir extrair delas informações relevantes ao estudo psicológico do paciente. Além disso, é importante que o psicólogo conheça as bases

³ Para adequado andamento da pesquisa, buscou-se minimizar o número de encontros para se evitar desistências e perda amostral. Dessa forma, o PID-5 foi aplicado no mesmo dia da entrevista de devolutiva (antes da entrevista) e, obviamente, seus resultados não foram computados na devolutiva da paciente. Contudo, ressalta-se que a psicoterapeuta recebeu os resultados advindos desse instrumento.

teóricas que as fundamentam para que as interpretações dos resultados sejam adequadas e válidas.

A **SCID-I** é uma entrevista semiestruturada composta por perguntas relacionadas a sintomas psicológicos (isto é, critérios sintomatológicos para o diagnóstico de um dado transtorno mental). A SCID-I é organizada em seis grandes categorias, a saber, A) Episódios de Humor, B) Sintomas Psicóticos e Associados, C) Diagnóstico Diferencial dos Transtornos Psicóticos, D) Transtornos de Humor, E) Transtornos de Uso de Álcool e Outras Substâncias, e F) Transtornos de Ansiedade e Outros Transtornos. Nota-se que o avaliador não precisa fazer a investigação de todos os sintomas de um dado transtorno, isto é, a SCID-I possui um sistema de aplicação baseado em um algoritmo que guia o aplicador para as perguntas que ele deve ou não fazer. As respostas à SCID-I são codificadas de acordo com os símbolos “?”, “-” e “+”; onde “?” significa que o critério não pôde ser avaliado ou que ele não foi adequadamente clarificado; “-” significa que o critério não foi satisfeito, isto é, que a pessoa não possui o sintoma; e “+” significa que o critério foi satisfeito, isto é, que a pessoa apresenta o sintoma. O diagnóstico final é dado de acordo com os algoritmos de satisfação de critérios, isto é, se a pessoa recebeu os códigos “+” previstos para um dado transtorno mental.

A **SCID-II**, por sua vez, é composta por questões relacionadas a traços patológicos da personalidade. As respostas são codificadas em quatro códigos, a saber, “?”, “1”, “2” e “3”; onde “?” significa que o traço não pôde ser avaliado ou que ele não foi adequadamente clarificado; “1” significa que a pessoa não possui o traço; “2” significa que a pessoa possui o traço em nível subliminar, isto é, sem trazer-lhe prejuízos clinicamente significativos; e “3” significa que a pessoa possui o traço em nível clinicamente significativo. Para o critério ser pontuado como “3” o traço deve ser patológico (deve ser diferente do que é considerado normal pela cultura), persistente (deve estar presente desde o final da adolescência ou início da idade adulta) e invasivo (deve estar presente em vários contextos da vida da pessoa). A SCID-II pode ser aplicada totalmente em forma de entrevista ou utilizando-se o Questionário de Personalidade da SCID-II para selecionar previamente os critérios que devem ser investigados. A SCID-II possibilita o diagnóstico dos 10 tipos de transtornos de personalidade descritos no DSM-IV-TR (APA, 2002), a saber, Evitativa, Dependente, Obsessivo-Compulsiva, Histriônica, Borderline, Narcisista, Antissocial, Paranóide, Esquizóide e Esquizotípica. Nota-se que a SCID-II apresenta, também, os critérios para o diagnóstico do transtorno de conduta (que é critério para o diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial) e os critérios para o diagnóstico dos transtornos de personalidade depressiva e passivo-agressiva (que estavam indicados para

futuros estudos no DSM-IV-TR; APA, 2002). A categoria Transtorno de Personalidade Sem Outra Especificação também está disponível na SCID-II. O diagnóstico de um dado transtorno é dado com base nos algoritmos de critérios descritos no DSM-IV-TR (APA, 2002).

Vale ressaltar que a pontuação das respostas dos pacientes, em ambas as SCIDs, consiste na combinação “paciente + avaliador”; isto é, nem toda resposta positiva dada pelo paciente será codificada como “+” ou “3”, assim como nem toda resposta negativa será codificada como “-” ou “1”. A decisão final para a pontuação dos critérios é do clínico e ela deve ser baseada: 1) no conteúdo e forma da resposta do sujeito; 2) nas observações do comportamento durante a entrevista; 3) nas informações prévias do caso; e 4) na *expertise* do clínico em psicopatologia. As duas versões da SCID estão adaptadas para o português brasileiro, sendo que a SCID-I já tem estudos brasileiros de validade e fidedignidade publicados (SCID-I: Del-Ben et al., 2001; SCID-II: Melo & Rangé, 2010).

Nota-se ainda que as duas SCIDs são baseadas no modelo diagnóstico do DSM-IV-TR, o qual entende que os transtornos mentais são “entidades independentes”, isto é, que são categorias de classificação onde uma pessoa tem ou não tem um dado transtorno. Esse é o chamado Modelo Categórico (ou modelo categórico) dos transtornos mentais. Os critérios de classificação dos transtornos, dentro desse modelo, foram elaborados com base na opinião de especialistas (médicos psiquiatras).

O **PODF** ainda está em fase de estudos no Brasil. Ele foi recentemente traduzido para o português brasileiro (Oliveira & Bandeira, 2013) e os estudos de suas propriedades psicométricas no Brasil estão em fase inicial. Contudo, internacionalmente ele tem se mostrado um instrumento válido e fidedigno para o diagnóstico estrutural da personalidade (Gamache et al., 2009). Trata-se de um instrumento com 21 itens distribuídos em cinco dimensões, a saber, Integração-Difusão da Identidade (com 6 itens pontuados em escala de 7 pontos: -3 Difusão da Identidade a +3 Integração da Identidade), Defesas Primitivas (com 5 itens pontuados em uma escala de 4 pontos de frequência: 0 ausência de ocorrência a 3 ocorrência frequente), Defesas Maduras (com 5 itens com escala de 4 pontos de frequência), Teste de Realidade (com 4 itens pontuados em uma escala de 4 pontos de frequência) e Relações de Objeto (com um item pontuado em uma escala de 5 pontos, sendo cada ponto da escala referente a um tipo de relação objetal, 1 Simbiótica e 5 Edípica). O PODF foi elaborado com a finalidade de auxiliar no diagnóstico estrutural da personalidade, de acordo com a teoria psicodinâmica da Organização da Personalidade (Kernberg, 1995). O diagnóstico estrutural é feito com base no nível de funcionamento da identidade, dos mecanismos de defesa e do teste de realidade. Kernberg (1995) propôs a

existência de quatro níveis de organização da personalidade (OP), a saber, a Organização da Personalidade Normal (OPNo), a Organização da Personalidade Neurótica (OPNe), a Organização da Personalidade Borderline (OPBo) e a Organização da Personalidade Psicótica (OPPs). As OPNo e OPNe são caracterizadas por uma identidade integrada, por uso predominante de defesas maduras e por uma capacidade intacta para testar a realidade. O que diferencia esses níveis de OP é a rigidez, sendo que pessoas com OPNe apresentam maior rigidez na manifestação de traços da personalidade do que as pessoas com OPNo, que apresentam maior flexibilidade e adaptabilidade. A OPBo é caracterizada por uma identidade difusa, por uso predominantemente de defesas primitivas e por um teste de realidade que pode variar de adequado a prejudicado. Por fim, a OPPs é caracterizada por uma identidade difusa, defesas primitivas e teste de realidade bastante prejudicado ou ausente. O diagnóstico estrutural, realizado por meio do PODF, é baseado, portanto, na impressão e observações clínicas (Oliveira & Bandeira, 2013).

A **LPFS** é a escala proposta pelo DSM-5 (APA, 2014) para a avaliação do nível de funcionamento da personalidade de acordo com o Critério A para o diagnóstico dos transtornos de personalidade do modelo alternativo. O Critério A consiste na presença de prejuízos em ao menos duas dimensões do funcionamento da personalidade. O modelo propõe dois grandes domínios, a saber, o Funcionamento do Self e o Funcionamento Interpessoal. Para a avaliação do Funcionamento do Self, o psicólogo deve avaliar aspectos referentes à identidade da pessoa (autoconceito, autoestima e autorregulação emocional) e à capacidade de autodirecionamento (metas de vida, comportamentos pró-sociais e autorreflexão). Para a avaliação do Funcionamento Interpessoal, o psicólogo deve analisar a capacidade da pessoa para a empatia (entender os motivos e necessidades dos outros, tolerar diferentes opiniões e entender que o próprio comportamento tem efeito sobre os outros) e para a intimidade (duração e profundidade das relações, desejo e capacidade de manter vínculos e mutualidade de respeito nas relações). Para cada um dos quatro subdomínios (Identidade, Autodirecionamento, Empatia e Intimidade) o psicólogo deve pontuar o funcionamento do paciente utilizando uma escala de 5 pontos (0 sem prejuízo ou pouco prejuízo a 4 prejuízo extremo). Para cada um dos 5 pontos da escala existe um texto prototípico que o psicólogo deve utilizar como parâmetro para pontuar o funcionamento do paciente. O indicativo de um transtorno de personalidade é sinalizado quando o paciente recebe um escore igual ou maior que “2” (Prejuízo Moderado) em pelo menos dois dos quatro subdomínios. Pesquisas internacionais têm indicado evidências de validade e fidedignidade dessa escala (Bach, Markon, Simonsen, & Krueger, 2015; Few et al., 2013, 2015; Morey, Bender, & Skodol, 2013; Morey & Skodol, 2013; Zimmermann et al., 2014).

O **SWAP-200** é um instrumento pontuado pelo clínico, composto por 200 itens. Ele é baseado no método Q-Sort (Bigras & Dessen, 2002) e pressupõe um sistema de escolha forçada. Isto é, os 200 itens devem ser distribuídos em 8 categorias (onde a categoria 0 é utilizada para os itens que não descrevem de forma alguma o paciente e a 7 para os itens que descrevem perfeitamente o paciente). Essas categorias possuem um número pré-estabelecido de quantidade de itens, isto é, 100 dos 200 itens devem ser indicados para a categoria 0, a categoria 1 deve conter 22 itens, a categoria 2 deve ter 18 itens, a categoria 3 deve ter 16 itens, a categoria 4 deve ter 14 itens, a categoria 5 deve ter 12 itens, a categoria 6 deve ter 10 itens e a categoria 7 deve ter 8 itens. O sistema de avaliação oferece escores T (que são escores padronizados onde a média é igual a 50 e o desvio-padrão igual a 10) para três grupos de dados e um total de 37 escalas. A seguir são apresentados os grupos com suas respectivas escalas:

- 1) Transtornos de Personalidade segundo o DSM-IV: são apresentados escores T para os perfis de combinação prototípica dos transtornos de personalidade segundo o DSM-IV. São apresentados escores para escalas dos transtornos de personalidade Paranóide, Esquizotípica, Esquizóide, Antissocial, Borderline, Histriônica, Narcisista, Evitativa, Dependente, Obsessivo-Compulsiva, Depressiva e também para o Índice de Saúde Psicológica.
- 2) Síndromes de Personalidade do SWAP: são apresentados escores T para os perfis de personalidade extraídos do SWAP-200 pelo método Q-Sort. São apresentados escores para personalidade Disfórica, Antissocial-Psicopática, Esquizóide-Esquizotípica, Paranóide, Obsessiva, Histriônica, Narcisista, Evitativa, Alto Funcionamento Depressivo, Borderline, Dependente-Vitimizada, Hostil-Externalizante e Índice de Saúde Psicológica.
- 3) Fatores de Personalidade do SWAP: são apresentados escores T para os traços de personalidade advindos da análise fatorial do SWAP-200. São apresentados escores para Saúde Psicológica, Psicopatia, Hostilidade, Narcisismo, Desregulação Emocional, Disforia, Orientação Esquizóide, Obsessividade, Transtorno do Pensamento (ou Esquizotipia), Conflito Edípico, Dissociação e Conflito Sexual.

O diagnóstico da personalidade no SWAP-200 é baseado no modelo prototípico, isto é, o sistema de apuração verifica o quanto o perfil descrito do paciente combina com os perfis estabelecidos previamente (protótipos). O grau de combinação (similaridade) é dado por meio do escore T, sendo que um escore de 55 indica que o paciente apresenta características do transtorno e escores iguais ou maiores que 60 indicam que o paciente

possui o transtorno. O SWAP-200 foi recentemente adaptado para o Brasil e os dados psicométricos preliminares foram investigados na tese de doutorado de Wellausen (2014). Esse é um instrumento amplamente utilizado no contexto internacional e existem diversos estudos indicando evidências de validade e fidedignidade desse modelo prototípico de diagnóstico da personalidade (Shedler & Westen, 1998, 2004; Westen & Chang, 2000; Westen & Muderrisoglu, 2003; Westen & Shedler, 1999).

O **IPO-Br** (Clarking, Foelsch, & Kernberg, 2001; Oliveira & Bandeira, 2011) é um instrumento de autorrelato composto por 83 itens que são pontuados em uma escala de cinco pontos (1 nunca verdadeiro e 5 sempre verdadeiro). O IPO-Br foi construído de acordo com a Teoria da Organização da Personalidade (anteriormente descrita). Ele é composto de cinco escalas sendo que três compõem as Escalas Clínicas Primárias [a saber, Difusão de Identidade (DI), Defesas Primitivas (DP) e Teste de Realidade (TR)] e as outras duas compõem as Escalas Adicionais [a saber, Agressão (Ag) e Valores Morais (VM)]. As Escalas Clínicas Primárias avaliam as funções centrais para o diagnóstico estrutural segundo o modelo de Kernberg (1995) e as escalas adicionais são variáveis que se alteram significativamente em casos graves de transtornos de personalidade. O IPO-Br foi adaptado para o Brasil (Oliveira & Bandeira, 2011) e têm sido reportadas evidências de validade e fidedignidade na cultura brasileira (Oliveira & Bandeira, 2011; Oliveira, Machado, & Bandeira, 2012).

O **DFH** consiste na apresentação de uma folha de papel A4 na posição vertical e na solicitação para o indivíduo fazer o desenho de uma pessoa. Ao término do desenho, faz-se o inquérito do sexo da figura desenhada e, então, apresenta-se uma outra folha de papel A4 na posição vertical e solicita-se o desenho de uma pessoa do sexo oposto à primeira figura desenhada. Ao final do segundo desenho, pede-se para a pessoa utilizar da imaginação para responder algumas perguntas sobre os desenhos. Para encerrar a tarefa, foi solicitado que a paciente contasse uma história que tivesse começo, meio e fim e que envolvesse as duas pessoas por ela desenhada. Não existe um sistema padronizado e normatizado no Brasil para a execução e interpretação do DFH. Dessa forma, a aplicação da técnica serviu apenas ao propósito de dinamizar a sessão e de minimizar possíveis efeitos de fadiga no segundo inventário.

A **BFP** (Nunes, Hutz, & Nunes, 2010) é um instrumento composto por 126 itens com escala de resposta de sete pontos (onde 1 significa que a pessoa absolutamente não se identifica com a frase e 7 que ela acredita que a frase a descreve perfeitamente). A BFP é fundamentada no Modelo dos Cinco Grandes Fatores da personalidade. Esse modelo surgiu da hipótese léxica que entende que as principais características da personalidade

humana são encontradas através da linguagem natural das pessoas (Goldberg, 1990). Dessa forma, a partir de um levantamento de adjetivos que as pessoas usam para descrever os outros e a si mesmas, foram observados que eles se agrupam em cinco grandes fatores. A BFP é um instrumento construído no Brasil e encontrou as mesmas cinco dimensões que os estudos internacionais têm indicado. Os cinco grandes fatores e suas facetas da versão brasileira são: Neuroticismo (Facetas: Vulnerabilidade, Instabilidade Emocional, Passividade e Depressão), Extroversão (Facetas: Comunicação, Atividade, Dinamismo e Interações Sociais), Socialização (Facetas: Amabilidade, Pró-Sociabilidade e Confiança nas Pessoas), Realização (Competência, Ponderação e Empenho) e Abertura a Novas Experiências (Abertura a Ideias, Liberalismo e Busca por Novidades). Esse modelo dos Cinco Grandes Fatores é um modelo dimensional de avaliação da personalidade, isto é, o foco está em identificar a quantidade que as pessoas têm de cada um desses fatores e facetas.

O **PID-5** (Krueger et al., 2012) é um instrumento de 220 itens pontuados em uma escala de quatro pontos (onde 0 significa que o item não tem nada a ver com a pessoa e 3 que o item tem muito a ver com a pessoa). O PID-5 se propõe a medir os traços patológicos da personalidade (Critério B) de acordo com o modelo alternativo proposto no DSM-5 (APA, 2014). O modelo é composto de cinco grandes dimensões e 25 facetas da personalidade, a saber, Afetividade Negativa (Facetas: Labilidade Emocional, Ansiedade e Insegurança de Separação), Distanciamento (Facetas: Retraimento, Anedonia e Evitação de Intimidade), Antagonismo (Facetas: Manipulação, Desonestidade e Grandiosidade), Desinibição (Irresponsabilidade, Impulsividade e Distratibilidade) e Psicoticismo (Crenças e Experiências Incomuns, Desregulação Perceptual e Excentricidade). As outras facetas que não entraram na contagem oficial das dimensões do PID-5, mas que auxiliam no processo do diagnóstico da personalidade são: Afetividade Restrita, Busca de Atenção, Desconfiança, Exposição a Risco, Hostilidade, Insensibilidade, Perfeccionismo Rígido, Perseveração, Submissão e Tendência à Depressão.

Esse modelo alternativo do DSM-5 é um modelo híbrido (isto é, dimensional + categorial), uma vez que ele possibilita a formulação de um diagnóstico categórico por meio do perfil dimensional apresentado pela pessoa avaliada. Assim, no caso de um paciente apresentar um perfil dimensional similar ao perfil de uma das seis categorias de transtorno de personalidade propostas no DSM-5 (a saber, Esquizotípica, Narcisista, Borderline, Evitativa, Antissocial e Obsessivo-Compulsiva), o paciente pode receber o diagnóstico categórico específico para esse transtorno. Contudo, se o paciente apresentar um mal funcionamento da personalidade em pelo menos duas das quatro dimensões do

Critério A (descritos anteriormente) e apresentar traços patológicos da personalidade (Critério B) diferentes aos perfis categóricos específicos, então, ele é diagnosticado com a categoria Transtorno de Personalidade – Traço Especificado.

Finalizando esse tópico, gostaria de chamar a atenção do leitor para o planejamento das sessões e a seleção dos instrumentos. Fiz questão de apresentar brevemente as bases teóricas de cada instrumento, assim como seus sistemas de aplicação, para mostrar que cada técnica escolhida deve ter uma finalidade clara no processo de psicodiagnóstico. Além disso, a ordem de administração das técnicas deve ser planejada de modo a evitar vieses de respostas. Por exemplo, o PODF foi preenchido antes dos resultados do IPO-Br para se evitar a influência de um instrumento sobre o outro, visto que se tratam de instrumentos que se propõem a avaliar os mesmos construtos. A utilização do DFH ou de qualquer outra “técnica-ponte” entre duas tarefas avaliativas relativamente longas tende a contribuir com a dinamização da sessão e evitar efeitos negativos no padrão de respostas ao segundo instrumento. Relembro aqui, ainda, que a avaliação relatada aqui advém de uma pesquisa, o que permitiu a utilização de instrumentos não aprovados para a prática profissional de acordo com as normativas do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e do Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (SATEPSI).

Resultados das técnicas

No QDSCS observou-se que Alessandra não apresentava risco de suicídio e que ela não tinha problemas com o consumo de tabaco, álcool e drogas no momento da avaliação. Seu nível educacional é elevado (Pós-Graduação) e sua classe socioeconômica foi classificada como média (B1, de acordo com o sistema de classificação da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa – ABEP, 2014)⁴. Ela reportou ter poucos amigos e avaliou sua relação com sua mãe e esposo como “pouco satisfatória”, com seus amigos e irmão como “indiferente/neutra”, e com seu filho como “totalmente satisfatória”. Ela indicou ter já recebido os diagnósticos de Transtorno de Humor Bipolar Tipo I, Hipotireoidismo, Endometriose e Pré-Diabetes.

Na SCID-I Alessandra relatou a presença de sintomas para episódios de mania, negando sintomas que caracterizassem episódios depressivos maiores. Por meio do relato da paciente, todos os critérios para Episódio Maníaco da SCID-I foram satisfeitos. A Tabela 4.3 apresenta trechos da narrativa da paciente para cada um dos critérios para Episódio Maníaco que ela recebeu o escore “+”.

⁴ Método disponível em: <http://www.abep.org/criterioBrasil.aspx>.

Tabela 4. 3: Trechos de relato dos critérios para Episódio Maníaco da SCID-I do caso Alessandra

Questão SCID-I	Conteúdo	Trechos do Relato
A16	Humor expansivo	<i>“Ah! Isso é o tempo todo [durante a crise]” “Eu me animei muito... e comecei a gastar, a comprar...”</i>
A17	Duração do episódio	<i>“Tenho isso pelo menos uma vez por ano mais ou menos”. “[Duração de cada episódio] ... pelo menos uns 15 dias”.</i>
A18	Autoestima inflada	<i>“Se eu to assim eu vou colocar brinco, vou me maquiar, vou comprar roupa nova, sapato novo...”</i>
A19	Diminuição do sono	<i>“Dormia bem menos do que o normal”. “Mesmo sem dormir me sentia descansada”.</i>
A20	Falante	<i>“Eu até falo, mas se eu tiver assim eu vou fazer brincadeiras, eu vou fazer piadas, e isso não é a Alessandra”.</i>
A21	Fuga de ideias	<i>“O pensamento passava rápido pela minha cabeça”.</i>
A22	Distratibilidade	<i>“Tinha dificuldade de me concentrar”.</i>
A23	Agitação	<i>“Quero trabalhar um monte”. “Não fico cansada”. “Arrumo um monte de trabalho”. “Emendo uma coisa na outra”.</i>
A24	Impulsividade	<i>“Aprendi a falsificar a assinatura do meu pai e fui tentar comprar um celular que eu queria” “Fazia sexo indiscriminadamente”.</i>

Nota-se que os critérios para episódio Maníaco foram claramente identificados no caso. Ela já havia recebido o diagnóstico de Transtorno de Humor Bipolar Tipo I aos 22 anos de idade e desde então vem fazendo tratamento psicofarmacológico. Quando questionada acerca de episódios depressivos, ela reportou algumas situações em que experimentou o humor deprimido, contudo observou-se que todas elas estavam relacionadas a algum evento de vida, como, por exemplo, o término de um relacionamento amoroso e um problema de saúde do pai. A intensidade e durabilidade dos sintomas não foram suficientes para a satisfação dos critérios de Episódio Depressivo. Nota-se aqui um exemplo onde as respostas positivas da paciente às perguntas da SCID-I são pontuadas como “-” pelo julgamento clínico.

A SCID-II possui um conjunto de perguntas iniciais que possibilitam ao clínico fazer um rastreio sobre o funcionamento geral da personalidade do paciente. A Tabela 4.4 sumariza os resultados qualitativos e quantitativos de Alessandra na SCID-II. A porção superior da Tabela 4.4 apresenta trechos das respostas de Alessandra às questões iniciais da SCID-II. Na porção mediana da Tabela 4.4 são apresentados os escores que Alessandra recebeu para cada critério dos transtornos de personalidade. Note que na coluna “Ponto de Corte” está indicada a quantidade de critérios necessários para o diagnóstico de cada transtorno de personalidade conforme estabelecido pelo DSM-IV (APA, 2002). Na coluna “Resultado” encontra-se a soma dos critérios alcançados (isto é, a quantidade de critérios que receberam o escore “3”) e o indicativo se a paciente está positiva ou negativa para cada categoria. Por fim, na porção inferior da Tabela 4.4 é apresentado um resumo dos conteúdos dos critérios que a paciente recebeu o escore “3”.

Tabela 4. 4: Resultados qualitativos e quantitativos da SCID-II do caso Alessandra

Como você se descreve como pessoa? [Silêncio] *“Hum! Ai, eu não sei te dizer de mim” “eu sou boa pra quem é bom pra mim” “se alguém me decepciona eu quero cortar a relação com ele” “eu sou impulsiva, materialista” “sou uma pessoa de bom coração, generosa” “sou obstinada, quando eu quero uma coisa eu vou até o fim”*

Quais são as pessoas importantes na sua vida? *“Meu filho” “atualmente o meu marido [faz uma relação entre o pai dela e o marido dela, dizendo que o marido assume certo papel de pai] “Uma tia minha, ela uma amiga, uma mãe” [Algum amigo?] “sou uma pessoa de poucos amigos”*

Como você tem se dado com elas? [Com o filho] *“Ele tem a personalidade dele né? Ele é teimoso. Tudo o que eu falo eu tenho que cuidar porque se não ele usa contra mim” “Ele é uma criança que me dá um pouco de trabalho, porque ele é menino, ele é curioso...”* [Com relação ao marido apresentou queixas]

A forma como você geralmente se comporta já lhe causou problemas? *“Ah! Eu me controlo mais! Eu já fui mais explosiva sim, de falar tudo que pensa até falar a ponto de ofender”*

Que tipo de coisas você fez que as outras pessoas podem ter considerado irritantes? [Silêncio] *“Eu gosto de palpar...[disse que a mãe não gosta de seus palpites]*

Como você passa o seu tempo livre? *“Não gosto de ficar muito em casa...” “Vou a shopping, cinema, como tenho filho pequeno tenho que sempre ir ao parquezinho para passar o tempo com ele... visito a mãe, o pai...”*

Se pudesse mudar sua personalidade de algum jeito, como você seria diferente? *“Eu queria ser normal, eu queria mudar tudo” “Não queria ter essas características que eu tenho, né?”*

Transtornos de Personalidade	Critérios									Ponto Corte	Resultado
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Evitativo (EV)	1	1	1	3	1	1	1	-	-	4	1 = Neg
Dependente (DD)	1	1	1	1	1	3	3	3	-	5	3 = Neg
Obsessivo-Compulsivo (OC)	1	1	3	3	1	3	1	3	-	4	4 = Pos
Passivo-Agressivo (PA)	3	2	1	3	3	1	3	-	-	4	4 = Pos
Depressivo (DP)	1	1	1	1	2	1	1	-	-	5	0 = Neg
Paranóide (PR)	1	1	1	1	3	2	1	-	-	4	1 = Neg
Esquizotípico (ET)	1	2	2	2	1	1	1	1	1	5	0 = Neg
Esquizóide (ED)	1	1	1	1	1	1	1	-	-	4	0 = Neg
Histriônico (HT)	3	1	1	1	1	3	1	1	-	5	2 = Neg
Narcisista (NC)	1	2	1	3	3	3	3	3	1	5	5 = Pos
Borderline (BD)	3	3	1	3	3	3	1	3	1	5	6 = Pos
Antissocial (AS)	?	?	?	?	?	?	?	-	-	3	0 = Neg
Transtorno de Conduta (CO)	Critério 4=escore 2; Critérios 11 e 12 = escore 3.									2	2 = Pos
Critério	Resumo do Conteúdo do Critério				Critério	Resumo do Conteúdo do Critério					
4 - EV	Medo de críticas ou rejeições sociais				6 - HT	Teatralidade e exagero emocional					
6 - DD	Desamparo em estar só				4 - NC	Exige admiração excessiva					
7 - DD	Sempre busca novos relacionamentos				5 - NC	Expectativas de ter tratamento especial					
8 - DD	Temor de abandono (ficar sem cuidado)				6 - NC	Tira vantagem dos outros					
3 - OC	Excessivo devotamento ao trabalho				7 - NC	Déficit de empatia					
4 - OC	Escrupulosidade e inflexibilidade moral				8 - NC	Inveja ou sente-se invejada					
6 - OC	Não delega tarefas por querer perfeição				1 - BD	Esforços para evitar abandonos					
8 - OC	Rigidez e teimosia				2 - BD	Relacionamentos interpessoais instáveis					
1 - PA	Resistência passiva a tarefas				4 - BD	Impulsividade					
4 - PA	Críticas e desprezo a autoridades				5 - BD	Ameaças de suicídio e automutilações					
5 - PA	Inveja para com os mais afortunados				6 - BD	Instabilidade emocional					
7 - PA	Alterna entre ser hostil e se arrepender				8 - BD	Raiva inadequada e intensa					
5 - PR	Racorosa				11 - CO	Mentiu para obter bens ou favores					
1 - HT	Desconforto quando não tem atenção				12 - CO	Cometeu furtos					

Pode-se observar na porção superior da Tabela 4.4 que as respostas de Alessandra às questões iniciais da SCID-II sinalizam prejuízos no funcionamento da personalidade. Como são apresentados apenas trechos das narrativas, o leitor recebe somente uma limitada quantidade de informação. Os aspectos não verbais e comportamentais da paciente na entrevista somam evidências clínicas de um funcionamento mal adaptativo da personalidade. Cita-se como exemplo a primeira pergunta da SCID-II: “Como você se

descreve como pessoa?”. Após essa questão, Alessandra fez silêncio, movimentou-se na cadeira, demonstrou estar pensando sobre como responder à pergunta e, após um instante considerável de silêncio, disse: *“Hum! Ai, eu não sei te dizer de mim”*. Em seguida começou a trazer adjetivos isolados para se descrever. Esse comportamento é indicativo de uma pobre capacidade autoavaliativa. A citação de adjetivos isoladamente sinaliza uma dificuldade de integração de suas características pessoais em um todo complexo e dinâmico. Esses aspectos verbais e não verbais da entrevista são sugestivos de uma identidade difusa. Segundo Kernberg (1995), a difusão da identidade é refletida, entre outros aspectos, na dificuldade da pessoa em se definir de uma forma integrada, complexa e rica.

Como pode ser observado na porção mediana da Tabela 4.4, Alessandra alcançou os pontos de corte para os transtornos de personalidade passivo-agressiva, obsessivo-compulsiva, narcisista e borderline. A personalidade passivo-agressiva estava no apêndice do DSM-IV-TR (APA, 2002) para estudos futuros e é caracterizado por “um padrão invasivo de atitudes negativistas e resistência passiva a exigências de desempenho adequado em situações sociais e ocupacionais” (APA, 2002). Os quatro critérios alcançados para o transtorno de personalidade passivo-agressivo indicam que Alessandra se relaciona com as coisas e pessoas de forma um tanto hostil e negativista. Ela tem frequentes crenças de que seus superiores não sabem o que estão fazendo e não gosta de receber ordens, apresentando uma resistência passiva frente às atividades que ela tem que realizar. Ela nutre sentimentos de injustiça e ressentimento contra as pessoas que são mais afortunadas do que ela. Quando expressa abertamente sua hostilidade, tão logo se engaja em comportamentos de arrependimento e se desculpa por suas atitudes hostis.

