

André Augusto Rossi



**VALIDADE E PRECISÃO DO INVENTÁRIO DIMENSIONAL
CLÍNICO DA PERSONALIDADE EM AMOSTRA CLÍNICA**

Apoio:



ITATIBA
2014

André Augusto Rossi

**VALIDADE E PRECISÃO DO INVENTÁRIO DIMENSIONAL
CLÍNICO DA PERSONALIDADE EM AMOSTRA CLÍNICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco, Área de Concentração - Avaliação Psicológica, para obtenção do título de Mestre.

ORIENTADOR: RICARDO PRIMI

ITATIBA
2014

155.2 Rossi, André Augusto.
R741v Validade e precisão do inventário dimensional clínico da personalidade em amostra clínica / André Augusto Rossi. -- Itatiba, 2014.
90 p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco.

Orientação de: Ricardo Primi.

1. Avaliação da personalidade. 2. Distúrbios da personalidade. 3. Nomotético. 4. Idiográfico. 5. Validade do teste. 6. Precisão do teste. I. Primi, Ricardo. II Título.

Ficha catalográfica elaborada pelas Bibliotecárias do Setor de Processamento Técnico da Universidade São Francisco.

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU *EM PSICOLOGIA*

MESTRADO/DOUTORADO

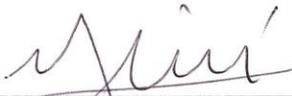


UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

EM PSICOLOGIA

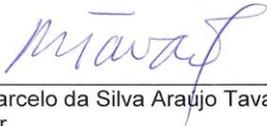
André Augusto Rossi defendeu a dissertação “EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DO INVENTÁRIO DIMENSIONAL CLÍNICO DA PERSONALIDADE” aprovada pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco em 05 de agosto de 2014 pela Banca Examinadora constituída por:



Prof. Dr. Ricardo Primi
Orientador e Presidente



Prof. Dr. Lucas de Francisco Carvalho
Examinador



Prof. Dr. Marcelo da Silva Araújo Tavares
Examinador

Dedicatória

À Juliana

Agradecimentos

Agradeço a meus pais Márcia e Roberto, pela oportunidade que me deram de ter a experiência da vida humana com riqueza, profundidade, sabedoria e beleza.

Agradeço a meus avós Ivone e Sílvio, pelo cuidado, carinho, amor e dedicação que sempre tiveram comigo.

Agradeço a minha esposa Juliana, pela oportunidade maravilhosa de compartilhar a vida juntos e fazer-me sentir que cada segundo de minha existência vale a pena ser vivido ao seu lado.

Agradeço a meu orientador Prof. Dr. Ricardo Primi, pelas valiosas discussões, apontamentos, ensinamentos e companheirismo durante toda minha trajetória desde a iniciação científica.

Agradeço ao Prof. Dr. Cláudio Capitão, por me apoiar incondicionalmente, sem o qual não estaria eu hoje realizando pesquisa e contribuindo para o desenvolvimento da ciência.

Agradeço a minha Profa. Cláudia, pelos longos anos juntos de ensino de inglês, pela amizade e boas risadas.

Agradeço ao amigo Ananias, que conquistei durante o mestrado, pela ajuda e discussões muito frutíferas e interessantes que tivemos.

Agradeço aos professores, que contribuíram com seus ensinamentos e orientações, além de compartilharem suas experiências valiosas comigo.

Aos queridos amigos, que sempre estiveram ao meu lado e tenho grande carinho e admiração.

Agradeço a FAPESP, por ter patrocinado este trabalho que fiz com grande alegria e será muito importante em minha carreira profissional.

