



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

INVENTÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DA PERSONALIDADE – BRASIL (IPO-BR):
EVIDÊNCIAS DE VALIDADE ENTRE AMOSTRAS CLÍNICA E NÃO-CLÍNICA

Dissertação de Mestrado em Psicologia, sob orientação da
Prof^a. Dra. Denise Ruschel Bandeira

Liége Barbieri Silveira

Porto Alegre, novembro de 2015.

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”.

(Marcel Proust)

AGRADECIMENTOS

Nesse momento de conquista e fechamento de um ciclo tão importante em minha vida, sinto-me extremamente grata a todas as pessoas que fizeram parte da minha trajetória nesses anos e contribuíram para que essa vitória fosse possível. Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a minha orientadora Denise, com quem eu aprendi e cresci muito. Eu não poderia ter escolhido orientadora melhor, pois além de todo aprendizado na área da avaliação psicológica que fui adquirindo trabalhando junto com ela, ainda encontrei na minha orientadora um equilíbrio entre cobrança e autonomia, que para mim fez toda a diferença. Te agradeço Denise, porque mesmo com a minha pouca experiência em pesquisa no início deste trabalho, tu sempre me incentivaste e acreditaste no meu potencial.

Também tenho muito a agradecer à minha família e namorado, que sempre estiveram ao meu lado, me incentivando e abrindo espaços para que eu pudesse “reabastecer” as energias. Não consigo imaginar “ser mestre” sem toda a força que eles me deram. Meus queridos pais, Luiz e Neiva, que com muito amor sempre me apoiaram para absolutamente tudo. Não foram poucas às vezes que se preocuparam com as minhas noites mal dormidas, meu cansaço, e com a demanda física e emocional que esse trabalho exigiu de mim, oferecendo todo o tipo de ajuda que estava ao seu alcance. Mas sempre deixaram transparecer no olhar e nas falas o orgulho que sentiam pela caminhada que eu estava trilhando. Pai, mãe, é me inspirando na admiração e no amor que sinto por vocês que cada vez mais tenho vontade de ser uma pessoa e profissional melhor.

Meu namorado Cristian, que me emprestou seus ouvidos e coração em todo esse tempo, dando muito incentivo, me ouvindo com paciência e acolhendo minhas angústias. Muito obrigada, amor, por todo o carinho que você sempre teve comigo e por todas as vezes que abriu mão de estar junto comigo, compreendendo minha distância, tanto física como emocional, e me dando força: “Vai lá, teu mestrado é mais importante nesse momento...”. E mais do que isso, muito obrigada por acreditar tão veementemente que meu esforço se reverteria em sucesso.

Minha irmã Laís, que me ofereceu desde uma ajuda prática, como a elaboração de slides, *desing* para os pôsteres dos congressos e digitação do banco, até um suporte emocional bem importante. Te agradeço, La, por vibrar por mim e me ajudar a encontrar o equilíbrio entre as questões do mestrado com as outras da minha vida e por me inspirar com seu “lema” de que tudo acaba dando certo.

À minha avó Mila, que não economizou velas e orações pedindo que o Espírito Santo iluminasse meus pensamentos na construção da dissertação. À minha avó Edila, que neste momento está no céu, mas que despertou em mim desde muito cedo a busca pelo conhecimento e sempre esteve na torcida valorizando cada pequena conquista.

Outra pessoa chave nesse processo, sem a qual meu caminho teria sido muito mais árduo e sem graça, foi minha grande amiga e companheira de lar, Mônia. Ela me ensinou muito durante todo esse tempo, desde métodos de pesquisa, análises estatísticas e organização de referências bibliográficas, até

algo muito mais intenso e que não pode ser mensurado, a amizade verdadeira e incondicional. Não consigo encontrar palavras para expressar o quanto lhe sou grata, minha amiga. Sua torcida de toda a alma para que eu tivesse sucesso me ajudou a ter êxito, tanto no mestrado acadêmico como no “mestrado da vida”, como nós duas costumamos comentar. Muito obrigada por tudo Moninha!

Outro amigo importantíssimo, por quem eu tenho uma enorme admiração e sou muito grata, é o Sérgio. Mais do que amigo, ele foi meu modelo de profissional e de pesquisador durante o mestrado. Com a ajuda dele eu defini meu tema de pesquisa, e a animação com que ele propunha ideias para o desenvolvimento e condução do meu projeto foram aumentando dentro de mim a paixão pela a área da personalidade e da psicometria. Meu querido Sérgio, você também foi meu orientador, e não tenho palavras para agradecer todo aprendizado que você compartilhou comigo. Mais do que teu conhecimento, o que ficou registrado para mim foi seu enorme empenho em me ajudar para que esse projeto criasse corpo e crescesse, desde os inúmeros encontros por Skype pra discutir dados, até as complicadíssimas análises estatísticas que você me ajudou a entender.

Meu agradecimento em especial a todos os colegas de profissão que confiaram no meu trabalho e mostraram-se abertos e muito disponíveis a auxiliar na minha coleta de dados com grupo clínico. Sabemos que trabalhar com amostras clínicas é sempre uma tarefa árdua e desafiadora, e sem a importantíssima contribuição de vocês, caros colegas, esta pesquisa certamente não teria sido possível. Agradeço, portanto, à minha amiga e colega de profissão Rejane Poy, que abriu as portas do CAPS Erechim para que eu pudesse realizar as coletas, sempre muito solícita e disponível. À psicóloga Luciane Lemos e à Clínica Psiquiátrica Santa Thecla, que acreditaram na importância do meu trabalho, e permitiram tão gentilmente a realização da coleta com os pacientes. Ao curso de Psicologia da URI – Campus Erechim, especialmente à professora Simone Krall, muito disponível em auxiliar a realização da coleta na clínica escola da universidade, às psicólogas Michele Costi e Mônica Kieling, e a todos os estagiários do Centro de Psicologia Aplicada da URI que participaram da pesquisa. À estagiária Sabrina Worst, que me auxiliou nas coletas com os pacientes do CAPS. Aos psicólogos Aline Mezalira, Márcia Fernandez, Lucas Pereira e Fernanda Vaz Hartmann, das prefeituras de Estação, Getúlio Vargas e Cachoeirinha, que me auxiliaram prontamente na aplicação dos instrumentos em seus pacientes. Ao curso de Psicologia da faculdade IMED – Passo Fundo, em especial ao professor Vinícius Ferreira, que tão abertamente se propôs a colaborar com a coleta de dados, e aos estagiários de avaliação psicológica da faculdade que participaram da pesquisa. À todos os profissionais da Clínica Psicológica da UFRGS que se mostraram muito disponíveis em auxiliar na aplicação dos instrumentos em seus pacientes, e em especial à Manoela Petersen, que a organizou essas coletas. À psicóloga Alessandra Reis, que solicitamente colaborou com a pesquisa.

Aos alunos do IFRS – Campus Canoas, que voluntariamente se dispuseram a compor a amostra normal da coleta, assim como aos professores que cederam espaço em suas aulas para a aplicação dos questionários.

Meu muito obrigada aos professores da banca de pré-qualificação, Fabian Rueda e Valdiney Gouveia, e da banca da qualificação Caroline Reppold, Carolina Blaya e Marco Teixeira, pelas importantes contribuições para o desenvolvimento desta dissertação.

Também foram parte importante do meu aprendizado todos os colegas do Geapap. As reuniões de segunda-feira de manhã sempre foram muito enriquecedoras com discussões de vocês. Muito obrigada!

Agradeço ainda aos colegas do PPG com quem convivi neste período, companheiros de aula, de RU, de discussões e de momentos de descontração. Em especial à Daniela D’Incao, à Beatriz Cattani e à Livia Leão, com quem estabeleci uma relação de parceria e amizade, e que tornaram o período do meu mestrado muito mais agradável e cheio de vida. À Vivian Lago, que foi quem me falou sobre a Denise. À Bruna Mônego, que sempre deu sugestões pertinentes nas minhas apresentações ao nosso grupo de pesquisa. À Elisa Bertoletti, que me deu dicas valiosas sobre alguns locais de coleta.

Aos meus colegas de trabalho do IFRS, Jeison, Aline, Adriano e Dalvana, que sempre me incentivaram com o mestrado e foram muito compreensivos nos meus momentos de loucura e ausência com as atividades do PPG.

Agradeço ainda à psicóloga Denise Yates pela oportunidade de poder ter participado como supervisora e colaboradora, do Centro de Avaliação Psicológica da UFRGS, local que me proporcionou um imenso crescimento profissional, pelas ricas discussões com colegas altamente qualificados na área da avaliação psicológica, e pessoal, pelos grandes amigos que conheci durante esse trabalho.

Agradeço a toda equipe do PPG da UFRGS pela competência e disponibilidade em auxiliar no que fosse preciso, e ao programa pelo auxílio financeiro oferecido para participação nos congressos.

Por fim, faço um agradecimento especial a todos os meus amigos, que estiveram sempre junto comigo, e compreenderam minhas longas ausências durante esses anos.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
INTRODUÇÃO	9
Estudos e compreensão geral sobre a personalidade	9
Organização da personalidade segundo Kernberg	10
<i>Inventory of Personality Organization</i> na Avaliação da Personalidade: estudos empíricos	13
Modelo dos cinco grandes fatores de personalidade	17
Referências	20
JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	26
ESTUDO I: Evidências de validade do Inventário de Organização da Personalidade -Brasil (IPO-Br): Relação com o modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade	27
Método	30
Participantes	30
Instrumentos	32
Procedimentos	33
Análise de Dados	33
Resultados	35
Discussão	39
Conclusão	42
Referências	42
ESTUDO II: Inventário de Organização da Personalidade - Brasil (IPO-Br): evidências de validade baseadas em critérios externos	47
Método	50
Participantes	50
Instrumentos	52
Procedimentos	53
Análise de Dados	54
Resultados	55
Discussão	60
Conclusão	65

Referências	65
ANEXOS	70
Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br)	70
Self Report Questionnaire (SRQ-20)	76
Questionário de dados sócio culturais e de saúde	77
Perfis prototípicos	85
Parecer do Comitê de Ética	90

APRESENTAÇÃO

A proposta deste trabalho foi agregar estudos à área da psicometria no contexto brasileiro. Desta forma, a presente dissertação teve como objetivo principal buscar evidências de validade do Inventário de Organização de Personalidade - Brasil (IPO-Br), que é um instrumento de avaliação estrutural da personalidade recentemente adaptado para o Brasil.

Esta dissertação parte de uma introdução geral, que contextualiza o tema, fazendo um apanhado sobre o conceito de personalidade, a teoria da organização de personalidade proposta por Kernberg, o modelo dos Cinco Grandes Fatores, além de reportar estudos empíricos que utilizam o IPO no contexto internacional. A seguir, compondo o corpo da dissertação, apresentam-se dois estudos empíricos em forma de artigo científico, referentes a evidências de validade do IPO-Br. O Estudo I propôs a investigação de evidências de validade convergente e incremental entre o IPO-Br e a BFP, que avalia a personalidade com base no modelo dos Cinco Grandes Fatores. O Estudo II, por sua vez, buscou evidências de validade do instrumento com base em critérios externos, verificando-se sua capacidade em discriminar as diferentes organizações de personalidade propostas no modelo estrutural de Kernberg. Também foram estimados os pontos de corte para as escalas do instrumento.

Os instrumentos utilizados nos delineamentos dos estudos encontram-se em anexo.

INTRODUÇÃO

Estudos e compreensão geral sobre a personalidade

A personalidade é “a parte do campo da psicologia que mais considera as pessoas em sua totalidade, como indivíduos e como seres complexos” (Pervin & John, 2004, p. 22-23). O estudo científico da personalidade, portanto, procura responder questões que passam pela complexidade do comportamento humano, buscando ordem e relações significativas. Assim, há uma incessante busca pelo entendimento acerca de pontos que são ao mesmo tempo fascinantes e caóticos, sobre o porquê as pessoas são como são (Pervin & John, 2004).

A personalidade e os transtornos a ela relacionados tem sido alvo de interesse desde os primórdios da civilização, coincidindo provavelmente com o ponto no qual os seres humanos puderam refletir acerca da existência de si mesmos e dos outros (Magnavita, 2004). Assim, a importância de seu estudo vem sendo reconhecida em diversas culturas e épocas (Millon & Davis, 1996) e, especialmente nos últimos anos, pôde-se constatar um aumento dos estudos acerca da personalidade. Esse aumento pode ser atribuído à percepção por parte dos pesquisadores, de que o vasto conhecimento acumulado na área da personalidade normativa pode ser aplicado proveitosamente na investigação das psicopatologias (Clark & Harrison, 2001).

O estudo da personalidade e da psicopatologia envolve diferentes campos de conhecimento, como a psiquiatria, a psicologia do desenvolvimento, a ciência cognitiva, a neuropsicologia, a genética e as observações infantis. Nesse sentido, a teoria psicanalítica, no diálogo com esses domínios, pode oferecer contribuições fundamentais na compreensão da personalidade, visto que parte da premissa de que os comportamentos observáveis e os distúrbios subjetivos que caracterizam os transtornos de personalidade refletem características específicas das estruturas psicológicas subjacentes (Kernberg & Caligor, 2005). Assim, entende-se que os comportamentos e as escolhas não são feitas ao acaso, mas sim são moldadas por forças do inconsciente que possuem uma relação dinâmica entre si (Gabbard, 2006).

De acordo com Kernberg (1995), a abordagem descritiva do diagnóstico, centrada nos sintomas e no comportamento observável, ou a genética, que enfatiza o aspecto biológico e de consanguinidade do paciente, são valiosas, especialmente quando se referem aos

transtornos do eixo I¹ do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM). No entanto, não se mostram suficientemente precisas quando aplicadas aos transtornos de personalidade. O autor acredita que a compreensão das características estruturais intrapsíquicas dos pacientes, juntamente com critérios do diagnóstico descritivo, pode resultar numa grande melhora na precisão diagnóstica. Aponta, portanto, a relevância do diagnóstico estrutural, o qual é mais difícil de ser conduzido, requer maior experiência e apresenta algumas dificuldades metodológicas, mas por outro lado, possui vantagens evidentes, particularmente nos casos de pacientes que não se enquadram facilmente nas categorias descritivas dos manuais diagnósticos.

Organização da Personalidade segundo Kernberg

A partir de uma perspectiva psicanalítica, a personalidade de um indivíduo é parte integral da experiência de si mesmo e do mundo. Assim, ela se caracteriza por uma organização dinâmica de padrões duradouros do comportamento, cognição, emoção, motivação e relações interpessoais (Caligor, Kernberg & Clarkin, 2007).

Com interesse em se aprofundar no estudo da personalidade a partir do funcionamento de pacientes com transtornos de personalidade severos, Otto Kernberg inspirou-se nas teorias psicanalíticas das relações de objeto para desenvolver um modelo de níveis de organização da personalidade. Sua fundamentação é baseada principalmente nos teóricos da psicanálise norte-americana, como Erikson, Jacobson e Mahler, e da escola inglesa de psicanálise, especialmente Klein e Bion, e está intimamente ligada a modelos de tratamento. Portanto, através dos estudos empíricos dos tratamentos derivados da teoria de patologias da personalidade é que se tornou possível a utilização do modelo subjacente de organização mental (Bleiberg, 2008; Kernberg & Caligor, 2005).

Assim, o modelo proposto por Kernberg descreve o funcionamento normal ou patológico da personalidade a partir da abordagem de estruturas psicológicas. Nesta perspectiva, estrutura psicológica se refere a uma configuração estável e duradoura dos processos ou funções mentais que organizam o comportamento e as experiências subjetivas do indivíduo (Kernberg & Caligor, 2005; Caligor, Kernberg & Clarkin, 2007).

O modelo estrutural de Otto Kernberg propõe a existência de organizações estruturais responsáveis pelo funcionamento do aparato mental, estabelecidas a partir de um *continuum* e

¹ No DSM-5, lançado em 2013, o sistema multiaxial foi eliminado, a fim de remover distinções artificiais entre transtornos médicos, de personalidade e outros transtornos mentais. No entanto, mesmo que a terminologia de “eixos do DSM-IV” não esteja mais em uso, esta dissertação reportará este termo todas as vezes em que tenham sido utilizados na literatura anterior ao DSM-5, visando manter a estrutura original dos textos.

dispostas de acordo com as características dominantes do paciente no que se refere ao grau de integração da identidade, aos tipos de operações defensivas que ele habitualmente emprega e à capacidade de testar a realidade. Assim, enquanto a personalidade normal envolve a capacidade de adaptação e flexibilidade, a personalidade patológica é caracterizada por uma rigidez no funcionamento psicológico, podendo resultar em três grandes estruturas de organização da personalidade: Neurótica, *Borderline* e Psicótica (Kernberg, 1995; Kernberg & Caligor, 2005; Lenzenweger, McClough, Clarkin, & Kernberg, 2012).

De acordo com esta proposta, pode-se caracterizar a organização de Personalidade Normal pela concepção integrada de *self* e de outros significativos, na qual a “identidade de ego” se faz presente e reflete um senso interno e externo de autocoerência. Além disso, este tipo de organização de personalidade é condição fundamental para uma autoestima e autossatisfação adequadas. Uma visão integrada de si mesmo e dos outros significativos garante capacidades diversas, como a realização de aspirações, empatia, tato social, possibilidade de preocupar-se com o outro e investimento emocional sem perder o senso de autonomia. Na organização de personalidade normal, os afetos são complexos e bem modulados, sendo que mesmo em situações afetivamente intensas, o controle dos impulsos é mantido. Desse modo, o indivíduo tem condições de desenvolver confiança, reciprocidade, firmar compromissos, bem como manejar satisfatoriamente suas motivações sexuais e agressivas, a partir da internalização de um sistema de valores integrado e maduro (Kernberg & Caligor, 2005).

O nível de organização Neurótico da Personalidade tem como pressupostos uma identidade normal consolidada, o predomínio de defesas baseadas na repressão e um teste de realidade estável. Portanto, o que a distingue da personalidade normal é o critério de rigidez, ou seja, uma ativação automática de traços da personalidade mal adaptativos que fogem de um controle voluntário. Este nível de organização está relacionado à capacidade de sublimar, tolerar frustrações, controlar impulsos, constituir relações profundas e de cuidado com os demais, amor sexual e intimidade emocional. Entretanto, os sentimentos inconscientes de culpa podem desencadear padrões patológicos de interação em relação à intimidade sexual (Kernberg, 1995; Kernberg & Caligor, 2005).

A organização *Borderline* de Personalidade, por sua vez, é marcada principalmente por uma formação patológica de identidade, também chamada de difusão da identidade. Outros aspectos característicos são o uso predominante de defesas primitivas e teste de realidade relativamente intacto, mas prejudicado nas situações que envolvam uma intensidade afetiva. Esta organização acarreta, em geral, um distúrbio crônico nas relações interpessoais,

comprometendo a leitura mais aprofundada do comportamento e do estado interno de outras pessoas. Além disso, o tipo *borderline* está associado à agressividade e a um senso instável de eu e de outros, combinação entre intensidade e superficialidade, predominância de afetos negativos, problemas nas relações de trabalho e excesso de componentes agressivos nas relações íntimas e sexuais (Caligor, Kernberg, & Clarkin, 2007; Kernberg & Caligor, 2005).

Finalmente, a organização Psicótica de Personalidade envolve fundamentalmente a perda de teste de realidade, ou seja, o prejuízo de diferenciação entre o eu e o não-eu, e entre os estímulos internos e os externos, cuja manifestação se dá, muitas vezes, por delírios e alucinações. Este nível de organização engloba a difusão de identidade, decorrente da falta de integração do conceito de eu e de outros significantes, bem como a predominância de mecanismos de defesa primitivos, especialmente a cisão (Kernberg & Caligor, 2005).

A partir do modelo proposto por Kernberg, foi desenvolvido o *Inventory of Personality Organization* (IPO), um instrumento de autorrelato que avalia a personalidade a partir de seus níveis de organização. Trata-se de um instrumento do tipo *Likert* de cinco pontos (1 “Nunca verdadeiro” e 5 “Sempre verdadeiro”), composto por 83 itens distribuídos em cinco subescalas. As três primeiras subescalas, chamadas de Escalas Clínicas Primárias, investigam a Difusão da Identidade, as Defesas Primitivas e o Teste de Realidade, e as outras duas, chamadas de Escalas Adicionais, avaliam a Agressividade e os Valores Morais (Clarkin, Foelsch, & Kernberg, 2001).

Para Kernberg, a identidade é uma estrutura psicológica de ordem superior, já que ela está ligada ao senso de “eu”. Portanto, nos indivíduos com identidade normal, as relações de objetos internos são integradas e abrangem um senso de si mesmo estável e coerente. O indivíduo é capaz de integrar diferentes aspectos das outras pessoas, tendo uma visão mais “completa” do outro. Na identidade normal, esse senso se mantém ao longo do tempo, e está associado à capacidade de investimento no trabalho e nos relacionamentos íntimos (Caligor, Kernberg & Clarkin, 2007; Kernberg, 1995). Enquanto isto, os indivíduos com uma identidade difusa possuem um senso fragmentado de eu e dos outros, constituindo suas experiências subjetivas de maneira superficial, polarizada, contraditória e instável ao longo do tempo e das diversas situações. Desta forma, a dimensão *Difusão da Identidade* se refere aos indicadores psicológicos e comportamentais que derivam de uma identidade com pobre integração, particularmente no que tange ao conceito de eu e outros significativos (Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, & Foesch, 2001).