Alessandra também apresentou critérios suficientes para o diagnóstico de transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva, o qual é caracterizado por “um padrão generalizado de preocupação com organização, perfeccionismo e controle mental e interpessoal, às custas de flexibilidade, abertura e eficiência” (APA, 2002). Os traços apresentados por Alessandra indicam que ela se dedica demasiadamente ao trabalho, com dificuldades em delegar e dividir tarefas, pois tem necessidade de controlar as atividades para que o produto final fique perfeito e do jeito dela. Ela demonstra ser um tanto rígida e teimosa em seus posicionamentos e perspectivas, e inflexível em relação a crenças e regras morais e éticas.

O critério para o diagnóstico de transtorno de personalidade narcisista também foi alcançado. Esse transtorno é entendido como “um padrão invasivo de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia” (APA, 2002). Os critérios por ela

apresentados indicam que ela demanda ser alvo de admiração e inveja das pessoas e que tem expectativas de merecer um tratamento especial por ser quem é. Ela costuma valer-se de seus relacionamentos para alcançar objetivos de sucesso e destaque, além de não reconhecer ou identificar-se com os sentimentos e necessidades dos outros.

Por fim, ela alcançou o critério para o diagnóstico de transtorno de personalidade borderline. Esse transtorno é caracterizado por “um padrão invasivo de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, autoimagem e afetos, e acentuada impulsividade” (APA, 2002). Os critérios alcançados sugerem que ela tem um estilo de relacionamento interpessoal bastante instável, com frequentes oscilações das ideias e sentimentos que ela tem em relação às pessoas com quem se relaciona. Ela tem dificuldade em lidar com situações onde ocorreram separações, reagindo de forma bastante inadequada e esporadicamente faz ameaças de suicídio, segundo ela própria “*mais para chamar a atenção*” (relatou duas tentativas de suicídio ao longo de sua vida). Ela experimenta mudanças rápidas das emoções e tem dificuldade de controlar a raiva, se irritando facilmente mesmo com pequenas coisas. Durante discussões, ela pode arremessar objetos e ter comportamentos violentos. Ela contou ainda que é bastante impulsiva, principalmente no que se refere a compras e um pouco em relação ao trânsito.

Nota-se que outros critérios para outros transtornos de personalidade foram encontrados, contudo não em número suficiente para o critério diagnóstico. Ressalta-se aqui que Alessandra apresentou dois critérios para o transtorno de conduta (como indicado na Tabela 4.4). Ela relatou mentir com frequência para obter alguma vantagem ou se esquivar de punições (Critério 11) e relatou que cometia pequenos furtos (Critério 12). Embora a SCID-II indique que dois critérios positivos para Transtorno de Conduta são suficientes para seguir a entrevista com as questões referentes ao Transtorno de Personalidade Antissocial, isso não foi feito com base no entendimento do funcionamento da paciente até o momento da avaliação que não evidenciava quaisquer sinais de funcionamento antissocial. O sinal de interrogação “?” na Tabela 4.4 indica que o critério não foi avaliado.

Os resultados da avaliação dos traços normativos da personalidade são apresentados na Figura 4.1 que apresenta graficamente os percentis dos escores de Alessandra nas facetas e domínios da BFP. Os percentis apresentados foram computados de acordo com os dados normativos da BFP (Nunes, Hutz, & Nunes, 2010) para pessoas do sexo feminino. Os resultados mostraram que Alessandra experimenta um nível elevado de Altivez, de Instabilidade Emocional e de Competência. Altos escores na faceta Altivez indicam uma necessidade de receber atenção dos outros, uma crença de que as pessoas a

invejam e uma predisposição para falar sobre si mesma (Nunes, Hutz, & Nunes, 2010). Esse traço parece refletir as características narcisistas da paciente. Altos escores em Instabilidade Emocional sugerem que Alessandra tende a agir impulsivamente quando sente algum desconforto psicológico, tomando decisões precipitadamente. Ela tende a ter grandes oscilações de humor e dificuldade em controlar sentimentos negativos, com baixa tolerância à frustração (Nunes, Hutz, & Nunes, 2010). Esse traço parece refletir as características do transtorno borderline da paciente. Na faceta Competência Alessandra demonstrou ser devotada a alcançar seus objetivos e a acreditar em suas capacidades para a execução de tarefas complexas e desafiantes (Nunes, Hutz, & Nunes, 2010). Esse resultado pode estar refletindo tanto as características obsessivo-compulsivas como as narcisistas da paciente.

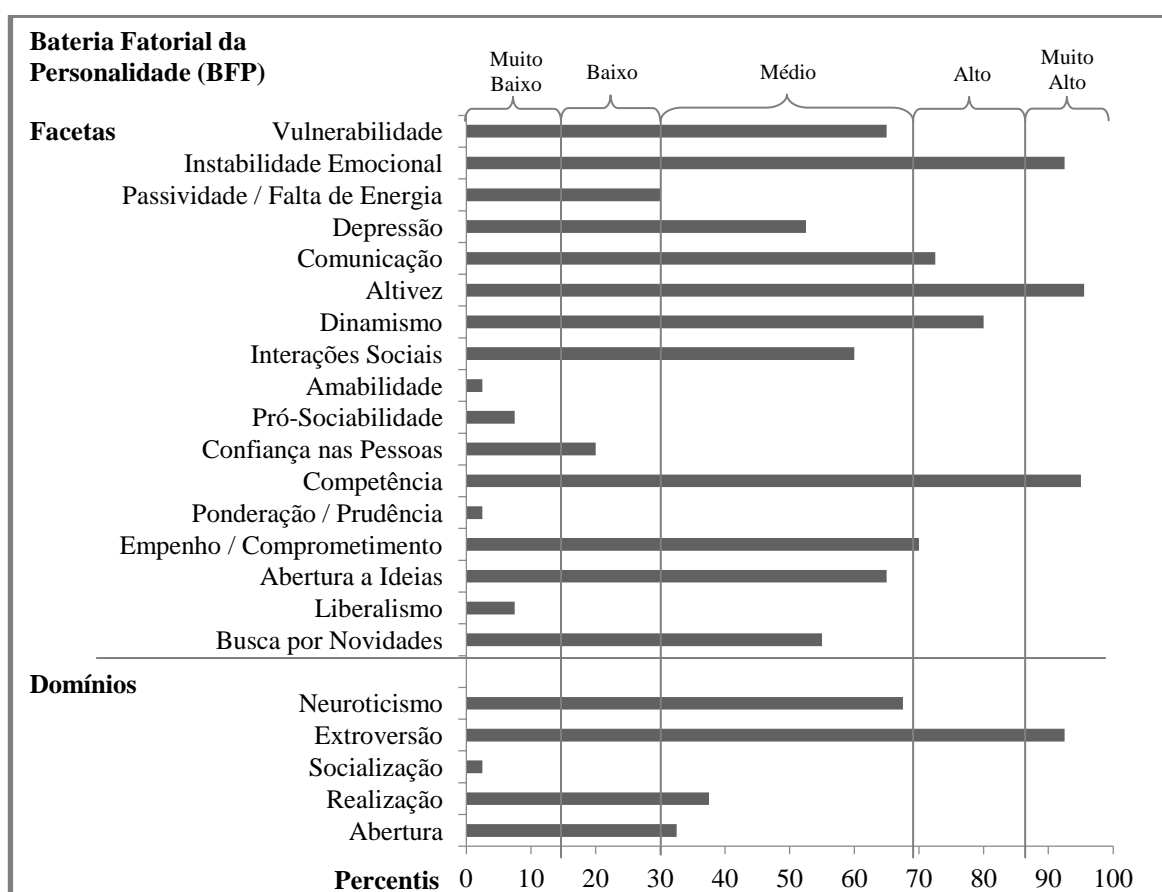


Figura 4. 1: Escores percentílicos do caso Alessandra na BFP

Como pode ser visto na Figura 4.1 as facetas Amabilidade, Pró-Sociabilidade, Ponderação e Liberalismo ficaram muito abaixo quando comparadas ao grupo de referência. Escores baixos em Amabilidade sugerem que Alessandra se coloca pouco disponível para as pessoas, sendo preocupada mais com suas próprias necessidades e bem-estar do que com dos outros, chegando a ser insensível e hostil no trato com as pessoas

(Nunes, Hutz, & Nunes, 2010). Esse traço parece refletir as características narcisistas e passivo-agressivas dela. O desempenho de Alessandra na faceta Pró-Sociabilidade indica que ela não tem muitas preocupações em se colocar ou em colocar os outros em situações de risco. Ela parece não ser muito preocupada em seguir regras e tende a ter uma percepção que as desqualifica ou minimiza. Na interação com as pessoas pode apresentar comportamentos manipuladores, de desrespeito e/ou opositores (Nunez, Hutz, & Nunes, 2010). Esse traço também parece refletir as características narcisistas e passivo-agressivas da paciente. O baixo escore em Ponderação / Prudência sugere que Alessandra age impulsivamente na resolução de problemas. Ela tende a falar e a se comportar sem considerar *a priori* as consequências de suas ações. Ela pode ser descuidada na forma de expressar suas opiniões ou de defender seus interesses (Nunez, Hutz, & Nunes, 2010). Aqui parece refletir as características borderline da paciente. O rebaixamento na faceta Liberalismo, por sua vez, indica que Alessandra possui um sistema inflexível e dogmático de crença acerca dos valores morais e sociais. Ela parece se apegar a conceitos pré-estabelecidos e estar pouco disponível para relativizá-los aos contextos e circunstâncias da vida (Nunez, Hutz, & Nunes, 2010). Esse resultado parece refletir as características obsessivo-compulsivas dela.

Em relação aos grandes domínios observa-se uma elevação do traço de extroversão e um rebaixamento do traço socialização. Essa combinação leva ao entendimento de que Alessandra possui um estilo de personalidade mais dominadora de acordo com o Modelo Circumplexo Dimensional (Hosftee, Raad, & Goldberg, 1992). Pessoas com perfis como esse sentem prazer em exercer poder e influência sobre os outros e se esforçam em controlar as pessoas sem considerar os sentimentos delas.

A avaliação das funções psicológicas para o diagnóstico estrutural da personalidade foi feita por meio dos instrumentos IPO-Br e PODF. A Figura 4.2 apresenta graficamente os resultados de Alessandra no IPO-Br e a Tabela 4.5 apresenta os resultados quantitativos da avaliação do clínico acerca da paciente no PODF. Note que os resultados plotados no gráfico (Figura 4.2) são dados em escore z (média = 0 e desvio-padrão = 1). Os escores foram computados de acordo com os dados da amostra de validação do IPO-Br (1.248 pessoas). Esses estudos indicaram que as Escalas Clínicas Primárias podem ser computadas em três modelos (Oliveira, 2012): 1) modelo de um fator geral (Patologia Geral da Personalidade – PGP), onde os escores das três escalas clínicas primárias são somados e sinalizam o prejuízo geral do funcionamento da personalidade; 2) modelo de dois fatores (Funcionamento Borderline – FB e Teste de Realidade – TR), onde a escala FB consiste do somatório das escalas Difusão de Identidade (DI) e Defesas Primitivas (DP)

– esse foi o modelo que apresentou melhor ajuste dos dados; 3) modelo de três fatores, onde as escalas são avaliadas individualmente, a saber, DI, DP e TR.

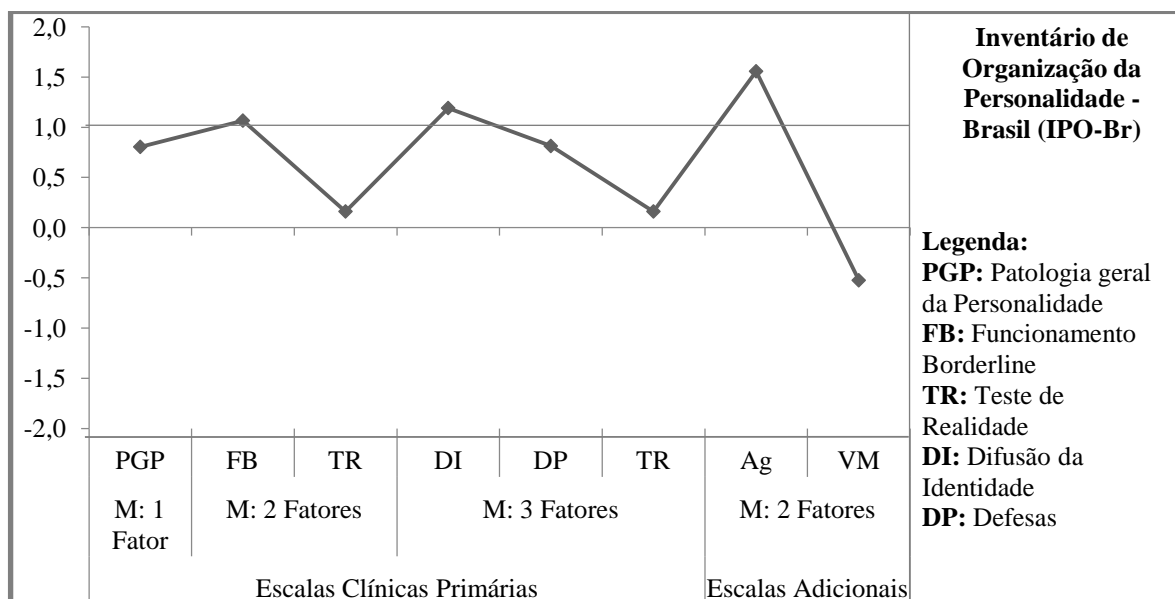


Figura 4. 2: Escores z do caso Alessandra no IPO-Br

Como pode ser observado na Figura 4.2, Alessandra apresentou escores referentes ao nível de Organização da Personalidade Borderline (OPBo). De acordo com o modelo de Kernberg (1995), conforme apresentado anteriormente, esse tipo de OP é caracterizado por problemas no funcionamento da identidade, por uso predominante de defesas primitivas e por um teste de realidade prejudicado. Observa-se uma elevação da escala FB e a escala TR manteve-se dentro da faixa de normalidade. Nas Escalas Adicionais, Alessandra apresentou uma elevação na escala Agressão (Ag). Os itens dessa escala referem-se à vivência de impulsos agressivos dirigidos contra si próprio e contra o outro, seja essa agressividade expressa de forma física, verbal, real ou imaginária. Note que a avaliação clínica, por meio do PODF, apresentou resultados similares (ver Tabela 4.5).

Tabela 4. 5: Resultados qualitativos e quantitativos do caso Alessandra no PODF

Domínio	Subdomínio	Pontuação (min – max)	Escore da Paciente	Classificação
Identidade		-18 – +18	-10	Difusa
Defesas	Primitivas	0 – 15	13	Primitiva
	Maduras	0 – 15	9	
Teste de Realidade		0 – 12	4	Prejudicado
Relações de Objeto		1 – 5	4	Borderline

O PODF foi recentemente traduzido e adaptado para o português brasileiro e ainda está em fase de estudos de suas propriedades psicométricas. Os resultados quantitativos do

PODF podem ser lidos qualitativamente. Dessa forma, observa-se que os escores brutos de Alessandra indicaram que ela apresenta um funcionamento de identidade difusa, o uso predominante de defesas primitivas, um teste de realidade prejudicado e relações de objeto do tipo borderline, com medo do abandono. De modo geral, os resultados do IPO-Br e do PODF sugerem que Alessandra possui problemas no funcionamento da personalidade, indicando que ela tem dificuldades em manejar seus próprios estados psicológicos e emocionais, bem como seus relacionamentos sociais, familiares e românticos.

Os resultados da avaliação da psicoterapeuta de Alessandra no SWAP-200 sugeriram que a paciente não possui um diagnóstico de transtornos de personalidade. Conforme explicado anteriormente, o SWAP-200 compara o perfil descrito pela psicoterapeuta com os perfis previamente descritos e o grau de concordância entre os perfis é calculado e os resultados são dados em escores T (média igual a 50 e desvio-padrão igual a 10). A Figura 4.3 apresenta os resultados de Alessandra nas escalas do SWAP-200. Escores T, conforme descrito anteriormente, iguais ou maiores que 55 (equivalente ao percentil 70) são considerados clinicamente elevados e escores T iguais ou maiores que 60 (equivalente ao percentil 84) indicam que a paciente apresenta a condição clínica. Como pode ser observado na Figura 4.3, o perfil descrito pela psicóloga de Alessandra não converge com nenhum dos perfis prototípicos do DSM-5 (modelo categórico) e nem com os perfis advindos das pesquisas com o SWAP-200. Quando observados os traços fatoriais, observa-se que a psicóloga de Alessandra observou fortes traços Narcisistas e Dissociativos. Alessandra apresentou o traço Narcisismo moderadamente alto (T = 58). Esse traço avalia as características de autoimportância, grandiosidade, arrogância, fantasias de ilimitado sucesso e tendência em tratar os outros como espectadores dos seus sucessos. Referente ao traço Dissociação, Alessandra apresentou um escore alto (T = 69,9), sugerindo certa desconexão dos pensamentos, sentimentos, memórias, lacunas ou incongruências na memória, incongruências entre palavras e afetos, e uma tendência para reprimir e distorcer eventos angustiantes.

Com a finalidade de compreender mais profundamente a percepção da psicóloga de Alessandra sobre o funcionamento global da paciente, foram analisados qualitativamente os itens que receberam os escores 7 e 6 no SWAP-200. A Tabela 4.6 apresenta a descrição dos itens que foram classificados nas categorias 7 e 6 (que indicam descrever bastante as características da paciente).

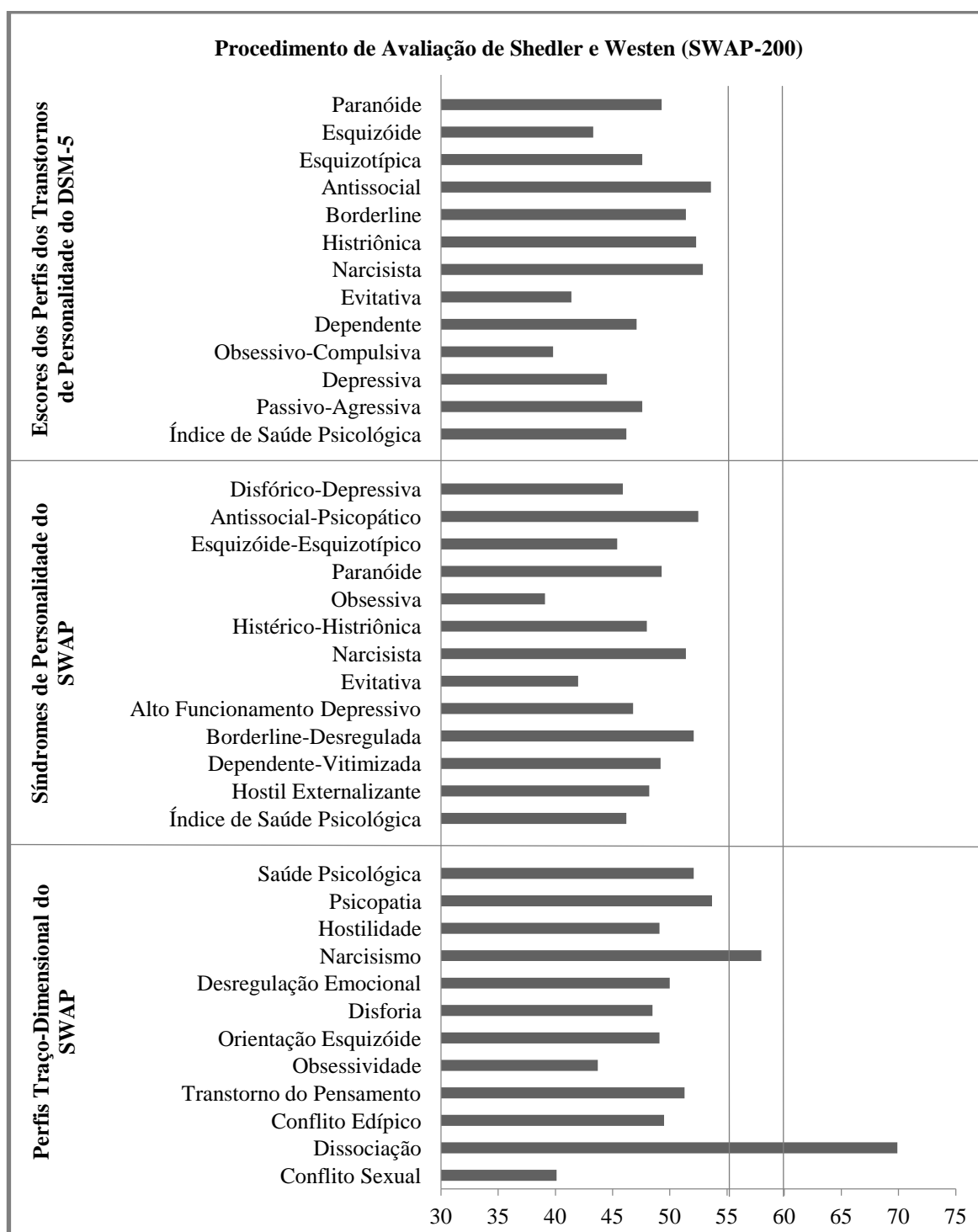


Figura 4. 3: Escores T do caso Alessandra no SWAP-200

Algumas características observadas pela psicóloga de Alessandra convergem com características observadas nos procedimentos avaliativos. Problemas de identidade como indicados nos itens 15 (instabilidade da autoimagem), 148 (problemas de *insight* e autorreflexão), 149 (falta de sentimento de pertença) e 184 (inconsistência emocional), e problemas nos relacionamentos interpessoais como indicados nos itens 3 (tira vantagem dos outros), 43 (manipula os outros), 98 (medo da rejeição) e 171 (medo de ficar só) são alguns exemplos. Nota-se também que aspectos positivos e sadios foram reportados pela

psicóloga como os itens 37 (contribuição social), 55 (cuidado com o outro) e 59 (sensibilidade ao outro).

Tabela 4. 6: Itens classificados com os escores 7 e 6 do caso Alessandra no SWAP-200

Escore	Item	Descrições
7	13	Costuma usar seus problemas psicológicos ou médicos para evitar o trabalho ou responsabilidades (seja consciente ou inconscientemente).
	30	Costuma se sentir letárgico(a), cansado(a) ou sem energia.
	40	Tem tendência a se envolver em comportamento ilegal ou criminoso.
	98	Costuma temer ser rejeitado(a) ou abandonado(a) por aqueles que lhe são emocionalmente significativos.
	149	Costuma se sentir excluído(a); e/ou como “alguém de fora”; sente como se ele(a) não fizesse parte da situação ou grupo.
	171	Parece temer ficar só; busca a qualquer custo evitar ficar sozinho(a).
	178	Preocupa-se com o sentimento de que algo ou alguém foi perdido de modo irrecuperável (ex. amor, juventude, a chance de ser feliz, etc.).
6	184	Suas verbalizações parecem incoerentes com os afetos que as acompanham ou incoerentes com as mensagens não verbais concomitantes.
	3	Tira vantagens dos outros, preocupa-se somente com suas necessidades e desejos; não tem interesse em valores morais.
	15	Falta uma imagem estável de si mesmo(a) ou de quem gostaria de se tornar (ex. atitudes, valores, objetivos, sentimentos sobre si mesmo podem ser instáveis).
	16	Costuma ser raivoso(a) e hostil (seja consciente ou inconscientemente).
	37	Sente-se bem em pertencer e contribuir com a comunidade (organizações de bairro, igreja, vizinhança, etc.).
	43	Costuma buscar poder e influencia sobre os outros (seja de forma benéfica ou destrutiva).
	44	A percepção da realidade pode se tornar completamente distorcida quando estressado(a) (ex. pode se tornar delirante).
	55	É capaz de encontrar sentido e autossatisfação guiando, orientando ou cuidando de outras pessoas.
	59	É empático(a); é sensível e responsivo(a) aos sentimentos e necessidades dos outros.
	88	Costuma ser insuficientemente preocupado(a) com a satisfação das próprias necessidades; parece não se sentir merecedor(a) das coisas.
	148	Possui pouco insight sobre as próprias motivações, comportamentos etc.; é incapaz de considerar interpretações alternativas para as próprias experiências.

Por fim, são apresentados os resultados da avaliação da personalidade de Alessandra de acordo com o modelo híbrido proposto na Seção III do DSM-5 (APA, 2014). O Critério A, isto é, o nível de prejuízo do funcionamento da personalidade foi alcançado (ver Tabela 4.6). De acordo com a avaliação clínica por meio da LPFS, Alessandra parece ter algum prejuízo (Escore 1) na capacidade de autodirecionamento, um prejuízo moderado (Escore 2) na identidade e severo prejuízo (Escore 3) nas funções de intimidade e empatia. A Tabela 4.6 sumariza as características de cada domínio avaliado de acordo com nível de funcionamento diagnosticado.

Tabela 6: Resultados do caso Alessandra na LPFS

Função (prejuízo)	Principais características
Identidade	<i>Escore 2 – Prejuízo moderado</i> - Depende dos outros para definição da identidade. - Autoestima vulnerável e autoapreciação inflada. - Regulação emocional depende da avaliação externa positiva.
Autodirecionamento	<i>Escore 1 – Algum prejuízo</i> - Excessivamente direcionada para os objetivos. - Conjunto de padrões pessoais irrealistas e socialmente inapropriados. - Reflete sobre experiências internas, mas com ênfase no componente emocional.
Empatia	<i>Escore 3 – Prejuízo severo</i> - Prejuízo em compreender pensamentos, sentimentos e comportamentos dos outros. - Incapaz de considerar perspectivas alternativas às próprias perspectivas. - Confusa sobre impacto das próprias ações sobre os outros.
Intimidade	<i>Escore 3 – Prejuízo severo</i> - Prejuízo na capacidade de criar vínculos positivos e duradouros. - As relações estão baseadas em expectativas de abandono e em necessidade de conexão. - Pouca reciprocidade nas relações.

Vale aqui lembrar que a LPFS foi preenchida pelo avaliador logo após a aplicação das entrevistas SCID-I e SCID-II (após a primeira sessão). As observações do clínico demonstram ser bastante congruentes com os dados advindos dos métodos de autorrelato e da avaliação da psicóloga da paciente (pelo SWAP-200). De acordo com o algoritmo proposto no DSM-5 (APA, 2014), a paciente deveria apresentar ou prejuízo moderado (Escore 2) ou severo (Escore 3), ou extremo (Escore 4) em ao menos duas das quatro dimensões para o diagnóstico de transtorno de personalidade. Alessandra obteve prejuízo significativo em três das quatro dimensões.

O Critério B do modelo também foi alcançado (APA, 2014). A Figura 4.4 apresenta a média dos escores de Alessandra no PID-5. Foram observados cinco traços patológicos de acordo com o critério qualitativo da APA (2014), isto é, escores médios com valores iguais ou maiores que dois (≥ 2). Os traços patológicos foram Busca de Atenção (necessidade de colocar-se como o foco da atenção e admiração dos outros), Grandiosidade (crença de superioridade em relação aos outros e de merecer tratamento especial), Hostilidade (persistentes sentimentos de raiva, irritabilidade e comportamentos vingativos), Impulsividade (falha na consideração das consequências dos próprios comportamentos, respondendo imediatamente aos estímulos no “calor” do momento) e Insegurança de Separação (medo de rejeição ou separação de relacionamentos amorosos, com falta de confiança em ter que cuidar de si tanto física como emocionalmente).