Resumo

Rossi, A. A. (2014). *Validade e Precisão do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade em Amostra Clínica*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

Este trabalho teve como objetivo buscar evidências de validade e precisão para o instrumento Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) em amostra clínica. Para tanto, a pesquisa foi dividida em três artigos sendo eles, *Reflexões e Propostas atuais em Avaliação e Diagnóstico da Personalidade*; *Validade e Precisão do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade em Amostra Clínica*; *Análise de Conglomerados do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade em Amostra Clínica*. O primeiro artigo consiste numa discussão teórica acerca dos modelos de pesquisa em avaliação da personalidade e seus transtornos, e da importância da utilização de técnicas diferentes de avaliação para se alcançar um resultado mais preciso e válido clinicamente. Defende-se que usar múltiplas técnicas e informantes a forma mais adequada de se chegar a um resultado clinicamente mais preciso e válido, além da importância disso para a evolução da ciência, algo que foi realizado nesta pesquisa. Os outros dois artigos tratam de evidências de validade e precisão para o IDCP, o primeiro buscando evidências de precisão por meio consistência interna das escalas do IDCP e, em seguida, evidências de validade com variáveis externas correlacionando as escalas do IDCP com as do *Shedler Westen Assessment Procedure – 200* (SWAP-200). Os resultados deste estudo evidenciam a maioria dos coeficientes *Alfa* altos, mas alguns problemas nas escalas de agressividade, necessidade de atenção, conscienciosidade e impulsividade. As correlações encontradas entre as escalas fazem sentido teórico, mas são poucas e sugerem que mais estudos precisam ser feitos para identificar possíveis problemas. O último artigo busca evidências de validade por meio da análise de conglomerados hierárquica das escalas do IDCP, fazendo uma comparação de perfis encontrados nas escalas do instrumento com os protótipos de transtornos da personalidade sugeridos pela literatura do SWAP-200. Os resultados indicam que não foi possível identificar os dez protótipos de transtornos da personalidade, mas que o IDCP é capaz de identificar níveis de patologia. De maneira geral, os resultados apontam a necessidade de mais estudos com IDCP em amostras clínicas, problemas de precisão em algumas escalas e que o instrumento é capaz de diferenciar pessoas com transtornos em termos de nível de patologia.

Palavras-chave: Avaliação da Personalidade, Transtornos da Personalidade, Nomotético, Idiográfico, Validade Clínica.

Abstract

Rossi, A. A. (2014). *Validity and Reliability of Dimensional Clinical Personality Inventory in Clinical Sample*. Master's Thesis, Post-Graduate Studies in Psychology, University San Francisco, Itatiba, São Paulo.

This study aimed to find validity evidence for the instrument Dimensional Clinical Personality Inventory (DCPI) in clinic sample. Therefore, the research was divided into three articles, namely, *Reflections and Actual Proposals in Personality Diagnostic and Assessment; Validity and Reliability of Dimensional Clinical Personality Inventory in Clinical Sample; Cluster Analyses of Dimensional Clinical Personality Inventory in Clinical Sample*. The first paper consists of a theoretical discussion of research models in personality assessment and the importance of using different assessment techniques to achieve a more accurate and clinically valid result. It is argued that the use of multiple informants and technics is the most appropriate way to arrive at a more accurate and clinically valid result, and the importance of this for the evolution of science, something that was done in this research. The other two articles deal with validity and reliability evidence for the DCPI, the first seeking reliability evidence by means of internal consistency of the scales and then external variables validity correlating their scales with the scales of Shedler Westen Assessment Procedure - 200 (SWAP - 200). The results of this study highlight the most coefficients Alpha high, but some problems on scales of aggression, need for attention, conscientiousness and impulsivity. The correlations between the scales make theoretical sense, but they are few and suggest that more studies need to be done to identify possible problems. The last article seeks validity evidence through hierarchical cluster analysis of the scales of the DCIP, making a comparison of profiles found in the scales of the instrument with the prototypes of personality disorders suggested by the literature of the SWAP-200. The results indicate that it was not possible to identify the ten prototypes of personality disorders, but that the DCPI is able to identify levels of pathology. Overall, the results indicate the need for more studies with DCPI in clinical samples, accuracy problems on some scales and the instrument is able to differentiate people with disorders in terms of level of pathology.