A dimensão do IPO denominada *Defesas Primitivas* avalia a qualidade das defesas predominantemente utilizadas pelo indivíduo. As defesas são respostas psicológicas

automáticas aos estressores internos ou externos, ou aos conflitos emocionais. Desta forma, na estrutura neurótica, as defesas centram-se no recalçamento e em outras operações defensivas de alto nível, tais como formação reativa, isolamento, anulação, intelectualização, racionalização. Nas estruturas *borderline* e psicótica, por sua vez, há um predomínio do mecanismo de cisão, assim como de negação, identificação projetiva e desvalorização. Considerando-se as operações defensivas como um espectro, as mais maduras envolvem pouca ou nenhuma distorção da realidade externa ou interna, e estão associadas a um funcionamento adaptativo e flexível da realidade. As defesas menos elaboradas, por outro lado, estão associadas a um funcionamento mal adaptativo e rígido, uma vez que, para lidar com o desconforto psicológico, operam compartimentalizando os conteúdos conflitivos para distanciá-los da consciência (Caligor, Kernberg & Clarkin, 2007; Kernberg, 1995; Ruiz & Sánchez, 2008).

O *Teste de Realidade* se refere às condições que o indivíduo possui para diferenciar o “eu” e “não-eu”, a origem interna e externa de estímulos, assim como a capacidade de avaliar realisticamente o próprio afeto, comportamento e conteúdo do pensamento em termos de normas sociais e usuais (Kernberg, 1995; Ruiz & Sanches, 2008). Em níveis extremos, as falhas no teste de realidade são manifestas através de uma desorganização de pensamento e comportamento, como ocorre nos estados psicóticos (Lenzenweger et al., 2001).

Quanto às escalas adicionais, a de *Agressividade* avalia as vivências e expressões agressivas do examinando, se destrutivas ou autodestrutivas. Portanto, altos níveis de agressividade podem representar condutas reais ou fantasmáticas de destruir, humilhar e/ou trazer dano ao outro (fisicamente ou através de insultos). Por outro lado, a escala denominada *Valores Morais* corresponde ao conceito de superego da teoria psicanalítica. Avalia, assim, o grau de integração do superego no que tange as características primitivas, severas e persecutórias (Kernberg & Caligor, 2005; Ruiz & Sanches, 2008).

O *Inventory of Personality Organization* na Avaliação da Personalidade: estudos empíricos

Muitas teorias psicodinâmicas contribuíram nos últimos anos para a compreensão da personalidade. Entretanto, o trabalho de Kernberg merece um reconhecimento especial pela utilidade do enquadre construído no sentido de organizar os tipos psicológicos em termos de seu nível de severidade (Millon & Davis, 1995). O IPO, instrumento desenvolvido a partir desse modelo, tem apresentado uma boa aceitação em diversos países, visto que vem aumentando, nos últimos anos, o número de estudos internacionais utilizando-o na avaliação

da personalidade. O instrumento já foi traduzido para diferentes idiomas, com adaptações para diferentes culturas (Berghuis, Kamphuis, Boedijn, & Verheul, 2009; Igarashi, et al, 2009; Normandin et al, 2002; Oliveira & Bandeira, 2012; Quiroga, Solano, & Fontao, 2003; Ruiz & Sánches, 2008; Smits, Vermote, Claes, & Vertommen, 2009), e tem apresentado propriedades psicométricas adequadas (Berghuis et al., 2009; Ellison & Levy, 2012; Irwin, 2004; Lenzenweger et al., 2001; Lowyck, Luyten, Verhaest, Vandeneede, & Vermote, 2013; Normandin et al, 2002; Oliveira & Bandeira, 2012; Quiroga, et al., 2003; Ruiz & Sánches, 2008; Smits et al. 2009; Spitzer, et al., 2006).

Nesse sentido, a consistência interna reportada nos estudos tem apresentado índices adequados para as Escalas Clínicas Primárias², com o α variando de 0,64 a 0,93 (Berghuis et al., 2009; Lenzenweger et al., 2001; Normandin et al., 2002; Preti et al., 2015; Quiroga et al., 2003; Smits et al., 2009; Oliveira, 2012). De maneira semelhante, os estudos referentes à estabilidade temporal também reportam bons indicadores na correlação teste-reteste para todas as subescalas, com r variando de 0,61 a 0,86 (Berghuis et al., 2009; Lenzenweger et al., 2001; Normandin et al., 2002; Oliveira, 2012).

Além da consistência interna e da estabilidade temporal, grande parte dos estudos reportando o IPO se referem à investigação de sua validade convergente com outros instrumentos ou construtos psicológicos. Nesse sentido, pode-se citar vários estudos dos próprios autores do instrumento, como o de Lenzenweger et al. (2001), que investiga a validade das escalas primárias do IPO a partir de amostras normais, no qual pôde-se verificar correlações positivas com depressão, ansiedade, sintomas psicóticos, irritabilidade, afeto negativo ($r = 0,31$ a $r = 0,56$; $p < 0,05$), e correlação negativa com afeto positivo ($r = -0,38$ a $r = -0,58$; $p < 0,05$). Em estudos semelhantes com as escalas clínicas primárias do IPO, foram reportadas associações negativas com capacidade relacional, autocontrole, responsabilidade, concordância social (Preti et al, 2015), bem como observou-se correlações significativas com construtos de personalidade, tais como alienação, agressão, absorção, reação ao estresse ($r = 0,39$ a $r = 0,57$; $p < 0,001$), bem-estar, e controle ($r = -0,24$ a $r = -0,30$; $p < 0,05$) (Lenzenweger et al., 2012).

Critchfield, Clarkin, Levy e Kernberg (2008a) estudaram a relação de variáveis externas na exploração de padrões de comorbidade do eixo II para o transtorno de

² Embora a última reformulação do IPO, feita em 2001 (Clarkin, Foelsch, & Kernberg, 2001; Lenzenweger et al., 2001), tenha mantido as escalas clínicas primárias (DI, DP e TR) e acrescentado as adicionais (AG, VM), uma parcela significativa das pesquisas atuais ainda foca-se apenas no estudo das escalas clínicas primárias, dado o caráter psicopatológico que elas permitem avaliar.

personalidade *borderline*, e para tanto utilizaram a dimensão do IPO Difusão da Identidade. Os resultados demonstraram que há correlação significativa entre essa dimensão e traços de comorbidade do eixo II ($r = 0,24; p < 0,05$).

Ainda sobre os estudos de validade convergente do IPO desenvolvidos por Kernberg e colegas, pode-se citar um, cujo delineamento abordou as escalas Agressão e Valores Morais em pacientes com transtorno de personalidade *borderline* (TPB) (Critchfield, Levy, Clarkin, & Kernberg, 2008b). O estudo pretendia investigar as diferentes facetas da agressão (ativa, reativa e autodirecionada) nesse transtorno, que estariam teoricamente relacionadas aos estilos de apego estabelecidos pelos pacientes. Embora o IPO tipicamente combine essas facetas da agressão em uma escala, os autores as consideraram separadamente baseados na hipótese de que elas deveriam apresentar diferentes conexões de acordo com os modelos internos de apego no caso deste transtorno. Os resultados demonstraram que os aspectos das escalas relacionados à agressão voltada ao outro, características antissociais e parassuicídio (agressão voltada para si) apresentam correlações significativas com as dimensões ansiosa e evitativa do apego ($r = 0,29; p < 0,01$ a $r = 0,49; p < 0,001$). O único aspecto investigado das escalas que não apresentou correlação significativa foi suicídio, variável que foi considerada por um único item do IPO no estudo. Os autores concluíram, através dos subsídios trazidos por estas duas escalas do IPO, que há uma maior tendência dos vários tipos de agressão ocorrerem nos pacientes com TPB que experienciaram níveis de ansiedade ou evitação em suas relações.

Na adaptação e validação do IPO para o Japão, os autores compararam as escalas do IPO com diversas outras escalas de instrumentos que medem construtos psicológicos com os quais deveriam, teoricamente, se correlacionar, e investigaram a relação do IPO com variáveis demográficas. Observaram como resultados, correlações positivas entre escalas do IPO com medidas de personalidade narcisista e *borderline*, humor disfórico, estilos parentais desadaptativos, negligência e superproteção parental ($r = 0,14$ a $r = 0,58; p < 0,001$). Da mesma forma, as correlações negativas se referiram aos construtos de bem-estar psicológico, sentimento de autoeficácia, capacidade de apego adulto e cuidados parentais ($r = -0,19$ a $r = -0,46; p < 0,001$). Em relação à comparação do grupo clínico, composto por ex-pacientes psiquiátricos, com o grupo controle, a hipótese inicial era de que o primeiro deveria apresentar maiores escores no IPO do que o segundo. No entanto, esta hipótese não se confirmou, o que os autores atribuíram ao efeito da idade dos participantes, já que o grupo controle era composto por jovens estudantes, e os escores das escalas do IPO decresceram conforme crescia a idade. O resultado pode estar relacionado ainda ao fato de que o

instrumento passou por uma redução no número de itens nesta pesquisa. Os autores também observaram efeito do sexo dos participantes nas médias das escalas (Igarashi et al., 2009).

Em relação a estudos abordando características clínicas, todas as escalas do IPO mostraram associações positivas com variáveis como depressão, sintomas psicossomáticos, comportamentos autodestrutivos e problemas interpessoais ($r = 0,30$ a $r = 0,57$; $p < 0,001$) (Lowyck et al., 2013). Os mesmos autores verificaram a validade concorrente do IPO através da escala *Differentiation-Relatedness Scale* (DR-S; Diamond et al. 1991), reportando altos índices em diferenciação e relacionamento do *self* e de outros significativos relacionados negativamente com índices de funcionamento de personalidade avaliada pelo IPO ($r = -0,21$; $p < 0,05$ a $r = -0,40$; $p < 0,001$). Outra aplicação do instrumento incluiu a utilização do IPO na avaliação dos conflitos entre casais, sendo que a escala Defesas Primitivas foi capaz de prever a baixa satisfação do casal (Verreault, Sabourin, Lussier, Normandin, & Clarkin, 2013).

Berghuis et al. (2009) investigaram a relação do IPO com o modelo dos Cinco Grandes Fatores, sendo que todas as escalas apresentaram relação positiva com o fator neuroticismo ($r = 0,48$ a $r = 0,76$; $p < 0,01$) e negativa com realização e socialização ($r = -0,23$ a $r = -0,59$); $p < 0,01$). Além disso, o fator abertura à experiência não apresentou relação com nenhuma escala e o fator extroversão apresentou relação negativa somente com a escala Difusão de Identidade.

A literatura também apresenta estudos do IPO com grupos clínicos, a fim investigar a validade clínica do instrumento e a capacidade em discriminar grupos. Em um estudo com grupo clínico, as escalas Defesas Primitivas e Difusão da Identidade do IPO-R (Smits et al., 2009) foram capazes de diferenciar pessoas da amostra normal, pacientes com transtorno do eixo I e pacientes com transtornos do eixo II, bem como diferenciou entre os níveis de organização da personalidade neurótico, *borderline* e psicótico. Os autores concluíram também que a escala de Teste de Realidade, embora não seja uma medida específica da estrutura de personalidade psicótica, apresenta sensibilidade para prejuízos na percepção da realidade resultantes dos sintomas psicóticos.

Na Argentina, pesquisadores avaliaram a capacidade do IPO em discriminar grupos, verificando a estrutura de personalidade de pais de adolescentes diagnosticados com transtorno opositor desafiante e de conduta. Perceberam, como resultado, que os pais de filhos com os diagnósticos citados apresentaram maior prejuízo nas funções da personalidade quando comparados com a amostra controle (Quiroga & Cryan, 2009). Em outro estudo, verificou-se que a difusão de identidade das mães, medida pelo IPO, somada ao

estabelecimento de um apego desorganizado em relação aos seus filhos, podem prever comportamentos externalizantes, agressividade e até mesmo condutas delinquentes nas crianças (Goodman, Bartlett, & Stroh, 2013).

Berghuis et al. (2009), por sua vez, estudaram grupos clínicos, tecendo comparações entre o IPO e o Symptom Checklist-90 (SCL-90, Derogatis, 1994), instrumento que fornece tanto índices que avaliam a severidade na personalidade, quanto sintomas atuais. Os resultados apontaram que os primeiros índices apresentaram associações mais fortes com o IPO do que os segundos, sugerindo que o IPO tende a se relacionar mais com patologias da personalidade do que com sintomatologias do eixo I.

Com relação à utilização do IPO para avaliação de características de pacientes psiquiátricos, estudou-se a relação entre o IPO e o fenômeno psicológico de dissociação. Os resultados apontaram que a escala Teste de Realidade é o mais importante preditor para todas as facetas da dissociação (Spitzer et al., 2006). A escala Teste de Realidade também foi utilizada em um estudo australiano que revelou que a formação de crenças paranormais foi predita pelos prejuízos do teste de realidade (Irwin, 2004).

Referente à investigação da eficácia psicoterápica, o IPO é apontado como instrumento útil para examinar características de pacientes que aderem e abandonam o tratamento (Hamilton, Wininger e Roose, 2009) e para auxiliar na classificação de pacientes que seriam ou não indicados para análise (Caligor et al., 2009). Em outro estudo, no qual o instrumento é reportado como uma medida global para a avaliação dos prejuízos na organização da personalidade, pretendia-se identificar diferenças na evolução das trajetórias de pacientes com transtorno de personalidade em um tratamento hospitalar (Vermote et al., 2009). Os resultados mostraram que o IPO foi capaz de diferenciar pacientes com mesmo transtorno, no que se refere à gravidade dos sintomas.

A partir da análise dos estudos empíricos relatados, é possível evidenciar inúmeras vantagens da utilização do IPO em diferentes contextos, além das propriedades psicométricas do instrumento serem salientadas por vários autores. A partir da importância que o IPO tem apresentado na contribuição dos estudos em personalidade, estudou-se sua relação com outro modelo muito proeminente na contemporaneidade, o dos Cinco Grandes Fatores (Costa & Mc Crae, 1990; Heim & Westen, 2009). Portanto, uma descrição deste modelo é realizada a seguir.

Modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade

Um dos modelos dimensionais que mais tem sido utilizado, sobretudo nos últimos anos, é o dos Cinco Grandes Fatores (CGF). Os fatores que compõem o modelo são definidos através dos traços de personalidade, ou seja, partem de dimensões duradouras de diferenças individuais para mostrar padrões consistentes de pensamentos, sentimentos e ações (Costa & McCrae, 1990).

O modelo CGF, em sua formulação atual, descreve a personalidade de forma simples e compreensiva, através da proposição dos seguintes fatores: Extroversão, Neuroticismo, Realização, Socialização e Abertura à Experiência. Embora a denominação dos fatores ainda não seja consensual, os traços de personalidade que eles descrevem, bem como sua forma de agrupamento, são equivalentes entre os diferentes pesquisadores que trabalham com o modelo (Nunes & Hutz, 2005).

O fator *Extroversão* refere-se à quantidade e à intensidade das interações interpessoais preferidas, nível de atividade, necessidade de estímulos e capacidade de ficar alegre. Portanto, essa dimensão varia de pessoas sociáveis, ativas e afetuosas até pessoas reservadas, indiferentes e quietas. A *Socialização*, assim como a Extroversão também é uma dimensão interpessoal; contudo, se refere ao tipo de interação que a pessoa apresenta ao longo de um contínuo que se estende da compaixão ao antagonismo. O fator *Realização* avalia o grau de organização, persistência, controle e motivação para alcançar objetivos, podendo variar de pessoas organizadas, decididas e perseverantes até pessoas que não são confiáveis, não possuem objetivos claros e são descuidadas. O *Neuroticismo* se refere ao nível crônico de ajustamento emocional. Portanto, altos escores neste fator identificam indivíduos propensos a sofrimentos psicológicos e a apresentar altos níveis de ansiedade, depressão, hostilidade, autocrítica, impulsividade, vulnerabilidade e instabilidade emocional. Por fim, a dimensão *Abertura à Experiência* envolve os comportamentos exploratórios e reconhecimento da importância de ter novas experiências, variando em um contínuo de pessoas curiosas e imaginativas a pessoas conservadoras e rígidas em suas crenças (Costa & Widiger, 2002).

O modelo CGF teve seus pioneiros na década de 1930 e originou-se a partir de um grande conjunto de pesquisas na área da personalidade, que tem por base as teorias fatoriais e as teorias de traços. Desde então, tem despertado um crescente interesse na comunidade científica, especialmente na atualidade, o que ocorre principalmente devido à evidência de universalidade e aplicabilidade em diferentes contextos (Nunes & Hutz, 2005). Para alguns pesquisadores, o modelo dos cinco fatores permite mapear qualquer construto relacionado à personalidade, já que ele é capaz de capturar suas características essenciais (Costa & McCrae, 1988; Goldberg, 1993; McCrae & Costa, 1997).

Embora o modelo tenha relevância evidente, existem divergências envolvendo o uso dos Cinco Grandes Fatores no estudo da personalidade. Shedler & Westen (2004), por exemplo, fazem um questionamento acerca da relevância clínica dos cinco grandes fatores, apresentando críticas trazidas na literatura de que o modelo deriva da análise fatorial dos adjetivos, mas que estes podem ser inadequados para descrever a complexidade da personalidade. O modelo CGF poderia ser considerado também muito superficial para propósitos clínicos, uma vez que não contribui significativamente com a compreensão integrativa da personalidade (McAdams, 1992), e não propicia uma diferenciação entre o entendimento de profissionais e leigos acerca do construto (Block, 1995; Westen, 1995).

Existe uma crítica ao modelo dimensional por ele ser menos familiar aos clínicos e não ser tão simples quando utilizado para considerar se uma pessoa tem ou não um transtorno, quanto seria o modelo categórico, por exemplo. Porém, por outro lado, o suporte empírico do modelo CGF é substancial na avaliação da personalidade normal, e oferece aporte teórico para os estudos com transtornos de personalidade. Além disso, os clínicos que utilizam o modelo dos cinco grandes fatores teriam condições de oferecer uma descrição compreensiva da personalidade de seus pacientes, principalmente com relação aos seus traços adaptativos e mal adaptativos (Widiger & Frances, 2002).

Nos últimos anos, o interesse no estudo dos transtornos de personalidade tem crescido substancialmente, o que se reflete na vasta literatura existente acerca do tema. Mesmo assim, há sérios problemas de ordem teórica e metodológica com o diagnóstico categórico oferecido pelos manuais diagnósticos, como categorias mutuamente excludentes, falta de evidência de validade de algumas categorias e excessiva comorbidade entre os transtornos do eixo II. Muitos problemas dos manuais diagnósticos seriam resolvidos, portanto, utilizando-se uma dimensão contínua ao invés de categorias distintas (Costa & Widiger, 2002).

Algumas modificações na área das pesquisas sobre os transtornos de personalidade valorizando os modelos dimensionais vêm sendo sugeridas nos últimos anos, especialmente após a publicação do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (5ª edição; DSM-5; *American Psychiatric Association*, 2014). No manual, apresentou-se uma proposta alternativa que ainda está em estudo referente a um modelo híbrido categórico-dimensional abrangendo a avaliação de prejuízos no funcionamento da personalidade, e de traços de personalidade patológicos.

Nesse sentido, pode-se perceber não haver consenso sobre qual modelo seria mais adequado para um entendimento amplo no estudo dos transtornos. Entretanto, o modelo dos Cinco Grandes Fatores tem aparecido como uma classificação compreensiva das dimensões

da personalidade, abrangendo um enquadre conceitualmente útil para entender os transtornos de personalidade (Costa & Widiger, 2002).

Traços de personalidade extremos ou excessivos caracterizam os transtornos de personalidade. Não se sugere, no entanto, que apresentar escores extremos em alguma escala de personalidade seja necessariamente equivalente a possuir um diagnóstico de transtorno de personalidade, mas sim que existe algum risco para seu desenvolvimento (Widiger, Trull, Clarkin, Sanderson, & Costa, 2002).

Em uma revisão meta-analítica sobre a relação entre os cinco grandes fatores e os transtornos de personalidade, Saulsman e Page (2004), além de realizar a análise dentro de cada categoria individual de transtorno, observaram os resultados transversalmente entre os transtornos de personalidade. Assim, obtiveram indicativos sobre como os transtornos de personalidade podem ser diferentes e semelhantes ao mesmo tempo. Em relação às similaridades, os achados revelaram que as dimensões de personalidade que se mostraram mais proeminentes e consistentes na base de um grande número de transtornos de personalidade são as associações positivas com Neuroticismo, e associações negativas com Socialização.

Da mesma forma, Widiger (2002) propõe que “elevados índices em neuroticismo são claramente mais sugestivos de transtorno do que elevações em extroversão e realização e talvez mais sugestivos de transtorno do que elevações comparáveis em antagonismo ou introversão” (p. 314). Portanto, podem ser necessários escores mais extremos em Extroversão ou Realização do que seriam em Neuroticismo para sugerir um transtorno de personalidade (Widiger & Costa, 2002).

Berghuis et al. (2009), em estudos utilizando correlação entre o *Inventory Personality Organization* validado para a população holandesa (IPO-NL) e o NEO-Personality Inventory (NEO-PI-R), encontraram correlação baixa com Extroversão e Abertura, e moderada à alta para Neuroticismo, Socialização e Realização. Com estes resultados, os autores sugerem evidências de uma associação positiva, presumivelmente de medida geral, entre os transtornos severos de personalidade e ao que chamam de “NAC *profile*” – altos escores em Neuroticismo, e baixos escores em Socialização e Realização.

Referências

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.

- Bleiberg, E. (2008). A compreensão psicanalítica dos transtornos mentais. In: Person, E. S., Cooper, A. M. & Gabbard, G. O. *Compêndio de Psicanálise*. Artmed: Porto Alegre.
- Block, J. (1995). A contrarian view of the five-factor approach to personality descriptions. *Psychological Bulletin*, *117*, 187–215.
- Caligor, E., Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Caligor, E., Stern, B. L., Hamilton, M., MacCornack, V., Wininger, L., Sneed, J., & Roose, S. P. (2009). Why We Recommend Analytic Treatment for Some Patients and Not for Others. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *57*(3), 677-694.
- Clark, L. A. & Harrison, J. A. (2001). Assessment instruments. In J. W. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press.
- 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.
- Costa, P. T. Jr. & McCrae, R. R. (1988). Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 853-886.
- Costa, P. T., Jr. & McCrae, R. R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, *4*, 362-371.
- Costa, P. T., Jr. & Widiger, T. A. (2002). Introduction: Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality. In P. T. Costa, & T. A. Widiger, (Orgs.), *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality* (pp. 3-14). Washington, DC: American Psychological Association.
- Critchfield, K. L., Clarkin, J. F., Levy, K. N., & Kernberg, O. F. (2008a). Organization of co-occurring Axis II features in borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, *47*, 185–200.
- Critchfield, K. L., Levy, K. N., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2008b). 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.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Administration scoring and procedures manual* (3rd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systemas.