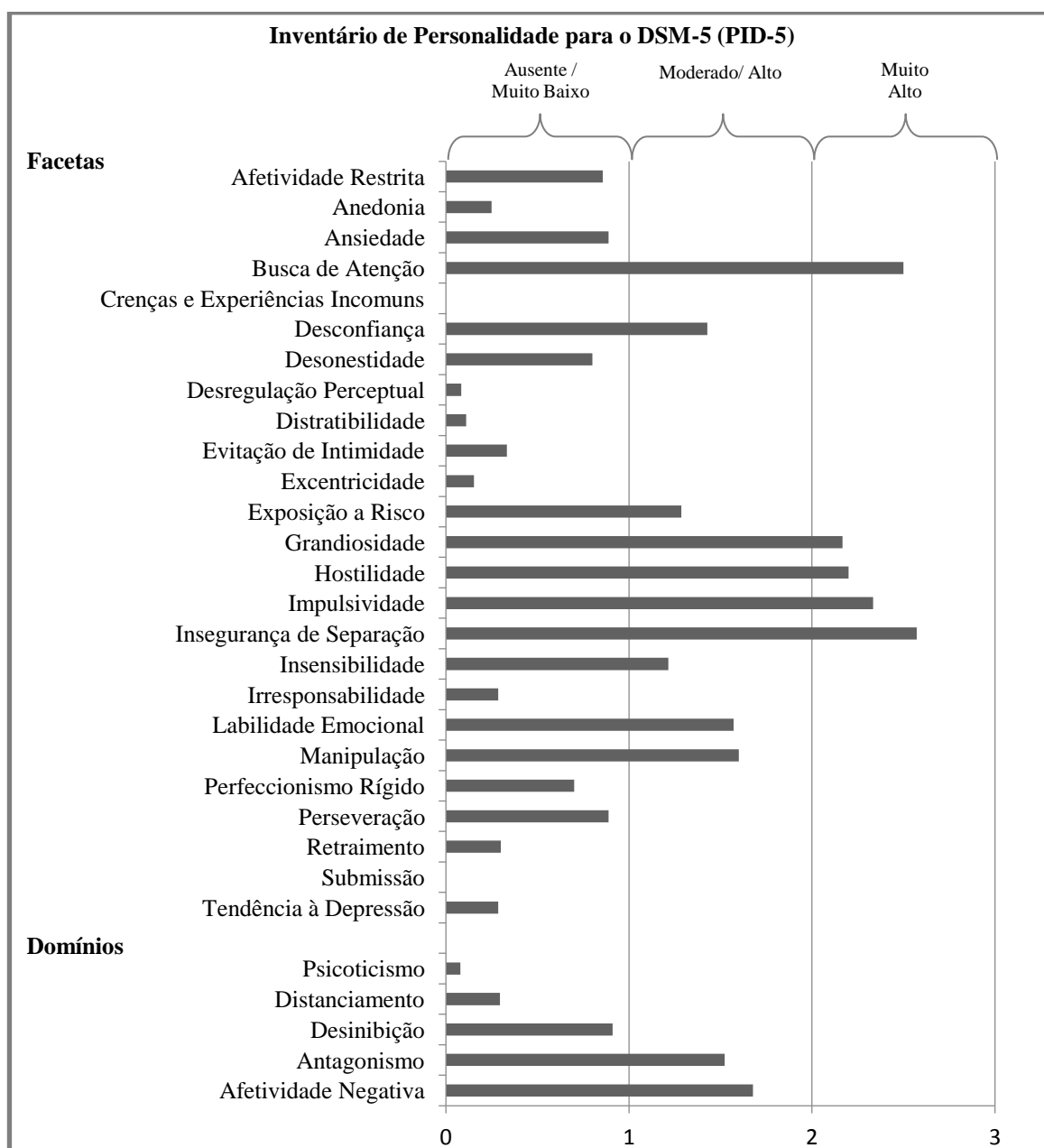


Figura 4. 4: Médias dos escores do caso Alessandra no PID-5

A paciente apresentou os dois traços exigidos para o diagnóstico de transtorno de personalidade narcisista, a saber, os traços Busca de Atenção e Grandiosidade. Os outros três traços elevados que a paciente apresentou são característicos do transtorno de personalidade borderline (Impulsividade, Insegurança de Separação e Hostilidade) e dois desses traços (Impulsividade e Hostilidade) também são característicos do transtorno de personalidade antissocial. Os traços relacionados ao transtorno borderline são Insegurança de Separação, Ansiedade, Labilidade Emocional, Hostilidade, Tendência à Depressão, Impulsividade e Exposição a Riscos (APA, 2014). Para o diagnóstico são requeridos quatro ou mais desses traços patológicos sendo que deve estar presente ou Impulsividade, ou Exposição a Riscos, ou Hostilidade (APA, 2014). Nota-se que a paciente apresentou dois dos traços mais característicos (Impulsividade e Hostilidade), mas apresentou somente

três traços patológicos. Conforme pode ser observado na Figura 4.4, os traços Exposição a Riscos e Labilidade Emocional apresentaram valores médios na faixa de moderado a alto, contudo, não apresentou valores de acordo com o ponto de corte estabelecido qualitativamente pela APA, isto é, “2”, e nem se desviou da média da amostra normativa norte americana a mais de um desvio-padrão (Exposição a Riscos $z = 0,46$; Labilidade Emocional $z = 0,85$; valores extraídos de Krueger et al., 2012 para o cálculo dos escores z).

Os traços relacionados ao transtorno antissocial são Hostilidade, Manipulação, Desonestidade, Insensibilidade, Irresponsabilidade, Impulsividade e Exposição a Riscos. São necessários seis dos sete traços para o diagnóstico (APA, 2014). Alessandra apresentou valores médios elevados nos traços Hostilidade e Impulsividade e valores na faixa de moderado a alto nos traços Exposição a Riscos, Insensibilidade e Manipulação. Considerando a amostra normativa norte americana (Krueger et al., 2012) os traços Manipulação ($z = 1,19$) e Insensibilidade ($z = 1,63$) ficaram mais de um desvio-padrão acima da média norte americana. De qualquer forma, ainda assim não é satisfeito o critério de seis traços patológicos para o diagnóstico.

O diagnóstico da paciente, de acordo com esse modelo, seria de Transtorno de Personalidade Narcisista com Traços de Hostilidade, Impulsividade e Insegurança de Separação. Note que traços borderline estão fortemente presentes e que as características obsessivo-compulsivas anteriormente encontradas não foram reconhecidas por Alessandra nesse instrumento.

Integração dos resultados

O próximo passo do psicodiagnóstico é transformar os dados coletados em informações. Nesse momento, o principal agente é o psicólogo com seus conhecimentos e experiências. É nesta hora que o psicólogo deverá lidar com possíveis resultados contraditórios advindos das diferentes técnicas empregadas, bem como selecionar as informações pertinentes ao caso. O momento de integração dos dados consiste na transformação de todos os resultados individuais advindos das diferentes técnicas empregadas em um conjunto lógico e organizado de informações acerca da pessoa avaliada. A organização das informações pode ser feita de diferentes formas. Quando se faz, por exemplo, uma avaliação com técnicas para estimar habilidades cognitivas e avaliar características afetivas, a organização das informações pode ser feita dentro desses grandes temas: cognição e afeto.

Para fazer a integração dos dados, é importante ler os resultados de todas as técnicas várias vezes, procurando identificar as congruências e incongruências, e os

padrões e repetições. A partir do momento que o psicólogo estiver familiarizado com a história clínica do paciente, com os dados advindos das técnicas empregadas e com os dados das observações e impressões obtidas ao longo do psicodiagnóstico, então, o psicólogo estará hábil para transformar os dados em informações, classificando-os em categorias temáticas. Não existe uma “receita de bolo” para a organização das informações. Ela será feita com base na experiência e abordagem teórica do psicólogo. Contudo, costumo recomendar fortemente a iniciar a análise dos resultados salientando os aspectos positivos encontrados na avaliação.

A Tabela 4.7 apresenta o esquema de organização dos dados. Para fins didáticos, são apresentadas as categorias temáticas que foram extraídas dos dados, as características psicológicas, o instrumento e a respectiva escala de onde foi extraída a informação. Gostaria que o leitor entendesse que as categorias não são fixas ou pré-estabelecidas, elas foram elencadas a partir da leitura dos resultados das técnicas empregadas. Isto é, após a leitura repetitiva dos resultados, foram observadas certas possibilidades de agrupamento dos dados que compartilhavam um mesmo tipo de característica. Esses dados foram então agrupados e posteriormente cada grupo recebeu um nome, por exemplo, as características psicológicas observadas “medo do abandono” e “dificuldade de empatia” são aspectos que dizem respeito à forma como Alessandra interage com as pessoas, dessa forma, elas juntas falam do estilo de relacionamento interpessoal da paciente. Os leitores familiarizados com as técnicas estatísticas de análises fatoriais exploratórias podem entender esse processo de agrupamento dos dados dessa mesma forma, isto é, os agrupamentos são feitos com base no que as variáveis compartilham em comum.

O próximo passo do psicodiagnóstico é reportar essas informações de forma lógica e racional para quem de direito. O leitor pode verificar uma forma (exemplo) de apresentação dessas informações no Apêndice desse capítulo, na parte **Análise**. Note que cada um dos sete parágrafos desse tópico do Laudo corresponde a cada uma das sete categorias da Tabela 4.7. Note ainda que cada parágrafo foi construído seguindo a sequência das características específicas listadas na Tabela 4.7. Recomendo ao leitor fazer a leitura dessa parte do laudo nesse momento e retornar em seguida para o desenvolvimento do raciocínio empregado na conclusão diagnóstica.

Tabela 4. 7: Integração dos resultados do caso Alessandra

Categoria	Características Específicas	Teste	Escala
Posi- tivos	Comprometimento com o próprio desempenho	BFP	Empenho
	Executar tarefas simultaneamente	BFP	Dinamismo
	Facilidade em comunicar-se	BFP	Comunicação
Trabalho	Excessiva dedicação ao trabalho	SCID-II	Obsessivo-Compulsiva
	Dificuldade em delegar tarefas	SCID-II	Obsessivo-Compulsiva
	Elevado senso de autoeficácia	BFP	Competência
	Descrença nas pessoas	BFP	Confiança nas Pessoas
	Críticas e desprezo a autoridades	SCID-II	Passivo-Agressiva
	Resistência passiva a atividades cotidianas	SCID-II	Passivo-Agressiva
Identidade	Percepção grandiosa de si	SWAP	Narcisismo
	Percepção grandiosa de si	PID-5	Grandiosidade
	Percepção grandiosa de si	BFP	Altivez
	Percepção de que é alvo de inveja	SCID-II	Narcisista
	Difusão da identidade	IPO-Br	Difusão da Identidade
	Difusão da identidade	PODF	Integração-Difusão da Id.
	Recursos psicológicos inadequados	PODF	Defesas Primitivas
Afetividade	Instabilidade emocional	SCID-II	Borderline
	Instabilidade emocional	BFP	Instabilidade Emocional
	Teatralidade e exagero emocional	SCID-II	Histriônica
	Estados emocionais de mania	SCID-I	Episódio Maníaco
	Inveja dos mais afortunados	SCID-II	Passivo-Agressiva
	Hostilidade e agressividade	SCID-II	Borderline
	Hostilidade e agressividade	PID-5	Hostilidade
	Hostilidade e agressividade	IPO-Br	Agressividade
	Guarda rancores e é implacável com insultos	SCID-II	Paranóide
	Alterna entre hostilidade e arrependimento	SCID-II	Passivo-Agressiva
Desregulação comporta- mental e perceptual	Impulsividade	SCID-II	Borderline
	Impulsividade	PID-5	Impulsividade
	Falta de ponderação e prudência	BFP	Ponderação / Prudência
	Ameaças de suicídio e automutilação	SCID-II	Borderline
	Leve prejuízo no testar a realidade	PODF	Teste de Realidade
	Dissociação em alta estimulação emocional	SWAP	Dissociação
Relacionamentos	Medo de rejeição social	SCID-II	Evitativa
	Temor do abandono	SCID-II	Dependente
	Temor do abandono	PODF	Relações de Objeto
	Temor do abandono	PID-5	Insegurança de Separação
	Esforços para evitar o abandono	SCID-II	Borderline
	Desamparo em estar só	SCID-II	Dependente
	Busca imediata por novos relacionamentos	SCID-II	Dependente
	Necessidade de ser o centro das atenções	SCID-II	Histriônica
	Necessidade de ser o centro das atenções	PID-5	Busca de Atenção
	Exige a admiração dos outros	SCID-II	Narcisista
	Falha na capacidade de empatia	SCID-II	Narcisista
	Falha na capacidade de empatia	LPFS	Empatia
	Falha na capacidade de empatia	BFP	Amabilidade
	Tira vantagem dos outros	SCID-II	Narcisista
	Instabilidade dos relacionamentos	SCID-II	Borderline
Problemas em estabelecer intimidade	LPFS	Intimidade	
Valores Morais	Escrupulosidade e inflexibilidade moral	SCID-II	Obsessivo-Compulsiva
	Dogmatismo	BFP	Liberalismo
	Rigidez e teimosia	SCID-II	Obsessivo-Compulsiva
	Minimiza o valor da moral quando lhe convém	BFP	Pró-Sociabilidade
	Mente para obter vantagens	SCID-II	Transtorno de Conduta
	Cometeu furtos	SCID-II	Transtorno de Conduta

Conclusões e indicações terapêuticas

Nesse momento do processo de psicodiagnóstico o psicólogo já tem condições de tomar as decisões clínicas, sejam elas o(s) diagnóstico(s) psicológico(s) e a(s) indicação(ões) terapêutica(s). Cabe lembrar que o diagnóstico psicológico, nem sempre se refere a um diagnóstico nosológico, isto é, a um transtorno mental específico. Existem casos em que o diagnóstico psicológico é caracterizado pela descrição das principais conclusões clínicas resultantes do estudo psicológico feito no psicodiagnóstico. De qualquer forma, é nesse momento que as teorias psicológicas e as pesquisas científicas são de especial valia, pois elas ajudam a elucidar o caso e a completar o “quebra-cabeça”. O raciocínio e julgamento clínicos têm um papel especial nesse momento e espera-se que as conclusões alcançadas sejam fidedignas.

No intuito de contextualizar o leitor acerca das questões referentes ao diagnóstico psicológico, acredito ser valioso reproduzir as definições de Kraemer (2014) para os termos “transtorno”, “diagnóstico clínico”, “fidedignidade” e “validade”. Segundo a autora, “um ‘transtorno’ é alguma coisa errada em um paciente, por exemplo, um prejuízo, um mal funcionamento, uma infecção, ou alguma coisa que causa sofrimento e prejuízos à funcionalidade do paciente e que se não reconhecida e tratada pode piorar, tornar-se crônica, e afetar tanto a qualidade quanto a quantidade de vida do paciente” (Kraemer, 2014, p. 112). A autora diferencia os transtornos físicos dos mentais, comentando que os físicos se manifestam em problemas biológicos e/ou orgânicos, enquanto que os mentais se manifestam em problemas comportamentais, emocionais e/ou cognitivos. Lembrando que alguns transtornos são combinados (físico + mental).

Por outro lado, “um ‘diagnóstico clínico’ é uma opinião informada por um clínico de que um certo transtorno existe em um paciente” (Kraemer, 2014, p. 113). Note que, enquanto o transtorno é uma condição clínica que o paciente possui, o diagnóstico é um nome que o clínico dá para a condição clínica do paciente. O diagnóstico tende a ser categórico (isto é, informando se a pessoa tem ou não tem um transtorno específico) ou dimensional (informando um escore em alguma escala). O sistema diagnóstico dos transtornos mentais oficialmente vigente no Brasil é o sistema de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000). Esse sistema é baseado no modelo categórico (isto é, presença ou ausência de um dado transtorno) e está estritamente vinculado ao modelo do DSM-IV-TR (APA, 2002) (isto é, as categorias e critérios são bastante similares).

A qualidade do diagnóstico é definida por dois elementos, a saber, a “fidedignidade” e a “validade”. Note que esses conceitos se referem ao diagnóstico em si

(ou seja, ao sistema de critérios elaborados para a conclusão da nomeação ou “batismo” de um quadro clínico). Em termos de pesquisa científica, isso significa que o diagnóstico (no caso, a categoria, por exemplo, Transtorno de Ansiedade Generalizada – TAG) precisa apresentar⁵:

- Índices de fidedignidade: por exemplo, se diferentes clínicos avaliarem uma mesma pessoa com TAG, todos eles deveriam chegar ao mesmo resultado, se o sistema diagnóstico de TAG é confiável; ou ainda, se uma pessoa com TAG for avaliada duas vezes, num intervalo de um mês sem ter feito qualquer tratamento médico-psicológico, ela deveria receber o mesmo diagnóstico;
- Evidências de validade: isto é, há evidências de que as condições clínicas (sintomas) das pessoas explicam o diagnóstico recebido.

Apesar de, na clínica, o psicólogo não ter como medir a validade e fidedignidade de seu diagnóstico, espera-se que a conclusão de seu trabalho seja válida e fidedigna. Baseado na subjetividade do julgamento clínico, “fidedignidade”, neste contexto, pode significar “Eu confio nisto” e “validade” pode significar “Eu acredito nisto” (Kraemer, 2014). Não existe uma fórmula pré-estabelecida para se garantir a validade e fidedignidade do diagnóstico ao final do psicodiagnóstico. Contudo, quanto maior for o rigor metodológico empregado no processo, maior for o conhecimento e *expertise* do psicólogo avaliador e menor for as fontes de erros (como invalidação de testes, interferências no momento da avaliação, etc), maiores serão as chances de se chegar a conclusões bastante confiáveis. Afinal, como sempre disse a Profa. Dra. Denise Ruschel Bandeira: “Não adianta ter um teste válido, se não se tem um psicólogo válido”.

Em seguida é apresentada a linha de raciocínio empregada para a conclusão diagnóstica da paciente Alessandra. Note que as teorias psicológicas e as pesquisas científicas são de especial importância nesse momento, pois ajudam na elucidação das questões e na tomada das decisões.

1º) Retomando a finalidade do psicodiagnóstico:

⁵ Para os leitores interessados em abordagens científicas de psicopatologia, reproduzo aqui as definições de Kraemer (2014) para os termos validade e fidedignidade. Segundo a autora, “a validade de um diagnóstico para um transtorno é definida como a proporção da variância total do diagnóstico devido ao transtorno. A fidedignidade de um diagnóstico é definida como a proporção da variância total devido ao transtorno mais as contaminações, isto é, devido às características do paciente e não devido ao erro aleatório” (Kraemer, 2014, p. 115). As contaminações são as características dos pacientes que não tem relação com o transtorno, mas que afetam o diagnóstico e os erros aleatórios são erros que podem existir na formulação do diagnóstico. Dessa forma, um diagnóstico fidedigno apresenta pequena variância de erro e um diagnóstico válido apresenta alta variância com o transtorno.

Demanda: Rosângela suspeitava que sua paciente (Alessandra) possuía um transtorno de personalidade, pois estava bastante refratária ao tratamento e apresentava padrões inflexíveis e mal adaptativos de comportamentos.

2º) *Estratégias para responder essa demanda:*

Diagnóstico Categórico (SCID-II): Os resultados indicaram a presença dos transtornos de personalidade Borderline (6 critérios satisfeitos), Narcisista (5 critérios satisfeitos), Obsessivo-Compulsiva (4 satisfeitos) e Passivo-Agressiva (4 satisfeitos). Uma das críticas que a literatura faz ao modelo categórico do DSM-IV-TR é referente à sobreposição de critérios e de múltiplos diagnósticos – comorbidades (Skodol et al., 2011). Note que as duas coisas aconteceram com a nossa paciente:

- Veja na Tabela 4.7, na categoria “Relacionamentos”, como as “Categorias Específicas” Medo do abandono (critério da personalidade Dependente) e Esforços para evitar o abandono (critério da personalidade Borderline) estão presentes. Tratam-se de dois critérios para dois transtornos diferentes, mas que de alguma forma se sobrepõem na experiência subjetiva da paciente. Saliento, aqui, que o manual da SCID-II faz uma diferenciação entre esses dois tipos de critérios, onde o primeiro se refere a um medo que a pessoa tem de ser deixada só para cuidar de si própria, pois ela acredita ser incapaz disso, e o segundo é referente ao medo da pessoa ser abandonada, pois ela precisa do outro para se sentir completa e para ajudá-la a se definir enquanto indivíduo. Contudo, o que aconteceu é que ambos estão presentes (mesmo que diferentes), pois eles, nesse caso, parecem compartilhar a mesma dinâmica psicológica: Alessandra relatou que sua mãe adotiva não falava a respeito de sua adoção, mas que para ela o fato de não ser filha biológica é algo nítido pela diferença de cor de pele (ela é branca e os pais adotivos são negros). Essa história mal contada de suas origens pode ter alimentado um sentimento de insegurança em relação ao outro e uma crença de que ela pode ser novamente abandonada. Dessa forma, ela reproduz em suas relações essas incertezas e teme ser deixada só para cuidar de si própria, pois ela tem consciência de suas fragilidades psicológicas (“*Eu queria ser normal, eu queria mudar tudo*”) e, por isso, sente que não é capaz de gerir a própria vida sozinha. Por isso, quando ela tem alguma ameaça de abandono ou ao menos pensa que vai ser abandonada, ela tende a ter condutas inadequadas, como de humilhação e submissão, e a expressar intensamente suas emoções, na tentativa de evitar esse abandono. Pois, ela precisa do outro para se sentir segura. Se essa hipótese do funcionamento psicológico de Alessandra for

confirmada, observe que ambos os critérios são perfeitamente satisfeitos, pois eles compartilham a mesma motivação psicológica. Assim, a sobreposição de critérios observados empiricamente nas pesquisas é plausivelmente explicada teoricamente.

- Note que Alessandra apresentou a exata quantidade necessária de critérios para os diagnósticos de personalidade narcisista, obsessivo-compulsiva e passivo-agressiva. Contudo, para o transtorno de personalidade borderline ela apresentou um critério a mais além do necessário. Isso sugere que o transtorno de personalidade borderline seria mais proeminente. De qualquer forma, a satisfação dos critérios para os outros transtornos, de acordo com esse sistema categórico, demanda que a paciente seja diagnosticada com todos eles, como apresentando uma condição de comorbidade (quando mais de um transtorno mental está ocorrendo no mesmo tempo). Esse modelo de entendimento do transtorno mental tem sido criticado, pois, na vida real, os pacientes que apresentam maior gravidade no seu funcionamento psicossocial são classificados com diferentes transtornos de personalidade e outros transtornos mentais. Assim, parece ser equivocado o uso do termo comorbidade, quando na verdade o que acontece é uma multimorbidade (Krueger & Piasecki, 2002). As pesquisas têm sugerido que o transtorno mental tende a ser melhor entendido em termos de uma estrutura hierárquica (Harford et al., 2013; Wright et al., 2013) onde as estruturas superiores explicariam essas co-ocorrências sintomatológicas. As principais estruturas superiores são definidas atualmente como Problemas Internalizantes (caracterizados pela vivência de sintomas baseados no sentimento de medo ou de angústia, como, por exemplo, os transtornos de humor, ansiedade e de personalidade evitativa) e Problemas Externalizantes (caracterizados por sintomas comportamentais como, por exemplo, abuso de álcool, drogas, e transtorno de personalidade antissocial) (Harford et al., 2013). Existem evidências de que um terceiro fator, chamado Psicoticismo (Wright et al., 2013), compõe esse modelo, onde entrariam os transtornos psicóticos.

Resumindo, o sistema categorial não parece ser útil empírica e clinicamente, uma vez que a sobreposição de critérios e a co-ocorrência de diagnósticos não esclarece adequadamente o funcionamento da paciente. Considerando a literatura acerca da estrutura hierárquica dos transtornos mentais, a paciente apresentaria problemas internalizantes e externalizantes, uma vez que os transtornos de personalidade borderline e narcisista

compartilham características desses dois tipos de manifestações sintomatológicas (Internalizantes: medo e angústia; Externalizantes: problemas de controle do comportamento) (Harford et al., 2013)⁶. Uma leitura interpretativa do funcionamento psicológico da paciente pode convergir com essa ideia de estrutura hierárquica: Alessandra parece vivenciar estados de angústia e sentimentos negativos advindos da dificuldade em saber quem ela é. Dessa forma, para tentar aliviar esses estados de tensão, ela (inconscientemente) investe de forma demasiada suas energias em sua atividade laboral (que é estruturada), alimenta uma percepção inflada de suas capacidades e deposita nas pessoas a responsabilidade de completá-la como uma tentativa de “driblar” as incertezas e fragilidades pessoais. Como se trata de um funcionamento psicossocial pouco adaptativo e devido aos seus escassos recursos psicológicos, ela acaba apresentando comportamentos inapropriados como impulsividade e agressividade.

Diagnóstico Estrutural (IPO-Br e PODF): Os resultados sugeriram um funcionamento patológico da personalidade, indicando um diagnóstico estrutural de Organização da Personalidade Borderline (OPB). De acordo com o modelo estrutural de Kernberg (1995), esse tipo de organização pode ser subdividida em dois grupos, a saber, Organização Borderline de Nível Superior (OPBS) e Organização Borderline de Nível Inferior (OPBI). A diferença entre os dois consiste no nível de gravidade dos sintomas, sendo o de nível inferior com maior prejuízo no funcionamento da personalidade. Na OPBS estariam os pacientes com transtornos de personalidade Esquiva, Dependente, Histriônica e Narcisista e na OPBI estariam os pacientes com transtorno de personalidade Paranóide, Esquizóide, Esquizotípica, Borderline e Antissocial (Caligor, Kernberg, & Clarkin, 2007). Considerando que Alessandra apresentou características de um transtorno de personalidade (no caso a borderline) que pertence a um nível de funcionamento mais severo, o seu diagnóstico estrutural seria de OPBI. A dimensão Agressão do IPO-Br também se mostrou elevada, corroborando o nível de severidade do funcionamento da personalidade de Alessandra.

Diagnóstico Prototípico (SWAP-200): As características que a psicoterapeuta de Alessandra indicou ser mais salientes na paciente não se assemelharam a nenhum perfil prototípico previamente estabelecido, sugerindo que a paciente não receberia o diagnóstico de um transtorno de personalidade. Esse resultado não está coerente com os demais achados da avaliação. Uma análise qualitativa dos itens que foram classificados nas categorias mais altas (que seriam aquelas que mais descreveriam a paciente de acordo com

⁶ O transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva no estudo de Harford et al. (2013) associou-se ao fator de Problemas Internalizantes.

a percepção da psicóloga) permitem questionar se a psicóloga entendeu corretamente o sistema de pontuação do SWAP-200. Veja que ela deu escores altos para dois itens que tenderiam ser opostos:

- Item 3: Tira vantagens dos outros, preocupa-se somente com suas necessidades e desejos; não tem interesse em valores morais.
- Item 59: É empático(a); é sensível e responsivo(a) aos sentimentos e necessidades dos outros.

Como alguém empático tira vantagens dos outros? Contudo, outras hipóteses podem explicar esse resultado, como: 1) o perfil psicológico da paciente possui uma natureza singular não correspondendo a quaisquer perfis prototípicos; 2) o sistema de computação, baseado nos dados americanos, não se replica adequadamente ao contexto brasileiro; e 3) a miscelânea sintomatológica da paciente foi demasiada, impossibilitando a identificação de similaridades com perfis pré-estabelecidos.

De qualquer forma, a análise qualitativa dos itens que foram classificados nas categorias mais altas mostrou convergência com os resultados obtidos na avaliação. Além disso, foram encontradas elevações nos fatores Narcisismo e Dissociação. Assim, os dados advindos da percepção da psicóloga confirmam os sintomas de grandiosidade encontrados em outras técnicas e a elevação no fator Dissociação converge com a sutil elevação do fator Teste de Realidade indicado no PODF. Esse sintoma dissociativo corresponde ao Critério 9 do transtorno de personalidade borderline, indicando que em situações de estresse emocional a paciente pode apresentar confusões de ideias e problemas no curso do pensamento.

Diagnóstico Dimensional (BFP): Os resultados mais significativos da BFP são aqueles que se apresentaram nas faixas “Muito Baixo” e “Muito Alto” (ver Figura 4.1). Os traços muito elevados foram nas facetas Instabilidade Emocional, Altivez e Competência, e no fator Extroversão. Os traços muito rebaixados foram nas facetas Amabilidade, Pró-Sociabilidade, Ponderação / Prudência e Liberalismo, e no fator Amabilidade. Esses resultados, conforme discutido anteriormente, descrevem um padrão pouco adaptativo e sinalizam aspectos da personalidade que precisam ser gerenciados para se alcançar um adequado funcionamento psicossocial. Embora as facetas Altivez e Competência pareçam ser algo positivo, quando integrados esses resultados à história de vida da paciente e aos demais achados da avaliação, é possível perceber que se tratam de uma expressão inadequada da personalidade, visto que esses traços refletem o componente narcísico da paciente. Além disso, pesquisas têm mostrado que os escores nos polos extremos dos

traços do modelo dos cinco grandes fatores de personalidade são sugestivos de um funcionamento mal adaptativo da personalidade (Widiger & Mullins-Sweatt, 2009).

Diagnóstico Híbrido (LPFS e PID-5): Como apresentado anteriormente, foram satisfeitos os critérios A e B do modelo híbrido proposto no DSM-5 (APA, 2014). De acordo com o perfil dimensional apresentado pela paciente, o diagnóstico de acordo com esse modelo seria de Transtorno de Personalidade Narcisista, com traços de Hostilidade, Impulsividade e Insegurança de Separação. Note que esse modelo demonstra ser mais útil clinicamente do que o modelo categórico do DSM-IV-TR, visto que ao invés de se dar vários diagnósticos simultâneos, ele indica um perfil diagnóstico e especifica outros traços mal adaptativos. Com isso, o clínico possui informações mais precisas sobre onde focar o planejamento terapêutico.

Relembro aqui que os três traços extras especificados no diagnóstico são característicos do transtorno de personalidade borderline. Se levarmos em consideração os números absolutos, a paciente apresentou três traços patológicos característicos do transtorno de personalidade borderline e dois característicos do transtorno de personalidade narcisista. Contudo, 100% do critério para a personalidade narcisista foi alcançado enquanto que foi obtido 75% do critério para a personalidade borderline.

3º) Que decisão tomar?

Primeiramente, devo lembrar o leitor que o sistema oficial de classificação dos transtornos mentais vigente no Brasil até o presente momento é o da CID-10 (OMS, 2000). Dessa forma, se o psicólogo identificou a presença de algum transtorno mental, é recomendado que seja reportada a hipótese desse transtorno apresentando o seu respectivo código (ver exemplo no Apêndice). Lembro ainda que esse sistema é similar ao do DSM-IV-TR (APA, 2002) e que, portanto, pode ser também reportado o código diagnóstico do DSM. Assim, é pertinente que nas conclusões sejam apresentadas as hipóteses formuladas a partir desse modelo categórico de transtornos mentais. Contudo, o psicólogo não precisa (e, na minha opinião, não deve) parar por aí. A conclusão pode (e deve) apresentar o entendimento global do caso, descrevendo brevemente as características mais importantes.

O entendimento que eu fiz desse caso é que, apesar de as características narcisistas terem sido identificadas pela psicoterapeuta (SWAP-200), pela própria paciente (PID-5) e por mim “avaliador” (SCID-II), o funcionamento de Alessandra parece ser mais característico do transtorno de personalidade borderline (veja no Apêndice, no tópico **Conclusão**, que os critérios listados na conclusão do transtorno de personalidade borderline são diferentes dos encontrados na SCID-II – Tabela 4.4, pois eles foram listados com base nos resultados de todo o processo de psicodiagnóstico). As características

narcisistas e obsessivo-compulsivas parecem ser secundárias ou sintomáticas do funcionamento borderline.

4º) O que fazer?

Um dos papéis fundamentais do psicodiagnóstico é “apontar o caminho”, isto é, indicar os serviços ou recursos que o paciente pode recorrer ou utilizar de modo a melhorar sua qualidade de vida e desenvolver suas habilidades. Veja no Apêndice o tópico **Indicações Terapêuticas** as sugestões dadas à paciente.

Devolutiva, os documentos psicológicos e o arquivamento do material psicológico

Agora o psicólogo pode encerrar o caso. Esse é o momento do fechamento do processo. Todos os livros-texto sobre psicodiagnóstico enfatizam esse momento como de extrema relevância tanto para o paciente quanto para o psicólogo (Cunha, 2007; Ocampo & Arzeno, 2009), pois é um momento de encerramento de um trabalho conjunto e o início de uma nova fase. A entrevista devolutiva precisa ser cuidadosamente preparada, assim como a elaboração dos documentos psicológicos.

Apesar de não haver consenso entre profissionais sobre a entrega de material escrito (nem no contrato com o paciente e nem na devolutiva), eu sou, particularmente, a favor. O laudo psicológico, como bem lembrado por Anache e Reppold (2010), é a materialização da competência do profissional. Nele ficam registrados os procedimentos empregados, os resultados encontrados e as conclusões formuladas. O paciente, como consumidor do serviço, tem o direito de ter os resultados à sua disposição para consulta a qualquer momento e não deve depender de sua memória para tentar lembrar os resultados que foram ditos no psicodiagnóstico. Além disso, o laudo psicológico é uma excelente ferramenta de comunicação entre profissionais da saúde que estão atendendo ou possam vir a atender o paciente. Contudo, é óbvio que o psicólogo precisa estar atento às questões éticas referentes à redação do laudo.

Eu convido o leitor a ler no Apêndice desse capítulo o laudo do caso Alessandra. Ele foi elaborado com base nas diretrizes do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2003) e foi pensado para servir como um exemplo de informe psicológico. O leitor pode notar que o laudo apresenta mais itens do que os mínimos exigidos pelo CFP e que a organização do presente capítulo (os subtítulos do capítulo) foi feita na sequência dos tópicos do laudo. Alguns comentários que julgo pertinentes a respeito dos itens que compõem o laudo:

1. **Identificação:** O objetivo desse tópico é deixar claros os envolvidos e o objetivo do processo. O psicólogo deve, portanto, se identificar, identificar a pessoa ou

instituição interessada na avaliação, indicar a finalidade da avaliação e identificar o paciente.

2. **Descrição da Demanda:** O objetivo aqui é contextualizar o motivo da avaliação. Para tanto, o psicólogo deve fazer uma breve descrição de como o caso chegou para a avaliação e quais as principais queixas apresentadas inicialmente.
3. **Procedimentos:** O objetivo é informar a metodologia e técnicas empregadas para a avaliação. Assim, o psicólogo deve informar o período da avaliação, local em que ela foi realizada, número de encontros realizados e duração dos encontros.
 - **Técnicas Utilizadas:** O psicólogo deve listar todas as técnicas empregadas, incluindo contatos telefônicos com outros profissionais, visitas à escola ou outras instituições, entrevistas com terceiros, testes administrados e demais técnicas. Recomendo fortemente citar os manuais dos testes utilizados. (Lembre-se que é somente permitida a utilização de testes psicológicos aprovados pelo SATEPSI).
4. **Descrição do Paciente:** O objetivo é fornecer informações pertinentes ao leitor acerca do paciente, tanto no momento da avaliação quanto de sua história.
 - **Impressão Geral Transmitida e Considerações Frente à Avaliação:** Trata-se de uma descrição do paciente durante a avaliação. A descrição deve ser centrada nos aspectos não verbais e mais globais da avaliação, tais como, sua aparência (se adequadamente vestido, higiene pessoal, estilo de comunicação), sua conduta frente à avaliação (se foi colaborativo, resistente, pontual), sua conduta para com o avaliador (se foi amigável, hostil, passivo, ativo), e sua conduta para com as técnicas avaliativas (se foi ansioso, comprometido, desleixado). Nesse momento devem ser informados quaisquer eventos que possam ter ocorrido e influenciado o processo da avaliação (exemplo, telefone tocar durante um teste de atenção).
 - **História Clínica:** Aqui o psicólogo deve relatar aspectos da história pessoal, clínica, laboral, escolar, familiar, social e romântica do paciente que possam estar relacionados à queixa e à demanda de avaliação. O psicólogo deve selecionar somente as informações pertinentes ao caso e que sirvam de amparo para as interpretações dos resultados e das conclusões encontradas. Recomendo fortemente a redação desse tópico em ordem cronológica.
5. **Análise:** O objetivo desse tópico é apresentar os resultados encontrados na avaliação. Existem várias formas de se fazer isso, contudo, a meu ver, uma

abordagem descritiva das características psicológicas encontradas na avaliação, por meio da integração dos resultados, é a mais rica. O psicólogo não tem que “ensinar” o leitor do laudo a interpretar os testes psicológicos. Já tive contato com vários laudos em que os psicólogos justificam cada interpretação baseada em alguma característica do teste (exemplo usando o relato de HTP: “Foram observados sinais de ansiedade nas técnicas gráficas, manifestados pelas frequentes rasuras”). Qualquer pessoa com um adequado raciocínio dedutivo é capaz de pensar: “Ah! Então apagar o desenho é sinal de ansiedade”. Também já vi laudos em que o psicólogo não se deu o mínimo trabalho de fazer o seu papel de psicólogo (isto é, de fazer as interpretações) e se dignou a copiar os resultados do manual (exemplo usando o relato da BFP: “O paciente obteve um percentil 90 na escala Confiança nas Pessoas. Pessoas com escores muito altos em Confiança podem apresentar uma postura ingênua com os demais, chegando a colocar-se em situações nas quais facilmente podem ser prejudicadas ou enganadas por indivíduos mal intencionados”. A parte sublinhada foi extraída literalmente do manual). Laudos assim são fragmentados e pouco falam da dinâmica, complexidade e funcionamento do sujeito.

6. **Conclusão:** O objetivo aqui é oferecer uma resposta à pergunta inicial e ao objetivo da avaliação. Recomendo fortemente retomar o motivo da avaliação e a embasar as decisões tomadas.
 - **Indicações Terapêuticas:** Aqui o psicólogo deve indicar quais os encaminhamentos e atividades que o paciente pode adotar para que haja uma melhora de sua qualidade de vida, funcionalidade, para desenvolver habilidades etc..
7. **Data, Assinatura, Paginação e Referências:** O psicólogo deve indicar a data e local de entrega do laudo, bem como assinar a última folha e rubricar todas as demais. É importante lembrar de numerar as páginas do documento. Eu prefiro que as páginas contenham o número da página atual seguido pelo número total de páginas do documento (exemplo: 3/7 – significa que o leitor está lendo a terceira página de um documento que tem sete páginas). Dessa forma, evita-se a inclusão ou subtração de páginas ao documento emitido (veja como foi apresentada a paginação no cabeçalho do Apêndice). Por fim, o psicólogo deve disponibilizar as referências dos manuais utilizados e das obras citadas ao longo do laudo.

A escrita do laudo deve ser feita com uma linguagem “clara”, “objetiva” e “específica”. Para que o laudo possa ser um veículo de comunicação com diferentes tipos

de profissionais, a linguagem deve ser “clara”, isto é, livre dos jargões psicológicos. Se por um acaso for necessário usar qualquer termo técnico, ele deve ser seguido de uma explicação. Com isso, evitamos possíveis mal-entendidos ou incompreensões. O psicólogo deve cuidar para que a escrita seja objetiva, sem rodeios ou floreios. As frases devem comunicar diretamente e explicitamente a ideia que está sendo trabalhada. Por fim, é importante que o psicólogo mantenha uma precisão e especificidade em sua escrita. Escrever em um laudo que “o paciente teve uma crise” é uma informação extremamente vaga, pois a palavra crise pode ser usada tanto para se referir a um estado de estupor psicológico (“sair do ar”, mesmo acordado), como para se referir a um comportamento violento de esfaqueamento.

Outra recomendação que costumo fazer é: escreva o laudo no tempo passado ao descrever tudo o que foi dito na valiação e utilize palavras que indicam possibilidade e probabilidade ao descrever os resultados. O laudo é um informe psicológico do que aconteceu na avaliação, isto é, tudo já foi dito ou feito. Dessa forma, evite frases do tipo: “A paciente conta que teve três internações na sua infância”; “A mãe relata histórico de uso de álcool na gestação”; ou “O paciente refere problemas em se relacionar com seu irmão”. Para que o laudo seja circunscrito ao tempo em que ocorreu a avaliação, use os verbos no passado: “A paciente contou...”; “A mãe relatou...”; “O paciente referiu...”. Dessa forma, evita-se que o conteúdo (ou evento) da fala coletada no psicodiagnóstico fique “eternizada” no tempo presente. Assim, um laudo lido um ano após sua conclusão remeterá o leitor a tudo o que aconteceu no período de sua realização.

A recomendação da utilização de palavras de relativização serve aos propósitos de representar a vida real e de considerar que toda medida em psicologia possui seus erros. Evite, por exemplo, os verbos “é” e “tem” e os substitua por “tende a ser”, “parece ter”, “pode apresentar”. Recomendo também a utilização das expressões: “os dados indicaram”, “os resultados sugeriram”, “a avaliação demonstrou”.

Por fim, todos os protocolos, anotações e demais materiais psicológicos que foram produzidos ao longo da avaliação devem ser arquivados em local seguro e chaveado, por um período de pelo menos cinco anos, de acordo com as diretrizes do Conselho Federal de Psicologia. Cabe salientar, referente ao caso Alessandra, que foi feita uma entrevista devolutiva, onde foram apresentados e discutidos os resultados da avaliação. Ela recebeu uma cópia do laudo e uma outra cópia foi encaminhada à psicóloga dela, com a autorização da paciente, e os materiais psicológicos foram devidamente arquivados.

Uma reflexão final

Muitos gostam de pensar o psicodiagnóstico como um quebra-cabeças, onde o psicólogo recebe um monte de peças desorganizadas e seu trabalho é organizá-las para então ver alguma coisa que faça sentido. Eu, particularmente, gosto de pensar o psicodiagnóstico como um tricô, mesmo sem nunca ter feito um na minha vida, mas eu vou explicar o porquê. Quando um paciente nos procura ou nos é encaminhado, nós recebemos dele uma bolinha de lã. Alguns trazem a bolinha bem organizada e é bem fácil trabalhar sobre ela, outros já trazem um emaranhado de lã, com vários nós e é bem difícil de entender onde está o começo e o fim do fio. Quando o paciente nos entrega a lã, ele nos diz o que quer que façamos para ele. Tem uns que pedem um cachecol, que me parece ser relativamente mais fácil de fazer, pois se trata de uma peça única retangular. Outros já pedem para fazer um casaco, que penso ser bem mais complicado, pois tem as mangas, gola, acabamento, formas arredondadas. A questão é que só poderemos fazer qualquer coisa com a bolinha de lã se antes estudamos e treinamos o tricô. Caso contrário, por mais simples que pareça ser fazer o cachecol, só poderemos fazê-lo se ao menos soubermos como se dá o processo da tricotagem. Além disso, só poderemos criar uma peça de tricô se tivermos os instrumentos adequados, como os moldes e as agulhas. Ao final da tricotagem, após transformar a bolinha ou o emaranhado de lã em uma peça, nós entregamos algo útil para o paciente, algo que trará algum benefício à vida dele. Para que seja assim, precisamos cuidar para que a peça sirva adequadamente no paciente, sem ser pequeno ou grande demais.

Agradecimentos

Agradeço às psicólogas Mônia Aparecida da Silva e Joice Cadore Sonego pela leitura atenciosa e suas sugestões e contribuições ao texto. O modelo de laudo apresentado no Apêndice é o utilizado no Centro de Avaliação Psicológica (CAP) e, por isso, agradeço a todas as pessoas que contribuíram na elaboração desse modelo.

Referências

- American Psychiatric Association [APA]. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado: DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Anache, A. A., & Reppold, C. T. (2010). Avaliação psicológica: implicações éticas. In Conselho Federal de Psicologia. *Avaliação Psicológica: Diretrizes na regulamentação da profissão*. (pp. 57-86). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Bach, B., Markon, K., Simonsen, E., & Krueger, R. F. (2015). Clinical utility of the DSM-5 alternative model of personality disorders: six cases from practice. *Journal of Psychiatric Practice*, 21(3), 3-25.
- Borsa, J. C., Oliveira, S. E. S. D., Yates, D. B., & Bandeira, D. R. (2013). Centro de Avaliação Psicológica-CAP: uma clínica-escola especializada em avaliação e diagnóstico psicológico. *Psicologia Clínica*, 25(1), 101-114.
- Bigras, M., & Dessen, M. A. (2002). O Método Q na avaliação psicológica: utilizando a família como ilustração. *Avaliação Psicológica*, 1(2), 119-131.
- Caligor, E., Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., & Kernberg, O. F. (2001). *The Inventory of Personality Organization (IPO)*. White Plains, NY: The New York Hospital-Cornell Medical Center. The Personality Disorders Institute, Department of Psychiatry, Weill College of Medicine of Cornell University.
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2003). Resolução CFP n° 007/2003. *Institui o manual de elaboração de documentos escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica e revoga a Resolução CFP n° 17/2002*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Cunha, J. A. (2007). Passos do processo psicodiagnóstico. In J. A. Cunha (Org.). *Psicodiagnóstico-V*, (pp. 105-138), 5. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Artmed.
- Del-Ben, C. M., Vilela, J. A. A., Crippa, J. A. S., Hallak, J. E. C., Labate, C. M., & Zuardi, A. W. (2001). Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica" traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 156-159.

- Few, L. R., Lynam, D. R., Maples, J. L., McKillop, J., & Miller, J. D. (2015). Comparing the utility of DSM-5 section II and III antisocial personality disorder diagnostic approaches for capturing psychopathic traits. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(1), 64-74.
- Few, L. R., Miller, J. D., Rothbaum, A. O., Meller, S., Maples, J., Terry, D. T., Collins, B., & MacKillop, J. (2013). Examination of the section III DSM-5 diagnostic system for personality disorder in an outpatient clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(4), 1057-1069.
- Gamache, D., Laverdière, O., Diguier, L., Hébert, É., Larochelle, S., & Descôteaux, J. D. (2009). The Personality Organization Diagnostic Form: Development of a Revised Version. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(5), 368-377.
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative "description of personality": the big-five factor structure. *Journal of personality and social psychology*, 59(6), 1216.
- Harford, T. C., Chen, C. M., Saha, T. D., Smith, S. M., Ruan, W. J., & Grant, B. F. (2013). DSM-IV personality disorders and associations with externalizing and internalizing disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of psychiatric research*, 47(11), 1708-1716.
- Hofstee, W. K., De Raad, B., & Goldberg, L. R. (1992). Integration of the big five and circumplex approaches to trait structure. *Journal of personality and social psychology*, 63(1), 146.
- Kernberg, O. F. (1995). *Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kraemer, H. C. (2014). The Reliability of Clinical Diagnoses: State of the Art. *Annual review of clinical psychology*, 10, 111-130.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine*, 42(9), 1879-1890.
- Krueger, R. F., & Piasecki, T. M. (2002). Toward a dimensional and psychometrically informed approach to conceptualizing psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 485-499.
- Melo, N. M. M., & Rangé, B. P. (2010). SCID-II-DSM-IV – Entrevista clínica estruturada para transtornos de personalidade: tradução e utilização na DPA/IP/UFRJ. *Anais da 8ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental*, 67. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

- Morey, L. C., Bender, D. S., & Skodol, A. E. (2013). Validating the proposed Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, severity indicator for personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(9), 729-735.
- Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2013). Convergence between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnostic models for personality disorder: evaluation of strategies for establishing diagnostic thresholds. *Journal of Psychiatric Practice*, 19(3), 179-193.
- Nunes, C. H. S. S., Hutz, C. S., & Nunes, M. F. O. (2010). *Bateria Fatorial de Personalidade (BFP): manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ocampo, M. L. S., & Arzeno, M. E. G. (2009). Devolução de informação no processo psicodiagnóstico. In M. L. S. Ocampo, M. E. G. Arzeno, E. G. Piccolo (Orgs). *O Processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas* (pp. 383-406), 11 ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Oliveira, S. E. S. & Bandeira, D. R. (2011). Linguistic and cultural adaptation of the Inventory of Personality Organization (IPO) for the Brazilian culture. *Journal of Depression & Anxiety*, 1, doi:10.4172/jda.1000105.
- Oliveira, S. E. S., & Bandeira, D. R. (2013). *Formulário Diagnóstico da Organização da Personalidade (PODF): Manual*. Manuscrito não publicado. Porto Alegre: Grupo de Estudos, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica.
- Oliveira, S. E. S., & Bandeira, D. R. (2013). O diagnóstico estrutural da personalidade segundo o modelo de Otto F. Kernberg. In L. F. Carvalho & R. Primi. (Orgs.). *Perspectivas em psicologia dos transtornos da personalidade: implicações teóricas e práticas*. (pp. 239-263). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, S. E. S., & Bandeira, D. R. (2012). Evidências de validade e fidedignidade do Inventário de Organização da Personalidade - Brasil (IPO-Br). In X Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica & III Congresso Latino Americano de Avaliação Psicológica, *Anais...* Belo Horizonte: PUC Minas, 2012. v. 1. p. 47-48.
- Oliveira, S. E. S., Machado, W. L., & Bandeira, D. R. (2012). Inventory of Personality Organization: Investigação da estrutura fatorial e análise multigrupo por sexo e região geográfica. In X Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica & III Congresso Latino Americano de Avaliação Psicológica, *Anais...* Belo Horizonte: PUC Minas, 46-47.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2000). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a revisão*. São Paulo, EDUSP.
- Raymundo, M. G. B. (2007). O contato com o paciente. In J. A. Cunha (Org.). *Psicodiagnóstico-V*, (pp. 38-44), 5. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Artmed.

- Shedler, J., & Westen, D. (1998) Refining the measurement of axis II: a Qsort procedure for assessing personality pathology. *Assessment, 5*, 333-353.
- Shedler, J., & Westen, D. (2004). Dimensions of personality pathology: An alternative to the five factor model. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1743 -1754.
- Skodol, A. E., Bender, D. S., Morey, L. C., Clark, L. A., Oldham, J. M., Alarcon, R. D., ... & Siever, L. J. (2011). Personality disorder types proposed for DSM-5. *Journal of Personality Disorders, 25*(2), 136-169.
- Wellausen, R. S. (2014). *Adaptação e validação do Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200) para o Brasil: Avaliação dos transtornos de personalidade*. Tese de Doutorado não publicada. Unversidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Westen, D., & Chang, C. (2000) Personality pathology in adolescence: a review. *Adolescent Psychiatry, 25*, 61-100.
- Westen, D., & Muderrisoglu, S. (2003). Reliability and validity of personality disorder assessment using a systematic clinical interview: evaluating an alternative to structured interviews. *Journal of Personality Disorders, 17*, 350 -368.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999). Revising and assessing Axis II: PartI. Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry, 156*, 258-272.
- Widiger, T. A., & Mullins-Sweatt, S. N. (2009). Five-Factor Model of Personality Disorder: A Proposal for DSM-V. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 197-220.
- Zimmermann, J., Benecke, C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Schauenburg, H., Cierpka, M., & Leising, D. (2014). Assessing DSM–5 level of personality functioning from videotaped clinical interviews: a pilot study with untrained and clinically inexperienced students. *Journal of Personality Assessment, 96*(4), 397-409.

Apêndice

A seguir é apresentado um modelo de laudo psicológico, conforme discutido no capítulo. A paginação a seguir é específica do documento para fins didáticos.

LAUDO PSICOLÓGICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Autor: *Sérgio Eduardo Silva de Oliveira*, Psicólogo (CRP 07/21.482)

Interessado: Psicóloga Rosângela Assunção

Finalidade: Avaliação da personalidade

Dados da Paciente:

Nome: Alessandra da Silva

Idade: 33 anos

Escolaridade: Ensino Superior Completo

Profissão: Advogada

2. DESCRIÇÃO DA DEMANDA

Alessandra da Silva foi encaminhada para avaliação da personalidade por sua psicóloga Rosângela Assunção. Segundo Rosângela, Alessandra estava se mostrando refratária às atividades psicoterapêuticas e apresentava padrões inflexíveis e mal adaptativos de comportamentos sugerindo a presença de um possível transtorno de personalidade.

3. PROCEDIMENTOS

A avaliação foi realizada entre os dias 04 e 18 de maio de 2015, no Centro de Avaliação Psicológica, localizado no Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Atenção à Saúde – Rua Ramiro Barcelos, 2.777, sala 314.

A avaliação foi realizada em três encontros, sendo o primeiro com duração de 2 horas e 15 minutos e os outros dois com duração de 1 hora cada.

Técnicas Utilizadas:

- Questionário de Dados Sociodemográficos e de Condição de Saúde (QDSCS; Oliveira, 2014)
- Entrevista Clínica Estruturada do DSM-IV-TR do Eixo I (SCID-I; Del-Ben et al., 2001)
- Entrevista Clínica Estruturada do DSM-IV-TR do Eixo II (SCID-II; Melo & Rangé, 2010)
- Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br; Oliveira & Bandeira, 2011)
- Bateria Fatorial da Personalidade (BFP; Nunes, Hutz, & Nunes, 2010)
- Inventário de Personalidade para o DSM-5 (PID-5; Primi et al., 2014)
- Formulário Diagnóstico da Organização da Personalidade (PODF; Oliveira & Bandeira, 2013)
- Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade (LPFS; APA, 2014)
- Procedimento de Avaliação de Shedler e Westn respondido pela psicoterapeuta da paciente (SWAP-200; Wellausen, 2014)

4. DESCRIÇÃO DO PACIENTE

Impressão Geral Transmitida e Considerações Frente à Avaliação:

Alessandra mostrou-se colaborativa durante o processo da avaliação, apresentando-se pontualmente para as sessões, sempre adequadamente vestida e demonstrando interesse nos procedimentos avaliativos. Não houve a ocorrência de quaisquer eventos que pudessem interferir de forma significativa no desempenho da paciente nas técnicas empregadas. Alessandra apresentou um adequado vocabulário, assim como organização e expressão de suas ideias. Contudo, quando alguma temática eliciava nela a vivência de alguma emoção mais intensa, sua produção narrativa diminuía em quantidade e qualidade.



História Clínica:

Alessandra é filha adotiva e tem cinco irmãos. Sua mãe adotiva teve três filhos biológicos no primeiro casamento e adotou três filhos com o segundo marido e ela foi a primeira filha adotada pelo casal. Ela relatou ter sempre tido bastante dificuldades em se relacionar com sua mãe, considerando-a pouco afetiva e autoritária. Em contrapartida, ela disse se relacionar de forma bastante satisfatória com seu pai adotivo, descrevendo-o como afetivo, compreensivo, um “*herói*”. A paciente relatou que sua mãe nunca falou e não gosta de falar sobre sua adoção. Alessandra percebeu ser filha adotada pela diferença da cor de pele e por buscar informações, inicialmente, com pessoas amigas e conhecidas da família.

Por volta dos 22 anos de idade, a paciente foi internada durante uma “crise” de mania, quando recebeu o diagnóstico de Transtorno de Humor Bipolar Tipo I. Nesse episódio tentou suicídio e ameaçou o pai com uma faca. Desde então passou a fazer tratamento psicofarmacológico e atualmente faz uso de Lamitor (Lamotrigina). Ela atualmente apresenta quadros médico-clínicos de hipotireoidismo, endometriose e pré-diabetes.

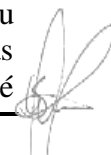
Alessandra reportou ter tido três relacionamentos amorosos significativos, sendo que o término do primeiro relacionamento resultou em ameaças e tentativa de suicídio. Ela se casou com o segundo relacionamento, quando teve seu filho. Ao término desse relacionamento ela se envolveu rapidamente com o terceiro companheiro com quem estava casada no momento da avaliação. Segundo ela, “*Ele tem idade para ser meu pai*”. Ela contou que sempre percebeu em seu marido características de seu pai (que no momento estava hospitalizado e respirava com a ajuda de aparelhos). Ela disse que seu esposo é bom pai, carinhoso com os filhos (ele possui outros filhos de relacionamentos passados). Contudo, a paciente focou seu relato nos conflitos e insatisfações com o atual relacionamento. O principal conflito do casal é referente ao desejo de Alessandra em ter um outro filho, o que não é desejado pelo esposo. Referente a relação da paciente com seu filho, que no momento estava com seis anos de idade, ela disse que ele é “um menino bom” e depois focou nas dificuldades que tem no seu relacionamento com ele, dizendo que ele é teimoso, muito ativo e que demanda muito da atenção dela.

Alessandra relatou ter poucos amigos e que geralmente só faz alguma coisa pelo outro se ela tiver algo em troca. Ela disse que trabalha como advogada em um escritório de advocacia, onde passa a maior parte do seu tempo, muitas vezes sacrificando lazer e família pelo trabalho. Ela reportou ter bastante dificuldade de se relacionar com as pessoas e que tende a experimentar estados de raiva com bastante facilidade. Disse ser bastante impulsiva e inquieta.

5. ANÁLISE

Os resultados da avaliação sugeriram que Alessandra é uma mulher dedicada ao trabalho, comprometida com os resultados de seu desempenho e capaz de desempenhar diferentes tarefas ao mesmo tempo, demonstrando ser uma pessoa dinâmica e ativa. Ela parece ter facilidade em se comunicar com as pessoas, sendo hábil para falar de si própria, de suas emoções, ideias e perspectivas. Apesar de não ter sido feita uma estimativa padronizada da capacidade intelectual da paciente, pôde-se observar que ela apresenta um adequado funcionamento intelectual, com elaborado vocabulário e capacidade de organização e expressão de suas ideias.

A devoção de Alessandra ao trabalho parece ser um tanto excessiva, ficando muitas vezes a família e o lazer em segundo plano. Ela parece ter bastante dificuldade em dividir ou delegar tarefas a colegas, pois precisa ter o controle das coisas para que tudo saia do seu jeito e da forma mais perfeita possível. Ela demonstrou ter uma forte crença nas próprias capacidades para a execução de tarefas complexas e desafiantes, o que até certo ponto é



uma característica bastante positiva. Contudo, esse senso de autoeficácia parece estar associado a uma crença de que os outros não são bons o suficiente, retroalimentando a necessidade de

controle para que tudo fique perfeito e limitando, assim, as possibilidades de trabalhos conjuntos. Os dados sugeriram ainda que ela não gosta de receber ordens de superiores, pois muitas vezes acredita que eles não sabem o que estão fazendo, e algumas vezes pode apresentar certa resistência em realizar tarefas, principalmente, aquelas cotidianas.

Os resultados indicaram que Alessandra tende a ter uma percepção grandiosa de si mesma, muitas vezes vendo-se como alguém merecedora de tratamento especial ou de obediência por ser quem é. Ela acredita que as pessoas a invejam por seus feitos e conquistas profissionais. Contudo, essa percepção parece atuar como uma possível resposta a conflitos de identidade. Isto é, embora Alessandra apresente expressivamente essa percepção de grandiosidade, os dados mostraram que ela vivencia importantes fragilidades na autoestima e no autoconceito, com significativas flutuações na autoavaliação, variando de uma extrema autovalorização a uma completa autodesvalorização. Com isso, é possível pensar que a devoção de Alessandra ao trabalho e o seu senso de grandiosidade parecem ser um reflexo dessa busca pessoal de identidade e autodefinição. Nota-se que se trata de uma estratégia psicológica de enfrentamento mal adaptativa, uma vez que a fonte do conflito não é diretamente encarada. Além disso, Alessandra tende a classificar em extremos opostos as pessoas, as coisas e a si mesma, tendo dificuldade em integrar as características positivas e negativas que as pessoas e coisas possuem em uma unidade dinâmica e complexa.

Referente à dinâmica e funcionamento emocional de Alessandra, os resultados indicaram que ela tende a ter oscilação do humor e dificuldades em controlar sentimentos negativos, com baixa tolerância à frustração. Ela tende a vivenciar estados emocionais de forma bastante intensa e a expressão das emoções costuma ser feita de forma teatral e exagerada. Pelo menos uma vez ao ano ela experimenta uma elevação significativa do humor, configurando-se um quadro de mania. Os dados sugeriram ainda que Alessandra tende a nutrir sentimentos de inveja para com pessoas mais afortunadas que ela, pois ela não acha justo que os outros tenham mais que ela ou sejam melhores do que ela. Ela parece frequentemente experimentar sentimentos de raiva e de hostilidade, podendo apresentar comportamentos violentos como atirar objetos contra os outros ou machucar a si própria. Ela tende a guardar rancores e ruminar insultos e ofensas por longo tempo, sendo incapaz de reconciliação, mas, pelo contrário, rompendo imediatamente qualquer vínculo com a pessoa que supostamente foi a autora do insulto ou ofensa. No dia a dia, quando a paciente apresenta algum comportamento agressivo e opositor, ela tende a se engajar rapidamente em comportamentos de arrependimento, implorando o perdão do outro.

Alessandra tende a agir impulsivamente, sem considerar as consequências de seus comportamentos, principalmente em situações de elevada estimulação emocional. Ela parece ter dificuldade em ponderar e analisar as situações racionalmente antes de tomar suas decisões. Quando uma situação apresenta uma carga emocional elevada, ela pode chegar a fazer ameaças de se machucar ou se suicidar. Em situações assim, ela parece ter uma diminuição de sua capacidade de pensar e agir de acordo com os critérios de realidade, apresentando certa desconexão dos pensamentos, sentimentos e memórias. Podem ocorrer estranhas incongruências entre a forma como ela se comporta e seus sentimentos, assim como distorções das realidades dos fatos.

Referente aos relacionamentos interpessoais, Alessandra relatou não ter muitos amigos próximos, restringindo suas interações interpessoais aos ambientes familiar e laboral. Os dados sugeriram que ela tem receio de receber críticas ou de ser rejeitada socialmente e que ela experimenta com certa frequência o medo de que as pessoas de quem ela gosta a abandonem. Para evitar um possível abandono, seja ele real ou por ela fantasiado, ela pode adotar comportamentos pouco adaptativos, como, por exemplo, fazer chantagens emocionais. Ela tende a acreditar que não consegue ficar só, pois se percebe inábil para cuidar de si própria, resultando em sentimentos de desamparo. Parece que quando está em contato com as pessoas, gosta de ser o centro das atenções e sente-se

desconfortável quando os outros não estão ao seu redor ou não está sob o foco das
pessoas. Os dados

sugeriram que ela demanda ser admirada e invejada pelos outros e muitas vezes acredita que os outros existem para serem espectadores de seus grandes feitos. Ela tende a ser centrada na satisfação das próprias necessidades, se colocando pouco disponível para as pessoas. Pode chegar a ser insensível e hostil no trato com o outro, e parece sentir prazer em exercer poder e influência sobre os outros, tentando ter o controle das pessoas sem considerar os sentimentos delas. Ela pode ainda usar das pessoas para alcançar objetivos. Nota-se que enquanto, por um lado, a paciente experimenta um medo de abandono e de críticas sociais, por outro lado, ela possui padrões de interação abusivos, que tendem a levar os outros a se afastarem dela. Isso gera um padrão instável de relacionamentos interpessoais, que parecem ser reflexos de sua dificuldade em estabelecer vínculos afetivos profundos, estáveis e duradouros com as pessoas.