- Diamond, D., Blatt, S. J., Stayner, D., & Kaslow, N. (1991). *Self-other differentiation of object representations*. Unpublished Research Manual. New Haven, CT: Yale University.
- 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.
- Gabbard, G. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Goldberg, L. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist, 48*, 26-34.
- Goodman, G., Bartlett, R. C., & Stroh, M. (2013). Mothers' borderline features and children's disorganized attachment representations as predictors of children's externalizing behavior. *Psychoanalytic Psychology, 30*(1), 16-36.
- Hamilton, M., Wininger, L., & Roose, S. P. (2009). Dropout rate of training cases: Who and when. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 57*(3), 695-702.
- Heim, A. & Westen, D. (2009). Theories of Personality and Personality Disorders. In J. M. Oldham, A. E. Skodol, & D. S. Bender (Eds.). *Essentials of personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Igarashi, H., Kikuchi, H., Kano, R., Mitoma, H., Shono, M., Hasui, C., & Kitamura, T. (2009). The Inventory of Personality Organisation: its psychometric properties among student and clinical populations in Japan. *Annals of General Psychiatry, 8*(9), 1-21.
- Irwin, H. J. (2004). Reality testing and the formation of paranormal beliefs: A constructive replication. *Journal of the Society for Psychological Research, 68*, 143-152.
- 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*. (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- 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.
- Lenzenweger, M. F., McClough, J. F., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2012). Exploring the interface of neurobehaviorally linked personality dimensions and personality organization in borderline personality disorder: The Multidimensional Personality

- Questionnaire and Inventory of Personality Organization. *Journal of personality Disorders*, 26(6), 902-918.
- Lowyck, B., Luyten, P., Verhaest, Y., Vandeneede, B., & Vermote, R. (2013). Levels of personality functioning and their association with clinical features and interpersonal functioning in patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 27(3), 320-336.
- Magnavita, J. J. (2004). Classification, prevalence and etiology of personality disorders: related issues and controversy. In: Magnavita, J. J. *Handbook of personality disorders: theory and practice* (pp. 3-23). New Jersey: Wiley.
- McAdams, D. (1992). The five-factor model in personality: a critical appraisal. *Journal of Personality*, 60, 329–361.
- McCrae, R. R. & Costa Jr, P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52(5), 509-516.
- Millon, T. & Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. New York: Wiley.
- Millon, T. & Davis, R. (1995). Conceptions of Personality Disorders: historical perspectives, the DSMs and Future Directions. In: Livesley, W. J. *The DSM-IV personality disorders* (pp. 3-28). New York, NY: The Guilford Press.
- Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Dupont, G., Poitras, K., Foelsch, P., & Clarkin, J. (2002). Évaluation de la validité théorique de l'Inventaire de l'organisation de la personnalité. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 34(1), 59-65.
- Nunes, C. H. S. & Hutz, C. S. (2005). O modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade. In: R. Primi (Ed.). *Temas em avaliação psicológica* (pp.87-106). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, S. E. S. (2012). *Diagnóstico estrutural da personalidade: adaptação e validação do Inventory Personality Organization para a cultura brasileira*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Oliveira, S. E. S. & Bandeira, D. R. (2012). Linguistic and cultural adaptation of the Inventory of Personality Organization (IPO) for the Brazilian culture. *Journal of Depression & Anxiety*, 1(1), 1-7.
- Pervin, L. A. & John, O. P. (2004). *Personalidade: teoria e pesquisa*. Porto Alegre: Artmed.

- 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: Theory, Research, and Treatment*, 6(2), 129-140.
- Quiroga, S., Solano, A. C., & Fontao, M. I. (2003). La evaluación de la estructura de la personalidad: adaptación argentina Del Inventario de Organización de la Personalidad (IPO). *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 1, 188-219.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2009). Trastornos de personalidad en padres de adolescentes violentos con diagnóstico de trastorno negativista desafiante y trastorno disocial. *Anuario de Investigaciones*, 16, 85-94.
- Ruiz, L. R. & Sánchez, A. R. R. (2008). Description of the structural organization of the personality in adolescents who studied first semester in a psychology program in the city of Barranquilla. *Psychologia: avances de la disciplina*, 2, 65-91.
- Saulsman, L. M. & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 23, 1055–1085.
- Shedler, J. & Westen, D. (2004). Dimensions of Personality Pathology: An Alternative to the Five-Factor Model. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1743-1754.
- Smits, D. J., Vermote, R., Claes, L., & Vertommen, H. (2009). The Inventory of Personality Organization-Revised: construction of a bridged version. *European Journal of Psychological Assessment*, 25, 223-230.
- Spitzer, C. B., Eirnow, S., Armbuster, J., Kusserow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2006). Borderline personality organization and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70, 210-221.
- Vermote, R., Fonagy, P., Vertommen, H., Verhaest, Y., Stroobants, R., Vandeneede, B., ... & Peuskens, J. (2009). Outcome and outcome trajectories of personality disordered patients during and after a psychoanalytic hospitalization-based treatment. *Journal of Personality Disorders*, 23(3), 294-307.
- Verreault, M., Sabourin, S., Lussier, Y., Normandin, L., & Clarkin, J. F. (2013). Assessment of personality organization in couple relationships: Factorial structure of the inventory of personality organization and incremental validity over neuroticism. *Journal of Personality Assessment*, 95(1), 85-95.
- Westen, D. (1995). A clinical-empirical model of personality: life after the Mischelian ice age and the NEO-lithic era. *Journal of Personality*, 63, 495–524.

- Widiger, T. A. (2002). Conceptualizing a disorder of personality from the five-factor model. In P.T. Jr. Costa & T.A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 311-317). Washington, DC: American Psychological Association.
- Widiger, T. A. & Frances, A. J. (2002). Toward a Dimensional Model for the Personality Disorders. In P. T. Costa & T. A. Widiger, (Eds.), *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality* (pp. 3-14). Washington, DC: American Psychological Association.
- Widiger, T. A., Trull, T. J., Clarkin, J. F. Sanderson, C., & Costa, P. T. Jr. (2002). A description of the DSM-III-R and DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. In P.T. Jr. Costa, & T.A. Widiger (Eds.). *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 41-56). Washington, DC: American Psychological Association.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

O estudo da personalidade é um tema de grande interesse na psicologia. As pessoas funcionam como um todo organizado, e é à luz dessa organização que se deve entendê-las. A avaliação da personalidade é, portanto, essencial na compreensão dos diferentes aspectos de funcionamento de um indivíduo, e de como eles estão relacionados entre si (Pervin & John, 2004).

O IPO tem sido reportado em muitos estudos como um bom instrumento na avaliação da personalidade, especialmente por suas qualidades psicométricas adequadas, capacidade em discriminar pacientes com transtornos de personalidade severos, utilidade para a triagem diagnóstica e associação entre suas escalas com construtos psicológicos (Berghuis et al., 2009; Clarkin, Kernberg, & Foelsch, 2001; Irwin, 2004; Lenzenweger, et al, 2001; Lowyck, et al., 2013; Oliveira, 2012; Smits et al., 2009; Spitzer et al., 2006).

Os resultados do estudo de adaptação da versão brasileira *do Inventory of Personality Organization* (IPO-Br) indicam que o instrumento apresenta equivalência funcional com a versão original, devido à sua similaridade estrutural, conceitual e operacional. Da mesma forma, as propriedades psicométricas foram adequadas, indicando que o IPO-Br é um instrumento válido e fidedigno. Observaram-se ainda evidências de validade convergente com medidas de estados e funções psicológicos adaptativos e maladaptativos e de validade concorrente com critérios de saúde geral (Oliveira, 2012; Oliveira & Bandeira, 2012). No entanto, o trabalho de adaptação e validação do IPO-Br não contemplou estudos com grupos clínicos. Além disso, apesar de ter sido investigada a relação do IPO com algumas funções psicológicas, há uma lacuna na investigação de validade convergente entre o IPO-Br e outro instrumento de avaliação da personalidade.

A partir disto, o presente trabalho teve como objetivo geral investigar evidências de validade do IPO-Br a partir de amostras clínica e não clínica. Como objetivos específicos, pretendeu-se:

1. avaliar se o IPO discrimina os grupos: não clínico, neurótico, borderline e psicótico;
2. estabelecer pontos de corte para cada nível de organização da personalidade;
3. investigar a validade convergente entre o IPO-Br e a BFP, que trata-se de um instrumento que avalie a personalidade a partir do modelo Cinco Grandes Fatores de Personalidade.

ESTUDO I: EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DO INVENTÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DA PERSONALIDADE – BRASIL (IPO-BR): RELAÇÃO COM O MODELO DOS CINCO GRANDES FATORES DA PERSONALIDADE

Liége Barbieri Silveira, Sérgio Eduardo Silva de Oliveira, Denise Ruschel Bandeira

Departamento de Psicologia do Desenvolvimento e da Personalidade
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

A personalidade, definida de maneira geral como um padrão duradouro de cognição, emoção, motivação e comportamento ativados em circunstâncias particulares (Westen, 1995), tem sido objeto de estudo em diferentes épocas e culturas (Millon & Davis, 1996). À medida que os estudos acerca da personalidade normativa foram aumentando, também ampliou-se o interesse na investigação das psicopatologias da personalidade (Clark & Harrison, 2001).

Dezenas de abordagens se dedicaram ao estudo da personalidade normal e patológica no século passado. Dentre as mais relevantes, estão a abordagem psicodinâmica e psicologia do traço. A abordagem psicodinâmica é uma das mais difundidas e utilizadas na prática clínica, a qual utilizou pela primeira vez o conceito de transtorno de personalidade. Já a psicologia do traço, apresentada mais adiante neste artigo, trata-se de uma abordagem empírica com sólidos alicerces no estudo da personalidade normal, que vem recebendo crescente interesse de pesquisadores que estudam patologias relacionadas à personalidade (Heim & Westen, 2009).

De um ponto de vista psicodinâmico, uma das mais importantes características dos transtornos de personalidade se refere ao fato de eles representarem constelações de processos psicológicos ao invés de sintomas distintos que podem ser entendidos isoladamente. Além disso, esses transtornos estão localizados em um *continuum* de patologia da personalidade entre uma saúde e doença relativas, e refletem processos profundamente arraigados e resistentes a mudanças (Heim & Westen, 2009).

A teoria que melhor incorpora esses princípios é a teoria estrutural da personalidade desenvolvida por Otto Kernberg (Heim & Westen, 2009). O modelo estrutural de Otto Kernberg propõe a existência de organizações estruturais responsáveis pelo funcionamento do aparato mental, estabelecidas a partir de um *continuum* e dispostas de acordo com as características dominantes do paciente no que se refere ao grau de integração da identidade, aos tipos de operações defensivas que ele habitualmente emprega e à capacidade de testar a realidade (Kernberg & Caligor, 2005).

A partir do modelo proposto por Kernberg, foi desenvolvido o *Inventory of Personality Organization* (IPO), um instrumento de autorrelato que avalia dimensões patológicas da personalidade e que auxilia na construção de um diagnóstico estrutural. Os itens do instrumento estão distribuídos em cinco escalas, sendo que as três primeiras, chamadas de Escalas Clínicas Primárias, investigam a Difusão da Identidade, as Defesas Primitivas e o Teste de Realidade. As outras duas, chamadas de Escalas Adicionais, avaliam a Agressão e os Valores Morais (Clarkin, Foelsch, & Kernberg, 2001; Ruiz & Sanches, 2008).

O IPO já foi traduzido para diferentes idiomas, com adaptações para diferentes culturas (Berghuis, Kamphuis, Boedijn, & Verheul, 2009; Igarashi, et al., 2009; Normandin et al., 2002; Oliveira & Bandeira, 2012; Quiroga, Solano, & Fontao, 2003; Ruiz & Sanches, 2008; Smits, Vermote, Claes, & Vertommen, 2009), e tem apresentado propriedades psicométricas adequadas (Berghuis et al., 2009; Ellison & Levy, 2012; Irwin, 2004; Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, & Foelsch, 2001; Lowyck, Luyten, Verhaest, Vandeneede, & Vermote, 2013; Normandin et al., 2002; Oliveira & Bandeira, 2012; Quiroga, et al., 2003; Ruiz & Sanches, 2008; Smits et al. 2009; Spitzer, et al., 2006). Além disso, estudos demonstraram validade convergente do instrumento com diversos construtos psicológicos, tais como depressão, ansiedade, sintomas psicóticos, frágil autocontrole, entre outros, bem como importante utilidade clínica, uma vez que tem auxiliado na triagem, diagnóstico, avaliação de personalidade e investigação de eficácia psicoterápica de pacientes psiquiátricos (Caligor et al., 2009; Critchfield, Levy, Clarkin, & Kernberg, 2008; Hamilton, Wininger & Roose, 2009; Smits et al., 2009; Spitzer, 2006; Vermote et al., 2009). No Brasil, o instrumento foi traduzido e adaptado por Oliveira & Bandeira (2012) em estudos com população não clínica. Nos estudos de adaptação e validação para o Brasil, observou-se evidências de validade convergente e concorrente com medidas de estados e funções psicológicas adaptativos e maladaptativos e com critérios de saúde geral. No entanto, não foram realizados até o momento estudos com o IPO-Br comparando-o com outro instrumento de personalidade.

Com relação às escalas que compõe o instrumento, a *Difusão da Identidade* se refere aos indicadores psicológicos e comportamentais que derivam de uma identidade com pobre integração, particularmente no que tange o conceito de eu e outros significativos (Lenzenweger, Clarkin, Kernberg & Foesch, 2001). Para Kernberg, a identidade é uma estrutura psicológica de ordem superior, já que ela está ligada ao senso de “eu”. Portanto, nos indivíduos com identidade normal, as relações de objetos internos são integradas e abrangem

um senso de si mesmo estável e coerente, os quais permitem ao indivíduo integrar diferentes aspectos das outras pessoas, tendo uma visão mais “completa” do outro. Enquanto isto, os indivíduos com uma identidade difusa possuem um senso fragmentado de eu e dos outros, constituindo suas experiências subjetivas de maneira superficial, polarizada, contraditória e instável ao longo do tempo e das diversas situações (Caligor, Kernberg, & Clarkin, 2007).

A dimensão do IPO denominada *Defesas Primitivas* avalia a qualidade das defesas predominantemente utilizadas pelo indivíduo. As defesas são respostas psicológicas automáticas aos estressores internos ou externos, ou aos conflitos emocionais. As mais maduras envolvem pouca ou nenhuma distorção da realidade externa ou interna, e estão associadas a um funcionamento adaptativo e flexível da realidade. Por outro lado, as defesas menos elaboradas, especialmente a cisão, estão associadas a um funcionamento mal adaptativo e rígido, uma vez que, para lidar com o desconforto psicológico, operam compartimentalizando os conteúdos conflitivos para distanciá-los da consciência (Caligor, Kernberg & Clarkin, 2007; Kernberg, 1995; Ruiz & Sánchez, 2008).

O *Teste de Realidade* se refere às condições que o indivíduo possui para diferenciar o “eu” e “não-eu”, a origem interna e externa de estímulos, assim como a capacidade de avaliar realisticamente o próprio afeto, comportamento e conteúdo do pensamento em termos de normas sociais e usuais (Kernberg, 1995; Ruiz & Sanches, 2008). Em níveis extremos, as falhas no teste de realidade são manifestas através de uma desorganização de pensamento e comportamento, como ocorre nos estados psicóticos (Lenzenweger et al., 2001).

Quanto às escalas adicionais, a de *Agressão* avalia as vivências e expressões agressivas do examinando, se destrutivas ou autodestrutivas. Portanto, altos níveis de agressão podem representar condutas reais ou fantasmáticas de destruir, humilhar e/ou trazer dano ao outro (fisicamente ou através de insultos). Por outro lado, a escala denominada *Valores Morais* corresponde ao conceito de superego da teoria psicanalítica. Avalia, assim, o grau de integração do superego no que tange as características primitivas, severas e persecutórias (Kernberg & Caligor, 2005; Ruiz & Sanches, 2008).

O enfoque dado pelas teorias psicodinâmicas aos processos e funções da personalidade é menos enfatizado pela psicologia do traço. Esta última abordagem, no entanto, destaca-se no estudo da personalidade pela grande produção de pesquisas empíricas, especialmente em relação ao modelo dos Cinco Grandes Fatores de personalidade (CGF) (Heim & Westen, 2009). Esse modelo, em sua formulação atual, descreve a personalidade de forma simples e compreensiva, através da proposição dos fatores extroversão, neuroticismo, realização, socialização e abertura à experiência (Costa & Widiger, 2002). Além disso, o

CGF se refere à mais proeminente teoria contemporânea dos traços, segundo a qual os transtornos de personalidade não são considerados uma entidade distinta da personalidade normal, mas sim uma variância mais extrema em seus traços (Heim & Westen, 2009).

Pesquisas tem mostrado que altos escores em Neuroticismo combinados com baixos escores em socialização e realização estão fortemente ligados a patologias severas da personalidade (Berghuis et al., 2009; Costa & Widiger, 2002; Laverdière et al., 2007; Quilty, Ayearst, Chmielewski, Pollock, & Bagby, 2013; Saulsman & Page, 2004; Widiger, Trull, Clarkin, Sanderson, & Costa, 2002). Alguns autores referem ainda que uma baixa extroversão também pode estar associada a estas patologias (Malouff, Thorsteinsson, & Schutte, 2005).

Considerando-se o fato de não ter sido realizados até o momento estudos com o IPO-Br comparando-o com outro instrumento de personalidade, e com base em pesquisas prévias sobre a relação do CGF com medidas de funcionamento patológico da personalidade, o presente estudo teve como objetivo investigar evidências de validade convergente e incremental do IPO-Br com a BFP, instrumento que avalia a personalidade no modelo CGF. São esperadas fortes associações positivas com Neuroticismo, e moderadas associações negativas com Socialização e Realização.

MÉTODO

Participantes

Foram convidadas 213 pessoas para colaborar com a pesquisa. Destas, 22 recusaram participar e 21 deixaram de responder a algum dos instrumentos. A amostra final do estudo foi, portanto, de 170 indivíduos (idade variou de 17 a 73 anos; $M = 34,4$, $DP = 12,6$), sendo 61,2% da amostra composta por pacientes que estavam em tratamento psicoterápico e/ou psiquiátrico. A amostra de comparação foi composta por estudantes da modalidade Ensino de Jovens e Adultos (EJA) e de cursos superiores de uma instituição de ensino do Rio Grande do Sul. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e de condição de saúde da amostra estudada.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e de saúde da amostra

Variáveis	Grupo Clínico	Grupo Não Clínico	Total
Total de participantes (<i>f</i> , %)	104 (61,2)	66 (38,8)	170 (100)
Idade (<i>M</i> , <i>DP</i>)	36,6 (12,7)	30,9 (11,7)	34,2 (12,2)
Sexo (<i>f</i> , %)*			
Masculino	32 (30,8)	37 (56,1)	69 (40,6)

Feminino	72 (69,2)	29 (49,3)	101 (59,4)
Estado Civil (f, %)			
Solteiro	59 (57,3)	36 (54,5)	95 (56,2)
Casado ou morando junto	28 (27,2)	28 (42,4)	56 (33,1)
Divorciado	10 (9,7)	2 (3,0)	12 (7,1)
Viúvo	5 (4,8)	0 (0)	5 (3,0)
Outro	1 (1,0)	0 (0)	1 (0,6)
Nível Socioeconômico (f, %)			
Menor que 1 salário mínimo	3 (3,2)	5 (7,7)	8 (5,0)
Entre 1 e 5 salários mínimos	71 (74,7)	38 (58,5)	109 (68,1)
Entre 6 e 10 salários mínimos	10 (10,5)	13 (20,0)	23 (14,4)
Entre 11 e 15 salários mínimos	7 (7,4)	2 (3,1)	9 (5,6)
Acima de 15 salários mínimos	4 (4,2)	7 (10,8)	11 (6,9)
Etnia (f, %)			
Branco	84 (83,2)	48 (75,0)	132 (80,0)
Negro	7 (6,9)	6 (9,4)	13 (7,9)
Pardo	8 (7,9)	10 (15,6)	18 (10,4)
Outro	2 (2,0)	0 (0)	2 (2,0)
Tem filhos (f, %)			
Sim	50 (48,5)	29 (43,9)	79 (46,7)
Não	53 (51,5)	37 (56,1)	90 (53,3)
Cidade de residência (f, %)			
Capital ou região metropolitana	53 (51,0)	56 (84,8)	109 (64,1)
Interior do estado	51 (49,0)	10 (15,2)	61 (35,9)
Nível de escolaridade (f, %)*			
Ens. Fundamental incompleto	11 (10,6)	1 (1,5)	12 (7,1)
Ens. Fundamental completo	3 (2,9)	0 (0)	3 (1,8)
Ens. Médio incompleto	15 (14,4)	15 (22,7)	30 (17,6)
Ens. Médio completo	27 (26,0)	7 (10,6)	34 (20,0)
Ens. Superior incompleto	23 (22,1)	33 (50,0)	56 (32,9)
Ens. Superior completo	22 (21,1)	10 (15,1)	32 (18,8)
Ocupação (f, %)*			
Estudante	12 (18,2)	12 (11,5)	24 (14,1)
Trabalhador	50 (48,1)	52 (78,8)	102 (60,0)
Desempregado	5 (4,8)	0 (0)	5 (4,8)
Aposentado	17 (16,4)	2 (3,0)	19 (11,2)
Do lar	9 (8,7)	0 (0)	9 (5,3)
Licença saúde	5 (4,8)	0 (0)	5 (2,9)
Outro	6 (5,8)	0 (0)	6 (3,5)
Diagnóst. Psiquiátrico (f, %)*			
Sim	71 (42,5)	4 (2,4)	75 (44,9)
Não	31 (18,6)	61 (36,5)	92 (55,1)
Categ. Diag. Psiquiátrico (f)¹			
Transtornos de Humor	43	2	45
Transtornos de Ansiedade	30	2	32
Transtornos Psicóticos	22	0	22
Transtornos de Personalidade	5	0	5
Outros transtornos	7	0	7
Uso med. Psiquiátrica (f, %)*			
Sim	68 (67,3)	3 (4,6)	71 (42,8)
Não	33 (32,7)	62 (95,4)	95 (57,2)

Nota: Os valores apresentados na tabela referem-se apenas aos percentuais válidos.

* Variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os grupos.

¹ No referido item, os números se referem ao valor bruto de pessoas e não ao percentual de ocorrências.

Instrumentos

Inventário de Organização de Personalidade – Brasil (IPO-Br): Adaptado da versão original do IPO (Clarkin, Foelsch e Kernberg, 2001), trata-se de um instrumento de autorrelato que avalia a personalidade psicopatológica através dos níveis de organização da personalidade. É composto por 83 itens com pontuação tipo *Likert* de 5 pontos (1 “Nunca verdadeiro” – 5 “Sempre verdadeiro”), distribuídos em cinco escalas. Três delas são denominadas escalas Clínicas Primárias [Difusão de Identidade (DI), Defesas Primitivas (DP) e Teste de Realidade (TR)], e avaliam as funções centrais para o diagnóstico estrutural segundo o modelo de Kernberg. As outras duas compõem as Escalas Adicionais [Agressão (Ag) e Valores Morais (VM)] (Oliveira & Bandeira, 2012). Estudos prévios de validação do IPO para a cultura brasileira (Oliveira, 2012) indicaram que as Escalas Clínicas Primárias podem ser computadas em três modelos a partir de análise fatorial: 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 no somatório das escalas Difusão de Identidade (DI) e Defesas Primitivas (DP); 3) modelo de três fatores, onde as Escalas Clínicas Primárias são avaliadas individualmente.

Bateria Fatorial de Personalidade (BFP): Instrumento que avalia a personalidade no modelo dos Cinco Grandes Fatores. O teste foi desenvolvido no Brasil, considerando os aspectos da língua e cultura brasileiras. A BFP é composta por 126 itens, com resposta em escala tipo *Likert* de sete pontos (7) pontos (1 = Absolutamente não me identifico com a frase – 7 = Descreve-me perfeitamente), distribuídos em 17 facetas que compõem cinco dimensões. (Neuroticismo, Extroversão, Socialização, Abertura à Experiência e Realização; Nunes, Hutz, & Nunes, 2010).

Questionário sócio demográfico: Questionário elaborado pelos autores para caracterização da amostra, investigando dados clínicos e sócio demográficos.

Self Report Questionnaire (SRQ-20): Trata-se de um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para rastreio de transtornos mentais comuns em serviços de atenção primária. A versão brasileira do instrumento conta com 20 questões indicativas de transtornos não-psicóticos. As alternativas de respostas são do tipo ‘sim’ ou ‘não’. Cada

resposta positiva equivale a um ponto, sendo possível o entrevistado fazer, no máximo, 20 pontos. O ponto de corte estabelecido para a determinação da presença de transtornos mentais comuns é de 8 para ambos os sexos. (Gonçalves, Stein & Kapczinski, 2008).

Procedimentos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP-PSICO), em concordância com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Todos os participantes do estudo aceitaram, voluntariamente, participar da pesquisa.

A aplicação para todos os participantes do grupo não clínico foi realizada de forma coletiva pela pesquisadora. Os instrumentos foram entregues em ordem aleatória aos participantes para evitar o viés de resposta por cansaço, e foram respondidos individualmente por cada participante.

Para aplicação dos protocolos da pesquisa com os participantes da amostra clínica, diferentes estratégias foram empregadas, conforme o local de aplicação. O procedimento de aplicação em clínicas de atendimento, clínicas-escola de universidades e ambulatórios de saúde mental se deu com a colaboração do clínico (profissional da psicologia ou estagiário do último ano da graduação), que convidava seus pacientes a responder os instrumentos. Os clínicos elegeram pacientes os quais julgavam possuir condições físicas e psicológicas de participar da pesquisa, visto que estes responderiam os instrumentos de forma autônoma, sem auxílio no preenchimento das questões.

Em alguns casos específicos houve a necessidade do clínico auxiliar o paciente no preenchimento dos protocolos, casos estes em que o paciente possuía alguma patologia mais grave e/ou baixa escolaridade, o que poderia comprometer as respostas se o paciente respondesse sozinho o protocolo. No entanto, torna-se importante ressaltar que o auxílio do profissional era na questão do preenchimento, e não na escolha das respostas. Com os pacientes provenientes de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de clínicas de internação, toda a aplicação foi realizada pela pesquisadora desse estudo, considerando-se o grau de comprometimento dos pacientes para o preenchimento de forma individual.

Análise de dados

Valores faltantes foram substituídos pela média do sujeito em sua respectiva subescala. Os dados foram analisados pelo software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, v.17.0). Inicialmente foram feitas análises descritivas dos instrumentos

utilizados no estudo. Para a escolha dos testes estatísticos a serem utilizados foram realizadas análises de normalidade por meio do teste Kolmogorov-Smirnov (K-S) e também de assimetria e curtose. Para distribuições normais, é esperado valores para assimetria e curtose situados entre -1 a 1 (Hair, Black, Babin, Anderson, Tatham, 2009). A normalidade foi confirmada para todas as escalas, exceto uma, e, portanto, foram utilizados testes estatísticos paramétricos.

Para verificar a necessidade de variáveis controle, foram realizadas correlações de *Pearson* da idade com as variáveis de interesse assim como foram verificadas diferenças entre sexos pelo teste *t*. Não foram encontradas correlações significativas com a idade. Com relação ao sexo, verificou-se não haver diferença estatisticamente significativa para nenhuma das dimensões do IPO ou da BFP, exceto para o fator extroversão $t(168) = -2,63, p = 0,009$ e para a escala SRQ-20. Por se tratar de apenas duas variáveis que apresentaram diferença para sexo, optou-se por realizar as análises com grupo total.

A consistência interna das escalas dos instrumentos foi analisada pelo método do *Alpha* de Cronbach. Esse coeficiente varia de 0 (zero) a 1 (um), sendo classificada sua propriedade como muito boa ($>0,90$), boa (entre 0,80 e 0,90), razoável (de 0,70 a $< 0,80$), fraca (de 0,60 a 0,70) e inadmissível ($<0,60$) (Pestana & Gagueiro, 2005).

Para investigar a validade convergente do IPO foram realizadas análises correlacionais e de regressão múltipla. Primeiramente, utilizou-se análises de correlação de *Pearson* entre as cinco dimensões do BFP e as cinco escalas do IPO-Br. Incluiu-se também nessa análise as escalas gerais do IPO Patologia Geral da Personalidade e Funcionamento *Borderline*, resultantes de estudos de validade fatorial (Oliveira, 2012). Além disso, foram conduzidas análises de regressão linear múltipla, tendo como variáveis independentes as subfacetras do BFP e como variável dependente cada uma das escalas do IPO-Br individualmente. De acordo com Hair et al. (2009) emprega-se o método de seleção de preditores quando se objetiva maximizar a predição do modelo utilizando o menor número de variáveis possíveis. Visto que neste estudo trata-se de um modelo exploratório, cujo objetivo é observar as relações de possíveis preditores que geralmente são negligenciados, optou-se por utilizar o método de entrada forçada.

Para investigar a validade incremental do IPO-Br, realizou-se regressões lineares hierárquicas e regressões logísticas binárias. Na primeira análise, as dimensões do BFP foram colocadas no primeiro bloco e as do IPO no segundo, para verificar se o IPO fornecia informação adicional para a predição de sintomas psicopatológicos, medidos pelo SRQ-20.

Na segunda análise, foi verificada a razão de chances das escalas do IPO-Br na identificação dos grupos como clínico ou não clínico.

RESULTADOS

A Tabela 2 apresenta os resultados das médias das escalas dos instrumentos utilizados, análises complementares de normalidade dos dados, bem como coeficientes de consistência interna. Através do teste K-S, constatou-se que apenas a variável Agressão não apresentou distribuição normal ($Z= 2,27$; $p<0,001$), o que foi confirmado pelos índices de assimetria e curtose. Em relação à fidedignidade, os resultados demonstraram índices satisfatórios de consistência interna para todas as dimensões dos instrumentos.

Tabela 2 - Estatísticas descritivas dos instrumentos e coeficientes de consistência interna

	Nº de itens	Clínico M (DP)	Não clínico M (DP)	Total M (DP)	Ass	Cur	α
IPO-Br							
Difusão Identidade	21	2,65 (0,79)	2,06 (0,64)	2,43 (0,79)	0,37	-0,43	0,91
Defesas Primitivas	16	2,51 (0,74)	2,01 (0,60)	2,32 (0,73)	0,47	-0,14	0,87
Teste Realidade	20	2,29 (0,82)	1,67 (0,48)	2,05 (0,77)	1,04	0,75	0,91
Agressão	18	1,70 (0,57)	1,41 (0,29)	1,59 (0,50)	1,61	2,36	0,84
Valores Morais	11	2,20 (0,66)	2,04 (0,53)	2,14 (0,62)	0,50	0,03	0,72
Patol. Geral Person.	57	2,48 (0,74)	1,91 (0,52)	2,26 (0,72)	0,59	0,01	0,96
Funcion. Borderline	37	2,59 (0,74)	2,04 (0,58)	2,38 (0,74)	0,40	-0,25	0,94
BFP							
Neuroticismo	29	4,18 (1,08)	3,10 (0,93)	3,76 (1,15)	0,23	-0,54	0,92
Socialização	28	5,19 (0,74)	5,44 (0,54)	5,29 (0,68)	-0,72	0,41	0,79
Realização	21	4,74 (0,98)	4,82 (0,63)	4,77 (0,86)	-0,55	0,76	0,82
Extroversão	25	3,91 (1,08)	4,09 (0,81)	3,99 (0,99)	-0,33	-0,45	0,88
Abertura	23	4,22 (0,74)	4,27 (0,66)	4,25 (0,72)	0,17	-0,07	0,68
SRQ-20							
	20	8,90 (5,02)	3,58 (3,19)	6,58 (5,05)	0,56	-0,66	0,88

Validade convergente

Para verificar a validade convergente, correlações entre as escalas do IPO-Br e da BFP foram estimadas, conforme apresentado na Tabela 3. Foram encontradas correlações positivas, moderadas a altas, entre todas as escalas do IPO-Br com o fator Neuroticismo. Também foram observadas correlações negativas de magnitude moderada com o fator Socialização e baixas com o fator Realização. Correlações de baixa magnitude ou sem significância estatística foram observadas com os fatores Extroversão e Abertura.

Tabela 3 - Correlações entre as escalas do IPO-Br e as dimensões da BFP

	DI	DP	TR	Ag	VM	PGP	FB
Neuroticismo	0,72**	0,70**	0,66**	0,55**	0,55**	0,74**	0,74**
Socialização	-0,46**	-0,48**	-0,47**	-0,58**	-0,47**	-0,49**	-0,50**
Realização	-0,21**	-0,22**	-0,28**	-0,35**	-0,25**	-0,22**	-0,25**
Extroversão	-0,14	-0,04	-0,15*	-0,07	-0,20**	-0,10	-0,13
Abertura	0,004	-0,02	-0,09	-0,10	-0,02	-0,004	-0,04

Nota: ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Para compreender de maneira mais detalhada a relação entre os construtos estudados nas análises univariadas, foram conduzidas análises de regressão linear múltipla utilizando-se como variáveis independentes as facetas da BFP. Para a seleção das facetas da BFP que entrariam na análise de regressão, foram realizadas análises de correlação com as escalas do IPO-Br. Foram selecionadas apenas as facetas que apresentaram correlações com valor de $p \leq 0,25$, segundo critério de Hosmer e Lemeshow (2004). A Tabela 4 apresenta os resultados das regressões.

Tabela 4 – Análises de regressão linear entre as escalas do IPO-Br e as facetas da BFP

	PGP	FB	DI	DP	TR	Ag	VM
R²	0,67	0,66	0,61	0,65	0,58	0,61	0,39
R² Ajustado	0,64	0,63	0,58	0,62	0,55	0,57	0,33
F	22,29	18,91	16,27	19,00	16,62	16,06	6,57
Vulnerabilidade (N1)	0,23**	0,23**	0,25**	0,19*	0,21**	0,11	0,13
Instab. Emocional (N2)	0,16*	0,14*	0,17*	0,10	0,22**	0,19**	0,14
Passividade (N3)	-0,08	-0,10	-0,04	-0,15*	-0,09	-0,19**	0,03
Depressão (N4)	0,27***	0,24**	0,15	0,34***	0,31***	0,26**	0,07
Amabilidade (S1)	--	--	--	--	--	-0,07	-0,12
Pró-sociabilidade (S2)	-0,10	-0,07	-0,11	-0,02	-0,10	-0,26***	-0,07
Confiança nas pessoas (S3)	-0,15**	-0,14*	-0,10	-0,17**	-0,16*	-0,10	-0,18*
Competência (R1)	-0,20*	-0,22*	-0,19	-0,24*	-0,08	-0,22*	-0,11
Ponderação (R2)	-0,15**	-0,11	-0,08	-0,15**	-0,16**	-0,15**	-0,09
Empenho (R3)	0,15*	0,15*	0,15	0,13	--	0,02	--
Comunicação (E1)	0,03	0,02	0,01	0,01	0,08	0,20**	-0,05
Altivez (E2)	0,09	0,18**	0,14	0,21**	-0,03	0,09	0,04
Dinamismo (E3)	0,02	-0,05	-0,10	0,04	0,08	0,01	-0,05
Interações sociais (E4)	-0,07	-0,05	-0,07	-0,01	-0,15	-0,14	0,01
Abertura a ideias (A1)	0,10	0,05	0,06	0,03	0,17**	0,12*	0,07
Liberalismo (A2)	--	0,03	--	0,06	--	--	0,13
Busca por novidades (A3)	--	0,10	0,12*	--	--	--	--

Notas: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; (--) Facetas que não entraram na análise de regressão de acordo com o critério de exclusão previamente estabelecido para correlações com $p > 0,25$; Todos os modelos foram significativos com valores $p \leq 0,001$ para a estatística F da ANOVA.

As facetas da BFP explicaram mais de 55% da variância das escalas do IPO-Br, exceto Valores Morais, que explicou cerca de 33%. As facetas Vulnerabilidade ($\beta = 0,25$), Instabilidade Emocional ($\beta = 0,17$) e Busca por Novidades ($\beta = 0,12$) contribuíram de forma

estatisticamente significativa na explicação da variância dos escores da escala Difusão de Identidade. Referente à escala Defesas Primitivas, observou-se que as facetas Depressão ($\beta = 0,34$), Competência ($\beta = -0,24$), Altivez ($\beta = 0,21$), Vulnerabilidade ($\beta = 0,19$), Confiança nas Pessoas ($\beta = -0,17$), Ponderação ($\beta = -0,15$) e Passividade ($\beta = -0,15$) foram aquelas que contribuíram de modo significativo com o modelo de regressão. Para a escala Teste de Realidade, as facetas que apresentaram poder explicativo foram Depressão ($\beta = 0,31$), Instabilidade Emocional ($\beta = 0,22$), Vulnerabilidade ($\beta = 0,21$), Abertura a Ideias ($\beta = 0,17$), Ponderação ($\beta = -0,16$) e Confiança nas Pessoas ($\beta = -0,16$).

Com relação às Escalas Adicionais, observou-se que a variação da escala Agressão foi explicada de forma significativa pelas facetas Pró-Sociabilidade ($\beta = -0,26$), Depressão ($\beta = 0,26$), Competência ($\beta = -0,22$), Comunicação ($\beta = 0,20$), Instabilidade Emocional ($\beta = 0,19$), Passividade ($\beta = -0,19$), Ponderação ($\beta = -0,15$) e Abertura a ideias ($\beta = 0,12$). Já a escala Valores Morais teve a variância explicada apenas pela faceta Confiança nas Pessoas ($\beta = -0,18$).

Validade Incremental

Para avaliação da validade incremental do IPO-Br foram conduzidas análises de regressão com dois objetivos distintos: 1) para verificar o grau de incremento de informação sobre a quantidade de sintomas psicológicos apresentados pelos participantes (variável dependente Escore total na SRQ-20); 2) para examinar o nível de contribuição na predição do grupo clínico (variável dependente Grupo: 0 = Não Clínico e 1 = Clínico); Os resultados são apresentados nas Tabelas 5 e 6.

Tabela 5: Resultados das Regressões Hierárquicas Lineares Múltiplas comparando a contribuição do IPO-Br e BFP (fatores e facetas) na predição da severidade de sintomas do SRQ-20

Passo 1: BFP		Passo 1: IPO-Br		R^2 Total	R^2 Aj.	Preditores significativos (β) após o Passo 2
Passo 2: IPO-Br R^2	ΔR^2	Passo 2: BFP R^2	ΔR^2			
0,51***	0,12***	0,51***	0,12***	0,64***	0,61***	IPO-Br Teste de Realidade (0,430***) BFP Neuroticismo (0,359***) BFP Extroversão (-0,222**)

Nota: IPO-Br = Inventário de Organização da Personalidade – Brasil; BFP = Bateria Fatorial de Personalidade; SRQ-20 = *Self-Report Questionnaire*; R^2 Aj = R^2 Ajustado; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

A Tabela 5 mostra os resultados das análises de regressões hierárquicas lineares múltiplas. Num primeiro momento foram introduzidos os cinco grandes fatores da personalidade (Passo 1) seguido pela introdução das cinco dimensões do funcionamento da

personalidade (medidas pelo IPO-Br). Os resultados mostraram que as cinco dimensões da personalidade explicaram 51% da variância do SRQ-20. Depois de controlada a variância da BFP, observou-se que o IPO-Br incrementou, de forma estatisticamente significativa, 12% da explicação da variância do SRQ-20. Invertida a ordem de inclusão das variáveis no modelo, observou-se os mesmos valores tanto para as dimensões do IPO-Br na explicação da variância do SRQ-20 quanto para os fatores da personalidade no incremento da explicação. Portanto, não parece haver diferença substancial entre o grau de incremento do IPO-Br e da BFP na explicação da variação da quantidade de sintomas psiquiátricos apresentados. Nesse sentido, a manifestação de sintomas psiquiátricos mostra-se significativamente associada aos preditores TR ($\beta = 0,43$), Neuroticismo ($\beta = 0,36$) e Extroversão ($\beta = -0,22$).

A Tabela 6 mostra os resultados das análises de regressões logísticas binárias múltiplas, realizadas para verificar a capacidade do IPO-Br em incrementar a predição do grupo clínico. Foram testados três modelos distintos pelo método *enter*. O modelo com melhores ajustes foi o Modelo 3.

Tabela 6: Resultados das Regressões Logísticas Binárias Múltiplas comparando a contribuição do IPO-Br e BFP na predição do grupo clínico

Modelos	-2LL	Cox & Snell R ²	Nagelkerke R ²	Sensibilidade	Especificidade	Predição Correta Total	Razões de Chance (OR) dos preditores significativos e interv. de confiança de 95%
Mod. 1: BFP	146,696	0,32	0,44	83,8%	69,6%	78,9%	BFP Neuroticismo (OR = 5,3*** [3,0 – 9,4])
Mod. 2: IPO-Br	149,860	0,33	0,47	83,6%	64,3%	77,5%	IPO-Br DI (OR = 5,4* [1,4 – 19,2]) IPO-Br TR (OR = 8,2** [2,1 – 32,5]) IPO-Br VM (OR = 0,13*** [0,04 – 0,4])
Mod. 3: IPO-Br + BFP	120,307	0,42	0,58	85,4%	71,4%	80,5%	IPO-Br TR (OR = 7,0* [1,4 – 34,1]) IPO-Br VM (OR = 0,09*** [0,02 – 0,3]) BFP Neuroticismo (OR = 5,8*** [2,6 – 13,0])

Nota: IPO-Br = Inventário de Organização da Personalidade – Brasil; BFP = Bateria Fatorial de Personalidade; DI = Difusão da Identidade; TR = Teste de Realidade; VM = Valores Morais; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

As variáveis que apresentaram significância estatística no Modelo 3 (IPO-Br + BFP), mostrando-se associadas à predição dos participantes em pertencer ao grupo clínico foram TR (OR = 2,9) e Neuroticismo (OR = 2,2). Nota-se que ocorreu um efeito de supressão na variável VM, que apresentou uma relação negativa com a variável desfecho. Apesar de VM ter escores maiores entre os participantes do grupo clínico quando comparados aos do grupo controle, no modelo de regressão ele apresentou uma relação negativa devido aos efeitos indiretos das outras variáveis independentes do modelo. De acordo com Cohen, Cohen, West e Aiken (2003), esse efeito pode ocorrer por questão de multicolinearidade.