Os resultados da avaliação indicaram, ainda, que Alessandra possui um padrão rígido de crenças acerca de valores morais e éticos. Ela tende a ser dogmática, se apegando a conceitos pré-estabelecidos sem possibilidades de relativização aos contextos e circunstâncias da vida. Ela parece ser intransigente e rígida quanto às suas crenças e valores, contudo, quando se trata de ela ter que se submeter às regras ou valores que a descontentam, ela tende a desqualificá-los ou minimizá-los de modo a justificar o motivo de não os cumprir. Nota-se que enquanto por um lado ela é a defensora da moral e dos bons costumes, por outro ela apresenta comportamentos manipuladores, de desrespeito e opostos às pessoas. Ela relatou mentir para obter vantagens ou se esquivar de punições, bem como ter cometido furtos na adolescência.

6. CONCLUSÃO

Alessandra foi encaminhada para avaliação psicológica por suspeita de possuir um transtorno de personalidade. Os resultados dos procedimentos empregados na avaliação sugeriram que a paciente possui características de funcionamento da personalidade que são indicativas de um transtorno de personalidade. Ela apresentou prejuízos no funcionamento intrapessoal, principalmente no que se refere à função da identidade, assim como déficits no funcionamento interpessoal, com problemas no estabelecimento de vínculos de intimidade de forma estável, profunda e duradoura. Pesquisas têm apontado que o prejuízo no funcionamento da personalidade é um importante preditor de transtornos de personalidade (Bender, Morey, & Skodol, 2011; Hopwood et al., 2011; Parker et al., 2002, 2004; Tyrer, 2005). A verificação dos traços patológicos da personalidade observados na paciente possibilitou a formulação da hipótese diagnóstica de Transtorno de Personalidade com Instabilidade Emocional do Tipo Borderline (CID-10: F60.3).

Considerando os critérios diagnósticos apresentados pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5; APA, 2014) para o transtorno de personalidade borderline, observou-se que a paciente demonstrou importantes problemas referentes ao medo do abandono (Critério 1), um padrão de relacionamentos instáveis (Critério 2), problemas na identidade (Critério 3), impulsividade (Critério 4), gestos e ameaças suicidas (Critério 5), instabilidade emocional (Critério 6), agressividade (Critério 8) e sintomas dissociativos em situações de estresse (Critério 9). A paciente também preencheu os critérios para o Transtorno de Personalidade Narcisista (CID-10: F60.8 Outros Transtornos Específicos da Personalidade – Personalidade Narcísica) e para o Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva (CID-10: F60.5 Personalidade Anancástica do Tipo Obsessiva). Contudo, de acordo com os dados levantados e com base na impressão clínica do quadro, os sintomas da personalidade borderline parecem ser primários e mais importantes, e as características narcisistas e obsessivo-compulsivas da paciente parecem ser efeitos do funcionamento borderline (sintomas secundários ou de compensação). As fragilidades intrapessoais, tais como, falha na função da identidade (problemas de autoconceito, autoestima e de regulação emocional) e problemas no controle

do comportamento (agressividade e impulsividade) e as fragilidades interpessoais, como,

problemas de empatia e de formação de vínculos de intimidade, geram estados emocionais negativos na paciente. Assim, ela parece usar de sua profissão e suas condutas rígidas e dogmáticas, assim como de uma percepção grandiosa de si, como estratégias de compensação dessas fragilidades.

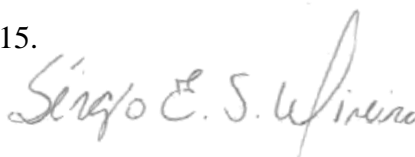
Salienta-se, ainda, que a paciente já havia sido diagnosticada, aos 22 anos de idade, com o Transtorno Afetivo Bipolar Tipo I (CID-10: F31.1) e que no momento da avaliação ela estava em remissão dos sintomas devido ao tratamento profilático (CID-10: F31.7 Transtorno Afetivo Bipolar, atualmente em remissão). A paciente também informou a presença dos quadros clínicos de Hipotireoidismo não Especificado (CID-10: E03.9), Endometriose (CID-10: N80) e Pré-Diabetes.

Indicações Terapêuticas:

Com vias de promover a qualidade de vida e o bem estar psicológico, emocional e social da paciente, são sugeridas as seguintes terapêuticas:

- 1) Manutenção da psicoterapia: recomenda-se que a paciente continue com as atividades psicoterapêuticas, com o objetivo de reconstruir seus estilos de interpretar e se relacionar com os outros, com as coisas e consigo mesma. Sugere-se focar na organização da identidade (estabelecimento do autoconceito e autoestima), na capacidade de regulação emocional e comportamental (controle de impulsos e expressão e controle da agressividade), na forma como a paciente interpreta e se relaciona com os outros (desenvolvimento da empatia e da intimidade) e no manejo do estresse e tolerância à frustração.
- 2) Manutenção do acompanhamento psiquiátrico: a medicação para episódios de mania parece se mostrar efetiva, uma vez que esses episódios têm se mostrado mais brandos com o passar dos anos de tratamento. Recomenda-se uma avaliação psiquiátrica para a exploração das hipóteses diagnósticas aqui reportadas e para a verificação da necessidade (ou não) de uma nova terapêutica farmacológica.
- 3) Aconselhamento de casal: sugere-se um aconselhamento de casal para que os conflitos da vida conjugal possam ser manejados pelo intermédio de um profissional qualificado. Dessa forma, espera-se o desenvolvimento tanto pessoal quanto familiar, no que tange aos aspectos conjugais e parentais.
- 4) Investimento em lazer: recomenda-se que a paciente envolva-se em atividades de lazer pessoal e com a família, de modo a possibilitar o equilíbrio entre vida pessoal e profissional.

Porto Alegre, 03 de Junho de 2015.



Sérgio Eduardo Silva de Oliveira
CRP 07/21.482

OBS.: “Em virtude dos prejuízos que podem advir para o paciente, assinala-se o caráter confidencial desse documento e a responsabilidade de quem o receber de preservar sigilo, conforme o artigo 06/2005 do Código de Ética Profissional do Psicólogo”.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 332-346.
- Del-Ben, C. M., Vilela, J. A. A., Crippa, J. A. S., Hallak, J. E. C., Labate, C. M., & Zuardi, A. W. (2001). Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica" traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 156-159.
- Hopwood, C. J., Malone, J. C., Ansell, E. B., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Pinto, A., Markowitz, J. C., Shea, T., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., Morey, L. C. (2011). Personality assessment in DSM-5: empirical support for rating severity, style, and traits. *Journal of Personality Disorders*, 25(3), 305-320.
- Melo, N. M. M., & Rangé, B. P. (2010). SCID-II-DSM-IV – Entrevista clínica estruturada para transtornos de personalidade: tradução e utilização na DPA/IP/UFRJ. *Anais da 8ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental*, 67. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Nunes, C. H. S. S., Hutz, C. S., & Nunes, M. F. O. (2010). *Bateria Fatorial de Personalidade (BFP): manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, S. E. S. (2014). *Diagnóstico Estrutural e Dimensional da Personalidade: Estudos Psicométricos e de Aplicação Clínica*. Projeto de Tese de Doutorado não-publicado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Oliveira, S. E. S. & Bandeira, D. R. (2011). Linguistic and cultural adaptation of the Inventory of Personality Organization (IPO) for the Brazilian culture. *Journal of Depression & Anxiety*, 1, doi:10.4172/jda.1000105.
- Oliveira, S. E. S., & Bandeira, D. R. (2013). *Formulário Diagnóstico da Organização da Personalidade (PODF): Manual*. Manuscrito não publicado. Porto Alegre: Grupo de Estudos, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2000). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª revisão*. São Paulo, EDUSP.
- Parker, G., Both, L., Olley, A., Hadzi-Pavlovic, D., Irvine, P., & Jacobs, G. (2002). Defining disordered personality functioning. *Journal of Personality Disorders*, 16(6), 503-522.
- Parker, G., Hadzi-Pavlovic, Both, L., Kumar, S. Wilhelm, K., & Olley, A. (2004). Measuring disordered personality functioning: to love and to work revisited. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 230-239.
- Primi, R., Carvalho, L. F., Bandeira, D. R., Yazigi, L., Oliveira, S. E. S., Rossi, A. A. (2014). *Inventário de Personalidade para o DSM-5, versão brasileira*. Instrumento não-publicado. Laboratório de Avaliação Psicológica e Educacional, Itatiba.
- Tyrer, P. (2005). The problem of severity in the classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19(3), 309-314.
- Wellausen, R. S. (2014). *Adaptação e validação do Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200) para o Brasil: Avaliação dos transtornos de personalidade*. Tese de Doutorado não publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.



CAPÍTULO VI: CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese de doutorado teve por objetivo principal investigar as propriedades psicométricas e a aplicação clínica dos modelos estrutural e dimensional do diagnóstico da personalidade. Os resultados dos estudos psicométricos apoiaram, de modo geral, a validade e confiabilidade dos instrumentos analisados, quais sejam, as versões brasileiras do Inventory of Personality Organization (IPO) e do Personality Inventory for DSM-5 (PID-5). Os estudos de aplicabilidade clínica tiveram como objetivo investigar as semelhanças e diferenças entre os modelos categórico, híbrido e estrutural de diagnóstico dos transtornos de personalidade. Os achados desses estudos mostraram que, apesar de haver certa relação entre os diferentes modelos, os resultados diagnósticos obtidos pelo sistema categórico do DSM-IV-TR e pelo sistema dimensional do DSM-5 são diferentes. Além disso, questiona-se a necessidade da manutenção das seis categorias diagnósticas no modelo do DSM-5, uma vez que a taxa de comorbidade foi alta, assim como a prevalência do diagnóstico de Transtorno de Personalidade – Traço Especificado. O modelo estrutural se mostrou como um sistema parcimonioso de avaliação da personalidade, visto que ele entende a patologia da personalidade em um contínuo de severidade no funcionamento psicossocial.

Espera-se que os produtos (estudos psicométricos) e conhecimentos (estudos de aplicação clínica) produzidos pela presente tese possam colaborar com o desenvolvimento científico no Brasil sobre a psicopatologia da personalidade. É também almejado que os resultados da presente tese sirvam de base para o aprimoramento da prática profissional no entendimento, diagnóstico e tratamento de pessoas com transtornos de personalidade.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. 4th. Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th. Ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ashton, M. C., Lee, K., Vries, R. E., Hendrickse, J., & Born, M. P. (2012). The maladaptive personality traits of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in relation to the HEXACO personality factors and schizotypy/dissociation. *Journal of Personality Disorders, 26*(5), 641-659.
- Bach, B., Markon, K., Simonsen, E., & Krueger, R. F. (2015). Clinical utility of the DSM-5 alternative model of personality disorders: six cases from practice. *Journal of Psychiatric Practice, 21*(3), 3-25.
- Bastiaens, T., Claes, L., Smits, D., De Clercq, B., De Fruyt, F., Rossi, G., ... & De Hert, M. (2015). The Construct Validity of the Dutch Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders (PID-5) in a Clinical Sample. *Assessment, 1073191115575069*.
- Bergeret, J. (1998). *A personalidade normal e patológica*. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed.
- Bernstein, D. P., Iscan, C., & Maser, J. (2007). Opinions of Personality Disorder Experts Regarding The DSM-IV Personality Disorders Classification System. *Journal of Personality Disorders, 21*(5), 536-551.
- Berrios, G. E. (2008). Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 35*(3), 113-127.
- Bo, S., Bach, B., Mortensen, E. L., & Simonsen, E. (2015). Reliability and Hierarchical Structure of DSM-5 Pathological Traits in a Danish Mixed Sample. *Journal of personality disorders, 1-18*.
- Caligor, E., Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. Washington: American Psychiatric Publishing.

- Caprara, G. V., & Cervone, D. (2000). *Personality: Determinants, dynamics, and potentials*. Cambridge University Press.
- Clark, L. A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 505-521.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology, 58*, 227-257.
- Corning, W. C., & Steffy, R. A. (1979). Taximetric strategies applied to psychiatric classification. *Schizophrenic Bulletin, 5*, 294-305.
- Eysenck, H. J. (1994). Normality-abnormality and the three-factor model of personality. In: Strack, S.; Lorr, M., editors. *Differentiating normal and abnormal personality*. (pp. 3-25). New York: Springer.
- Few, L. R., Lynam, D. R., Maples, J. L., McKillop, J., & Miller, J. D. (2015). Comparing the utility of DSM-5 section II and III antisocial personality disorder diagnostic approaches for capturing psychopathic traits. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 6*(1), 64-74.
- Few, L. R., Miller, J. D., Rothbaum, A. O., Meller, S., Maples, J., Terry, D. T., Collins, B., & MacKillop, J. (2013). Examination of the section III DSM-5 diagnostic system for personality disorder in an outpatient clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(4), 1057-1069.
- First, M. B., Bell, C. C., Cuthbert, B., Krystal, J. H., Malison, R., Offord, D. R., et al. (2002). Personality Disorders and Relational Disorders: A Research Agenda for Addressing Crucial Gaps in DSM. In D. J. Kupfer, M. B. First, D. A. Regier (Eds). *A research agenda for DSM-V*. (pp. 123-200). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Fossati, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., & Maffei, C. (2013). Reliability and validity of the personality inventory for DSM-5 (PID-5) predicting DSM-IV

personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults.

Assessment, 20(6), 689-708.

Frances, A. (1980). The DSM-III personality disorders section: a commentary. *The American journal of psychiatry*, 137(9), 1050-1054.

Gomes de Matos, E., Gomes de Matos, T. M., & Gomes de Matos, G. M. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27, 312-318.

Gunderson, J. G. (2010). Comentary on “Personality traits and the classification of mental disorders: toward a more complete integration in DSM-5 and an empirical model of psychopathology”. *Personality Disorders*, 1(2), 119-122.

Gutiérrez, F., Aluja, A., Peri, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E., ... & Krueger, R. F. (2015). Psychometric Properties of the Spanish PID-5 in a Clinical and a Community Sample. *Assessment*, 1073191115606518.

Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da personalidade*. Artmed Editora.

Helzer, J. E., Kramer, H. C., & Krueger, R. F. (2006). The feasibility and need for dimensional psychiatric diagnoses. *Psychological Medicine*, 36, 1671-1680.

Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Markon, K. E., Wright, A. G. C., & Krueger, R. F. (2012). DSM-5 Personality Traits and DSM-IV Personality Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(2), 424-432.

Kernberg, O. F. (1979). Two reviews of the literature on borderlines: An assessment. *Schizophrenia Bulletin*, 5, 53-58.

Kernberg, O. F. (1995). *Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. In M. K. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.). *Major theories of personality disorder*. (2. ed. pp. 114-156). New York: The Guilford Press.
- Kline, P. (1993). *Personality: The psychometric view*. London: Routledge.
- Klonsky, E. D. (2000). The DSM Classification of Personality Disorder: Clinical Wisdom or Empirical Truth? A Response to Alvin R. Mahrer's Problem 11. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 1615-1621.
- Krueger, R. F. (2013). Personality disorders are the vanguard of the post-DSM-5.0 era. *Personality disorders, 4*(4), 355-362.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine, 42*(09), 1879-1890.
- Livesley, W. J., & Jang, K. L. (2005). Differentiating normal, abnormal, and disordered personality. *European Journal of Personality, 19*(4), 257-268.
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D., ... & Petrachi, M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of personality disorders, 11*(3), 279-284.
- Markon, K. E., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the Structure of Normal and Abnormal Personality: An Integrative Hierarchical Approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*(1), 139-157.
- Mayes, R., & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 41*(3), 249-267.
- McCreary, J. K. (1960). The problem of personality definition. *Journal of General Psychology, 63*, 107-111.

- Morey, L. C., Bender, D. S., & Skodol, A. E. (2013). Validating the proposed Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, severity indicator for personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(9), 729-735.
- Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2013). Convergence between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnostic models for personality disorder: evaluation of strategies for establishing diagnostic thresholds. *Journal of Psychiatric Practice, 19*(3), 179-193.
- O'Connor, B. P. (2002). The search for dimensional structure differences between normality and abnormality: A statistical review of published data on personality and psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 962-982.
- Organização Mundial da Saúde. (1994). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças, Vol. 1*. São Paulo: Edusp.
- Pilkonis, P. A., Heape, C. L., Proietti, J. M., Clark, S. W., McDavid, J. D., & Pitts, T. E. (1995). The reliability and validity of two structured diagnostic interviews for personality disorders. *Archives of General Psychiatry, 52*(12), 1025-1033.
- Pull, C. B. (2013). Too few or t \hat{o} many? Reactions to removing versus retaining specific personality disorders in DSM-5. *Current Opinion in Psychiatry, 26*(1), 73-78.
- Quilty, L. C., Ayearst, L., Chmielewski, M., Pollock, B. G., & Bagby, R. M. (2013). The psychometric properties of the Personality Inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 field trial sample. *Assessment, 20*(3), 326-369.
- Ryder, A. G., Bagby, R. M., & Schuller, D. R. (2002). The overlap of depressive personality disorder and dysthymia: A categorical problem with a dimensional solution. *Harvard Review of Psychiatry, 10*, 337-352.
- Skodol, A. E. (2012). Personality disorders in DSM-5. *Annual review of clinical psychology, 8*, 317-344.
- Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2009). The future of personality disorder in DSM-V? *American Journal of Psychiatry, 166*(4), 388-391.

- Skodol, A. E., Bender, D. S., Morey, L. C., Alarcon, R. D., Siever, L. J., Clark, A. L., Krueger, R. F., Verheul, R., Bell, C. C., Oldham, J. M. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I: Description and rationale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(1), 4-22.
- Suzuki, T., Samuel, D. B., Pahlen, S., & Krueger, R. F. (2015). DSM-5 alternative personality disorder model traits as maladaptive extreme variants of the five-factor model: An item-response theory analysis. *Journal of abnormal psychology*, 124(2), 343.
- Trull, T. J. & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 355-380.
- Vaisberg, T. M. J. A., & Machado, M. C. L. (2000). Diagnóstico estrutural de personalidade em psicopatologia psicanalítica. *Psicologia USP*, 11(1), 29-48.
- Widiger, T. A. (1993). The DSM-III-R categorical personality disorder diagnoses: A critique and an alternative. *Psychological Inquiry*, 4(2), 75-90.
- Widiger, T. A. (2007). Dimensional models of personality disorder. *World Psychiatric Association*, 6, 79-83.
- Widiger, T. A., & Costa, P. T. (1994). Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 78-91.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62, 71-83.
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., ... & Gunderson, J. G. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of personality disorders*, 14(4), 291-299.
- Zimmermann, J., Altenstein, D., Krieger, T., Holtforth, M. G., Pretsch, J., Alexopoulos, J., ... & Leising, D. (2014). The structure and correlates of self-reported DSM-5

maladaptive personality traits: Findings from two German-speaking samples. *Journal of personality disorders*, 28(4), 518-540.

Zimmermann, J., Benecke, C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Schauenburg, H., Cierpka, M., & Leising, D. (2014). Assessing DSM–5 level of personality functioning from videotaped clinical interviews: a pilot study with untrained and clinically inexperienced students. *Journal of Personality Assessment*, 96(4), 397-409.

Zimmermann, J., Böhnke, J. R., Eschstruth, R., Mathews, A., Wenzel, K., & Leising, D. (2015). The latent structure of personality functioning: investigating criterion A from the alternative model for personality disorders in DSM-5. *Journal of Abnormal Psychology*, 124, 532-548.

ANEXOS

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Estudos I e II)

(Versão Coleta Online – Capítulos II e III da tese)

Dados sobre a pesquisa:

1. Título: Avaliação Estrutural e Dimensional da Personalidade: Estudos Psicométricos e de Aplicação Clínica

2. Pesquisadora Responsável: Dr^a. Denise Ruschel Bandeira (Professora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

3. Pesquisador Executante: Me. Sérgio Eduardo Silva de Oliveira (Aluno de Doutorado do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

4. Avaliação do risco da pesquisa: (x) Mínimo () Baixo () Médio () Maior

5. Duração da pesquisa: A pesquisa dura até abril de 2016. Contudo a sua participação consistirá em fazer o *login* na página e responder a alguns instrumentos. A maioria deles, caso seja de seu desejo, lhe dará um resultado sobre o seu desempenho.

6. Justificativa e objetivo: O jeito que somos (o que chamamos de personalidade) pode tanto nos ajudar em algumas coisas como também nos atrapalhar em outras. Algumas pessoas têm um jeito de ser que as fazem encontrar algumas dificuldades mais importantes. Identificar esses jeitos de ser não é uma tarefa fácil, contudo é muito importante, pois, com isso, podemos indicar o melhor tratamento para essas pessoas. O objetivo desta pesquisa é adaptar para o Brasil instrumentos de avaliação da personalidade para nos ajudar nessa avaliação. Além disso, queremos também tentar identificar os diferentes tipos de ser das pessoas. Para isso, estamos contando com a colaboração de várias pessoas que vivem em diferentes cidades.

7. Procedimentos: Caso concorde em participar desta pesquisa, você deverá fazer seu cadastro (*login* e senha) no site. Estes dados serão criptografados e os pesquisadores não terão acesso aos seus dados de identificação. Você terá uma lista de instrumentos que poderá responder a qualquer momento (basta acessar a página). É solicitado que você responda ao menos quatro instrumentos e os demais são facultativos. Os facultativos, você pode responder quais e quantos você quiser, são de acordo com seu interesse. A maioria são instrumentos breves. Você terá informações do tempo estimado para responder cada instrumento e as características de cada um.

8. Riscos e inconveniências: Os procedimentos desta pesquisa têm risco mínimo. Os inconvenientes que podem acontecer são você ter que dispor de tempo para participar da pesquisa e você sentir algum tipo de cansaço ou desconforto emocional em responder algumas perguntas. Contudo, para minimizar este último inconveniente, você terá acesso aos contatos dos pesquisadores para dúvidas e esclarecimentos.

9. Potenciais benefícios: A sua participação nesta pesquisa beneficiará o desenvolvimento da ciência no nosso país, além de favorecer a representatividade de sua região em uma pesquisa nacional. Você também poderá se beneficiar diretamente dessa pesquisa, pois você terá, caso deseje, uma devolutiva de seu desempenho, na maioria dos instrumentos, aumentando o seu autoconhecimento.

Como participante você terá assegurado os seguintes direitos:

1. Participação voluntária: É importante salientar que a sua participação na pesquisa é voluntária. Portanto, caso não queira participar, você não precisa fazer o *login*.

2. Direito de não participar ou interromper sua participação no estudo: Você pode interromper a sua participação a qualquer momento sem qualquer prejuízo para você.

3. Sigilo e privacidade: Caso você deseje se identificar na pesquisa, a sua identificação poderá ser realizada somente pela equipe envolvida diretamente com a pesquisa. Os

dados coletados serão publicados em periódicos científicos, e garantimos que seu anonimato será assegurado. O material proveniente dessa pesquisa, caso utilizado em atividades didáticas, será devidamente adaptado de modo a garantir o sigilo, privacidade e anonimato dos participantes.

4. Direito à informação: Em qualquer momento do estudo você poderá obter mais informações com a Prof^a. Dr^a. Denise Bandeira ou com o pesquisador Me. Sérgio Oliveira pelo telefone (0xx51) 3308-5352 ou pelo e-mail geapap@ufrgs.br. Você poderá obter mais informações e esclarecer suas dúvidas.

5. Direito de informação sobre aspectos éticos da pesquisa: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética desta pesquisa, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo telefone (0xx51) 3308-5698, ou e-mail cep-psico@ufrgs.br, localizado à Rua Ramiro Barcelos, 2.600. A presente pesquisa foi aprovada por este Comitê de Ética, que está à disposição para esclarecimentos.

6. Despesas e compensações: Você não será cobrado em momento algum pela participação na pesquisa. Também, não será feito nenhum pagamento para sua participação na pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li sobre o estudo “Avaliação Estrutural e Dimensional da Personalidade: Estudos Psicométricos e de Aplicação Clínica”. Concordo voluntariamente com a minha participação e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos. Dessa forma, consinto em participar da pesquisa fazendo meu *login* no site.

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Estudos III e IV)

(Versão Coleta Presencial – Capítulos IV e V da tese)

Dados sobre a pesquisa:

1. Título: Avaliação Estrutural e Dimensional da Personalidade: Estudos Psicométricos e de Aplicação Clínica

2. Pesquisadora Responsável: Dr^a. Denise Ruschel Bandeira (Professora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

3. Pesquisador Executante: Me. Sérgio Eduardo Silva de Oliveira (Aluno de Doutorado do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

4. Avaliação do risco da pesquisa: (x) Mínimo () Baixo () Médio () Maior

5. Duração da pesquisa: A pesquisa dura até abril de 2016. Contudo a sua participação consistirá em realizar uma triagem (um encontro de duas horas e quinze minutos) e caso tenha o perfil da pesquisa, será convidado a fazer uma avaliação psicológica em mais dois encontros, com duração de cerca de uma hora e meia cada, com horários e datas combinados com você.

6. Justificativa e objetivo: O jeito que somos (o que chamamos de personalidade) pode tanto nos ajudar em algumas coisas como também nos atrapalhar em outras. Algumas pessoas têm um jeito de ser que as fazem encontrar algumas dificuldades mais importantes. Identificar esses jeitos de ser não é uma tarefa fácil, contudo é muito importante, pois, com isso, podemos indicar o melhor tratamento para essas pessoas. O objetivo desta pesquisa é adaptar para o Brasil instrumentos de avaliação da personalidade para nos ajudar nessa avaliação. Além disso, queremos também tentar identificar os diferentes tipos de ser das pessoas. Para isso, estamos contando com a colaboração de várias pessoas que vivem em diferentes cidades.

7. Procedimentos: Caso concorde em participar desta pesquisa, você será convidado a fazer inicialmente uma entrevista de triagem. Esta entrevista tem duração prevista de duas horas e quinze minutos e serve para identificarmos se você tem o perfil para participar da pesquisa. Em caso positivo, você será convidado a seguir com um processo de avaliação psicológica, que tem duração de mais dois encontros, nos quais você fará entrevistas, questionários e tarefas. Ao final, caso você deseje, você receberá uma devolutiva de seu desempenho na avaliação. Cada encontro tem duração prevista de uma hora e meia e eles serão marcados conforme sua disponibilidade. Algumas atividades precisarão ser gravadas em áudio. O seu profissional de saúde também receberá uma devolutiva, para auxiliá-lo no tratamento.

8. Riscos e inconveniências: Os procedimentos desta pesquisa têm risco mínimo. Os inconvenientes que podem acontecer são você ter que dispor de tempo para participar da pesquisa; você ter que se deslocar para um local apropriado para a avaliação; você sentir algum tipo de cansaço, ansiedade ou emoção em participar das atividades avaliativas. Contudo, para minimizar este último inconveniente, cuidamos de escolher colaboradores com formação ou em formação em Psicologia e que receberam um extenso treinamento nos procedimentos avaliativos.

9. Potenciais benefícios: A sua participação nesta pesquisa beneficiará o desenvolvimento da ciência no nosso país. Você também poderá se beneficiar diretamente dessa pesquisa, pois você terá uma extensa avaliação, com diferentes instrumentos, gratuitamente e, se for de seu desejo, você terá uma entrevista devolutiva, aumentando o seu autoconhecimento. Além disso, os dados ajudarão em seu tratamento.

Como participante você terá assegurado os seguintes direitos:

- 1. Participação voluntária:** É importante salientar que a sua participação na pesquisa é voluntária. Portanto, caso não queira participar, você não precisa assinar este termo.
- 2. Direito de não participar ou interromper sua participação no estudo:** Você pode interromper a sua participação a qualquer momento sem qualquer prejuízo para você.
- 3. Sigilo e privacidade:** O material produzido na avaliação (questionários, entrevistas, tarefas, arquivos de áudio) ficará arquivado em local seguro no Grupo de Estudo, Aplicação e Pesquisa em Avaliação Psicológica (GEAPAP), na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por um período de no mínimo cinco anos. Os dados coletados serão publicados em periódicos científicos, e garantimos que seu anonimato será assegurado. A sua identificação poderá ser realizada somente pela equipe envolvida diretamente com a pesquisa. O material proveniente dessa pesquisa, caso utilizado em atividades didáticas, será devidamente adaptado de modo a garantir o sigilo, privacidade e anonimato dos participantes.
- 4. Direito à informação:** Em qualquer momento do estudo você poderá obter mais informações com a Prof^a. Dr^a. Denise Bandeira ou com o pesquisador Me. Sérgio Oliveira pelo telefone (0xx51) 3308-5352 ou pelo e-mail geapap@ufrgs.br. Você poderá obter mais informações e esclarecer suas dúvidas.
- 5. Direito de informação sobre aspectos éticos da pesquisa:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética desta pesquisa, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo telefone (0xx51) 3308-5698, ou e-mail cep-psico@ufrgs.br, localizado à Rua Ramiro Barcelos, 2.600. A presente pesquisa foi aprovada por este Comitê de Ética, que está à disposição para esclarecimentos.
- 6. Despesas e compensações:** Você não será cobrado em momento algum pela participação na pesquisa. A avaliação psicológica será inteiramente gratuita. Também, não será feito nenhum pagamento para sua participação na pesquisa.
- 7. Garantia de assistência:** Você será devidamente informado acerca de encaminhamentos para locais de assistência à saúde, caso assim deseje ou caso seu desempenho na avaliação psicológica indique a necessidade de uma avaliação mais específica para verificação de necessidade ou não de tratamento.

Nome do Participante: _____

Telefone: (____) _____ - **E-mail:** _____

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li (ou que foram lidas para mim) sobre o estudo “Avaliação Estrutural e Dimensional da Personalidade: Estudos Psicométricos e de Aplicação Clínica”. Concordo voluntariamente com a minha participação e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

Data: ____/____/____ Assinatura do participante: _____

Assinatura do responsável pelo estudo: _____

Esse termo possui duas vias de igual teor (idênticas). Uma para posse do participante e outra para os pesquisadores.