DISCUSSÃO

Conforme esperado, observou-se que o padrão de correlações entre as escalas do IPO-Br e as dimensões da BFP é congruente com o indicado pela literatura. Pesquisas têm mostrado que pacientes com transtornos de personalidade tendem a apresentar elevados níveis do traço neuroticismo e baixos níveis de socialização, realização e extroversão (Laverdière et al., 2007; Malouff, Thorsteinsson, & Schutte, 2005; Quilty, Ayearst, Chmielewski, Pollock, & Bagby, 2013; Saulsman & Page, 2004; Widiger, Trull, Clarkin, Sanderson, & Costa, 2002). Berghuis et al. (2009) chamam especial atenção para o “*NAC profile*”, isto é, altos traços de Neuroticismo (*N-Neuroticism*) e baixos traços de Socialização (*A-Agreeableness*) e Realização (*C-Conscientiousness*). Segundo os autores, pessoas com transtornos de personalidade tendem a apresentar esse padrão de traços de acordo com o modelo CGF. Os resultados das correlações do presente estudo foram congruentes com esse perfil, pois embora nem todos os pacientes da amostra possuam transtornos de personalidade, grande parte apresenta algum grau de prejuízo em seu funcionamento, sugerindo que as escalas do IPO-Br estão mensurando características mal adaptativas do funcionamento da personalidade.

A convergência teórica apontada pelas correlações entre o modelo de Kernberg e o CGF foi confirmada pelos resultados das análises de regressão, realizadas para aprofundar o entendimento da relação entre os modelos. Os dados indicaram que indivíduos com difusão na identidade, ou seja, com prejuízos na manutenção de uma experiência contínua e coerente do *self*, parecem apresentar de forma mais proeminente características como vivência de sofrimento emocional em relação à aceitação dos outros, baixa auto-estima (*Vulnerabilidade*), irritabilidade, variações de humor e impulsividade (*Instabilidade emocional*) (Kernberg & Caligor, 2005). Também foi encontrada uma associação entre a DI com a faceta Busca por Novidades. Essa relação é teoricamente plausível visto que pacientes com distúrbios na identidade tendem a apresentar comportamentos inconsistentes e incongruentes, com diversas mudanças nos objetivos de vida. Assim, tendem a buscar constantemente por novidades e novas experiências (Gamache et al., 2009).

A escala DP avalia o uso predominante de defesas menos elaboradas, como o excesso de idealização e/ou menosprezo, ocasionando um funcionamento mal adaptativo e rígido (Kernberg, 1995; Kernberg & Caligor, 2005). Sua variância foi explicada, entre outros, pela faceta Vulnerabilidade, sugerindo que pessoas que demonstram experiências dissociadas do *self* e dos outros possuem maior tendência a serem vulneráveis e muito dependentes das pessoas mais próximas. Além disso, a escala mostrou-se associada a Depressão, dada a

relação entre funcionamento mal adaptativo e expectativas negativas em relação ao futuro, e a Altivez, ou seja, à demarcada necessidade de receber atenção e crença de que os demais o invejam. Indivíduos com esse traço podem estar dispostos de um mecanismo defensivo primitivo denominado onipotência, que reflete um ego altamente inflado e grandioso em relação a representações emocionalmente degradantes de outros (Gamache et al., 2009).

Houve algumas facetas que apresentaram associação tanto com DP quanto com AG, sendo esta última uma escala do IPO-Br relacionada a vivências e expressões agressivas do examinando, tanto hetero quanto autodestrutivas (Kernberg & Caligor, 2005; Ruiz & Sánches, 2008). A associação negativa entre as referidas escalas com a faceta Passividade, que se refere à falta de capacidade de iniciar tarefas rapidamente e reduzida motivação interna para realizar planos e tomar decisões (Nunes, Hutz & Nunes, 2010), apontou que comportamentos de procrastinação podem ser menos comuns em pessoas com atitudes agressivas e que utilizam defesas menos elaboradas. Considerando que um comportamento mais ativo e a motivação para resolver situações possam ser disparados, em certas ocasiões, por componentes impulsivos da personalidade, característico de pessoas agressivas e que utilizam defesas primitivas, pode-se compreender a relação dos construtos em questão.

As escalas DP e AG também apresentaram associações negativas com as facetas Competência e Ponderação, referentes ao fator Realização. Estas associações observadas convergem com os resultados de um estudo longitudinal que analisou as correlações entre os traços de personalidade de homens no final da graduação com medidas de funcionamento psicológico ao longo da vida (Soldz & Vaillant, 1999). Esse estudo apontou que o fator Realização está fortemente relacionado à maturidade das defesas, medidas por meio de uma escala de comportamento adaptativo, e negativamente associado ao abuso de álcool por parte do indivíduo e da família, comportamentos comuns em pessoas com traços agressivos. Pode-se inferir, portanto, que pessoas agressivas e com funcionamento do ego mal adaptativo tendem a ter uma percepção desfavorável sobre sua própria capacidade (*Competência*) e a apresentar maior impulsividade na resolução de problemas, sendo menos organizadas e planejadas de um modo geral (*Ponderação*).

Ainda, associações verificadas entre a escala AG e Instabilidade emocional sugerem a evidência de comportamentos agressivos em pessoas que agem impulsivamente quando sentem algum desconforto psicológico (Critchfield et al., 2008). Por outro lado, a associação de AG com a faceta Comunicação pode estar relacionada à agressão verbal, a qual remete a manifestação livre dos impulsos agressivos por meio da expressão verbal. No entanto, por se tratar de uma associação positiva, é possível que este aspecto mais expansivo da

agressividade possa ser utilizado em habilidades como falar em público e conhecer pessoas novas.

A relação negativa encontrada entre AG e Pró-sociabilidade pode ser respaldada teoricamente, uma vez que indivíduos com baixa pró-sociabilidade tendem a envolver a si mesmos ou a outras pessoas em situações de perigo. É comum, por exemplo, encontrar baixos níveis de pró-sociabilidade em pessoas com transtornos de personalidade Narcisista e Antissocial (Widiger et al, 2002). Além da Pró-sociabilidade, outra faceta de Socialização foi capaz de explicar a variância em três dimensões do IPO-Br: a faceta Confiança nas Pessoas. Tal faceta apresentou associações negativas com DP, TR, que se refere à capacidade do indivíduo em diferenciar o externo do interno e avaliar realisticamente o próprio afeto, comportamento e conteúdo do pensamento, e VM, que avalia atitudes antissociais e hostilidade. A relação entre estas variáveis pode ser entendida considerando que Confiança nas Pessoas se refere ao nível de confiança nos outros e à capacidade de acreditar que eles não o prejudicarão. Assim, crenças de que as pessoas não são bem-intencionadas tampouco confiáveis estão associados à dissociação de estados contraditórios do ego, desvalorização dos outros ou de si mesmo (*DP*) e à incapacidade do sujeito em distinguir os estímulos externos e internos (*TR*) (Kernberg & Caligor, 2005). Vivências conflituosas bem como relações competitivas e de exploração, características de pessoas que apresentam problemas em valores morais (Critchfield et al., 2008) também estão relacionadas a dificuldades em confiar nas pessoas.

A associação negativa observada ainda entre a escala TR e a faceta Ponderação sugere que a falta de cautela na forma de expressar opiniões, defender interesses e na avaliação de possíveis consequências das ações (*Ponderação*) pode estar ligada a falhas na adequação de pensamentos e comportamentos às normas sociais. Considerando a inadequação de indivíduos com prejuízos no teste de realidade, os resultados vão ao encontro de estudos que relatam relação significativa entre facetas da Realização com medidas de ajustamento adulto geral, tanto na adultez inicial quanto na vida adulta propriamente dita (Soldz & Vaillant, 1999).

A escala TR foi predita também por três das facetas do Neuroticismo: Vulnerabilidade, Instabilidade Emocional e Depressão. Nesse sentido pessoas inseguras (*Vulnerabilidade*), com grandes oscilações de humor, baixa tolerância à frustração (*Instabilidade Emocional*) e incapacidade para lidar com as dificuldades do cotidiano (*Depressão*), parecem ter de forma mais proeminente uma dificuldade em diferenciar

estímulos internos dos externos e falhas na capacidade de avaliar afetos e pensamentos de acordo com as normas sociais (Caligor, Kernberg, & Clarkin, 2007).

Os dados sugerem ainda, a partir da relação entre TR e AG com Abertura a Ideias, que indivíduos mais abertos a ideias e menos conservadores tendem a ser mais agressivos e com prejuízos no teste de realidade. Esse dado vai ao encontro de pesquisas prévias (Widiger et al, 2002), as quais descrevem altos escores em abertura a ideias em alguns quadros psicopatológicos limítrofes na capacidade de manutenção do teste de realidade, como o transtorno de personalidade Esquizotípica.

Os resultados das análises também apontaram que o IPO-Br fornece significativa contribuição no incremento das informações sobre a quantidade de sintomas psicológicos apresentados pelos participantes e na predição dos participantes que pertenciam ao grupo clínico, somando novas evidências de validade (incremental) ao instrumento. Nesse sentido, observou-se que problemas no teste de realidade e instabilidade emocional (*Neuroticismo*) estão associadas, no presente estudo, tanto ao fato de pertencer ao grupo clínico quanto a uma maior manifestação de sintomas psiquiátricos. Além disso, o aparecimento de maior quantidade de sintomas também tende a ser mais comum em pessoas introvertidas (*Extroversão*).

CONCLUSÃO

O presente estudo contribui para o acúmulo de evidências de validade do IPO-Br no contexto brasileiro. A convergência entre as medidas do funcionamento patológico da personalidade avaliadas pelo IPO-Br e o perfil geral dos transtornos de personalidade de acordo com o modelo CGF, confirmaram evidências de validade convergente e incremental do instrumento. Além disso, considerando o modelo alternativo do DSM-5 para os transtornos de personalidade, o IPO pode auxiliar na avaliação dos critérios A e B, que englobam, respectivamente, prejuízos na identidade e a existência de traços patológicos da personalidade. Pesquisas futuras envolvendo o IPO poderão auxiliar na melhor compreensão das patologias da personalidade e do modelo alternativo emergente no DSM-5.

REFERÊNCIAS

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.

- Caligor, E., Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Caligor, E., Stern, B. L., Hamilton, M., MacCornack, V., Winger, L., Sneed, J., & Roose, S. P. (2009). Why We Recommend Analytic Treatment for Some Patients and Not for Others. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(3), 677-694.
- Clark, L. A. & Harrison, J. A. (2001). Assessment instruments. In J. W. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press.
- 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., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences*. (3rd ed). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa, P. T., Jr. & Widiger, T. A. (2002). Introduction: Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality. In P. T. Costa, & T. A. Widiger, (Orgs.), *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality* (pp. 3-14). Washington, DC: American Psychological Association.
- 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.
- 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.
- Gamache, D., Laverdière, O., Diguier, L., Hébert, É., Larochelle, S., & Descôteaux, J. (2009). The Personality Organization Diagnostic Form: Development of a revised version. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 368-377.
- 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), 380-390.

- Hair, Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Hamilton, M., Winger, L., & Roose, S. P. (2009). Dropout rate of training cases: Who and when. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(3), 695-702.
- Heim, A. & Westen, D. (2009). Theories of Personality and Personality Disorders. In J. M. Oldham, A. E. Skodol, & D. S. Bender (Eds.). *Essentials of personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Hosmer Jr, D. W. & Lemeshow, S. (2004). *Applied logistic regression*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Igarashi, H., Kikuchi, H., Kano, R., Mitoma, H., Shono, M., Hasui, C., & Kitamura, T. (2009). The Inventory of Personality Organisation: its psychometric properties among student and clinical populations in Japan. *Annals of General Psychiatry*, 8(9), 1-21.
- Irwin, H. J. (2004). Reality testing and the formation of paranormal beliefs: A constructive replication. *Journal of the Society for Psychological Research*, 68, 143-152.
- 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*. (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Laverdière, O., Gamache, D., Diguier, L., Hébert, É., Larochelle, S., & Descôteaux, J. (2007). Personality organization, five-factor model, and mental health. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(10), 819-829.
- 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.
- Lowyck, B., Luyten, P., Verhaest, Y., Vandeneede, B., & Vermote, R. (2013). Levels of personality functioning and their association with clinical features and interpersonal functioning in patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 27(3), 320-336.
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: a meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(2), 101-114.

- Millon, T. & Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. New York: Wiley.
- Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Dupont, G., Poitras, K., Foelsch, P., & Clarkin, J. (2002). Évaluation de la validité théorique de l'Inventaire de l'organisation de la personnalité. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 34(1), 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.
- Oliveira, S. E. S. (2012). *Diagnóstico estrutural da personalidade: adaptação e validação do Inventory Personality Organization para a cultura brasileira*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Oliveira, S. E. S. & Bandeira, D. R. (2012). Linguistic and cultural adaptation of the Inventory of Personality Organization (IPO) for the Brazilian culture. *Journal of Depression & Anxiety*, 1(1), 1-7.
- Pestana, M. H. & Gagueiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais* (4th ed). Lisboa: Síbaló.
- 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), 362-369.
- Quiroga, S., Solano, A. C., & Fontao, M. I. (2003). La evaluación de la estructura de la personalidad: adaptación argentina Del Inventario de Organización de la Personalidad (IPO). *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 1, 188-219.
- Ruiz, L. R. & Sánchez, A. R. R. (2008). Description of the structural organization of the personality in adolescents who studied first semester in a psychology program in the city of Barranquillla. *Psychologia: avances de la disciplina*, 2, 65-91.
- Saulsman, L. M. & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 23, 1055–1085.
- Smits, D. J., Vermote, R., Claes, L., & Vertommen, H. (2009). The Inventory of Personality Organization-Revised: construction of a bridged version. *European Journal of Psychological Assessment*, 25, 223-230.
- Soldz, S. & Vaillant, G. E. (1999). The Big Five personality traits and the life course: A 45-year longitudinal study. *Journal of Research in Personality*, 33(2), 208-232.

- Spitzer, C. B., Eirnow, S., Armbuster, J., Kusserow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2006). Borderline personality organization and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic, 70*, 210-221.
- Vermote, R., Fonagy, P., Vertommen, H., Verhaest, Y., Stroobants, R., Vandeneede, B., ... & Peuskens, J. (2009). Outcome and outcome trajectories of personality disordered patients during and after a psychoanalytic hospitalization-based treatment. *Journal of Personality Disorders, 23*(3), 294-307.
- Westen, D. (1995). A clinical-empirical model of personality: life after the Mischelian ice age and the NEO-lithic era. *Journal of Personality, 63*, 495-524.
- Widiger, T. A., Trull, T. J., Clarkin, J. F., Sanderson, C., & Costa, P. T. Jr. (2002). A description of the DSM-III-R and DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. In P.T. Jr. Costa, & T.A. Widiger (Eds.). *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 41-56). Washington, DC: American Psychological Association.

ESTUDO II: INVENTÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DA PERSONALIDADE – BRASIL (IPO-Br): EVIDÊNCIAS DE VALIDADE BASEADAS EM CRITÉRIOS EXTERNOS

Liége Barbieri Silveira, Sérgio Eduardo Silva de Oliveira, Denise Ruschel Bandeira

Departamento de Psicologia do Desenvolvimento e da Personalidade
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

O estudo e a compreensão dos transtornos de personalidade vêm ganhando novos contornos nos últimos anos que vão para além do tradicional modelo categórico. Especialmente após a publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (5ª edição; *DSM-5; American Psychiatric Association, 2014*), os modelos dimensionais têm recebido crescente atenção, e embora a sessão de transtornos de personalidade ainda reproduza o mesmo sistema da versão anterior, os modelos dimensionais representam uma alternativa promissora para futuros entendimentos acerca desses transtornos (Preti et al, 2015; Widiger & Krueger, 2013).

Dentre as várias teorias com enfoque dimensional, o trabalho de Kernberg merece um reconhecimento especial pela utilidade do enquadre construído no sentido de organizar, a partir de uma perspectiva psicodinâmica, os tipos psicológicos em termos de seu nível de severidade (Millon & Davis, 1995). O modelo proposto pelo autor descreve o funcionamento normal ou patológico da personalidade com base no grau de integração da identidade, na qualidade das operações defensivas predominantemente utilizadas e na capacidade em testar a realidade. Desta forma, na parte mais saudável do espectro, estariam os indivíduos com identidade normal, predomínio de defesas maduras e teste de realidade estável, enquanto no outro extremo estariam aquelas pessoas com patologias severas na formação da identidade, uso de defesas primitivas e frágil teste de realidade.

A teoria de Kernberg auxilia, nesse sentido, a realização de um diagnóstico estrutural, sendo que a partir das funções psicológicas citadas, é definida a estrutura de personalidade, ou seja, uma configuração estável e duradoura dos processos ou funções mentais que organiza o comportamento e as experiências subjetivas do indivíduo (Kernberg & Caligor, 2005; Caligor, Kernberg & Clarkin, 2007). Quatro grandes estruturas compõe o modelo: a Normal, a Neurótica, a *Borderline* e a Psicótica. Destas, a primeira está relacionada à capacidade de adaptação e flexibilidade, enquanto as demais apresentam algum grau de patologia da personalidade e são caracterizadas por uma rigidez no funcionamento

psicológico (Kernberg, 1995; Kernberg & Caligor, 2005; Lenzenweger, McClough, Clarkin & Kernberg, 2012).

Mais especificamente, a organização de Personalidade Normal é caracterizada pela concepção integrada de *self* e de outros significativos, na qual a “identidade de ego” se faz presente e reflete um senso interno e externo de autocoerência. Uma visão integrada de si mesmo e dos outros significativos garante capacidades diversas, como a autoestima, realização de aspirações, empatia, tato social, possibilidade de preocupar-se com o outro e investimento emocional sem perder o senso de autonomia. Na organização de personalidade normal, os afetos são complexos e bem modulados, sendo que mesmo em situações afetivamente intensas, o controle dos impulsos é mantido. Desse modo, o indivíduo tem condições de desenvolver confiança, reciprocidade, firmar compromissos, bem como manejar satisfatoriamente suas motivações sexuais e agressivas, a partir da internalização de um sistema de valores integrado e maduro (Kernberg & Caligor, 2005).

O nível de organização Neurótico da Personalidade tem como pressupostos uma identidade normal consolidada, o predomínio de defesas baseadas na repressão e um teste de realidade estável. Portanto, o que a distingue da personalidade normal é o critério de rigidez, ou seja, uma ativação automática de traços da personalidade mal adaptativos que fogem de um controle voluntário. Este nível de organização está relacionado à capacidade de sublimar, tolerar frustrações, controlar impulsos, constituir relações profundas e de cuidado com os demais, amor sexual e intimidade emocional. Entretanto, os sentimentos inconscientes de culpa podem desencadear padrões patológicos de interação em relação à intimidade sexual (Kernberg, 1995; Kernberg & Caligor, 2005).

A organização *Borderline* de Personalidade, por sua vez, é marcada principalmente por uma formação patológica de identidade, também chamada de difusão da identidade. Outros aspectos característicos são o uso predominante de defesas primitivas e teste de realidade relativamente intacto, mas prejudicado nas situações que envolvam uma intensidade afetiva. Esta organização acarreta, em geral, um distúrbio crônico nas relações interpessoais, comprometendo a leitura mais aprofundada do comportamento e do estado interno de outras pessoas. Além disso, o tipo *borderline* está associado à agressividade e a um senso instável de eu e de outros, combinação entre intensidade e superficialidade, predominância de afetos negativos, problemas nas relações de trabalho e excesso de componentes agressivos nas relações íntimas e sexuais (Caligor, Kernberg & Clarkin, 2007; Kernberg & Caligor, 2005).

Finalmente, a organização Psicótica de Personalidade envolve fundamentalmente a perda de teste de realidade, ou seja, o prejuízo de diferenciação entre o eu e o não-eu, e entre

os estímulos internos e os externos, cuja manifestação se dá, muitas vezes, por delírios e alucinações. Este nível de organização engloba a difusão de identidade, decorrente da falta de integração do conceito de eu e de outros significantes, bem como a predominância de mecanismos de defesa primitivos, especialmente a cisão (Kernberg & Caligor, 2005).

A partir do modelo estrutural proposto por Kernberg, foi desenvolvido um instrumento de autorrelato denominado *Inventory of Personality Organization* (IPO), o qual tem apresentado uma boa aceitação em diversos países, visto que percebe-se um aumento, nos últimos anos, no número de estudos internacionais utilizando-o na avaliação da personalidade. O instrumento já foi traduzido para diferentes idiomas, com adaptações para diferentes culturas (Berghuis, Kamphuis, Boedijn, & Verheul, 2009; Igarashi, et al., 2009; Normandin et al., 2002; Oliveira & Bandeira, 2012; Quiroga, Solano & Fontao, 2003; Ruiz & Sanches, 2008; Smits, Vermote, Claes, & Vertommen, 2009), e tem apresentado propriedades psicométricas adequadas (Berghuis et al., 2009; Ellison & Levy, 2012; Irwin, 2004; Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, & Foelsch, 2001; Lowyck, Luyten, Verhaest, Vandeneede, & Vermote, 2013; Normandin et al., 2002; Oliveira & Bandeira, 2012; Quiroga, et al., 2003; Ruiz & Sanches, 2008; Smits et al. 2009; Spitzer, et al., 2006).

Diversos dos estudos que utilizaram o IPO investigaram a convergência das escalas do instrumento com outros construtos psicológicos e com características de personalidade e de psicopatologia. Nesse sentido, pode-se citar estudos como o de Lenzenweger et al. (2001), os quais reportaram associações do IPO com depressão, ansiedade, sintomas psicóticos, irritabilidade, afeto negativo; e de Lowyck, et al. (2013) no qual observou-se correlações positivas com depressão, sintomas gerais, comportamentos autodestrutivos e problemas interpessoais. No estudo de Lenzenweger et al. (2012), foram reportadas correlações positivas com construtos de personalidade, tais como alienação, agressão, absorção, reação ao estresse, e negativas com bem-estar e controle. O IPO demonstrou associar-se a medidas de personalidade narcisista e *borderline*, humor disfórico, estilos parentais desadaptativos, negligência e superproteção parental (Igarashi et al, 2009), apresentando-se também correlacionado a um fraco autocontrole em uma amostra com pacientes com transtorno de personalidade *borderline* (Hoermann, Clarkin, Hull, & Levy, 2005). Foram reportadas ainda associações negativas com capacidade relacional, autocontrole, responsabilidade, concordância social (Prete et al, 2015). Alguns estudos se dedicaram a investigar a relação do IPO com o modelo dos Cinco Grandes Fatores, apontando correlações positivas com neuroticismo e negativas com socialização e realização (Berghuis et al., 2009; Saulsman & Page, 2004).

Outras aplicações do IPO incluem a avaliação da dinâmica dos conflitos entre casais (Verreault, Sabourin, Lussier, Normandin, & Clarkin, 2013), e a investigação da relação entre as facetas da agressão (ativa, reativa e autodirecionada) e os estilos de apego estabelecidos pelos pacientes no transtorno de personalidade *borderline* (Critchfield, Levy, Clarkin, & Kernberg, 2008). O instrumento também foi utilizado para verificar em que medida o funcionamento da personalidade das mães e o tipo de apego por elas estabelecido, pode prever comportamentos externalizantes e agressividade nas crianças (Goodman, Bartlett, & Stroh, 2013), assim como na avaliação de modelos psicoterápicos, eficácia de tratamentos (Caligor et al., 2009; Hamilton, Wininger, & Roose 2009; Vermote et al., 2009) e características de personalidade de pacientes psiquiátricos (Irwin, 2004; Spitzer et al., 2006). Delineamentos com grupos clínicos apontam que o IPO tende a se relacionar mais fortemente com patologias da personalidade do que com sintomatologias do eixo I (Berghuis et al., 2009), e é capaz de diferenciar pessoas da amostra normal, pacientes com transtorno do eixo I e pacientes com transtornos do eixo II (Smits et al., 2009).

Os crescentes estudos desde seu desenvolvimento, em 2001, sugerem a importância do IPO no estudo do funcionamento da personalidade e na predição de psicopatologias. Entretanto, grande parte dos trabalhos prioriza os estudos de convergência do instrumento com outras medidas psicológicas, sendo que a investigação utilizando variáveis externas ainda é escassa. Além disso, os níveis de organização da personalidade, que são a base da teoria de Kernberg, são pouco enfatizados nos delineamentos. Nesse sentido, o presente artigo propôs a investigação de evidências de validade do IPO, em sua versão brasileira – IPO-Br (Oliveira & Bandeira, 2012), em relação a critérios externos, nesse caso, as estruturas de personalidade dos participantes. Averiguou-se assim, a capacidade do instrumento em discriminar as organizações de personalidade Normal, Neurótica, Borderline e Psicótica. Também foi objetivo deste trabalho estimar pontos de corte para as escalas do IPO-Br.

MÉTODO

Participantes

Participaram do estudo 180 indivíduos, divididos entre amostra clínica, composta por pacientes que estavam em tratamento psicoterápico e/ou psiquiátrico, e amostra não clínica, composta por estudantes da modalidade Ensino de Jovens e Adultos (EJA) e de cursos

superiores. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e de condição de saúde da amostra estudada.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e de saúde da amostra

Variáveis	Grupo Clínico	Grupo Não Clínico	Total
Total de participantes (f, %)	124 (68,9)	56 (31,1)	180 (100)
Idade (M, DP)	35,4 (12,4)	31,8 (11,7)	34,2 (12,2)
Sexo (f, %)*			
Masculino	38 (21,1)	32 (17,8)	70 (38,9)
Feminino	86 (47,8)	24 (13,3)	110 (61,1)
Estado Civil (f, %)			
Solteiro	68 (39,3)	29 (16,7)	97 (56,1)
Casado ou morando junto	32 (18,5)	25 (14,5)	57 (32,9)
Divorciado	10 (5,8)	2 (1,2)	12 (6,9)
Viúvo	5 (2,9)	0 (0)	5 (2,9)
Outro	2 (1,2)	0 (0)	2 (1,2)
Nível Socioeconômico (f, %)			
Menor que 1 salário mínimo	3 (1,8)	3 (1,8)	6 (3,7)
Entre 1 e 5 salários mínimos	76 (46,3)	32 (19,5)	108 (65,9)
Entre 6 e 10 salários mínimos	16 (9,8)	11 (6,7)	27 (16,5)
Entre 11 e 15 salários mínimos	9 (5,5)	2 (1,2)	11 (6,7)
Acima de 15 salários mínimos	5 (3,0)	7 (4,3)	12 (7,3)
Etnia (f, %)			
Branco	99 (57,2)	(80)	138 (79,8)
Negro	8 (4,6)	(7,9)	14 (8,1)
Pardo	9 (5,2)	9 (5,2)	18 (10,4)
Outro	3 (1,7)	0 (0)	3 (1,7)
Tem filhos (f, %)			
Sim	54 (31,2)	26 (15,0)	80 (46,2)
Não	63 (36,4)	30 (17,3)	93 (53,8)
Cidade de residência (f, %)			
Capital ou região metropolitana	52 (41,9)	47 (83,9)	99 (55,0)
Interior do estado	72 (58,1)	9 (16,1)	81 (45,0)
Nível de escolaridade (f, %)*			
Ens. Fundamental incompleto	12 (7,2)	1 (0,6)	13 (7,8)
Ens. Fundamental completo	3 (1,8)	0 (0)	3 (1,8)
Ens. Médio incompleto	15 (8,8)	13 (7,6)	28 (16,4)
Ens. Médio completo	26 (15,2)	6 (3,5)	32 (18,7)
Ens. Superior incompleto	26 (15,2)	27 (15,8)	53 (31,0)
Ens. Superior completo	33 (19,3)	9 (5,3)	42 (24,6)
Ocupação (f, %)*			
Estudante	14 (8,0)	8 (4,6)	22 (12,6)
Trabalhador	55 (31,6)	46 (26,4)	101 (58,1)
Desempregado	6 (3,4)	0 (0)	6 (3,4)
Aposentado	18 (10,4)	2 (1,1)	20 (11,5)
Do lar	10 (5,7)	0 (0)	10 (5,7)
Licença saúde	9 (5,2)	0 (0)	9 (5,2)
Outro	6 (3,4)	0 (0)	6 (3,4)
Diagnóst. Psiquiátrico (f, %)*			
Sim	91 (51,4)	2 (1,1)	93 (52,6)

Não	31 (17,5)	53 (29,9)	84 (47,5)
Categ. Diag. Psiquiátrico (f)¹			
Transtornos de Humor	52	1	53
Transtornos de Ansiedade	33	1	34
Transtornos Psicóticos	29	0	29
Transtornos de Personalidade	17	0	17
Outros transtornos	7	0	7
Uso med. Psiquiátrica (f, %)*			
Sim	79 (45,9)	1 (0,6)	80 (46,5)
Não	38 (22,1)	54 (31,4)	92 (53,5)

Nota: Os valores apresentados na tabela referem-se apenas aos percentuais válidos.

* Variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os grupos.

¹ No referido item, os números se referem ao valor bruto de pessoas e não ao percentual de ocorrências.

Instrumentos

Inventário de Organização de Personalidade – Brasil (IPO-Br): Adaptado da versão original do IPO (Clarkin, Foelsch e Kernberg, 2001), trata-se de um instrumento de autorrelato que avalia a personalidade psicopatológica através dos níveis de organização da personalidade. É composto por 83 itens com pontuação tipo *Likert* de 5 pontos (1 “Nunca verdadeiro” – 5 “Sempre verdadeiro”), distribuídos em cinco escalas. Três delas são denominadas escalas Clínicas Primárias [Difusão de Identidade (DI), Defesas Primitivas (DP) e Teste de Realidade (TR)], e avaliam as funções centrais para o diagnóstico estrutural segundo o modelo de Kernberg. As outras duas compõem as Escalas Adicionais [Agressão (Ag) e Valores Morais (VM)] (Oliveira & Bandeira, 2011). Estudos prévios de validação do IPO para a cultura brasileira (Oliveira, 2012) indicaram que as Escalas Clínicas Primárias podem ser computadas em três modelos a partir de análise fatorial: 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 no somatório das escalas Difusão de Identidade (DI) e Defesas Primitivas (DP); 3) modelo de três fatores, onde as Escalas Clínicas Primárias são avaliadas individualmente.

Questionário sócio demográfico: Questionário elaborado pelos autores para caracterização da amostra, investigando dados clínicos e sócio demográficos.

Self Report Questionnaire (SRQ-20): Trata-se de um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para rastreio de transtornos mentais comuns em serviços de atenção primária. A versão brasileira do instrumento conta com 20 questões indicativas de

transtornos não-psicóticos. As alternativas de respostas são do tipo ‘sim’ ou ‘não’. Cada resposta positiva equivale a um ponto, sendo possível o entrevistado fazer, no máximo, 20 pontos. O ponto de corte estabelecido para a determinação da presença de transtornos mentais comuns é de 8 para ambos os sexos. (Gonçalves, Stein & Kapczinski, 2008).

Procedimentos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP-PSICO), em concordância com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Todos os participantes do estudo aceitaram, voluntariamente, participar da pesquisa.

A coleta com os participantes do grupo não clínico foi realizada de forma coletiva pela pesquisadora. A aplicação dos instrumentos foi realizada em ordem aleatória para evitar o viés de resposta por cansaço, e os instrumentos foram respondidos individualmente por cada participante. A escala SRQ-20 foi utilizada na seleção do grupo não clínico como instrumento de rastreio por fornecer indícios da presença de algum transtorno psicopatológico. Participantes com pontuação igual ou superior a 8 na escala foram excluídos do estudo.

Com o grupo clínico, 88,7 % da coleta foi presencial, realizada com pacientes em atendimento. A primeira etapa da coleta com esses participantes envolveu o contato com o clínico (profissional da psicologia ou estagiário do último ano da graduação) que atendia o paciente. Este profissional passava por treinamento, ministrado pela autora deste estudo, sobre questões teóricas acerca da modelo estrutural da personalidade proposto por Kernberg (Kernberg & Caligor, 2005). Também era realizada uma explanação a respeito dos objetivos do estudo, do manejo na aplicação dos protocolos e do perfil que se buscava que os pacientes tivessem para participar. Posteriormente, os clínicos elegiam, dentre cinco perfis prototípicos a eles apresentados, qual melhor se relacionava às características de seu paciente. Estes perfis foram desenvolvidos pelos autores do estudo a partir dos conceitos de Kernberg sobre a constituição da personalidade, e se referiam aos tipos de organização de personalidade Normal, Neurótica, Borderline Superior, Borderline Inferior e Psicótica. O apontamento realizado pelo clínico acerca da estrutura de personalidade de seu paciente funcionou, neste estudo, como critério externo para os estudos de validação do IPO-Br.

Para aplicação dos protocolos da pesquisa com os participantes da amostra clínica, diferentes estratégias foram empregadas, conforme o local de aplicação. O procedimento de aplicação em clínicas de atendimento, clínicas-escola de universidades e ambulatórios de

saúde mental se deu com a colaboração do profissional/estagiário, que convidava seus pacientes a responder os instrumentos. Foram convidados para participar da pesquisa pacientes com condições físicas e psicológicas para tal, visto que estes responderiam os instrumentos de forma autônoma, sem auxílio no preenchimento das questões. No entanto, em alguns casos específicos houve a necessidade do clínico auxiliar o paciente no preenchimento dos protocolos, casos estes em que o paciente possuía alguma patologia mais grave e/ou baixa escolaridade, o que poderia comprometer as respostas se o paciente respondesse sozinho o protocolo. No entanto, torna-se importante ressaltar que o auxílio do profissional/estagiário era na questão do preenchimento, e não na escolha das respostas. Com os pacientes provenientes de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS-II) e de clínicas de internação, toda a aplicação foi realizada pela pesquisadora desse estudo, considerando-se o grau de comprometimento dos pacientes para o preenchimento de forma individual.

Uma parcela da amostra clínica foi obtida por meio de coleta online (11,3%). Neste caso, incluiu-se na amostra apenas os participantes que declaravam possuir diagnóstico de transtorno de personalidade ou algum transtorno psicótico. A classificação da estrutura de personalidade destes participantes foi feita a partir dos diagnósticos, uma vez que não havia possibilidade de contato com seus terapeutas.

Análise de dados

Valores faltantes foram substituídos pela média do sujeito em sua respectiva escala. Os dados foram analisados pelo software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, v.17.0). Inicialmente foram feitas análises descritivas dos instrumentos utilizados no estudo para grupo clínico, não clínico e amostra total. Calculou-se o tamanho de efeito da diferença entre as médias dos grupos através do indicador *d* de Cohen. A consistência interna das escalas dos instrumentos foi analisada pelo método do *Alpha* de Cronbach. Esse coeficiente varia de 0 (zero) a 1 (um), sendo classificada sua propriedade como muito boa (>0,90), boa (entre 0,80 e 0,90), razoável (de 0,70 a < 0,80), fraca (de 0,60 a 0,70) e inadmissível (<0,60) (Pestana & Gagueiro, 2005).

Para a escolha dos testes estatísticos a serem utilizados foram realizadas análises de normalidade por meio do teste Kolmogorov-Smirnov (K-S) (Hair, Black, Babin, Anderson, Tatham, 2009). A normalidade foi confirmada para todas as escalas, exceto uma e, portanto, foram utilizados testes estatísticos paramétricos. Para verificar a necessidade de variáveis controle, foram realizadas correlações de *Pearson* entre a idade e as variáveis de interesse, assim como foram verificadas diferenças entre sexos pelo teste *t*. Não foram encontradas

correlações significativas com a idade nem diferença estatisticamente significativa entre sexos para nenhuma das dimensões do IPO-Br.

Para investigar a validade do IPO-Br a partir de critérios externos, ou seja, verificar a capacidade do instrumento em discriminar as diferentes organizações de personalidade, foram realizadas análises de variância (ANOVA), com testes post-hoc de Tukey. Este teste, razoavelmente conservador, é indicado pela literatura para testar grande quantidade de médias (Field, 2009).

Além disso, com objetivo de estabelecimento de normas baseadas nos critérios externos, investigou-se os pontos de corte das escalas do IPO-Br por meio de Curvas ROC. Foram incluídas nessas análises as escalas gerais do IPO Patologia Geral da Personalidade e Funcionamento *Borderline*, resultantes de estudos de validade fatorial (Oliveira, 2012).

Para investigação da validade concorrente do instrumento, realizou-se comparações entre dois grupos, denominados “com risco de suicídio” e “sem risco de suicídio”, adaptados a partir do módulo “Risco de suicídio” da escala MINI. Os itens referentes ao suicídio contavam no questionário sócio demográfico. Verificou-se, portanto, a capacidade do IPO-Br em discriminar estes dois grupos por meio de testes *t*. Calculou-se também o tamanho de efeito da diferença entre as médias destes grupos através do indicador *d* de Cohen. Foi realizada ainda uma análise de regressão logística binária com intuito de verificar a razão de chances das escalas do IPO-Br na identificação do grupo com risco de suicídio.

RESULTADOS

A Tabela 2 apresenta os resultados das médias e desvios padrão das escalas do IPO-Br e do SRQ-20 para o grupo clínico, não clínico e para a amostra total. O índice *d* de Cohen, utilizado como indicador de efeito nas comparações das médias entre grupos, apontou tamanho de efeito grande ($d \geq |0,80|$ – Cohen, 1988) para todas as escalas, exceto Valores Morais, com tamanho de efeito intermediário. Em relação à fidedignidade, os resultados demonstraram índices satisfatórios de consistência interna para as todas as dimensões do IPO-Br e para o SRQ-20. Todas as diferenças foram estatisticamente significativas para o teste *t*.

Tabela 2 - Estatísticas descritivas, tamanho de efeito e coeficientes de consistência interna para grupo clínico, não clínico e amostra total das dimensões do IPO-Br e do SRQ-20

	Clínico	Não Clínico	Total	<i>d</i>	<i>α</i>
	M (DP) n=124	M (DP) n=56	M (DP) n=180		
IPO-Br					
Difusão de Identidade	2,80 (0,82)	1,94 (0,55)	2,53 (0,85)	1,23	0,92
Defesas Primitivas	2,68 (0,81)	1,93 (0,51)	2,45 (0,81)	1,10	0,89
Teste de Realidade	2,45 (0,87)	1,57 (0,38)	2,17 (0,86)	1,31	0,93
Agressão	1,86 (0,69)	1,37 (0,25)	1,71 (0,63)	0,94	0,89
Valores Morais	2,33 (0,69)	1,99 (0,52)	2,22 (0,66)	0,55	0,74
Patol. Geral da Personalidade	2,64 (0,79)	1,80 (0,44)	2,38 (0,80)	1,31	0,97
Funcionamento <i>Borderline</i>	2,75 (0,79)	1,93 (0,51)	2,50 (0,81)	1,23	0,95
SRQ-20	10,02 (5,29)	2,49 (1,98)	7,36 (5,70)	1,88	0,91

Validade relacionada a critérios externos

Na investigação da validade relacionada a critérios externos, foram realizadas análises de variância (ANOVA) para verificar a capacidade do instrumento em discriminar as diferentes organizações de personalidade, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 – Comparação das médias (ANOVA) das escalas do IPO-Br entre as diferentes organizações de personalidade

	Normal	Neurótico	Border S.	Border I.	Psicótico	F (gl)	<i>p</i>
	M (DP) n=61	M (DP) n=38	M (DP) n=15	M (DP) n=36	M (DP) n=30		
DI	1,90 ^a (0,54)	2,52 ^b (0,74)	2,64 ^b (0,73)	3,27 ^c (0,79)	2,89 ^{bc} (0,70)	25,17 (4)	< 0,001
DP	1,90 ^a (0,50)	2,36 ^b (0,71)	2,44 ^{bc} (0,67)	3,11 ^d (0,84)	2,86 ^{cd} (0,67)	21,61 (4)	< 0,001
TR	1,55 ^a (0,38)	2,06 ^b (0,65)	2,16 ^b (0,67)	2,80 ^c (0,91)	2,85 ^c (0,85)	27,82 (4)	< 0,001
AG	1,35 ^a (0,24)	1,57 ^a (0,45)	1,50 ^a (0,42)	2,29 ^b (0,83)	2,01 ^b (0,58)	21,32 (4)	< 0,001
VM	1,94 ^a (0,54)	2,11 ^a (0,60)	2,11 ^{ab} (0,63)	2,60 ^b (0,74)	2,56 ^b (0,52)	9,54 (4)	< 0,001
PGP	1,78 ^a (0,43)	2,31 ^b (0,66)	2,41 ^{bc} (0,67)	3,06 ^d (0,78)	2,87 ^{cd} (0,67)	28,85 (4)	< 0,001
FB	1,90 ^a (0,50)	2,45 ^b (0,70)	2,56 ^b (0,69)	3,20 ^d (0,78)	2,88 ^{bd} (0,64)	25,69 (4)	< 0,001

Nota: Em cada linha, letras iguais significam que as médias de cada Organização de Personalidade não diferem significativamente entre si nas dimensões do IPO-Br (Post-hoc: Teste de Tukey); Border S.: *Borderline Superior*; Border I.: *Borderline Inferior*; DI: Difusão da Identidade; DP: Defesas Primitivas; TR: Teste de Realidade; AG: Agressão; VM: Valores Morais; PGP: Patologia Geral da Personalidade; FB: Funcionamento *Borderline*.

Os resultados demonstraram que o IPO-Br tem capacidade de diferenciar a organização de personalidade normal, composta pelos participantes do grupo não clínico, das demais organizações de personalidade nas três escalas clínicas primárias (DI, DP e TR) bem como nas escalas gerais do IPO-Br (PGP e FB).

Os pacientes do grupo da organização de personalidade neurótica não apresentaram escores estatisticamente diferentes dos pacientes do grupo organização *borderline* superior nas Escalas Clínicas Primárias. O mesmo aconteceu entre os pacientes com organização de personalidade *borderline* inferior e psicótica. Nas escalas DI, DP, VM, PGP e FB, a organização de personalidade *borderline* superior não apresentou diferenças significativas também em relação à organização psicótica. Além disso, a organização neurótica não se diferenciou da psicótica nas escalas DI e FB.

Nas escalas adicionais (AG e VM) não houveram diferenças significativas entre as organizações de personalidade normal, neurótica e *borderline* superior. Da mesma forma, as organizações de personalidade *borderline* inferior e psicótica não diferiram entre si.

Embora algumas nuances entre as diferentes organizações de personalidade não tenham sido captadas pelas escalas do IPO-Br, o instrumento demonstrou capacidade para discriminar o padrão de funcionamento psicológico, de maneira geral, em três grandes grupos: normal, neurótico-*borderline* superior, e *borderline* inferior-psicótico. Com base nessa evidência empírica, reorganizou-se os cinco níveis de organização da personalidade em grupos maiores, os quais foram renomeados: normal, prejuízo leve da organização da personalidade (neurótico - *borderline* superior) e prejuízo acentuado da organização da personalidade (*borderline* inferior - psicótico). A partir destas novas configurações de organização da personalidade, realizou-se comparação das médias por meio de análises de variância, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 – Comparação das médias (ANOVA) das escalas do IPO-Br entre as organizações de personalidade reagrupadas

	Normal	Prejuízo leve	Prejuízo acentuado	F (gl)	p
	M (DP) n=61	M (DP) n=53	M (DP) n=56		
DI	1,90 ^a (0,54)	2,567 ^b (0,73)	3,10 ^c (0,77)	46,89 (2)	< 0,001
DP	1,90 ^a (0,50)	2,38 ^b (0,69)	3,00 ^c (0,78)	41,90 (2)	< 0,001
TR	1,55 ^a (0,38)	2,09 ^b (0,65)	2,82 ^c (0,88)	56,07 (2)	< 0,001
AG	1,35 ^a (0,24)	1,55 ^a (0,44)	2,16 ^b (0,74)	39,79 (2)	< 0,001
VM	1,94 ^a (0,54)	2,11 ^a (0,60)	2,58 ^b (0,65)	19,26 (2)	< 0,001
PGP	1,78 ^a (0,43)	2,34 ^b (0,66)	2,98 ^c (0,74)	56,86 (2)	< 0,001
FB	1,90 ^a (0,50)	2,48 ^b (0,69)	3,06 ^c (0,74)	48,62 (2)	< 0,001

Nota: Em cada linha, letras iguais significam que as médias de cada Organização de Personalidade não diferem significativamente entre si nas dimensões do IPO-Br (Post-hoc: Teste de Tukey); DI: Difusão da Identidade; DP: Defesas Primitivas; TR: Teste de Realidade; AG: Agressão; VM: Valores Morais; PGP: Patologia Geral da Personalidade; FB: Funcionamento *Borderline*.