Anexo C – Questionário de Dados Socioculturais e de Saúde (QDSCS)

1) Dados para identificação:

(Nota: Os dados de identificação são para controle e acompanhamento do caso durante a coleta de dados. As informações Nome, Endereço, Telefones e E-mail serão mantidas em sigilo e privacidade).

Nome: _____
Data de Hoje: ____/____/____ Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos
Sexo: Masculino Feminino
Cidade de residência: _____ UF: _____
Endereço: _____
Telefones: Fixo: () _____ - _____ Celular: () _____ - _____
Outro: () _____ - _____ Outro: () _____ - _____
E-mail: _____
Etnia: Branco Negro Asiático Índio Pardo Outro

2) Dados sociais, culturais e econômicos

Marque o seu estado civil atual.

- Solteiro(a) sem relacionamento
 Solteiro(a) em relacionamento (*namorando ou noivando*)
 Casado(a) ou morando junto com companheiro(a)
 Divorciado(a) ou separado(a) sem outro relacionamento
 Divorciado(a) ou separado(a) em outro relacionamento (*namorando ou morando junto*)
 Viúvo(a) sem relacionamento
 Viúvo(a) em relacionamento (*namorando ou morando junto*)
 Outro: _____

Você tem filhos? Não Sim. Quantos? _____

Se você tem filho(s), por favor, informe se ele(s) é(são):

Adotado(s) Biológico(s) Tenho filhos adotados e biológicos

Você é (ou foi) um filho(a) adotado(a)? Não Sim.

Você tem irmãos? Não Sim. Quantos? _____

Qual a sua posição entre seus irmãos? 1° 2° 3° 4° 5° Outro: ____

Como você avalia, de modo geral, sua relação com...

	Sua mãe	Seu pai	Seu(s) irmão(s)	Seu(sua) esposo(a)	Seu(s) filho(s)	Seu(s) amigo(s)
Não se aplica (não tenho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1- Nada Satisfatória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Pouco Satisfatória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Neutra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Muito Satisfatória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Totalmente Satisfatória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sua mãe está viva? Não Sim Não sei

Seu pai está vivo? Não Sim Não sei

Você é uma pessoa que....

- Não tem amigos
- Tem poucos amigos
- Tem uma quantidade média de amigos
- Tem muitos amigos

Com quem você mora atualmente?

- Sozinho(a)
- Com a família (*esposo(a) e/ou filho(s)*)
- Com familiares (*tios e/ou primos*)
- Em uma instituição (*abrigo, hospital, ou outros*)
- Com os pais (*mãe e/ou pai*)
- Com os avós (*maternos e/ou paternos*)
- Com amigos e/ou colegas
- Outro: _____

Marque a sua escolaridade e a de seus pais

Série:	Eu	Pai	Mãe
Não sei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1º Ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º Ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º Ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4º Ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5º Ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6º Ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7º Ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8º Ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9º Ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1º Ens. Méd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º Ens. Méd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º Ens. Méd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Superior Inc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Superior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pós-grad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se você, seu pai e/ou sua mãe têm curso de nível superior (ou está cursando), por favor, indique qual.

Eu: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Qual a sua ocupação atual? *Marque a opção que melhor represente sua condição atual.*

- Estudo
- Trabalho
- Estudo e Trabalho
- Desempregado
- Aposentado
- Aposentado e Trabalho ou Estudo
- Do lar
- Licença saúde
- Outro: _____

Por favor, informe a sua profissão e a de seus pais. *Preencha as que se aplicam a você*

Eu: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Você está feliz no seu trabalho/estudo?

- Não tenho ocupação
- 1- Totalmente Infeliz
- 2- Muito Infeliz
- 3- Um pouco Infeliz
- 4- Neutro
- 5- Um pouco Feliz
- 6- Muito Feliz
- 7- Totalmente Feliz

Qual a renda mensal de sua família?

- Menor que 1 salário mínimo
- Entre 1 e 5 salários mínimos
- Entre 6 e 10 salários mínimos
- Entre 11 e 15 salários mínimos
- Acima de 15 salários mínimos

Por favor, indique quantos itens destes existem em sua casa. *Se você mora em república/pensão estudantil, informe pensando na casa de seus pais.*

Itens	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	0	0	0	0
Rádio	0	0	0	0	0
Banheiro	0	0	0	0	0
Automóvel	0	0	0	0	0
Empregada mensalista	0	0	0	0	0
Aspirador de pó	0	0	0	0	0
Máquina de lavar	0	0	0	0	0
Videocassete e/ou DVD/Bluray	0	0	0	0	0
Geladeira	0	0	0	0	0
Freezer (ou parte da geladeira duplex)	0	0	0	0	0
Computador	0	0	0	0	0

3) Dados de Saúde

Você tem algum problema de saúde? O Não O Sim. Qual(is)? _____

Como você avalia sua saúde de modo geral?

- 1- Totalmente ruim 0
- 2- Parcialmente ruim 0
- 3- Nem boa e nem ruim 0
- 4- Parcialmente boa 0
- 5- Totalmente boa 0

Você faz uso de alguma medicação psiquiátrica?

O Não O Sim. Qual(is)? _____

Você tem algum diagnóstico médico/clínico? *(Hipertensão, diabetes, hipertiroedismo, etc.)*

O Não O Sim. Qual(is)? _____

Você tem algum diagnóstico psiquiátrico? *(Depressão, ansiedade, esquizofrenia, etc.)*

O Não O Sim. Qual(is)? _____

Você tem algum diagnóstico neurológico? *(Demência, derrame, esclerose múltipla, etc.)*

O Não O Sim. Qual(is)? _____

Por favor, indique se:

	Não	Sim	Se sim, quanto tempo?
Fez tratamento psiquiátrico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Faz tratamento psiquiátrico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Fez tratamento psicológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Faz tratamento psicológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Fez tratamento neurológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Faz tratamento neurológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Você fuma cigarros? Não Sim

ATENÇÃO: *Se você respondeu “Não”, PULE as questões deste quadro.*

Quanto tempo depois de acordar você fuma o seu primeiro cigarro?

Após 60 minutos

31-60 minutos

6-30 minutos

Nos primeiros 5 minutos

Você tem dificuldades para evitar fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo: igrejas, local de trabalho, cinemas, shoppings, etc.?

Não Sim

Qual é o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?

Qualquer um O primeiro da manhã

Quantos cigarros você fuma por dia?

10 ou menos

11 a 20

21 a 30

31 ou mais

Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?

Não Sim

Você fuma mesmo estando doente a ponto de ficar acamado a maior parte do dia?

Não Sim

Você costuma fazer uso de bebida alcoólica? Não Sim

ATENÇÃO: *Se você respondeu “Não”, PULE as questões deste quadro.*

	Não	Sim
Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você se sente culpado pela maneira com que costuma beber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Você FAZ uso de alguma substância psicoativa? (drogas, medicamentos)

O Não O Sim. Se sim, responda:

- a) Há quanto tempo usa? _____
- b) Você se considera viciado(a) no uso da substância? O Não O Sim O Não sei
- c) Você acha que precisa de tratamento para interromper o uso? O Não O Sim

Você JÁ FEZ uso de alguma substância psicoativa? (drogas, medicamentos)

O Não O Sim. Se sim responda:

- a) Há quanto tempo parou? _____
- b) Você se considerou viciado(a) no uso da substância? O Não O Sim O Não sei
- c) Você precisou de tratamento para interromper o uso? O Não O Sim

Se você faz ou já fez uso de substância psicoativa, por favor, marque a(s) que você faz uso (A = Atual) e/ou aquelas que você já fez uso (P = Passado).

P	A	Estimulantes	P	A	Cocaína	P	A	Sedativos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valium
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	“Rebite”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pasta de coca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diazepam
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ritalina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Merla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dienpax
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pra tirar a fome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Somaliun
P	A	Solventes Voláteis	P	A	Canabinóides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisium
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	“Cola”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maconha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psicosedin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Éter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hasish	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lexotan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	“Lança perfume”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	THC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lorax
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	“Loló”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Halcion
P	A	Alucinógenos	P	A	Diversos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frontal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.S.D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anabolisantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rohypnol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	“Ácido”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esteróides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urbanil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mescalina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remédio para	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonebon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PCP			dormir ou para cortar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barbitúricos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Êxtase (MDMA)			o apetite sem	P	A	Outras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cogumelos			prescrição médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artane				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
P	A	Opiáceos	P	A	Opiáceos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Morfina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Propoxifeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pó de ópio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fentanil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Caso tenha feito uso de alguma substância, por favor, indique:

O Apenas experimentei O Usei/uso sob prescrição médica
O Usei/uso um pouco O Usei/uso frequentemente

Durante o último mês você...

Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a)? O Não O Sim
Quis fazer mal a si mesmo(a)? O Não O Sim
Pensou em suicídio? O Não O Sim
Pensou numa maneira de se suicidar? O Não O Sim
Tentou o suicídio? O Não O Sim

Ao longo da sua vida você...

Já fez alguma tentativa de suicídio? O Não O Sim

Você tem algum problema de visão? (*Miopia, astigmatismo, etc.*)

- Não Sim. Se sim, responda:
- a) Está corrigido com óculos/lentes? Não Sim
- b) Quanto te atrapalha esse problema? Nada Pouco Muito Bastante
- c) Esse problema te impossibilita de participar desta pesquisa? Não Sim

Você tem algum problema de audição? (*Dificuldade de auditiva, escuta zumbidos, etc.*)

- Não Sim. Se sim, responda:
- a) Está corrigido com aparelho? Não Sim
- b) Quanto te atrapalha esse problema? Nada Pouco Muito Bastante
- c) Esse problema te impossibilita de participar desta pesquisa? Não Sim

Você tem algum problema motor? (*Dificuldade para caminhar, para escrever, etc.*)

- Não Sim. Se sim, responda:
- a) Está corrigido com tratamento? Não Sim
- b) Quanto te atrapalha esse problema? Nada Pouco Muito Bastante
- c) Esse problema te impossibilita de participar desta pesquisa? Não Sim

Referente a crenças religiosas e espirituais, como você se considera?

- Ateu
- Agnostico
- Acredito em forças superiores (não necessariamente em Deus)
- Tenho uma religião, mas não a pratico
- Tenho uma religião e a pratico
- Outro: _____

Por favor, indique a opção que melhor represente a sua crença?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Não tenho crenças religiosas e espirituais | <input type="radio"/> Islamismo |
| <input type="radio"/> Católico | <input type="radio"/> Budismo |
| <input type="radio"/> Evangélico – Pentecostal | <input type="radio"/> Mormonismo |
| <input type="radio"/> Evangélico – Tradicional | <input type="radio"/> Umbandismo |
| <input type="radio"/> Adventista | <input type="radio"/> Testemunhas de Jeová |
| <input type="radio"/> Espírita | <input type="radio"/> Cristianismo Oriental |
| <input type="radio"/> Exoterismo | <input type="radio"/> Minhas crenças são pessoais |
| <input type="radio"/> Judaísmo | <input type="radio"/> Tenho várias afiliações religiosas |
| <input type="radio"/> Outro: _____ | |

Se você relatou ter alguma crença religiosa ou espiritual, por favor, responda:

- a) Indique o quanto é importante para você a sua crença.
- Nada ou muito pouco importante
- Pouco importante
- Indiferente
- Muito importante
- Completamente importante

b) Indique o quanto você pratica a sua crença (ex: frequenta as celebrações, pauta as suas condutas e comportamentos com base na doutrina, etc.).

- Nada ou pratico muito pouco
- Pratico pouco
- Não pratico pouco nem muito
- Pratico muito
- Pratico completamente

Por fim, por favor, indique como você define a sua sexualidade:

- Heterossexual
- Homossexual
- Bissexual
- Pansexual
- Transexual
- Assexual
- Outro: _____

Anexo D – Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)

Nome: _____ Data: ___ / ___ / _____

Estas questões estão relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias, responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

	SIM	NÃO
1. Você tem dores de cabeça com frequência?	0	0
2. Tem falta de apetite?	0	0
3. Dorme mal?	0	0
4. Fica com medo com facilidade?	0	0
5. Suas mãos tremem?	0	0
6. Se sente nervoso, tenso ou preocupado?	0	0
7. Tem problema digestivo?	0	0
8. NÃO consegue pensar com clareza?	0	0
9. Sente-se infeliz?	0	0
10. Chora mais que o comum?	0	0
11. Acha difícil gostar de suas atividades diárias?	0	0
12. Acha difícil tomar decisões?	0	0
13. Seu trabalho diário é um sofrimento? (tormento)	0	0
14. NÃO é capaz de ter um papel útil na vida?	0	0
15. Perdeu o interesse pelas coisas?	0	0
16. Acha que é uma pessoa que não vale nada?	0	0
17. O pensamento de acabar com a vida já passou por sua cabeça?	0	0
18. Se sente cansado o tempo todo?	0	0
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	0	0
20. Fica cansado com facilidade?	0	0

Anexo E – Personality Organization Diagnostic Form (PODF)

Diguer, Normandin & Hébert

Laboratório de pesquisa em personalidade e psicopatologia, Universidade de Laval. ©2001

Adaptação brasileira: Oliveira e Bandeira

Grupo de Estudo, Pesquisa e Aplicação em Avaliação Psicológica (GEAPAP), Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
©2012

Sujeito: _____ Avaliador: _____ Data: _____

Material usado para avaliação: _____

Instruções: Pontue todos os itens de acordo com o funcionamento psicológico típico do sujeito. Veja o manual para a pontuação do PODF (Diguer et al., 2006) para orientações detalhadas. As questões da SCID são dadas como exemplos; esta medida é apenas uma fonte possível de dados para a pontuação do PODF.

1. Difusão de Identidade / Integração da Identidade

1.1. Experiência subjetiva do self. SCID-II, questão 100.	Sentimento de vazio						Segura identidade do self
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	1	2	3
1.2. Percepções do self. SCID-II, questões 71, 92, 93, 94, 95, 99.	Contraditório						Integrado
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	1	2	3
1.3. Experiência subjetiva do self no tempo.	Descontinuidade						Continuidade
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	1	2	3
1.4. Integração comportamentos-emoções. SCID-II, questões 96, 97, 98, 101, 102, 123, 124. SCID-I, questões 33 a 40, 45 a 48.	Sem integração						Boa integração
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	1	2	3
1.5. Percepções dos objetos. SCID-II, questão 91.	Contraditório						Integrado
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	1	2	3
1.6. Percepções dos outros.	Rasa, plana						Empatia
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-3	-2	-1	0	1	2	3
Score Total da Identidade							_____ / 18

2. Mecanismos de Defesa

2.1 Mecanismos de Defesa Primitivos

	Ausente	Raro	Moderado	Frequente
	0	1	2	3

2.1.1 Negação (*borderline* e psicótica):

- memória de percepções, pensamentos ou sentimentos sobre a cisão de partes do *self* ou de outros sem relevância emocional e/ou
- falta de preocupação, ansiedade ou reação emocional sobre necessidades sérias ou prementes, conflitos ou perigos. *CID-II, questões 96, 98.*

2.1.2 Cisão:

- divisão dos outros em todo bom e todo mal e/ou
- inversão súbita e completa de sentimentos e conceituações. *SCID-II, questões 45, 46, 71, 91, 99, 103.*

2.1.3 Onipotência (idealização primitiva):

- representações do *self*. *SCID-II, questões 27, 73-81, 83, 84, 88, 89 e/ou*
- representações do objeto

2.1.4 Controle onipotente:

- pelo *self*. *SCID-II, questões 82, 120, 121 e/ou*
- pelo objeto

2.1.5 Desvalorização primitiva:

- autodesvalorização e autodestruição. *SCID-II, questões 6, 12, 34, 35, 97, 98 e/ou*
- desvalorização do objeto. *SCID-II, questões 29, 37, 38, 39.*

Score Total dos Mecanismos de Defesa Primitivos

_____/ 15

2.1 Mecanismos de Defesa Maduros

	Ausente	Raro	Moderado	Frequente
	0	1	2	3

2.1.1 Idealização

2.1.2 Desvalorização:

2.1.3 Isolamento

2.1.4 Racionalização e/ou intelectualização

2.1.5 Denegação e/ou supressão

Score Total dos Mecanismos de Defesa Maduros

_____/ 15

3. Teste de Realidade

	Ausente 0	Raro 1	Moderado 2	Frequente 3
--	--------------	-----------	---------------	----------------

3.1 Falha da diferenciação entre o *self* e os outros. *SCID-I, questões 50, 55, 56, 57, 58.* _____

3.2 Falha em diferenciar as origens intrapsíquicas das externas das percepções e dos estímulos (alucinações e delírios). *SCID-I, questões 59-62. SCID-II, questões 55, 56, 57.* _____

3.3 Falha da capacidade de avaliar realisticamente o próprio afeto, comportamento e conteúdo do pensamento de acordo com as normas sociais habituais. *SCID-II, questão 64.* _____

3.4 Presença de afetos, conteúdos de pensamentos ou comportamentos grosseiramente inapropriados. *SCID-II, critério 4, critério 7.* _____

Score Total do Teste de Realidade _____ / 12

4. Qualidade das Relações de Objeto

Pontue a relação de objeto típica na coluna da direita. Se possível, também indique o subtipo principal (por exemplo, Paranóide no Borderline Inferior).

1	Simbiótica com medo de desintegração e aniquilação	<input type="checkbox"/>
2a	Organização <i>Borderline</i> Inferior com medo do objeto <input type="checkbox"/> Paranóide <input type="checkbox"/> Esquizóide <input type="checkbox"/> Esquizotípico	<input type="checkbox"/>
2b	Organização <i>Borderline</i> Inferior com controle do objeto <input type="checkbox"/> Narcisismo maligno <input type="checkbox"/> Antisocial	<input type="checkbox"/>
2c	Organização <i>Borderline</i> Superior com medo do abandono <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Histriônico <input type="checkbox"/> Sadomasoquista <input type="checkbox"/> Narcisismo <input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/>
3	Edípica com medo da castração – depressão <input type="checkbox"/> Histeria <input type="checkbox"/> Depressivo masoquista <input type="checkbox"/> Obsessivo-compulsivo	<input type="checkbox"/>

Organização da Personalidade Global (OPG) Diagnóstico e Dimensões

Para cada dimensão, circule a característica que melhor descreve o funcionamento do sujeito; em seguida, de acordo com o guia abaixo, identifique a OPG.

GPO	Dimensões			
OPN, OPB ou OPP	Identidade: Difusa ou Integrada	Defesas: Primitivas ou Maduras	Teste de Realidade: Falha ou Bom	Relações de Objeto: 1, 2a, 2b, 2c, 3

Lembrete das diretrizes para o diagnóstico da OPG

GPO	Dimensões			
	Identidade	Defesas	Teste de Realidade	Tipos de Relações de Objeto
Neurótica	Integrada	Mais madura	Boa	Edípica
<i>Borderline</i>	Difusa	Mais primitiva	Parcialmente boa	Borderline: 2a, 2b ou 2c
Psicótica	Difusa	Mais primitiva	Prejudicada	Psicótica

Anexo F – Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200)

Nome do profissional: _____
Profissional: O Médico O Psicólogo O Psicanalista O Outro: _____
Tempo que acompanha o(a) paciente: _____ anos _____ meses _____ dias
Nome do(a) paciente: _____
Idade do(a) paciente: _____ anos **Sexo do(a) paciente:** O Masc. O Fem.
O(a) paciente é: O Ambulatorial O Internação O Psicoterapia O Análise O Outro: ____
Data de hoje: ____ / ____ / _____

Instruções: A seguir classifique na coluna da esquerda de “0” a “7” cada uma das sentenças conforme elas descrevam seu/sua paciente de modo Muito Parecido (7) até Nada Parecido (0).

001	Costuma se culpar ou se sentir responsável por coisas ruins que acontecem.
002	É capaz de usar seus talentos, habilidades e energia de forma produtiva e eficiente.
003	Tira vantagens dos outros, preocupa-se somente com suas necessidades e desejos; não tem interesse em valores morais.
004	Sobre estima a sua importância.
005	Costuma ser emocionalmente intrusivo, costuma não respeitar as necessidades de autonomia e privacidade dos outros.
006	Frequentemente é acometido por pensamentos obsessivos que considera como sendo sem sentido ou intrusivos.
007	Demonstra incerteza quanto à própria identidade étnica e racial (ex. desvaloriza e rejeita ou supervaloriza e preocupa-se com a própria herança cultural).
008	Costuma entrar em disputas por poder.
009	Costuma pensar que os outros tem inveja dele(a).
010	Sente que algumas pessoas têm uma habilidade especial, quase mágica de compreender seus pensamentos e sentimentos mais íntimos (ex. imagina uma afinidade tão grande entre elas que um esforço na comunicação se torna supérfluo).
011	Costuma se tornar rápida ou intensamente apegado(a) às outras pessoas, desenvolvendo sentimentos e expectativas, etc., que não correspondem à história ou ao contexto do relacionamento.
012	As emoções costumam fugir do controle levando aos extremos de ansiedade, tristeza, raiva, excitação, etc.
013	Costuma usar seus problemas psicológicos ou médicos para evitar o trabalho ou responsabilidades (seja consciente ou inconscientemente).
014	Costuma culpar os outros pelas próprias deficiências e fracassos; costuma acreditar que seus problemas são causados por fatores externos.
015	Falta uma imagem estável de si mesmo(a) ou de quem gostaria de se tornar (ex. atitudes, valores, objetivos, sentimentos sobre si mesmo podem ser instáveis).

016	Costuma ser raivoso(a) e hostil (seja consciente ou inconscientemente).
017	Costuma ser bajulador (“puxa saco”) ou submisso (ex. pode aceitar coisas que não concorda, ou que não quer fazer na esperança de receber apoio e aprovação).
018	Quando envolvido(a) romanticamente ou atraído(a) sexualmente costuma perder o interesse se for correspondido(a).
019	Gosta de desafios, sente prazer em realizar as coisas.
020	Costuma fraudar, mentir ou enganar os outros.
021	Costuma ser hostil em relação às pessoas do sexo oposto, seja consciente ou inconscientemente (ex. depreciando, competindo, etc.).
022	Costuma desenvolver sintomas somáticos como consequência de estresse ou conflitos (dor de cabeça, dor nas costas, dor de barriga, asma, etc.).
023	Costuma se envolver romanticamente ou sexualmente em triângulos (ex. se interessa mais por parceiros(as) que já se encontram envolvidos em outros relacionamentos).
024	Costuma ser pouco confiável e irresponsável (ex. pode não cumprir com as obrigações no trabalho ou deixar de honrar suas dívidas financeiras).
025	Tem dificuldade em reconhecer ou expressar raiva.
026	Costuma se envolver ou permanecer em relacionamentos nos quais é emocionalmente ou fisicamente abusado(a).
027	Tem ataques de pânico que podem durar de poucos minutos até poucas horas, acompanhados de alterações fisiológicas intensas (ex. aceleração cardíaca, falta de ar, sensação de sufocamento, náusea, tontura, etc.).
028	Costuma se preocupar com sujeira, limpeza, contaminação, etc. (ex. beber no copo de outra pessoa, sentar no vaso sanitário público, etc.).
029	Tem dificuldade de compreender o comportamento das outras pessoas, frequentemente não compreende, interpreta mal ou se atrapalha com as ações e reações dos outros.
030	Costuma se sentir letárgico(a), cansado(a) ou sem energia.
031	Costuma desconsiderar os direitos, propriedades ou segurança dos outros.
032	É capaz de manter um relacionamento amoroso significativo caracterizado por intimidade genuína e cuidado amoroso.
033	Parece inibido na busca de objetivos ou sucesso; aspirações ou conquistas tendem a estar abaixo do seu potencial.
034	Costuma ser sexualmente provocativo(a) ou sedutor(a), seja consciente ou inconscientemente (ex. flerta inapropriadamente, preocupa-se com conquistas sexuais, tem a propensão a criar falsas expectativas nos outros, etc.).
035	Costuma ser ansioso(a).
036	Costuma se sentir desamparado(a), sem poder ou à mercê de forças que estão fora do seu controle.
037	Sente-se bem em pertencer e contribuir com a comunidade (organizações de bairro, igreja, vizinhança, etc.).
038	Costuma ter a sensação de não ser autêntico na presença de outras pessoas; costuma se sentir falso ou fraudulento.

039	Parece obter prazer e satisfação sendo sádico ou agressivo com os outros (seja consciente ou inconscientemente).
040	Tem tendência a se envolver em comportamento ilegal ou criminoso.
041	Parece incapaz de descrever as pessoas que lhe são importantes de uma forma realista; as descrições que faz das pessoas envolvem somente duas dimensões sendo pobre nos detalhes.
042	Costuma sentir inveja.
043	Costuma buscar poder e influencia sobre os outros (seja de forma benéfica ou destrutiva).
044	A percepção da realidade pode se tornar completamente distorcida quando estressado(a) (ex. pode se tornar delirante).
045	Costuma idealizar algumas pessoas de modo irrealista; vê-las como “totalmente boas” excluindo delas os defeitos humanos comuns.
046	Costuma ser sugestionável ou facilmente influenciado(a).
047	É inseguro(a) quanto a se definir como heterossexual, homossexual ou bissexual.
048	Procura ser o centro das atenções.
049	Tem fantasias de ter sucesso, poder, beleza e talento ilimitados, e de ser brilhante, etc.
050	Costuma sentir que a vida não tem sentido.
051	Costuma despertar a simpatia dos outros.
052	Possui pouca empatia, parece incapaz de compreender ou corresponder às necessidades e sentimentos dos outros a não ser que coincidam com os seus.
053	Costuma tratar os outros como uma plateia que testemunha a sua importância, o seu brilhantismo, sua beleza, etc.
054	Costuma sentir-se inadequado(a), inferior ou fracassado(a).
055	É capaz de encontrar sentido e autossatisfação guiando, orientando ou cuidando de outras pessoas.
056	Parece encontrar pouco ou nenhum prazer, satisfação ou divertimento nas atividades da vida.
057	Costuma sentir-se culpado.
058	Tem pouco ou nenhum interesse em ter relações sexuais com outra pessoa.
059	É empático(a); é sensível e responsivo(a) aos sentimentos e necessidades dos outros.
060	Costuma ser tímido(a) ou reservado(a) em situações sociais.
061	Costuma desvalorizar qualidades tradicionalmente associadas ao próprio sexo enquanto valoriza qualidades tradicionalmente associadas ao sexo oposto (ex. mulheres que denigrem a capacidade de cuidar e a sensibilidade emocional enquanto valorizam realizações e independência).
062	Costuma ser preocupado(a) com alimentos, dieta e comidas.

063	É capaz de ser efetivo(a) e apropriadamente assertivo(a) quando necessário.
064	O humor costuma variar em intervalos de semanas ou meses entre estados de excitação e depressão (altas oscilações implicando no Transtorno de Humor Bipolar).
065	Procura controlar ou exercer domínio sobre alguém importante (ex. esposa/marido; namorado(a); membros da família), através da violência ou intimidação.
066	É excessivamente devotado(a) ao trabalho e a produtividade em detrimento do lazer e dos relacionamentos.
067	Costuma ser mesquinho(a) e retentivo(a) (seja com dinheiro, ideias, emoções, etc.).
068	Aprecia e responde bem ao senso de humor.
069	Tem dificuldade em se desfazer de coisas desgastadas ou inúteis; costuma acumular, colecionar, se apegar às coisas.
070	Tem episódios de comer compulsivo seguidos de comportamento purgativo (ex. provoca vômitos, abusa de laxantes, jejuns, etc.); tem episódios bulímicos.
071	Costuma buscar emoções extremas, novidades, aventuras, etc.
072	As percepções são superficiais, globais e impressionistas; tem dificuldade em focar nos detalhes.
073	Costuma ser catastrófico(a), geralmente vê os problemas como desastrosos ou sem solução, etc.
074	Expressa as emoções de modo exagerado e teatral.
075	Costuma pensar de modo concreto e interpretar as coisas de forma literal; tem capacidade limitada para perceber metáforas, analogias e nuances.
076	Consegue provocar nos outros sentimentos semelhantes aos quais está sentindo (ex. quando enraivecido, age de uma forma a provocar raiva nos outros; quando ansioso, age de um modo a induzir ansiedade nos outros).
077	Costuma ser muito carente ou dependente; exige constantemente reassseguramento e aprovação por parte dos outros.
078	Costuma expressar agressão de forma passiva e indireta (ex. cometendo enganos, procrastinando, esquecendo, sendo mal-humorado, etc.).
079	Costuma ver algumas pessoas como “totalmente más”, e perde a capacidade de perceber qualquer qualidade positiva que a pessoa possa ter.
080	Costuma ser sexualmente possessivo(a) ou ciumento(a), costuma estar preocupado em relação a uma situação de infidelidade real ou imaginada.
081	Repetidamente reexperiencia ou revive um evento traumático passado (ex. tem lembranças intrusivas ou sonhos recorrentes sobre o evento; teme ou se apavora quando algum evento atual é parecido ou simboliza o evento passado).
082	É capaz de ouvir informações que são emocionalmente ameaçadoras (ex. que desafiam crenças pessoais, percepções, autopercepções) podendo utilizá-las e se beneficiar com elas.
083	Suas ideias e expectativas parecem clichê ou estereotipadas, como se tivessem sido tiradas de um livro ou de um filme.
084	Costuma ser competitivo(a) com os outros (seja consciente ou inconscientemente).
085	Experimenta conscientemente interesses homossexuais (quando estes

	interesses são moderados implicam numa bissexualidade; mas quando elevados, implicam exclusivamente em homossexualidade).
086	Costuma se sentir envergonhado(a) ou encabulado(a).
087	Rapidamente acredita que os outros desejam lhe prejudicar ou tirar vantagem sobre ele(a); costuma perceber intenções maldosas nas ações e palavras das pessoas.
088	Costuma ser insuficientemente preocupado(a) com a satisfação das próprias necessidades; parece não se sentir merecedor(a) das coisas.
089	Parece ter conseguido elaborar experiências dolorosas vividas no passado, encontrando sentido e crescimento a partir dessas experiências.
090	Costuma se sentir vazio(a) ou entediado(a).
091	Costuma ser autocrítico(a), cria padrões muito altos e irrealistas para si mesmo(a) e é intolerante com seus próprios defeitos.
092	É articulado(a); consegue se expressar bem através das palavras.
093	Parece saber menos sobre o mundo do que seria esperado em função da sua inteligência, experiência, etc.; parece ingênuo(a) ou inocente.
094	Possui uma vida sexual ativa e satisfatória.
095	Mostra-se confortável e à vontade em situações sociais.
096	Costuma despertar rechaço/aversão ou animosidade nos outros.
097	Costuma utilizar seus atributos físicos em um grau excessivo para ganhar atenção e ser notado(a).
098	Costuma temer ser rejeitado(a) ou abandonado(a) por aqueles que lhe são emocionalmente significativos.
099	Parece associar a atividade sexual com perigo (ex. dano, punição, contaminação, etc.) seja consciente ou inconscientemente.
100	Costuma pensar de forma abstrata e intelectualizada, mesmo em assuntos pessoais.
101	Geralmente encontra satisfação e alegria em atividades da vida diária.
102	Possui uma fobia específica (ex. cobras, aranhas, cachorros, aviões, elevadores, etc.).
103	Costuma reagir a crítica com sentimentos de fúria ou humilhação.
104	Demonstra possuir pouca necessidade de companhia ou contato humano; é genuinamente indiferente à presença dos outros.
105	Costuma evitar confiar nas pessoas por medo de ser traído(a); acredita que as coisas que diga ou que faça serão usadas contra ele(a).
106	Costuma expressar emoções de forma apropriada em termos de qualidade e intensidade de acordo com a situação.
107	Costuma expressar características ou maneirismos tradicionalmente associados com o próprio sexo em um grau exagerado (mulher super-feminina, homem super-masculino, “machão”).
108	Costuma restringir a ingestão de comida ao ponto de ficar abaixo do peso e desnutrido(a).
109	Tem a tendência em realizar comportamento automutilante (ex. cortar-se, queimar-se, etc.)