Após o reagrupamento das organizações de personalidade em três grupos por nível de severidade, observou-se que o IPO-Br foi capaz de diferenciar todas as estruturas nas escalas clínicas primárias, assim como nas escalas gerais. Nas escalas adicionais, as estruturas normal e prejuízo leve não diferiram entre si, mas discriminaram da estrutura prejuízo acentuado.

Validade concorrente

Na investigação da validade concorrente, verificou-se que todas as escalas do IPO-Br possuem capacidade de discriminar grupos “com risco” e “sem risco de suicídio” com grande tamanho de efeito, conforme ilustrado apresentados na Tabela 5. A análise de regressão logística binária entre as escalas do IPO-Br e estes grupos apontou os índices R^2 de 0,37 e 0,54 para as estatísticas Cox & Snell, e Nagelkerke, respectivamente. Os valores de sensibilidade, especificidade e predição correta total foram 57,8%, 93,5% e 84%. Os resultados demonstraram também que pessoas com elevados níveis de agressão tem 4,8 vezes mais chance de ter risco de suicídio ($p < 0,05$; IC: 1,3 – 17,7).

Tabela 5 – Teste t, médias, desvio padrão e tamanho de efeito das escalas do IPO-Br para grupo Com risco e Sem risco de suicídio

	Sem risco (n=124)	Com risco (n=45)	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	M (DP)	M (DP)				
DI	2,22 (0,69)	3,35 (0,76)	-9,14	167	< 0,001	1,55
DP	2,13 (0,62)	3,23 (0,75)	-8,70	66,67	< 0,001	1,59
TR	1,84 (0,64)	2,99 (0,84)	-8,31	63,24	< 0,001	1,54
AG	1,45 (0,33)	2,35 (0,75)	-7,75	50,53	< 0,001	1,55
VM	2,02 (0,56)	2,70 (0,67)	-6,51	167	< 0,001	1,10
PGP	2,06 (0,61)	3,19 (0,71)	-10,12	167	< 0,001	1,70
FB	2,18 (0,63)	3,30 (0,71)	-9,72	167	< 0,001	1,66

Nota: DI: Difusão da Identidade; DP: Defesas Primitivas; TR: Teste de Realidade; AG: Agressão; VM: Valores Morais; PGP: Patologia Geral da Personalidade; FB: Funcionamento *Borderline*.

Pontos de corte

Foram investigados, por meio de Curvas ROC, os pontos de corte das escalas do IPO-Br para cada nível de organização da personalidade, considerando-se para a análise as novas configurações organizadas a partir do reagrupamento das estruturas (Grupo Normal, Grupo Prejuízo Leve e Grupo Prejuízo Acentuado). O primeiro ponto de corte foi estabelecido a partir dos grupos Normal e Prejuízo Leve (Neurótico + *Borderline* superior), excluindo-se o grupo Prejuízo Acentuado (*Borderline* inferior + Psicótico). Da mesma forma, o segundo ponto de corte inclui os grupos Normal e Prejuízo Acentuado, excluindo-se o grupo Prejuízo Leve. Por fim, o terceiro ponto de corte foi formado com os grupos Prejuízo Leve e Prejuízo Acentuado, excluindo-se o grupo Normal. Também foram verificadas a sensibilidade e especificidade das escalas, conforme apresentado na Tabela 6.

Tabela 6 – Pontos de corte, sensibilidade e especificidade das escalas do IPO-Br de acordo com o nível de severidade

	Primeiro ponto de corte NO (n= 61) x PL (n=53)				Segundo Ponto de Corte NO (n= 61) x PA (n=56)				Terceiro ponto de corte PL (n= 53) x PA (n=56)			
	AsC	Pt C	Sens	Esp	AsC	Pt C	Sens	Esp	AsC	Pt C	Sens	Esp
DI	0,76*	2,07	70	67	0,90*	2,12	88	85	0,69*	2,83	63	62
DP	0,70*	2,09	70	66	0,88*	2,22	81	74	0,71*	2,66	67	60
TR	0,75*	1,68	68	67	0,92*	1,73	88	72	0,74*	2,33	69	70
AG	0,64*	1,36	62	61	0,86*	1,42	86	75	0,76*	1,58	75	68
VM	0,58	-	-	-	0,78*	2,23	89	72	0,70*	2,23	69	62
PGP	0,76*	2,04	70	69	0,93*	2,20	81	71	0,72*	2,54	69	66
FB	0,75*	2,15	72	71	0,90*	2,28	69	69	0,70*	2,65	72	62

Nota: * $p < 0,001$; Asc: Área sobre a curva; Pt C: Ponto de corte; Sens: Sensibilidade; Esp: Especificidade; DI: Difusão da Identidade; DP: Defesas Primitivas; TR: Teste de Realidade; AG: Agressão; VM: Valores Morais; PGP: Patologia Geral da Personalidade; FB: Funcionamento *Borderline*; NO: Grupo Normal; PL: Grupo Prejuízo Leve da organização da personalidade; PA: Prejuízo Acentuado da organização da personalidade; (-): Não foi possível verificar o ponto de corte.

A área sobre a curva apresentou significância estatística de $p < 0,001$ para a maioria das escalas em todos os grupos analisados. Isso sugere que os escores das escalas do IPO-Br apresentam adequada acurácia na diferenciação de grupos com diferentes níveis de funcionamento da personalidade. A exceção ocorreu com a escala VM no primeiro grupo. Por este motivo, não foi possível investigar o seu ponto de corte.

A partir das análises realizadas, obtiveram-se três pontos de corte, os quais se referem a um *continuum* de psicopatologia da personalidade. Assim, compreende-se que o grupo Normal, com funcionamento adaptativo, estaria situado abaixo do primeiro ponto de corte, o grupo Prejuízo Leve teria escores situados entre o primeiro e o segundo pontos de corte e o grupo Prejuízo Acentuado estaria entre o segundo e o terceiro pontos de corte. A partir desta análise, configurou-se ainda um quarto grupo, que pode ser denominado Prejuízo Grave, cujos escores estariam situados acima do terceiro ponto de corte. No entanto, se trata de diferentes pontos de corte para diferentes variáveis, o que torna a classificação do sujeito em cada escala independente das demais, considerando-se para a classificação, a média final da pontuação do sujeito em cada escala.

Com relação à sensibilidade e especificidade, os escores mais adequados se referem ao segundo ponto de corte, os quais variam de 81 a 89 para sensibilidade e de 72 a 85 para especificidade, considerando apenas as escalas primárias e adicionais do instrumento.

DISCUSSÃO

A estrutura de personalidade, de acordo com a teoria de Kernberg, trata-se de um ordenamento interno que se configura como um modo permanente e profundo de resolver situações conflitivas as quais o psiquismo está exposto (Ruiz & Sánchez, 2008). Esta organização da personalidade pode ser normal ou patológica, dependendo das características individuais referentes à integração da identidade, à qualidade das defesas utilizadas e à capacidade de testar de realidade (Kernberg & Caligor, 2005). No intuito de auxiliar a realização de uma avaliação estrutural da personalidade, Kernberg operacionalizou estes construtos teóricos por meio do Inventário Organização da Personalidade – IPO (Lenzenweger et al., 2001; Ruiz & Sánchez, 2008).

O presente estudo se propôs a averiguar a capacidade do IPO, em sua versão adaptada para a população brasileira – IPO-Br (Oliveira & Bandeira, 2012) – em avaliar estruturalmente a personalidade. Os resultados demonstraram que o instrumento foi capaz de diferenciar o grupo clínico do não clínico com grande tamanho de efeito na diferença das

médias entre os grupos em todas as escalas do IPO-Br. Esses resultados são congruentes com outros achados da literatura (Berghuis et al, 2009; Preti et al., 2015; Smits et al, 2009) que também descrevem diferenças significativas entre os escores grupo clínico e não clínico, apontando que o IPO-Br se trata de um instrumento útil para a identificação de psicopatologias relacionadas à personalidade. Além disso, os índices satisfatórios de consistência interna em todas as escalas indicam adequada fidedignidade do instrumento.

Apenas uma escala, Valores Morais, apresentou tamanho de efeito intermediário na diferença de médias entre os grupos. Esse tamanho de efeito um pouco menor, comparado as demais escalas do IPO-Br, pode estar relacionado ao fato de que as respostas referentes à escala Valores Morais podem apresentar-se mais suscetíveis à interferência da desejabilidade social (Berghuis et al., 2009).

Diferenças significativas entre os grupos não foram encontradas para a maior parte das características sociodemográficas da amostra, apontando que não houve um viés na pesquisa em função de diferenças no nível sócio-econômico, idade, estado civil, etnia, entre outros. As variáveis referentes ao uso ou não uso de medicação psiquiátrica e o fato de possuir diagnóstico psiquiátrico apresentaram diferenças, conforme esperado. Da mesma forma, ocupação apresentou diferença entre os grupos em função de diversos participantes do grupo clínico estarem em licença saúde ou serem aposentados por invalidez ou devido ao comprometimento de sua patologia. Com relação ao nível de escolaridade, as diferenças se deveram principalmente ao fato de alguns participantes do grupo clínico possuírem ensino fundamental completo ou incompleto (casos em que receberam auxílio no preenchimento dos instrumentos), enquanto nenhum participante do grupo não clínico estava nesta condição. A diferença entre os grupos relacionada ao sexo dos participantes se deu pelo fato de que grande parte do grupo clínico que estava em atendimento eram mulheres.

Referente aos níveis de organização da personalidade individualmente, as escalas clínicas primárias diferenciaram a organização de personalidade normal, composta pelos participantes do grupo não clínico, das demais organizações, apontando evidências da utilidade do IPO-Br na identificação da população clínica. Nestas escalas ainda, a organização de personalidade neurótica não diferiu da organização *borderline* superior e a organização de personalidade *borderline* inferior não diferiu da psicótica, o que indica que o IPO-Br não foi capaz de captar algumas nuances entre as estruturas. Portanto, de modo geral, as escalas clínicas primárias discriminaram o funcionamento psicológico em três grandes grupos: normal, neurótico-*borderline* superior e *borderline* inferior-psicótico.

Embora não diferenciando algumas nuances entre as estruturas, conforme o esperado, o IPO-Br apresentou, para a organização de personalidade normal, os menores escores em todas as escalas, seguido pela organização de personalidade neurótica e, então, pela organização de personalidade *borderline* superior. Considerando que quanto maior o prejuízo no funcionamento da personalidade, maior deveriam ser os escores das escalas, esperava-se teoricamente que a organização *borderline* inferior apresentasse escores maiores que a *borderline* superior e menores que a organização psicótica. No entanto, a organização de *borderline* inferior foi a que apresentou maior média em todas as escalas, exceto em Teste de Realidade. Além disso, em algumas escalas a organização psicótica não apresentou diferenças significativas em relação à organização *borderline* superior e à neurótica, enquanto a organização *borderline* inferior diferenciou-se destas organizações. Uma possível razão para os dados deste estudo apontarem a organização *borderline* inferior como a que apresenta comprometimentos mais severos no funcionamento da personalidade é que tanto o modelo estrutural proposto por Kernberg quanto a construção do IPO-Br são muito mais sensíveis para captar aspectos do funcionamento *borderline* do que do psicótico. Desta forma, os itens referentes à idealização/desvalorização, impulsividade, automutilação, comportamentos de risco, oscilações de humor, intensidade na forma como sente e lida com emoções, entre outros, são característicos da organização *borderline*, e especialmente do transtorno de personalidade *borderline* (TPB). Provavelmente em função disto, estes itens foram altamente pontuados. Embora também sejam presentes na organização psicótica, estes aspectos podem ocorrer de outros modos, não sendo tão fortemente demarcados e imediatamente identificados. Por outro lado, embora a organização psicótica apresente identidade difusa e mecanismos de defesa primitivos a questão central nesta organização, que a diferencia inclusive da *borderline*, é o comprometimento no teste de realidade, manifestado particularmente em delírios e alucinações (Kernberg & Caligor, 2005). De fato, os escores dos pacientes com organização psicótica foram maiores na escala Teste de Realidade, uma vez que os itens são formulados de modo a investigar prejuízos no curso do pensamento, na sensopercepção e na maneira como a pessoa autoavalia comportamentos e sentimentos de acordo com normas sociais. Além disso, o próprio prejuízo no pensamento do psicótico também pode comprometer algumas respostas que envolvam maior autorreflexão e clareza acerca das emoções experimentadas e do modo como vê a si mesmo, já que se trata de uma escala de autorelato. Ainda, o fato de a organização de personalidade *borderline* ser amplamente estudada enquanto existem pouquíssimos estudos sobre a organização de

personalidade psicótica na perspectiva da teoria psicodinâmica das relações de objeto, denota lacunas no conhecimento e aprofundamento do funcionamento estrutural psicótico.

Em relação à escala Agressão, é possível que os pacientes com estrutura psicótica tenham pontuado menos do que os com estrutura *borderline* em função de psicóticos mostrarem-se agressivos em momentos pontuais, como em um surto, enquanto no caso de pacientes *borderline*, a agressividade, mais do que um sintoma, parece ser uma característica da personalidade. Um exemplo que pode explicar melhor esta situação é que, um paciente psicótico, quando questionado sobre o item “Eu me sinto aliviado machucando, cortando ou causando dor física a mim mesmo”, deu uma resposta com alta pontuação, comentando “Sim, faço isso. Às vezes é necessário a gente se cortar para poder renovar o sangue”, enquanto um paciente *borderline*, para a mesma questão, respondeu “Sim, tenho tanta raiva dentro de mim, de tudo, do mundo, que me corto mesmo... Me arranho ou passo uma lâmina no braço, mas não dói tanto assim, prefiro me cortar, ou dar murros contra a parede até minha mão sangrar, do que ir lá e brigar com as pessoas”.

Da mesma forma, os itens de Valores Morais são elaborados de modo a investigar atitudes antissociais e hostilidade. Portanto, parecem ser mais endossados por pacientes com organização *borderline* do que por psicóticos, visto que é característico dos primeiros um superego arcaico, persecutório e sádico, estabelecendo relações de objeto baseadas na exploração e no controle onipotente sobre o objeto (Diguer et al. 2006).

Com base nas evidências empíricas encontradas neste estudo, e considerando que as estruturas as quais não apresentaram diferenças significativas entre si se configuram em um *continuum* em relação ao nível de psicopatologia na organização da personalidade, decidiu-se por reorganizar os cinco níveis de organização da personalidade em três grupos maiores, aos quais se denominou: 1) Normal, 2) Prejuízo Leve da personalidade (neurótico - *borderline* superior) e 3) Prejuízo Acentuado da personalidade (*borderline* inferior - psicótico). Tais grupos discriminaram entre si em todas as escalas clínicas primárias. Portanto, embora o IPO-Br não tenha sido capaz de captar as nuances entre algumas organizações, ele mostrou-se um bom instrumento para indicar o grau de severidade do funcionamento da personalidade, apresentando evidências de validade em relação a critérios externos.

As escalas adicionais do IPO-Br também não foram capazes de discriminar algumas nuances entre as cinco estruturas iniciais estudadas. Desta forma, nestas escalas observou-se o funcionamento da personalidade dividido em dois grandes grupos: normal-neurótico-*borderline* superior e *borderline* inferior-psicótico. De fato, não era esperado que os pacientes com organização neurótica apresentassem níveis de agressão diferentes do grupo não clínico,

uma vez que na estrutura neurótica a agressividade é absorvida/reprimida por um superego integrado e autocrítico (Kernberg & Caligor, 2005). Com relação à organização de personalidade *borderline* superior, pode-se compreender não ter diferenciado da normal e neurótica em função de sua característica psicopatológica menos acentuada em comparação com a *borderline* inferior. A agressão tem sido caracterizada como ponto central em transtornos que englobam a organização *borderline* de personalidade (Critchfield et al., 2008). No entanto, de acordo com a teoria psicodinâmica das relações de objeto, existe uma subdivisão desta organização de personalidade. Fazem parte da organização superior transtornos de personalidade como evitativo, dependente e histriônico, os quais não apresentam demarcadas características agressivas. Já a organização inferior dentro da estrutura *borderline* está associada aos transtornos de personalidade como o antissocial, o esquizotípico e o próprio transtorno *borderline*. Crawford et al. (2006) afirmam que grande parte dos transtornos de personalidade apresentam problemas associados às relações interpessoais, com estabelecimento do apego caracterizado por muita ansiedade e evitação. Nesse sentido, a agressão é o aspecto que distingue transtornos do Cluster B do DSM, principalmente o transtorno de personalidade *borderline* (TPB), dos demais transtornos que apresentam também altos níveis de ansiedade no estabelecimento de vínculos, como o dependente e o evitativo. Além disso, os altos escores de agressão evidenciados pode estar associado ao fato de que este estudo pode ter um viés em relação à organização de personalidade *borderline* inferior, visto que grande parte dos participantes deste grupo são pacientes com TPB.

Uma limitação do estudo, que pode ter influenciado o fato de o IPO-Br não ter discriminado as nuances entre as cinco estruturas, é a questão de que os grupos foram formados a partir da avaliação da estrutura de personalidade feita pelo julgamento do clínico a partir dos perfis prototípicos construídos pelos autores. Esse método não é tão fidedigno quanto seria a utilização de escalas diagnósticas estruturadas, como a SCID-II, por exemplo.

Além da capacidade de discriminar a população clínica, o IPO-Br também mostrou-se eficaz em discriminar o grupo que apresenta risco de suicídio, com grande tamanho de efeito na diferença entre médias grande para todas as escalas, demonstrando evidências de validade concorrente do instrumento. Além disso, o inventário demonstrou eficácia na capacidade preditiva no risco de suicídio, com a escala Agressão mostrando-se significativa para o modelo. A associação desta variável ao risco de suicídio é bastante plausível, visto que se trata-se de uma medida de comportamentos e atitudes agressivas e que uma de suas facetas é a agressão autodirigida (Critchfield et al., 2008).

A definição dos pontos de corte possibilitou a configuração de quatro grupos por nível de prejuízo em cada uma das dimensões avaliadas pelo IPO-Br: Normal, Prejuízo Leve, Prejuízo Acentuado e Prejuízo Grave. Desta forma, uma pessoa com pontuação situada abaixo do primeiro na escala Difusão de Identidade, por exemplo, provavelmente possui uma identidade integrada e um senso interno de autocoerência. Já uma pessoa situada entre o primeiro e o segundo pontos de corte nesta escala pode estar evidenciado algum prejuízo na integração da identidade, podendo apresentar alguma demanda clínica. Entre o segundo e o terceiro pontos de corte, o sujeito possivelmente apresenta um nível mais comprometido no funcionamento da identidade e uma percepção de si mesmo e dos outros mais fragmentada. Se o escore estiver acima do terceiro ponto de corte, existe uma alta probabilidade de que esta pessoa venha a apresentar um quadro instalado de difusão de identidade, com significativa dificuldade de entender a si mesmo e regular as próprias experiências emocionais. Os valores de sensibilidade e especificidade das escalas também se mostraram satisfatórios. Portanto, o IPO-Br demonstrou ser um instrumento sensível e específico, especialmente para o segundo ponto de corte, quando se trata de discriminar indivíduos com uma configuração normal dos indivíduos com um nível acentuado de prejuízo no funcionamento da personalidade.

CONCLUSÃO

Este estudo apresentou evidências de validade do IPO-Br a partir da comparação entre amostras clínica e não clínica, utilizando-se, para tal, o critério de estrutura de personalidade baseada no modelo de Kernberg. Grande parte das pesquisas precedentes utilizando o IPO detiveram-se a investigar as relações deste instrumento com outras medidas e construtos psicológicos. Nesse sentido, uma das principais contribuições do presente estudo foi verificar o valor clínico do IPO para diferenciar indivíduos com distintas estruturas de personalidade, desde as não patológicas até as com funcionamento gravemente comprometido. Considera-se que este seja um diferencial em relação aos conhecimentos previamente acumulados na área. Conclui-se, portanto, que o IPO-Br pode ser um instrumento útil na prática clínica para avaliação estrutural da personalidade, fornecendo informações acerca de suas características patológicas e o nível de prejuízo em seu funcionamento.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5)*. Porto Alegre: Artmed.

- 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.
- Caligor, E., Stern, B. L., Hamilton, M., MacCornack, V., Winger, L., Sneed, J., & Roose, S. P. (2009). Why We Recommend Analytic Treatment for Some Patients and Not for Others. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 57*(3), 677-694.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Crawford, T. N., Shaver, P. R., Cohen, P., Pilkonis, P. A., Gillath, O., & Kasen, S. (2006). Self-reported attachment, interpersonal aggression, and personality disorder in a prospective community sample of adolescents and adults. *Journal of Personality Disorders, 20*(4), 331-351.
- 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.
- Diguer, L., Hébert, E., Gamache, D., Laverdière, O., Daoust, J. P., & Pelletier, S. (2006). *Personality Organization Diagnostic Form (PODF): Manual for scoring*. Laboratoire de recherche sur la personnalité et la psychopathologie, Ecole de psychologie, Université Laval, Québec, Canada.
- 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.
- Field, A. (2009). *Descobrimos a estatística utilizando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed-Bookman.
- 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), 380-390.
- Goodman, G., Bartlett, R. C., & Stroh, M. (2013). Mothers' borderline features and children's disorganized attachment representations as predictors of children's externalizing behavior. *Psychoanalytic Psychology, 30*(1), 16-36.
- Hair, Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman.

- Hamilton, M., Winger, L., & Roose, S. P. (2009). Dropout rate of training cases: Who and when. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(3), 695-702.
- Hoermann, S., Clarkin, J. F., Hull, J. W., & Levy, K. N. (2005). The construct of effortful control: An approach to borderline personality disorder heterogeneity. *Psychopathology*, 38(2), 82-86.
- Igarashi, H., Kikuchi, H., Kano, R., Mitoma, H., Shono, M., Hasui, C., & Kitamura, T. (2009). The Inventory of Personality Organisation: its psychometric properties among student and clinical populations in Japan. *Annals of General Psychiatry*, 8(9), 1-21.
- Irwin, H. J. (2004). Reality testing and the formation of paranormal beliefs: A constructive replication. *Journal of the Society for Psychological Research*, 68, 143-152.
- 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*. (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- 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.
- Lenzenweger, M. F., McClough, J. F., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2012). Exploring the interface of neurobehaviorally linked personality dimensions and personality organization in borderline personality disorder: The Multidimensional Personality Questionnaire and Inventory of Personality Organization. *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 902-918.
- Lowyck, B., Luyten, P., Verhaest, Y., Vandeneede, B., & Vermote, R. (2013). Levels of personality functioning and their association with clinical features and interpersonal functioning in patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 27(3), 320-336.
- Millon, T. & Davis, R. (1995). Conceptions of Personality Disorders: historical perspectives, the DSMs and Future Directions. In: Livesley, W. J. *The DSM-IV personality disorders* (pp. 3-28). New York, NY: The Guilford Press.
- Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Dupont, G., Poitras, K., Foelsch, P., & Clarkin, J. (2002). Évaluation de la validité théorique de l'Inventaire de l'organisation de la

- personnalité. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 34(1), 59-65.
- Oliveira, S. E. S. (2012). *Diagnóstico estrutural da personalidade: adaptação e validação do Inventory Personality Organization para a cultura brasileira*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Oliveira, S. E. S. & Bandeira, D. R. (2012). Linguistic and cultural adaptation of the Inventory of Personality Organization (IPO) for the Brazilian culture. *Journal of Depression & Anxiety*, 1(1), 1-7.
- Pestana, M. H. & Gagueiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais* (4th ed). Lisboa: Síbaló.
- 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: Theory, Research, and Treatment*, 6(2), 129-140.
- Quiroga, S., Solano, A. C., & Fontao, M. I. (2003). La evaluación de la estructura de la personalidad: adaptación argentina Del Inventario de Organización de la Personalidad (IPO). *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 1, 188-219.
- Ruiz, L. R. & Sánchez, A. R. R. (2008). Description of the structural organization of the personality in adolescents who studied first semester in a psychology program in the city of Barranquillla. *Psychologia: avances de la disciplina*, 2, 65-91.
- Saulsman, L. M. & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 23, 1055–1085.
- Smits, D. J., Vermote, R., Claes, L., & Vertommen, H. (2009). The Inventory of Personality Organization-Revised: construction of a bridged version. *European Journal of Psychological Assessment*, 25, 223-230.
- Spitzer, C. B., Eirnow, S., Arbuster, J., Kusserow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2006). Borderline personality organization and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70, 210-221.
- Vermote, R., Fonagy, P., Vertommen, H., Verhaest, Y., Stroobants, R., Vandeneede, B., ... & Peuskens, J. (2009). Outcome and outcome trajectories of personality disordered patients during and after a psychoanalytic hospitalization-based treatment. *Journal of Personality Disorders*, 23(3), 294-307.

- Verreault, M., Sabourin, S., Lussier, Y., Normandin, L., & Clarkin, J. F. (2013). Assessment of personality organization in couple relationships: Factorial structure of the inventory of personality organization and incremental validity over neuroticism. *Journal of Personality Assessment, 95*(1), 85-95.
- Widiger, T. A. & Krueger, R. F. (2013). Personality disorders in the DSM-5: Current status, lessons learned, and future challenges. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 4*(4), 341.

ANEXOS

- ANEXO 1: Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br)

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

Nome: _____ Data: ___ / ___ / _____

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, **marque** 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

① Nunca verdadeiro	② Raramente Verdadeiro	③ Às vezes verdadeiro	④ Frequentemente verdadeiro	⑤ Sempre verdadeiro
--------------------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	---------------------------

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

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

① Nunca verdadeiro	② Raramente Verdadeiro	③ Às vezes verdadeiro	④ Frequentemente verdadeiro	⑤ Sempre verdadeiro
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
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

① Nunca verdadeiro	② Raramente Verdadeiro	③ Às vezes verdadeiro	④ Frequentemente verdadeiro	⑤ Sempre verdadeiro
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
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

① Nunca verdadeiro	② Raramente Verdadeiro	③ Às vezes verdadeiro	④ Frequentemente verdadeiro	⑤ Sempre verdadeiro
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
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

① Nunca verdadeiro	② Raramente Verdadeiro	③ Às vezes verdadeiro	④ Frequentemente verdadeiro	⑤ Sempre verdadeiro
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 provoço 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
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

- ANEXO 2: Self Report Questionnaire – SRQ-20

Self Report Questionnaire - SRQ- 20

Instruções:

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado os 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.

PERGUNTAS	RESPOSTAS
1- Você tem dores de cabeça freqüentes?	Sim () Não ()
2- Tem falta de apetite?	Sim () Não ()
3- Dorme mal?	Sim () Não ()
4- Assusta-se com facilidade?	Sim () Não ()
5- Tem tremores nas mãos?	Sim () Não ()
6- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	Sim () Não ()
7- Tem má digestão?	Sim () Não ()
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	Sim () Não ()
9- Tem se sentido triste ultimamente?	Sim () Não ()
10- Tem chorado mais do que costume?	Sim () Não ()
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	Sim () Não ()
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	Sim () Não ()
13- Tem dificuldades no serviço? (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)	Sim () Não ()
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	Sim () Não ()
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	Sim () Não ()
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	Sim () Não ()
17- Tem tido ideia de acabar com a vida?	Sim () Não ()
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	Sim () Não ()
19- Você se cansa com facilidade?	Sim () Não ()
20- Têm sensações desagradáveis no estomago?	Sim () Não ()

- ANEXO 3: Questionário de Dados Socioculturais e de Saúde

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="radio"/>					
1- Nada Satisfatória	<input type="radio"/>					
2- Pouco Satisfatória	<input type="radio"/>					
3- Neutra	<input type="radio"/>					
4- Muito Satisfatória	<input type="radio"/>					
5- Totalmente Satisfatória	<input type="radio"/>					

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"/>
1° Ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2° Ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3° Ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4° Ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5° Ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6° Ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7° Ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8° Ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9° Ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1° Ens. Méd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2° Ens. Méd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3° Ens. Méd.	<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: _____

Superior Inc.	0	0	0
Superior	0	0	0
Pós-grad.	0	0	0

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?

Qual a renda mensal de sua família?

- 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

- 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? Não 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?

Não Sim. Qual(is)? _____

Você tem algum diagnóstico médico/clínico? (*Hipertensão, diabetes, hipertiroedismo, etc.*)

Não Sim. Qual(is)? _____

Você tem algum diagnóstico psiquiátrico? (*Depressão, ansiedade, esquizofrenia, etc.*)

Não Sim. Qual(is)? _____

Você tem algum diagnóstico neurológico? (*Demência, derrame, esclerose múltipla, etc.*)

Não 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?

Você **FAZ** uso de alguma substância psicoativa? (drogas, medicamentos)

Não Sim. Se sim, responda:

- Há quanto tempo usa? _____
- Você se considera viciado(a) no uso da substância? Não Sim Não sei
- Você acha que precisa de tratamento para interromper o uso? Não Sim

Você **JÁ FEZ** uso de alguma substância psicoativa? (drogas, medicamentos)

Não Sim. Se sim responda:

- Há quanto tempo parou? _____
- Você se considerou viciado(a) no uso da substância? Não Sim Não sei
- Você precisou de tratamento para interromper o uso? Não 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="radio"/>	<input type="radio"/>	Anfetaminas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cocaína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Valium
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	“Rebite”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pasta de coca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diazepam
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ritalina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Merla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dienpax
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pra tirar a fome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Crack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Somalium
P	A	Solventes Voláteis	P	A	Canabinóides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Frisium
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	“Cola”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Maconha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Psicosedin
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Éter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hasish	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lexotan
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	“Lança perfume”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	THC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lorax
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	“Loló”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Halcion
P	A	Alucinógenos	P	A	Diversos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Frontal
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L.S.D	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anabolisantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rohypnol
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	“Ácido”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Esteróides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Urbanil
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mescalina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonebon
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PCP				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Barbitúricos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Êxtase (MDMA)				P	A	Outras
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cogumelos				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Artane				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
P	A	Opiáceos	P	A	Opiáceos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Heroína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Codeína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Morfina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Propoxifeno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pó de ópio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fentanil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Caso tenha feito uso de alguma substância, por favor, indique:

Tenho uma religião e a pratico

Outro: _____

Por favor, indique a opção que melhor represente a sua crença?

Não tenho crenças religiosas e espirituais

Islamismo

Católico

Budismo

Evangélico – Pentecostal

Mormonismo

Evangélico – Tradicional

Umbandismo

Adventista

Testemunhas de Jeová

Espírita

Cristianismo Oriental

Exoterismo

Minhas crenças são pessoais

Judaísmo

Tenho várias afiliações religiosas

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 4: Perfis prototípicos (para ser respondido pelos terapeutas)

Perfil 1

Identidade

São pessoas que possuem comportamentos coerentes, tem uma identidade preservada (isto é, sabem quem são e conseguem perceber-se como uma única pessoa, mesmo em diferentes fases da vida e desempenhando diferentes papéis). Conseguem perceber defeitos e qualidades próprios e de outras pessoas de forma adequada (boa autoavaliação).

Defesas

As defesas tendem a ser de sublimação, humor, antecipação ou baseadas na repressão, onde aspectos conflituosos da experiência interna são banidos da consciência. Também são comuns neste tipo de organização o uso da formação reativa (faz o contrário do que se sente ou pensa), projeção (projeta para fora de si sentimentos ou motivações que não aceitam), deslocamento (não percebe a ligação entre motivações ou sentimentos e um objeto), isolamento do afeto (percebe que seu sentimento não está coerente com a situação), racionalização (apresenta explicações racionais para comportamentos que tem um fundo inconsciente) e intelectualização (afeto é reprimido enquanto o indivíduo conscientemente está focado em ideias abstratas).

Teste de Realidade

São pessoas capazes de julgar seus comportamentos, sentimentos e pensamentos de forma apropriada, isto é, conseguem perceber se suas atitudes estão de acordo com a cultura. Eles não apresentam quadros de delírios (crenças incomuns) e alucinações. São bastante lúcidos e conscientes de suas experiências internas e com o ambiente.

Características

São pessoas capazes de estabelecer relacionamentos íntimos. São flexíveis e conseguem se adaptar às demandas e situações da vida. Apresentam recursos psicológicos adequados para enfrentar conflitos, lidar com contradições e tolerar a frustração. As inconsistências pessoais são percebidas e, na maioria das vezes são adequadamente trabalhadas. Trata-se de pessoas com adequada saúde mental.

Perfil 2

Identidade

São pessoas que possuem comportamentos coerentes, tem uma identidade preservada (isto é, sabem quem são e conseguem perceber-se como uma única pessoa, mesmo em diferentes fases da vida e desempenhando diferentes papéis). Conseguem perceber defeitos e qualidades próprios e de outras pessoas de forma adequada (boa autoavaliação). Contudo, podem apresentar certas características que as fazem encontrar algumas dificuldades, como listadas abaixo (podem apresentar uma ou mais de uma das três características listadas):

- 1) Podem ser pessoas perfeccionistas, extremamente devotadas ao trabalho, rígidas, teimosas e controladoras. Prezam pela organização e detalhe.
- 2) Podem ser indivíduos tristes, abatidos e desanimados. Tendem a ser severamente críticos consigo mesmos, pessimistas, negativista (crítico e preconceituoso com os outros) e propensos a sentirem culpa ou remorso.
- 3) Podem ser sujeitos basicamente insatisfeitos em suas relações sexuais, ou tendendo a apresentar problemas depressivos, ansiosos e/ou de insatisfação no trabalho.

Defesas

Predomínio de defesas baseadas na repressão, onde aspectos conflituosos da experiência interna são banidos da consciência. São comuns neste tipo de organização o uso da formação reativa (fazem o contrário do que se sentem ou pensam), projeção (projetam para fora de si sentimentos ou motivações que não aceitam), deslocamento (não percebem a ligação entre motivações ou sentimentos e um objeto), isolamento do afeto (percebem que seu sentimento não está coerente com a situação), racionalização (apresentam explicações racionais para comportamentos que tem um fundo inconsciente) e intelectualização (afeto é reprimido enquanto o indivíduo conscientemente está focado em ideias abstratas).

Teste de Realidade

São pessoas capazes de julgar seus comportamentos, sentimentos e pensamentos de forma apropriada, isto é, conseguem perceber se suas atitudes estão de acordo com a cultura. Eles não apresentam quadros de delírios (crenças incomuns) e alucinações. São bastante lúcidos e conscientes de suas experiências internas e com o ambiente.

Características

São pessoas que até podem ser capazes de estabelecer relacionamentos íntimos, contudo tendem a apresentar algum problema (conflito importante), principalmente, nas relações amorosas e sexuais. Geralmente apresentam queixas de sentimentos ansiosos, depressivos ou queixas relacionadas ao trabalho ou sexuais. Às vezes se mostram ambivalentes ou imprecisos em certas áreas de suas vidas. No entanto, na maior parte das vezes conseguem darem-se conta dessas inconsistências. São pessoas que tendem a ser inflexíveis em seus traços mal adaptativos, isto é, seus comportamentos problemáticos tendem a ser acionados automaticamente gerando padrões repetitivos de conduta. Dessa forma, não conseguem apresentar uma resposta mais adaptativa frente às demandas e situações da vida, principalmente no que se refere ao eixo problemático (seja o trabalho, ou a vida sexual, ou a vivência de estados ansiosos ou depressivos).

Perfil 3

Identidade

São pessoas que não possuem uma noção muito clara de quem são e/ou que entendem as outras pessoas de forma não muito adequada. Podem apresentar um padrão como descrito em um ou mais dos quatro tipos listados abaixo:

- 1) Podem sentir tensão, apreensão, insegurança e inferioridade na relação com as pessoas. Por isso, tendem a evitar se relacionar com os outros, pois são hipersensíveis a críticas.
- 2) Podem se sentirem fracos e incompetentes e, por isso, esperam que os outros tomem decisões por eles (das menores às mais importantes). Se submetem passivamente aos desejos dos outros para serem amados e/ou aceitos.
- 3) Podem apresentar uma afetividade superficial e lábil, tendendo a serem dramáticos, teatrais, com expressão exagerada das emoções. Geralmente gostam de ser o centro das atenções.
- 4) Podem apresentar um sentido de grandiosidade, com forte necessidade de admiração e falta de empatia para com os outros, chegando a menosprezar (desvalorizar) a contribuição dos outros.

Defesas

Predomínio da cisão (dissociação das representações de "bom" e "mau" do *self* e do outro). Também é comum neste tipo de organização o uso da idealização (só veem os aspectos bons do(s) outro(s) e negam qualquer defeito), desvalorização (só veem os defeitos do(s) outro(s)), identificação projetiva (projetam características negativas pessoais na(s) outra(s) pessoa(s)), controle onipotente (tendem a ser controladores, pois se veem como alguém grandioso e os outros como sendo frágeis) e negação (conscientes de um evento aversivo, mas não sentem qualquer sentimento negativo).

Teste de Realidade

São pessoas capazes de julgar seus comportamentos, sentimentos e pensamentos de forma apropriada, isto é, conseguem perceber se suas atitudes estão de acordo com a sua cultura. Contudo, em situações de intensidade emocional, podem ter prejudicada a capacidade de avaliar seus comportamentos. Eles não apresentam quadros de delírios (crenças incomuns) e alucinações.

Características

São pessoas capazes de estabelecer relações, mas estas tendem a ser conflituosas seja devido ao receio de serem criticadas (pois se sentem vulneráveis à depreciação), seja pela dependência de cuidado e afeto (pois se sentem fracas e indefesas), seja pela necessidade de serem admiradas (pois sentem-se grandiosas, superiores e únicas), ou seja pelo desejo de serem o centro das atenções (pois sentem-se como sendo glamorosas e impressionantes). Apresentam uma rigidez um pouco maior que o Perfil 2, isto é, têm mais dificuldade em modificar os padrões mal adaptativos de seus comportamentos.

Perfil 4

Identidade

São pessoas que não possuem uma noção clara de quem são e/ou que entendem as outras pessoas de forma fragmentada. Podem apresentar um padrão como descrito em um ou mais dos cinco tipos listados abaixo:

- 1) Podem acreditar que o mundo é um lugar hostil e que os outros são maus e querem lhes prejudicar de alguma forma. São desconfiados e geralmente distorcem os fatos para alimentar suas desconfianças.
- 2) Podem acreditar que os outros são intrusivos e tendem a não precisar de se relacionar com as pessoas. Sentem pouco prazer em quaisquer atividades, inclusive sexuais.
- 3) Geralmente oscilam na percepção dos outros, variando de uma total valorização à total depreciação. Apresentam instabilidade emocional e falta de controle de impulsos (chegando a agredir os outros e/ou a si próprios).
- 4) Geralmente acreditam que os outros são intrusivos e perigosos. Tem crenças estranhas em relação a possuir poderes especiais (ex.: sexto sentido aguçado, capacidade de predizer o futuro, capacidade de ler as mentes, etc). Tendem a ter aparência ou comportamento esquisito/excêntrico.
- 5) Geralmente veem os outros como sendo pessoas vulneráveis e exploráveis (isto é, tende a usar das pessoas para satisfação de suas necessidades). Pode ser explorador, manipulador e engajar-se em atividades de risco sem apresentar remorso ou empatia.

Defesas

Predomínio da cisão (dissociação das representações de "bom" e "mau" do *self* e do outro). Também é comum neste tipo de organização o uso da idealização (só veem os aspectos bons do(s) outro(s) e negam qualquer defeito), desvalorização (só veem os defeitos do(s) outro(s)), identificação projetiva (projetam características negativas pessoais na(s) outra(s) pessoa(s)), controle onipotente (tendem a ser controladores, pois se veem como alguém grandioso e os outros como sendo frágeis) e negação (conscientes de um evento aversivo, mas não sentem qualquer sentimento negativo).

Teste de Realidade

São pessoas que apresentam certa dificuldade em julgar seus comportamentos, sentimentos e pensamentos de forma apropriada. Principalmente em situações de intensidade emocional, podem apresentar forte dificuldade em avaliar seus comportamentos. Em alguns casos e momentos podem apresentar quadros de delírio (crenças incomuns ou bizarras) e alucinação (contudo não fecham critérios para Transtornos Esquizofrênicos ou Psicóticos).

Características

As pessoas desse perfil apresentam um distúrbio crônico nas relações interpessoais. Elas podem sequer envolver-se em relacionamentos íntimos (por se sentirem autossuficientes, ou por se sentirem vulneráveis aos outros), ou apresentar um padrão instável de relacionamento (por se sentirem desconfiados em serem usados ou traídos, ou por sentirem medo de serem abandonados, ou por se sentirem fortes e exploradores). Apresentam uma rigidez um tanto maior que o Perfil 2, isto é, têm mais dificuldade em modificar os padrões mal adaptativos de seus comportamentos.

Perfil 5

Identidade

São pessoas que não possuem uma noção clara de quem são ou que entendem as outras pessoas de forma fragmentada. Muitas vezes compartimentalizam/fragmentam a sua própria experiência emocional, resultando em uma autoimagem confusa e distorcida.

Defesas

Predomínio da cisão (dissociação das representações de "bom" e "mau" do *self* e do outro). Também é comum neste tipo de organização o uso da idealização (só veem os aspectos bons do(s) outro(s) e negam qualquer defeito), desvalorização (só veem os defeitos do(s) outro(s)), identificação projetiva (projetam características negativas pessoais na(s) outra(s) pessoa(s)), controle onipotente (tendem a ser controladores, pois se veem como alguém grandioso e os outros como sendo frágeis) e negação (conscientes de um evento aversivo, mas não sentem qualquer sentimento negativo).

Teste de realidade

Pessoas com este perfil apresentam acentuado prejuízo na capacidade de julgar os próprios comportamentos, sentimentos e pensamentos de forma apropriada. Isto é, encontram dificuldades para diferenciar o *self* do não *self*, especialmente quando há situações com picos de ativação afetiva (não sabem bem qual a fronteira entre a representação de si mesmos e dos outros). Há dificuldades para distinguirem se a origem dos sentimentos, pensamentos e motivações é interna ou externa. Assim, não sabem se o que se passa com eles é real ou produto da fantasia/imaginação. Pessoas com este perfil têm problemas para manterem-se de acordo com os critérios sociais e com a realidade.

Características

Alucinações e delírios são alguns dos sintomas usualmente presentes neste tipo de organização. Além disso, são sujeitos que apresentam discurso, afeto e comportamento grosseiramente desorganizados. Tendem a apresentar extrema dificuldade de manter relações sadias, devido ao nível de desorganização pessoal. Há uma falha na capacidade do cuidado pessoal, apresentando usualmente problemas com o asseio, cuidado com a própria saúde e com suas vestimentas. As defesas dissociativas geram uma imagem de si mesmo distorcida e confusa em função de aspectos compartimentalizados (que ficam separados na consciência). São pessoas com um nível de comprometimento psicológico e funcional mais acentuado.

- ANEXO 5: Parecer 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 Marcell Trentini
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília CEP: 91.035-003
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)308-5698 Fax: (51)308-5698 E-mail: csp-psico@ufrgs.br