110	Costuma se ligar ou ficar interessado(a) afetivamente por pessoas que são emocionalmente inacessíveis.
111	Tem capacidade para reconhecer pontos de vista alternativos, mesmo em assuntos que despertam emoções intensas.
112	Costuma ser despreocupado(a) com as consequências das suas ações, parece sentir-se imune ou invulnerável.
113	Aparenta não sentir remorso por danos ou prejuízos causados aos outros.
114	Costuma ser crítico(a) com os outros.
115	Costuma quebrar coisas ou tornar-se fisicamente violento(a) quando irritado.
116	Costuma ver nas outras pessoas os próprios sentimentos e impulsos inaceitáveis ao invés de em si mesmo(a).
117	É incapaz de se acalmar ou se confortar quando estressado(a); precisa da atenção de outra pessoa para regular o próprio afeto.
118	Costuma ver as experiências sexuais como repugnantes ou nojentas.
119	Costuma ser inibido(a) ou retraído(a); tem dificuldade em reconhecer ou expressar os próprios desejos e impulsos.
120	Possui padrões éticos e morais e se esforça para mantê-los.
121	É criativo(a); é capaz de ver as coisas ou enfrentar os problemas de modo inovador.
122	As moradias onde vive costumam ser caóticas ou instáveis (os ambientes são temporários, transitórios ou mal definidos; podem não ter telefone ou endereço fixo).
123	Costuma aderir rigidamente as rotinas diárias e se torna ansioso(a) ou desconfortável quando elas são alteradas.
124	Costuma evitar situações sociais por medo de sentir vergonha ou humilhação.
125	A aparência ou os modos parecem esquisitos ou peculiares (ex. aparência, higiene, postura, contato visual, ritmo da fala, etc. parece de alguma forma estranho ou “esquisito”).
126	Parece possuir um limitado ou pequeno repertório de emoções.
127	Costuma se sentir mal compreendido(a), mal tratado(a), ou vitimizado(a).
128	Fantasia encontrar um amor perfeito e ideal.
129	Costuma se sentir conflituado(a) em relação à autoridade (ex. pode sentir que deve se submeter, se rebelar, buscar aprovação, derrotar, etc.).
130	Processos de raciocínio ou experiências perceptuais parecem esquisitas e idiossincráticas (ex. pode fazer inferências aparentemente arbitrárias; pode ver mensagens escondidas ou significados especiais em eventos comuns).
131	Possui dificuldade em se permitir experimentar emoções prazerosas intensas (ex. excitação, alegria, orgulho).
132	Costuma ter vários envolvimento sexuais, é promíscuo(a).
133	Costuma ser arrogante, desdenhosamente orgulhoso(a) ou indiferente.

134	Costuma agir impulsivamente, sem considerar as consequências.
135	Apresenta medos infundados de contrair doenças; costuma interpretar dores e mal-estares corriqueiros como sintomas de doenças; é hipocondríaco.
136	Costuma ser supersticioso(a) ou acreditar em fenômenos sobrenaturais ou mágicos (ex. astrologia, tarô, cristais, percepção extra-sensorial, auras, etc.).
137	Demonstra evidências de desejos ou interesses homossexuais inconscientes (ex. pode ser excessivamente homofóbico, ou pode mostrar sinais de atração por pessoas do mesmo sexo sem ter consciência disto).
138	Tende a entrar em estados alterados ou dissociados de consciência quando aflito(a) (ex. sente a si mesmo(a) ou o mundo como estranhos, não familiares ou irreais).
139	Costuma ser rancoroso(a); ruminando insultos ou desconsiderações por um longo período de tempo.
140	Tem uma perversão sexual ou um fetiche; segue um roteiro rígido ou exige condições específicas para poder obter gratificação sexual.
141	É extremamente identificado(a) com uma “causa” social ou política numa intensidade que parece excessiva ou fanática.
142	Costuma fazer gestos ou ameaças repetidas de tentativas de suicídio, seja “como um pedido de ajuda” ou tentando manipular os outros.
143	Costuma acreditar que somente poderá ser valorizado(a) por pessoas de alto status, assim como acredita que deve ligar-se exclusivamente a pessoas que são superiores ou “especiais”.
144	Costuma se ver como alguém lógico e racional, não influenciado por emoções; prefere agir como se as emoções fossem irrelevantes ou inconsequentes.
145	A fala costuma ser circunstancial, vaga, dispersa, tangencial, etc.
146	Costuma provocar tédio nas outras pessoas (ex. é capaz de falar incansavelmente, sem expressar sentimentos ou sobre assuntos sem importância).
147	Costuma abusar de bebidas alcoólicas.
148	Possui pouco insight sobre as próprias motivações, comportamentos etc.; é incapaz de considerar interpretações alternativas para as próprias experiências.
149	Costuma se sentir excluído(a); e/ou como “alguém de fora”; sente como se ele(a) não fizesse parte da situação ou grupo.
150	Costuma se identificar com pessoas admiradas num grau exagerado; costuma se tornar um admirador ou um “discípulo” (ex. “pega emprestado” atitudes, crenças, maneirismo, etc., de outra(s) pessoa(s)).
151	Parece sentir que as experiências passadas são uma série de eventos soltos ou desconexos; tem dificuldade de apresentar uma história de vida coerente.
152	Costuma reprimir ou esquecer eventos estressantes ou distorcer as lembranças relativas a esses eventos até o ponto de não mais reconhecê-los.
153	Relacionamentos interpessoais costumam ser instáveis, caóticos e de curta duração.
154	Costuma gerar reações extremas ou despertar sentimentos intensos nos outros.
155	Costuma descrever as experiências de modo genérico; não tem vontade ou é incapaz de oferecer detalhes específicos.
156	Possui uma distorção na imagem corporal; se vê como não atraente,

	grotesco(a), nojento(a), etc.
157	Costuma tornar-se irracional quando emoções fortes são despertadas; chega a demonstrar um declínio visível em seu nível de funcionamento normal.
158	Parece temer um compromisso amoroso de longa duração.
159	Costuma negar ou rejeitar as próprias necessidades de cuidado, conforto, envolvimento, etc., ou considerar tais necessidades inaceitáveis.
160	Não tem amigos nem relacionamentos íntimos.
161	Costuma abusar de drogas ilícitas.
162	Expressa sentimentos ou crenças contraditórias sem demonstrar estar incomodado(a) com esta inconsistência; tem pouca necessidade de resolver a contradição entre as ideias.
163	Parece querer se “punir”; cria situações que levam a infelicidade, ou ativamente evita oportunidades prazerosas e gratificantes.
164	Costuma agir ou sentir como se fosse moralmente superior aos outros.
165	Costuma distorcer desejos ou sentimentos inaceitáveis transformando-os em seu oposto (ex. pode expressar uma preocupação ou afeição excessiva enquanto demonstra sinais de uma não reconhecida hostilidade; repulsa sobre assuntos sexuais enquanto demonstra sinais não reconhecidos de interesse ou excitação, etc.).
166	Costuma oscilar entre uma atitude descontrolada ou supercontrolada a respeito das próprias necessidades e impulsos (suas necessidades e desejos são expressos impulsivamente e com pouca consideração pelas consequências ou então são repudiados sendo permitida pouca expressão dos mesmos).
167	Demonstra ao mesmo tempo precisar e rejeitar os outros (ex. deseja intimidade e cuidado, mas costuma rejeitá-los quando lhe são oferecidos).
168	Luta com desejos suicidas genuínos.
169	Teme tornar-se parecido(a) com um de seus pais (ou figura substitutiva destes) com o qual tem fortes sentimentos negativos, fará o possível para evitar/rejeitar atitudes ou comportamentos associados com aquela pessoa.
170	Costuma serpositor(a), desafiador(a) ou pronto(a) para discordar.
171	Parece temer ficar só; busca a qualquer custo evitar ficar sozinho(a).
172	Experimenta uma disfunção sexual específica durante a relação sexual ou nas tentativas de relação sexual (ex. inibição do orgasmo ou vaginismo nas mulheres; impotência ou ejaculação precoce em homens).
173	Costuma ficar preso(a) nos detalhes, frequentemente chegando ao ponto de perder o que é significativo numa dada situação.
174	Espera ser perfeito(a) (p. ex. na aparência, nas conquistas, no desempenho, etc.).
175	Costuma ser responsável e consciente de compromissos e obrigações.
176	Costuma confundir os próprios pensamentos, sentimentos ou traços de personalidade com os dos outros (ex. pode usar as mesmas palavras para descrever a si mesmo(a) e a outra pessoa, acredita que os dois compartilham pensamentos e sentimentos idênticos, lida com a pessoa como se fosse uma

	“extensão sua”.
177	Repetidamente convence os outros de que está comprometido(a) em mudar seu comportamento, mas volta novamente a apresentar os mesmos problemas anteriores; tende a convencer os outros de que “desta vez vai ser diferente”.
178	Preocupa-se com o sentimento de que algo ou alguém foi perdido de modo irrecuperável (ex. amor, juventude, a chance de ser feliz, etc.).
179	Costuma ser cheio(a) de disposição e extrovertido(a).
180	Tem dificuldade em tomar decisões, costuma ser indeciso(a) ou a vacilar quando precisa fazer escolhas.
181	Costuma escolher parceiros(as) sexuais ou companheiros(as) que parecem inapropriados(as) em termos de idade, status (ex. social, econômico, intelectual) etc.
182	Costuma ser controlador(a).
183	É psicologicamente capaz de insight, é capaz de compreender a si mesmo(a) e aos outros de um modo perspicaz e sofisticado.
184	Suas verbalizações parecem incoerentes com os afetos que as acompanham ou incoerentes com as mensagens não verbais concomitantes.
185	Costuma expressar raiva de forma inapropriada e intensa, desproporcional à situação do momento.
186	Tem dificuldade em dirigir sentimentos ternos e sexuais em relação a uma mesma pessoa (ex. vê as pessoas como respeitáveis e com virtudes, ou como objetos sexuais e de excitação, mas não ambos).
187	Costuma se sentir culpado(a) ou envergonhado(a) em relação a seus interesses ou atividades sexuais (consciente ou inconscientemente).
188	A vida profissional/laboral costuma ser caótica ou instável (ex. os trabalhos parecem ser sempre temporários, transicionais ou mal definidos).
189	Costuma se sentir infeliz, deprimido(a) ou desanimado(a).
190	Aparenta sentir-se privilegiado(a) e superior esperando tratamento preferencial.
191	As emoções costumam mudar rápida e imprevisivelmente.
192	Costuma ser super preocupado(a) com regras, procedimentos, ordem, organização, programações, etc.
193	Faltam-lhe habilidades sociais, tende a ser socialmente esquisito(a) ou inadequado(a).
194	Tenta manipular as emoções dos outros para obter o que deseja.
195	Costuma estar constantemente preocupado(a) com a morte ou o morrer.
196	É capaz de encontrar sentido e satisfação na busca de objetivos e ambições de longo prazo.
197	Costuma buscar ou criar relacionamentos interpessoais nos quais se coloca no papel de cuidador(a), salvador(a) ou protetor(a) dos outros.
198	Não é verbalmente articulado(a), possui limitada habilidade de se expressar com as palavras.
199	Costuma ser passivo(a) e indeciso(a).

É capaz de formar relacionamentos próximos e duradouros, caracterizados por apoio mutuo e troca de experiências.

Anexo G – Bateria Fatorial de Personalidade (BFP)

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: _____ Data de Aplicação: _____

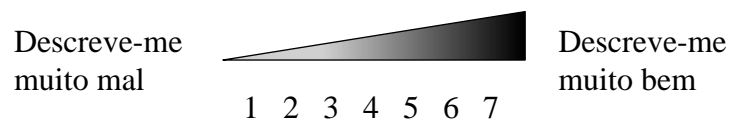
Instruções:

Você está recebendo um caderno que contém frases que descrevem sentimentos, opiniões e atitudes. Por favor, leia atentamente cada uma das sentenças e pense o quanto você se identifica com elas. A seguir, escreva no local no local apropriado (coluna Resp.), a sua resposta a cada item.

Para tanto, siga as instruções abaixo:

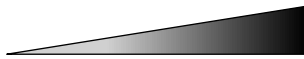
Para cada item, você tem a opção de marcar de “1” a “7”. Se você acha que a sentença absolutamente não o descreve adequadamente, marque “1”. Se você acha que a frase o descreve muito bem, marque o “7” na grade de respostas. Se você considerar que a frase o descreve “mais ou menos”, marque “4”.

Considere que quanto mais você acha que a frase é apropriada para descrevê-lo, maior deve ser o valor a ser marcado na escala (respostas 5, 6 e 7); quanto menos você identificar-se com a descrição feita, menor será o valor a ser registrado na escala (respostas 1, 2 e 3). Note que todos os valores da escala podem ser marcados.



Não existem respostas certas ou erradas. É importante que as suas respostas sejam sinceras. Responda a todos os itens.

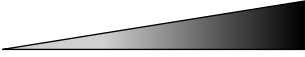
Descreve-me
muito mal

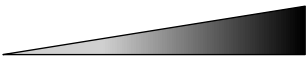


Descreve-me
muito bem

1 2 3 4 5 6 7

	Resp.
1. Procuro seguir as regras sociais sem questioná-las.	_____
2. Tento fazer com que as pessoas se sintam bem.	_____
3. Gosto de falar sobre mim.	_____
4. Tenho um “coração mole”.	_____
5. Falo tudo o que penso.	_____
6. Gosto de fazer coisas que nunca fiz antes.	_____
7. Acredito que as pessoas têm boas intenções.	_____
8. Sou divertido.	_____
9. Tomo cuidado com o que falo.	_____
10. Dificilmente perdoo.	_____
11. Divirto-me quando estou entre muitas pessoas.	_____
12. Respeito os sentimentos alheios.	_____
13. Mesmo quando preciso resolver alguma coisa para mim, costumo adiar até o último momento.	_____
14. Tento influenciar os outros.	_____
15. Sou generoso(a).	_____
16. Estou satisfeito comigo mesmo(a).	_____
17. Não falo muito.	_____
18. Posso agredir fisicamente as pessoas quando fico muito irritado(a).	_____
19. Resolvo meus problemas sem pensar muito.	_____
20. Preocupo-me com todos.	_____
21. Geralmente me sinto feliz.	_____
22. Preciso de estímulo para começar a fazer as coisas.	_____
23. Tenho pouco interesse por exposições de arte.	_____
24. Divirto-me contrariando as pessoas.	_____
25. Com frequência tomo decisões precipitadas.	_____
26. Facilmente coloco as minhas ideias em prática.	_____
27. Uso as pessoas para conseguir o que desejo.	_____
28. Posso lidar com muitas tarefas ao mesmo tempo.	_____
29. Quase sempre me sinto desanimado.	_____
30. Suspeito das intenções das pessoas.	_____
31. Atualmente, defendo ideias diferentes daquelas que defendia antigamente.	_____
32. Consigo o que eu quero.	_____
33. Tenho pouca curiosidade para conhecer novos estilos musicais.	_____
34. Dedico-me muito para fazer bem as coisas.	_____
35. Espero pela decisão dos outros.	_____
36. Interesso-me por teorias que tentam explicar o universo.	_____
37. Tenho pouca paciência para terminar tarefas muito longas ou difíceis.	_____
38. Sou uma pessoa tímida.	_____
39. Tenho alguns inimigos.	_____
40. Acho que a minha vida é vazia e sem emoção.	_____
41. Começo rapidamente as tarefas que tenho que fazer.	_____
42. Acho pouco interessantes exposições fotográficas.	_____
43. Respeito o ponto de vista dos outros.	_____
44. Tenho dificuldade para me adaptar a trabalhos que envolvam uma rotina fixa.	_____
45. Antes de agir, penso no que pode acontecer.	_____

		Descreve-me muito mal								Descreve-me muito bem	
			1	2	3	4	5	6	7	Resp.	
46.	Sinto-me mal se não cumpro algo que prometi.										
47.	Adoro atividades em grupo.										
48.	Tudo o que posso ver a minha frente é mais desprazer do que prazer.										
49.	Gosto de ir a lugares que não conheço.										
50.	Converso com muitas pessoas diferentes quando vou a festas.										
51.	Ajo impulsivamente quando alguma coisa está me aborrecendo.										
52.	Gosto de ter uma vida social agitada.										
53.	Participar de atividades que envolvam criatividade e/ou fantasia me empolga.										
54.	Me esforço para ter destaque na escola ou no trabalho.										
55.	Geralmente faço o que os meus amigos e parentes querem, embora não concorde com eles, com medo de que se afastem de mim.										
56.	Tenho pouco interesse por ideias abstratas.										
57.	Acho que os outros zombam de mim.										
58.	Costumo fazer sacrifícios para conseguir o que quero.										
59.	Acho natural que os valores morais mudem ao longo do tempo.										
60.	Tenho muito medo de que os meus amigos deixem de gostar de mim.										
61.	Tento incentivar as pessoas.										
62.	Sou uma pessoa com pouca imaginação.										
63.	Faço coisas consideradas perigosas.										
64.	Penso sobre o que preciso fazer para alcançar meus objetivos.										
65.	Sou uma pessoa nervosa.										
66.	Costumo ficar calado quando estou entre estranhos.										
67.	Resolvo meus problemas com rapidez.										
68.	Confio no que as pessoas dizem.										
69.	Acho que não existe uma verdade absoluta.										
70.	Por mais que me esforce, sei que não sou capaz de superar os obstáculos que tenho que enfrentar no dia-a-dia.										
71.	Envolvo-me rapidamente com os outros.										
72.	Gosto de pensar sobre soluções diferentes para problemas complexos.										
73.	Deixo de fazer as coisas que desejo por medo de ser criticado pelos outros.										
74.	Acredito que a maioria dos valores morais é dependente da época e do lugar.										
75.	Fico muito tímido quando estou entre desconhecidos.										
76.	Preocupo-me em agir segundo as leis.										
77.	Meu humor varia constantemente.										
78.	Necessito estar no centro das atenções.										
79.	Sinto-me muito inseguro quando tenho que fazer coisas que nunca fiz antes.										
80.	As pessoas dizem que sou muito detalhista.										
81.	Evito discussões filosóficas.										
82.	Não gosto de expressar as minhas ideias, pois tenho medo de ser ridicularizado.										
83.	Sou capaz de assumir tarefas importantes.										
84.	Gosto de manter a rotina.										
85.	Acho que faço bem as coisas.										

86.	Sou uma pessoa irritável.	_____
87.	Costumo enganar as pessoas.	_____
	Descreve-me muito mal  Descreve-me muito bem	
	1 2 3 4 5 6 7	Resp.
88.	Gosto de trabalhos artísticos que são considerados estranhos.	_____
89.	Tenho muita dificuldade em tomar decisões na minha vida.	_____
90.	Vivo minhas emoções intensamente.	_____
91.	Gosto de fazer coisas que exigem muito de mim.	_____
92.	Sofro quando encontro alguém que está com dificuldades.	_____
93.	É comum terem inveja de mim.	_____
94.	Sempre que posso, mudo os trajetos nos meus percursos diários.	_____
95.	Tenho dificuldade para terminar as tarefas, pois me distraio com outras coisas.	_____
96.	Preocupo-me com aqueles que estão numa situação pior que a minha.	_____
97.	Sou comunicativo.	_____
98.	Acho que os outros podem tentar me prejudicar.	_____
99.	Sinto uma incontrolável vontade de falar, mesmo que seja com quem não conheço.	_____
100.	Eu paro de fazer as coisas quando elas ficam muito difíceis.	_____
101.	Escolho as palavras com cuidado.	_____
102.	Com frequência, passo por períodos em que fico extremamente irritável, incomodando-me com qualquer coisa.	_____
103.	Raramente mostro um trabalho a outras pessoas antes de revisá-lo cuidadosamente.	_____
104.	Importo-me com os sentimentos dos outros.	_____
105.	Faço muitas coisas durante as minhas horas de folga.	_____
106.	Estou cansado de viver.	_____
107.	Gosto de quebrar regras.	_____
108.	Costumo tomar a iniciativa e conversar com os outros.	_____
109.	Respeito autoridades.	_____
110.	Sou uma pessoa insegura.	_____
111.	Quando estou entre um grupo, gosto que me deem atenção.	_____
112.	Meus amigos dizem que eu trabalho/estudo demais.	_____
113.	Sinto-me entediado quando tenho que fazer as mesmas coisas.	_____
114.	Exijo muito de mim mesmo.	_____
115.	Tenho dificuldade para participar de atividades que exijam imaginação ou fantasia.	_____
116.	Gosto de programar detalhadamente as coisas que tenho para fazer.	_____
117.	Usualmente, tomo a iniciativa nas situações.	_____
118.	Sinto-me muito mal quando recebo alguma crítica.	_____
119.	Acredito que as pessoas têm uma natureza ruim.	_____
120.	Difícilmente fico sem jeito.	_____
121.	Só me aproximo de uma pessoa quando estou certo de que ela concorda com as minhas opiniões e atitudes, para evitar críticas ou desaprovação.	_____
122.	Sei o que quero para minha vida.	_____
123.	Frequentemente questiono regras e costumes sociais.	_____
124.	Tenho uma grande dificuldade em dormir.	_____
125.	Preocupo-me em agradar as pessoas.	_____

126. Sou disposto a rever meus posicionamentos sobre diferentes assuntos.

Anexo H – Marcadores de Personalidade – Versão Reduzida

Nome: _____ Idade: _____

Instruções:

A seguir, há uma lista com adjetivos que representam características comuns a diversas pessoas. Leia cada um deles e assinale o quanto descrevem você. Quanto maior o número, mais adequada a descrição e vice-versa.

Discordo Totalmente	1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4 - - - - 5	Concordo Totalmente
------------------------	---	------------------------

Eu sou uma pessoa...	1	2	3	4	5
01 Comunicativa	0	0	0	0	0
02 Amável	0	0	0	0	0
03 Dedicada	0	0	0	0	0
04 Pessimista	0	0	0	0	0
05 Criativa	0	0	0	0	0
06 Quieta	0	0	0	0	0
07 Gentil	0	0	0	0	0
08 Esforçada	0	0	0	0	0
09 Deprimida	0	0	0	0	0
10 Artística	0	0	0	0	0
11 Tímida	0	0	0	0	0
12 Simpática	0	0	0	0	0
13 Responsável	0	0	0	0	0
14 Insegura	0	0	0	0	0
15 Filosófica	0	0	0	0	0
16 Desembaraçada	0	0	0	0	0
17 Bondosa	0	0	0	0	0
18 Organizada	0	0	0	0	0
19 Ansiosa	0	0	0	0	0
20 Aventureira	0	0	0	0	0
21 Inibida	0	0	0	0	0
22 Compreensiva	0	0	0	0	0
23 Cuidadosa	0	0	0	0	0
24 Aborrecida	0	0	0	0	0
25 Audaciosa	0	0	0	0	0

Anexo I – Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade (FPLS)

Leia as descrições dos perfis para cada escore e pontue o nível de funcionamento do indivíduo. Para a escala de Identidade (da dimensão *Self*) a primeira coluna descreve o funcionamento da personalidade no que se refere à experiência, noção e delimitação do *self*. A segunda coluna descreve acerca da autoestima e autoimagem. A terceira coluna, por sua vez, fala da vivência e capacidade de regulação emocional. Para definir o escore, deve-se verificar o funcionamento do indivíduo nos três aspectos propostos. Caso o sujeito não apresente prejuízo algum (escore 0) na experiência e delimitação do *self* e nem na autoimagem, mas apresenta algum prejuízo (escore 1) na vivência e capacidade de regulação emocional, então o escore do indivíduo será 1. O escore é dado considerando o pior funcionamento observado, independente do aspecto avaliado. Considere os escores:

0 = Pouco ou sem prejuízo

1 = Algum prejuízo

2 = Prejuízo moderado

3 = Prejuízo severo

4 = Prejuízo extremo

SELF - Identidade		
Experiência, noção e delimitação do <i>self</i>	Autoestima e autoimagem	Vivência e capacidade de regulação emocional
0 Tem consciência permanente de um <i>self</i> único; mantém limites dos papéis apropriados.	Tem positiva autoestima consistente e autorregulada, com precisa autoavaliação.	É capaz de experimentar, tolerar e regular uma gama completa de emoções.
1 Tem relativamente intacto o senso de eu, com algum decréscimo na clareza dos limites quando emoções fortes e angústia mental são experimentadas.	Às vezes a autoestima é diminuída, com autoavaliação excessivamente crítica ou um pouco distorcida.	Fortes emoções podem ser angustiantes, associado com uma restrição na amplitude da experiência emocional.
2 Depende excessivamente dos outros para a definição da identidade, com delimitação de limites comprometida.	Tem vulnerável autoestima controlada pela preocupação exagerada sobre avaliação externa, com um desejo por aprovação. Tem senso de incompletude ou inferioridade, com compensatória autoavaliação inflada ou deflacionada.	Regulação emocional depende da avaliação externa positiva. Ameaças à autoestima podem gerar fortes emoções, como a raiva ou vergonha.
3 Tem um fraco senso de autonomia / agência; experiência de uma falta de identidade, ou vazio. Definição de limite é pobre ou rígida: pode mostrar superidentificação com outros, superênfase na independência dos outros, ou vacilação entre estes.	Autoestima frágil é facilmente influenciada pelos eventos, e falta coerência da autoimagem. Autoavaliação não tem nuance: ou autodespreza-se, ou há autoengrandecimento, ou uma combinação irrealista, ilógica.	Emoções podem ser rapidamente mudadas ou um sentimento de desespero crônico e firme.
4 Experiência de um <i>self</i> único e noção de agência / autonomia estão praticamente ausentes, ou estão organizados em torno de uma percebida perseguição externa. Limites com os outros são confundidos ou faltantes.	Tem autoimagem fraca ou distorcida, facilmente ameaçada pelas interações com os outros; significativas distorções e confusões em torno da autoavaliação.	Emoções não congruentes com contexto ou experiência interna. Ódio e agressão podem ser afetos dominantes, embora eles possam ser repudiados e atribuídos aos outros.

Para a escala Autodireção (da dimensão *Self*) a primeira coluna descreve o funcionamento da personalidade no que se refere ao estabelecimento e alcance de metas. A segunda coluna descreve acerca dos padrões internos de comportamento e realização e a terceira coluna, por sua vez, fala da capacidade autorreflexiva das motivações. Para definir o escore, deve-se verificar o funcionamento do indivíduo nos três aspectos propostos. O escore é dado considerando o pior funcionamento observado, independente do aspecto avaliado. Considere os escores:

- 0 = Pouco ou sem prejuízo
- 1 = Algum prejuízo
- 2 = Prejuízo moderado
- 3 = Prejuízo severo
- 4 = Prejuízo extremo

SELF - Autodireção		
Estabelecimento e alcance de metas	Padrões internos de comportamento e realização	Capacidade autorreflexiva das motivações
0 Define e aspira razoáveis objetivos baseados em uma avaliação realística das próprias capacidades.	Utiliza padrões apropriados de comportamento, alcançando satisfação em vários domínios.	Pode refletir sobre e fazer significados construtivos das experiências internas.
1 É excessivamente direcionado aos objetivos, um pouco inibido nos objetivos ou conflitivo acerca dos objetivos.	Pode ter um conjunto de padrões pessoais irrealista ou socialmente inapropriado, limitando alguns aspectos da realização.	É hábil para refletir sobre experiências internas, mas pode superenfatizar um único tipo do autoconhecimento (ex: intelectual, emocional).
2 Os objetivos são mais frequentemente um meio de ganhar aprovação externa do que autogerada, e assim pode perder coerência e/ou estabilidade.	Padrões pessoais podem ser irracionalmente altos (ex: uma necessidade de ser especial ou agradar os outros) ou baixos (ex: não consonante com os valores sociais vigentes). A realização é comprometida por um senso de perda de autenticidade.	Tem prejudicada capacidade para refletir sobre a experiência interna.
3 Tem dificuldade em estabelecer e/ou alcançar objetivos pessoais.	Padrões internos para se comportar são confusos ou contraditórios. A vida é experimentada como sem sentido ou perigosa.	Tem habilidade significativamente comprometida para refletir e entender os próprios processos mentais.
4 Tem pobre diferenciação dos pensamentos das ações, assim a habilidade para definição de metas é severamente comprometida, com objetivos irrealistas ou incoerentes.	Padrões internos para se comportar são praticamente ausentes. Realização genuína é praticamente inconcebível.	É profundamente inábil para refletir construtivamente sobre as próprias experiências. Motivações pessoais podem ser não reconhecidas e/ou experimentadas como externas ao self.

Para a escala Empatia (da dimensão Interpessoal) a primeira coluna descreve o funcionamento da personalidade no que se refere à capacidade de compreensão das experiências e comportamentos dos outros. A segunda coluna descreve acerca capacidade de compreensão e apreciação das perspectivas dos outros e a terceira coluna, por sua vez, fala da consciência dos efeitos dos próprios comportamentos sobre os outros. Para definir o escore, deve-se verificar o funcionamento do indivíduo nos três aspectos propostos. O escore é dado considerando o pior funcionamento observado, independente do aspecto avaliado. Considere os escores:

0 = Pouco ou sem prejuízo

1 = Algum prejuízo

2 = Prejuízo moderado

3 = Prejuízo severo

4 = Prejuízo extremo

INTERPESSOAL - Empatia		
Capacidade de compreensão das experiências e comportamentos dos outros	Capacidade de compreensão e apreciação das perspectivas dos outros	Consciência dos efeitos dos próprios comportamentos sobre os outros
0 É capaz de precisamente entender as experiências e motivações dos outros na maioria das situações.	Compreende e aprecia as perspectivas dos outros, mesmo se discordas.	É consciente dos efeitos das próprias ações sobre os outros.
1 É um pouco comprometido na habilidade para apreciar e entender as experiências dos outros; pode tender a ver os outros como tendo expectativas irracionais ou um desejo por controle.	Embora capaz de considerar e entender diferentes perspectivas resiste em fazer isso.	Tem consciência inconsistente do efeito dos próprios comportamentos sobre os outros.
2 É hipersintonizado às experiências dos outros, mas apenas no que diz respeito à percepção da relevância para si mesmo.	É excessivamente autorreferenciado; habilidade significativamente comprometida para apreciar e entender as experiências dos outros e considerar perspectivas alternativas.	É geralmente inconsciente ou despreocupado acerca do efeito dos próprios comportamentos sobre os outros, ou avaliação irrealista do próprio efeito.
3 Habilidade para considerar e entender os pensamentos, sentimentos e comportamentos dos outros é significativamente limitada; pode discriminar muitos aspectos específicos das experiências dos outros, particularmente vulnerabilidades e sofrimentos.	É geralmente inábil para considerar perspectivas alternativas; altamente ameaçado por diferenças de opiniões ou pontos de vistas alternativos.	É confundido sobre ou inconsciente do impacto das próprias ações sobre os outros; frequentemente perplexo sobre os pensamentos e ações dos outros, com motivações frequentemente erroneamente atribuídas aos outros.
4 Tem pronunciada inabilidade para considerar e entender as experiências e motivações dos outros.	Atenção para as perspectivas dos outros é praticamente ausente (atenção é hipervigilante, focada na necessidade de satisfação e de evitar o dano).	Interações sociais podem ser confundidas e desorientador.

Para a escala Intimidade (da dimensão Interpessoal) a primeira coluna descreve o funcionamento da personalidade no que se refere à capacidade de estabelecimento de relações duradouras e profundas. A segunda coluna descreve acerca do desejo e percepção das relações e a terceira coluna, por sua vez, fala da cooperação e responsividade às relações. Para definir o escore, deve-se verificar o funcionamento do indivíduo nos três aspectos propostos. O escore é dado considerando o pior funcionamento observado, independente do aspecto avaliado. Considere os escores:

0 = Pouco ou sem prejuízo

1 = Algum prejuízo

2 = Prejuízo moderado

3 = Prejuízo severo

4 = Prejuízo extremo

INTERPESSOAL - Intimidade		
Duração e profundidade das relações	Desejo e percepção das relações	Cooperação e responsividade às relações
0 Mantém múltiplas relações satisfatórias e duradouras na vida pessoal e comunitária.	Deseja e engaja em um número de relações recíprocas, próximas e de cuidado.	Esforça-se para a cooperação e benefícios mútuos, e responde flexivelmente a uma gama de ideias, emoções e comportamentos dos outros.
1 É hábil para estabelecer relações duradouras na vida pessoal e comunitária, com algumas limitações no grau de profundidade e satisfação.	É capaz de formar e deseja formar relações íntimas e recíprocas, mas se conflitos e emoções intensas surgem pode algumas vezes restringir e ser inibido na expressão significativa.	Cooperação pode ser inibida por padrões irrealistas; um pouco limitado na habilidade de respeitar ou responder às ideias, emoções e comportamentos dos outros.
2 É capaz de formar e deseja formar relações na vida pessoal e comunitária, mas conexões podem ser largamente superficiais.	Relações íntimas são predominantemente baseadas em alcançar a autorregulação e a necessidade de autoestima, com uma irrealista expectativa de ser perfeitamente entendido pelos outros.	Tende não ver as relações em termos recíprocos, e coopera predominantemente para ganho pessoal.
3 Algum desejo para formar relações na vida pessoal e comunitária está presente, mas a capacidade para conexões positivas e duradouras é significativamente prejudicada.	Relacionamentos são baseados em uma forte crença na necessidade absoluta pelos outros íntimos, e/ou expectativas de abandono ou abuso. Sentimentos sobre o envolvimento íntimo com outros alternam entre medo / rejeição e desejo desesperado por conexão.	Pouca mutualidade: outros são conceitualizados primariamente em termos de como eles afetam o <i>self</i> (negativamente ou positivamente); esforços cooperativos são frequentemente interrompidos devido à percepção do desprezo dos outros.
4 Desejo por afiliação é limitado por causa de um profundo desinteresse ou expectativa de dano. Envolvimento com os outros é desconectado, desorganizado, ou consistentemente negativo.	Relacionamentos são conceitualizados quase exclusivamente em termos de sua capacidade de prover conforto ou de infligir dor e sofrimento.	Comportamento social / interpessoal não é recíproco; antes, busca satisfação das necessidades básicas ou escapar da dor.

Anexo J – Escala de Egocentrismo Maquiavélico, Descontrole e Audácia (EMDA)

Nome: _____ Data: ___ / ___ / _____

O presente questionário avalia algumas características de personalidade que podem ser encontradas, em maior ou menor grau, em todas as pessoas. Por gentileza, responda às perguntas que seguem abaixo assinalando um número para indicar sua resposta. Não há respostas certas ou erradas!

1 Definitivamente não	2 Acho que não	3 Acho que sim	4 Definitivamente sim
-----------------------------	-------------------	-------------------	-----------------------------

Você...	1	2	3	4
01 Quando era menor, costumava se envolver em brigas com as outras crianças?	0	0	0	0
02 Sente tédio facilmente se fica sem fazer alguma coisa?	0	0	0	0
03 Costuma perder a paciência rapidamente quando precisa ficar esperando por algo, como um ônibus que não vem?	0	0	0	0
04 Sente culpa depois que diz ou faz algo que pode ter magoado outra pessoa?	0	0	0	0
05 Pensa, quando está em meio a colegas de trabalho ou estudo, que são todos inferiores quando comparados a você?	0	0	0	0
06 Gosta que os outros tenham medo de você?	0	0	0	0
07 Tenta, com frequência, fazer os outros acreditarem que você sabe mais do que realmente sabe sobre um determinado assunto?	0	0	0	0
08 Costuma ficar com as mãos suadas de ansiedade por causa de compromissos importantes que precisa fazer?	0	0	0	0
09 Costuma sentir medo a ponto de congelar e ficar sem reação em situações de grande perigo?	0	0	0	0
10 Tem dificuldade para acatar ordens de chefes ou superiores?	0	0	0	0
11 Gosta da sensação de fazer coisas que podem oferecer risco à sua vida?	0	0	0	0
12 É o tipo de pessoa que “não leva desaforos para casa”?	0	0	0	0
13 Tem pouco interesse pelas pessoas, a ponto de se questionar se já amou alguém de verdade?	0	0	0	0
14 Sente prazer em despertar inveja nas outras pessoas?	0	0	0	0
15 Gosta quando tem a oportunidade de exercer a sua autoridade sobre outras pessoas mandando-as fazerem coisas para você?	0	0	0	0
16 Algumas vezes, finge gostar de uma pessoa apenas para tirar vantagem da situação?	0	0	0	0
17 Tenta, em geral, passar uma imagem de bom cidadão, ainda que tenha que enganar as pessoas em certas ocasiões?	0	0	0	0
18 Costuma se aproximar de algo que pode ser perigoso, mesmo quando vê os outros se afastando?	0	0	0	0

1 Definitivamente não	2 Acho que não	3 Acho que sim	4 Definitivamente sim
-----------------------------	-------------------	-------------------	-----------------------------

Você...		1	2	3	4
19	Em diversas situações, precisa se controlar para não fazer ou dizer coisas que trarão problemas a você?	0	0	0	0
20	Em comparação a seus amigos, tem mais preconceito do que eles quanto a aceitar pessoas com crenças ou estilo de vida muito diferentes dos seus?	0	0	0	0
21	Considera ser melhor do que seus amigos ou amigas em inventar desculpas esfarrapadas para não ter que assumir a responsabilidade por algo que você fez?	0	0	0	0
22	Algumas vezes, não dá a mínima quando sabe que alguém está passando por um momento ruim, mesmo que essa pessoa seja um amigo ou familiar com quem você não esteja brigado?	0	0	0	0
23	Considera o status social ou a riqueza das pessoas como um fator importante para decidir com quem se relacionar em termos de amizade ou namoro?	0	0	0	0
24	Aceitaria um emprego que pagasse bem, mas que envolvesse risco de vida o tempo todo?	0	0	0	0
25	Sente medo de contrair uma doença incurável?	0	0	0	0
26	Considera-se uma pessoa rebelde?	0	0	0	0
27	Conseguiria perdoar alguém que, sem querer, quebrasse alguma coisa sua da qual você gostava muito?	0	0	0	0
28	Deixaria de ganhar um bom dinheiro para poder salvar a vida de alguém que convive com você?	0	0	0	0
29	Pensa mais nas necessidades dos outros do que nas próprias necessidades?	0	0	0	0
30	Tenta fazer a sua opinião prevalecer a todo custo quando está debatendo um assunto com outras pessoas?	0	0	0	0
31	Quando conveniente, finge que possui mais necessidade do que as outras pessoas para obter vantagens, como atendimento prioritário ou atenção especial?	0	0	0	0
32	Falaria tranquilamente se tivesse que fazer um discurso sobre os seus piores defeitos a uma plateia?	0	0	0	0
33	Temeria subir 20 andares em um elevador com o chão e as paredes feitas de vidro?	0	0	0	0
34	Pegaria para você algo valioso de outra pessoa se soubesse que ninguém ficaria sabendo?	0	0	0	0
35	Quebra coisas ou age agressivamente quando está com raiva por algo que aconteceu a você?	0	0	0	0
36	Trabalharia com pessoas inescrupulosas e sem ética se tivesse a chance de ganhar algum bom dinheiro em troca?	0	0	0	0
37	Sente indignação ao ver uma pessoa decente e trabalhadora sofrer uma injustiça?	0	0	0	0
38	Às vezes, usa de ameaças (falsas ou verdadeiras) para convencer as pessoas a fazerem o que você quer?	0	0	0	0

1 Definitivamente não	2 Acho que não	3 Acho que sim	4 Definitivamente sim
-----------------------------	-------------------	-------------------	-----------------------------

Você...		1	2	3	4
39	Assusta-se quando está andando na calçada e, de repente, um cachorro late para você por trás da cerca do pátio de uma casa?	0	0	0	0
40	É o tipo de pessoa que esquece o lado positivo das coisas quando algo de errado acontece?	0	0	0	0
41	Gosta de fazer as suas próprias regras, sem se importar com aquilo que as outras pessoas consideram certo ou errado?	0	0	0	0
42	Usaria drogas ilícitas (maconha, cocaína, etc.) apenas para conhecer como é a sensação?	0	0	0	0
43	Costuma ficar pensando sobre como se vingaria de pessoas que machucaram ou magoaram você?	0	0	0	0
44	Socorreria alguém que estivesse precisando de ajuda mesmo se soubesse que ninguém ficaria sabendo da sua boa ação ou que você não receberia nada em troca fazendo isso?	0	0	0	0
45	Em um dia de bom humor, consegue se sentir indiferente, como se não tivesse nada a ver com a situação, ao ver um cachorro ou outro animal sendo maltratado?	0	0	0	0
46	Sente prazer em humilhar pessoas que você julga serem inferiores?	0	0	0	0
47	Gosta de intimidar outras pessoas encarando-as diretamente nos olhos sem desviar o olhar?	0	0	0	0
48	Seria capaz de fingir que defende uma ideia ou crença religiosa se isso trouxesse dinheiro ou algum tipo de vantagem para você?	0	0	0	0
49	Sente ansiedade ou nervosismo quando sabe que precisa ter uma conversa difícil com alguém?	0	0	0	0
50	Teria medo de acampar em uma floresta sem ninguém fazendo companhia a você?	0	0	0	0
51	Sente irritação facilmente quando está em um ambiente muito barulhento?	0	0	0	0
52	Costuma ouvir os outros dizerem que você é uma pessoa muito teimosa ou “cabeça-dura”?	0	0	0	0
53	Tenta agir com honestidade, mesmo quando percebe que os outros ao seu redor não agem da mesma maneira?	0	0	0	0
54	Sente prazer em presenciar o sofrimento das outras pessoas?	0	0	0	0
55	Gosta de receber privilégios, tratamento diferenciado ou parecer mais importante do que as outras pessoas em uma situação social?	0	0	0	0
56	Seria capaz de se comportar de maneira agressiva e hostil para com outras pessoas se isso fizesse você conseguir alguma coisa que quisesse muito?	0	0	0	0
57	Mudaria completamente o seu jeito de agir para ser aceito por um grupo de pessoas?	0	0	0	0
58	Consegue não pensar a respeito se sabe que algo de ruim está prestes a acontecer a você?	0	0	0	0
59	Teria receio de entrar, à noite, em uma casa abandonada?	0	0	0	0
60	Ficaria alerta se tivesse que andar em uma rua deserta à noite?	0	0	0	0

Anexo K –Questionário de Estilos Defensivos (DSQ-40)

Nome: _____ Data: ___ / ___ / _____

Este questionário consiste de 40 afirmativas relacionadas a como você pensa e funciona em sua vida. Não há questão certa ou errada. Marque o grau em relação ao qual você concorda ou discorda de cada afirmativa e assinale sua resposta, de 1 a 9. Por exemplo, um escore de 5 indicaria que você nem concorda e nem discorda da afirmativa, um escore de 3 indicaria que você discorda moderadamente e um escore de 9 que você concorda plenamente.

	Discordo totalmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo totalmente
		1 2 3 4 5 6 7 8 9									
01	Eu fico satisfeito em ajudar os outros e, se eu não puder fazer isso, eu fico deprimido.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
02	Eu consigo não me preocupar com um problema até que eu tenha tempo para lidar com ele.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
03	Eu alivio a minha ansiedade fazendo coisas construtivas e criativas, como pintura ou trabalho em madeira.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
04	Eu sou capaz de achar bons motivos para tudo que eu faço.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
05	Eu sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
06	As pessoas tendem a me tratar mal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
07	Se alguém me assalta e rouba o meu dinheiro, eu prefiro que essa pessoa seja ajudada ao invés de punida.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
08	As pessoas dizem que eu costumo ignorar os fatos desagradáveis como se eles não existissem.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
09	Eu costumo ignorar o perigo como se eu fosse o Super-Homem.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
10	Eu me orgulho da minha capacidade de reduzir as pessoas aos seus devidos lugares.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
11	Eu frequentemente ajo impulsivamente quando alguma coisa está me incomodando.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
12	Eu fico fisicamente doente quando as coisas não estão indo bem para mim.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
13	Eu sou uma pessoa muito inibida.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
14	Eu fico mais satisfeito com minhas fantasias do que com a minha vida real.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
15	Eu tenho qualidades especiais que me permitem levar a vida sem problemas.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
16	Há sempre boas razões quando as coisas não dão certo para mim.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Discordo totalmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo totalmente
	1 2 3 4 5 6 7 8 9									
17	Eu resolvo mais as coisas sonhando acordado do que na vida real.									0 0 0 0 0 0 0 0 0
18	Eu não tenho medo de nada.									0 0 0 0 0 0 0 0 0
19	Às vezes, eu acho que sou um anjo e, outras vezes, acho que sou um demônio.									0 0 0 0 0 0 0 0 0
20	Eu fico francamente agressivo quando me sinto magoado.									0 0 0 0 0 0 0 0 0
21	Eu sempre acho que alguém que eu conheço é como um anjo da guarda.									0 0 0 0 0 0 0 0 0
22	Tanto quanto eu sei, ou as pessoas são boas ou más.									0 0 0 0 0 0 0 0 0
23	Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro ou trabalhar mais devagar só pra me vingar dele.									0 0 0 0 0 0 0 0 0
24	Eu conheço alguém que é capaz de fazer qualquer coisa e é absolutamente justo e imparcial.									0 0 0 0 0 0 0 0 0
25	Eu posso controlar os meus sentimentos se eles interferirem no que eu estiver fazendo.									0 0 0 0 0 0 0 0 0
26	Eu frequentemente sou capaz de ver o lado engraçado de uma situação apesar de ela ser desagradável.									0 0 0 0 0 0 0 0 0
27	Eu sinto dor de cabeça quando tenho que fazer algo de que não gosto.									0 0 0 0 0 0 0 0 0
28	Eu frequentemente me vejo sendo muito simpático com pessoas com quem, pelo certo, eu deveria estar muito brabo.									0 0 0 0 0 0 0 0 0
29	Eu tenho certeza de que a vida é injusta comigo.									0 0 0 0 0 0 0 0 0
30	Quando eu sei que vou ter que enfrentar uma situação difícil, eu tento imaginar como isso será e planejo um jeito de lidar com a situação.									0 0 0 0 0 0 0 0 0
31	Os médicos nunca realmente entendem o que há de errado comigo.									0 0 0 0 0 0 0 0 0
32	Depois de lutar pelos meus direitos, eu tenho a tendência de me desculpar por ter sido tão firme.									0 0 0 0 0 0 0 0 0
33	Quando estou deprimido ou ansioso, comer faz com que eu me sinta melhor.									0 0 0 0 0 0 0 0 0
34	Frequentemente me dizem que eu não mostro os meus sentimentos.									0 0 0 0 0 0 0 0 0
35	Se eu puder prever que vou ficar triste mais adiante, eu poderei lidar melhor com a situação.									0 0 0 0 0 0 0 0 0
36	Não importa o quanto eu reclame, eu nunca consigo uma resposta satisfatória.									0 0 0 0 0 0 0 0 0
37	Frequentemente eu me dou conta de que eu não sinto nada em situações que deveriam me despertar fortes emoções.									0 0 0 0 0 0 0 0 0

Discordo totalmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Concordo totalmente
	1 2 3 4 5 6 7 8 9									
38	Manter-me muito ocupado evita que eu me sinta deprimido ou ansioso.									0 0 0 0 0 0 0 0 0
39	Se eu estivesse passando por uma crise, eu me aproximaria de pessoas que tivessem o mesmo problema.									0 0 0 0 0 0 0 0 0
40	Seu eu tenho um pensamento agressivo, eu sinto a necessidade de fazer algo para compensá-lo.									0 0 0 0 0 0 0 0 0

Anexo L – Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)

Nome: _____ **Data:** ___ / ___ / _____

Por favor, leia cada afirmativa e marque um dos números (0, 1, 2, ou 3) que indique quanto a afirmativa se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo em nenhuma das afirmativas.

0 - Não se aplicou a mim de forma alguma

1 - Aplicou-se a mim de alguma forma ou em algumas vezes

2 - Aplicou-se a mim de forma considerável ou em boa parte do tempo

3 - Aplicou-se muito a mim ou na maior parte do tempo

		0	1	2	3
01	Eu tive dificuldade para me acalmar.	0	0	0	0
02	Eu percebi que estava com a boca seca.	0	0	0	0
03	Eu não conseguia ter sentimentos positivos.	0	0	0	0
04	Eu tive dificuldade para respirar (por exemplo, tive respiração muito rápida, ou falta de ar sem ter feito esforço físico).	0	0	0	0
05	Eu achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas.	0	0	0	0
06	Eu tive reações exageradas às situações.	0	0	0	0
07	Eu tive tremores (por exemplo, nas mãos).	0	0	0	0
08	Eu senti que estava bastante nervoso(a).	0	0	0	0
09	Eu fiquei preocupado(a) com situações em que poderia entrar em pânico e fazer papel de bobó(a).	0	0	0	0
10	Eu senti que não tinha expectativas positivas a respeito de nada.	0	0	0	0
11	Eu notei que estava ficando agitado(a).	0	0	0	0
12	Eu achei difícil relaxar.	0	0	0	0
13	Eu me senti abatido(a) e triste.	0	0	0	0
14	Eu não tive paciência com nada que interrompesse o que eu estava fazendo.	0	0	0	0
15	Eu senti que estava prestes a entrar em pânico.	0	0	0	0
16	Eu não consegui me empolgar com qualquer coisa.	0	0	0	0
17	Eu senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	0	0	0
18	Eu senti que eu estava muito irritado(a).	0	0	0	0
19	Eu percebi as batidas do meu coração na ausência de esforço físico (por exemplo, a sensação de aumento dos batimentos cardíacos, ou de que o coração estava batendo fora do ritmo).	0	0	0	0
20	Eu me senti assustado(a) sem qualquer razão.	0	0	0	0
21	Eu senti que a vida não tinha sentido.	0	0	0	0

Anexo M – Escala de Bem Estar Psicológico (EBEP)

As questões abaixo se referem à maneira como você lida consigo mesmo e com sua vida. Lembre-se, não há respostas certas ou erradas, apenas marque a alternativa que melhor descreve como você se sente, no momento, em relação a cada frase.

	1	2	3	4	5	6					
	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Discordo Pouco	Concordo Pouco	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente					
						1 2 3 4 5 6					
01	Frequentemente me sinto solitário porque tenho poucos amigos íntimos com quem eu possa compartilhar minhas preocupações.					0	0	0	0	0	0
02	Não tenho medo de expressar minhas opiniões, mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.					0	0	0	0	0	0
03	Sinto que tenho controle sobre as situações do meu dia a dia.					0	0	0	0	0	0
04	Eu acredito que é importante ter experiências novas que desafiem o que você pensa sobre você mesmo e sobre o mundo.					0	0	0	0	0	0
05	Acredito possuir objetivos e propósitos na minha vida.					0	0	0	0	0	0
06	De forma geral me sinto confiante e positivo sobre mim mesmo.					0	0	0	0	0	0
07	Eu sinto que ganho muito com as minhas amizades.					0	0	0	0	0	0
08	Muitas vezes me preocupo com o que os outros pensam sobre mim.					0	0	0	0	0	0
09	Eu sou muito bom em gerenciar as diversas responsabilidades da minha vida diária.					0	0	0	0	0	0
10	Em minha opinião, pessoas de todas as idades são capazes de continuar crescendo e se desenvolvendo.					0	0	0	0	0	0
11	Na maioria das vezes acho minhas atividades desinteressantes e banais.					0	0	0	0	0	0
12	Gosto de ser do jeito que sou.					0	0	0	0	0	0
13	Parece que a maioria das pessoas tem mais amigos do que eu.					0	0	0	0	0	0
14	Estar feliz comigo mesmo é mais importante para mim do que a aprovação dos outros.					0	0	0	0	0	0
15	Eu normalmente gerencio bem minhas finanças e negócios.					0	0	0	0	0	0
16	Eu aprendi com a vida muitas coisas ao longo do tempo, o que me tornou uma pessoa forte e capaz.					0	0	0	0	0	0
17	Eu gosto de fazer planos para o futuro e trabalhar para torná-los realidade.					0	0	0	0	0	0
18	De um modo geral me sinto decepcionado com o que alcancei na vida.					0	0	0	0	0	0
19	As pessoas me descreveriam como alguém disposta a compartilhar meu tempo com os outros.					0	0	0	0	0	0
20	As pessoas dificilmente me convencem a fazer coisas que eu não queira.					0	0	0	0	0	0

	1 Discordo Totalmente	2 Discordo Parcialmente	3 Discordo Pouco	4 Concordo Pouco	5 Concordo Parcialmente	6 Concordo Totalmente
						1 2 3 4 5 6
21	Consigo administrar bem meu tempo, desta maneira posso fazer tudo o que deve ser feito.					0 0 0 0 0 0
22	Eu acredito que cresci como pessoa ao longo do tempo.					0 0 0 0 0 0
23	Sou uma pessoa ativa para executar os planos que estipulei para mim mesmo.					0 0 0 0 0 0
24	Em geral tenho orgulho de quem sou e da vida que levo.					0 0 0 0 0 0
25	Em relação às amizades, eu geralmente me sinto descolado.					0 0 0 0 0 0
26	Muitas vezes, eu mudo de opinião se meus amigos ou familiares discordam das minhas decisões.					0 0 0 0 0 0
27	Eu fico frustrado quando tento planejar minhas atividades diárias, porque eu nunca consigo fazer as coisas que planejo.					0 0 0 0 0 0
28	Para mim, a vida é um contínuo processo de aprendizado, mudança e crescimento.					0 0 0 0 0 0
29	Meus objetivos na vida têm sido mais uma fonte de satisfação do que de frustração para mim.					0 0 0 0 0 0
30	Quando eu me comparo a amigos e conhecidos, me sinto bem em relação a quem eu sou.					0 0 0 0 0 0
31	Meus amigos e eu somos solidários aos problemas uns dos outros.					0 0 0 0 0 0
32	Eu me preocupo com as avaliações dos outros sobre as escolhas que eu faço na minha vida.					0 0 0 0 0 0
33	Eu tenho dificuldades para organizar minha vida de uma forma satisfatória para mim.					0 0 0 0 0 0
34	Eu gosto de ver como minhas opiniões mudaram e amadureceram ao longo dos anos.					0 0 0 0 0 0
35	Eu fico satisfeito quando penso no que eu já realizei na vida.					0 0 0 0 0 0
36	Todos têm suas limitações, mas eu pareço ter mais que os outros.					0 0 0 0 0 0

Anexo N – Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo – Versão Reduzida (PANAS)

A seguir você vai encontrar uma lista de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada item e depois marque a resposta adequada no espaço ao lado da palavra. Indique até que ponto você tem se sentido desta forma ultimamente.

1=nem um pouco 2=um pouco 3=moderadamente 4=bastante 5=extremamente

		1	2	3	4	5
01	Aflito	0	0	0	0	0
02	Amedrontado	0	0	0	0	0
03	Angustiado	0	0	0	0	0
04	Animado	0	0	0	0	0
05	Apreensivo	0	0	0	0	0
06	Assustado	0	0	0	0	0
07	Chateado	0	0	0	0	0
08	Cuidadoso	0	0	0	0	0
09	Culpado	0	0	0	0	0
10	Dinâmico	0	0	0	0	0
11	Entusiasmado	0	0	0	0	0
12	Estimulado	0	0	0	0	0
13	Inquieto	0	0	0	0	0
14	Inspirado	0	0	0	0	0
15	Medroso	0	0	0	0	0
16	Nervoso	0	0	0	0	0
17	Orgulhoso	0	0	0	0	0
18	Perturbado	0	0	0	0	0
19	Poderoso	0	0	0	0	0
20	Preocupado	0	0	0	0	0
21	Produtivo	0	0	0	0	0
22	Zeloso	0	0	0	0	0

Anexo O – Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF)

Por favor, responda as questões a seguir sobre como você tem se sentido durante o último mês. Assinale a resposta que melhor representa a frequência com que você teve a experiência ou sentiu-se da maneira descrita.

- 1 - Nunca
- 2 - Uma ou duas vezes
- 3 - Cerca de uma vez por semana
- 4 - Cerca de 2 ou 3 vezes por
- 5 - Quase todos os dias
- 6 - Todos os dias

Durante o último mês, com que frequência você sentiu...

		1	2	3	4	5	6
01	Feliz.	0	0	0	0	0	0
02	Interessado(a) pela vida.	0	0	0	0	0	0
03	Satisfeito(a).	0	0	0	0	0	0
04	Que você teve algo importante para contribuir com a sociedade.	0	0	0	0	0	0
05	Que você pertencia a uma comunidade (como um grupo social, ou a sua vizinhança).	0	0	0	0	0	0
06	Que nossa sociedade está se tornando um lugar melhor para pessoas como você.	0	0	0	0	0	0
07	Que as pessoas, em geral, são boas.	0	0	0	0	0	0
08	Que a forma como a nossa sociedade funciona faz sentido para você.	0	0	0	0	0	0
09	Que você gostava da maior parte das suas características de personalidade.	0	0	0	0	0	0
10	Que você administrou bem as responsabilidades do seu dia-a-dia.	0	0	0	0	0	0
11	Que você tinha relacionamentos afetuosos e de confiança com outras pessoas.	0	0	0	0	0	0
12	Que você teve experiências que o desafiaram a crescer e tornar-se uma pessoa melhor.	0	0	0	0	0	0
13	Que você foi confiante para pensar ou expressar suas idéias e opiniões próprias.	0	0	0	0	0	0
14	Que sua vida tem um propósito ou um sentido.	0	0	0	0	0	0

Anexo P – Parcer do Comitê de Ética

INSTITUTO DE PSICOLOGIA -
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação Estrutural e Dimensional da Personalidade: Estudos Psicométricos e de Aplicação Clínica

Pesquisador: Denise Ruschel Bandeira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31610114.9.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO
MINISTERIO DA EDUCACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 937.290

Data da Relatoria: 11/01/2015

Apresentação do Projeto:

Esta emenda não modifica em nada o projeto original.

Apenas inclui um novo centro de pesquisa, o Hospital São Lucas da PUCRS.

Objetivo da Pesquisa:

Seguem os mesmos do original.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Seguem os mesmos do original.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tem mérito e benefícios à ciência e à sociedade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Já foram apresentados no projeto original e, nesta emenda, incluiu a autorização do chefe do Serviço de Psiquiatria do Hospital São Lucas. Após, este projeto será encaminhado ao CEP do centro de pesquisa incluído nesta emenda.

Recomendações:

Não há.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)308-5698 **Fax:** (51)308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

Continuação do Parecer: 937.290

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda está ética e metodologicamente adequada.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PORTO ALEGRE, 23 de Janeiro de 2015

Assinado por:
Clarissa Marceli Trentini
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)308-5698 Fax: (51)308-5698 E-mail: cep-psico@ufrgs.br