Keywords: Personality Assessment, Personality Disorders, Nomothetic, Idiographic, Clinical Validity.

Sumário

| | |
|---|----|
| LISTA DE FIGURAS | ix |
| LISTA DE TABELAS | x |
| LISTA DE ANEXOS | xi |
| APRESENTAÇÃO..... | 1 |
| Reflexões e Propostas atuais em Avaliação e Diagnóstico da Personalidade..... | 3 |
| Validade Precisão do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade em Amostra Clínica..... | 30 |
| Análise de Conglomerados do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade em Amostra Clínica | 61 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 83 |
| ANEXOS..... | 84 |

Lista de figuras

Análise de Conglomerados do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade em Amostra Clínica.

| | |
|---|----|
| Figura 1- Dendograma dos perfis de personalidade por meio das escalas do IDCP com subdivisão de 4 e 10 grupos. | 72 |
| Figura 2- Gráfico de perfis de médias das dimensões do IDCP em 10 grupos. | 73 |

Lista de tabelas

Validade e Precisão do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade em Amostra Clínica.

Tabela 1 - Frequência, porcentagem e porcentagem por transtorno de personalidade de diagnósticos da amostra do estudo de consistência interna.....41

Tabela 2 - Frequência, porcentagem e porcentagem por diagnóstico de transtorno da personalidade do estudo de validade.43

Tabela 3 - Número de Itens, Média, Desvio Padrão, Coeficiente Alfa e Correlação Média Item-Total das Escalas do IDCP.49

Tabela 4 - Correlações dos fatores do IDCP com os do SWAP-20050

Análise de Conglomerados do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade em Amostra Clínica.

Tabela 1 - Número de pacientes e porcentagem que preencheram critérios para transtornos do Eixo I e II do DSM-IV69

Tabela 2 - Número de Sujeitos e Médias das Dimensões do IDCP por Grupos75

Lista de anexos

| | |
|--|----|
| Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 85 |
| Anexo 2 - Tabela de Correlações Item-Total | 86 |

Apresentação

Antes do lançamento do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5), uma revisão do Eixo II do DSM-IV-TR que corresponde aos transtornos da personalidade foi dada como necessária em decorrência de problemas enfrentados no diagnóstico por meio do modelo categórico. Neste modelo, é fornecida uma lista contendo assertivas patológicas que servem de critérios diagnósticos aos quais precisam ser preenchidos um determinado número de vezes. O que se mostra problemático neste modelo é que não há justificativa empírica para o número de dez (10) transtornos até então propostos, assim como qual o número adequado de critérios para se considerar um indivíduo com um transtorno da personalidade. Aliado a esta problemática, também se encontra um grande número de casos em que há comorbidades quando o modelo categórico de classificação é utilizado.

Para contornar estas dificuldades foi sugerido o modelo dimensional. O modelo dimensional é amplamente aceito a nível internacional e considera que todos as pessoas possuem as mesmas facetas da personalidade, mas em níveis diferentes. Dependendo da configuração formada por estes diferentes níveis a pessoa apresentará certo padrão de pensar, sentir e agir, e tais padrões, em conjunto, é o que caracteriza sua personalidade. Como é possível infinitas configurações com diferentes níveis em cada faceta o problema da comorbidade poderia ser amenizado e os pontos de corte em cada faceta, para se considerar patológico, poderiam ficar a critério do clínico, fornecendo assim flexibilidade em termos diagnósticos e foco clínico de atenção.

Seguindo a tendência internacional o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) foi desenvolvido com base no modelo dimensional e é um inventário que se propõe a avaliar características patológicas da personalidade. O teste foi

desenvolvido no intuito de suprir uma necessidade brasileira, visto que há uma escassez de instrumentos que avaliam transtornos ou facetas patológicas da personalidade no Brasil. Até o momento, os estudos têm mostrado validade e precisão do teste, mas estudos que tragam mais evidências ainda são necessários.

O presente estudo pretendeu suprir parte desta necessidade trazendo novas contribuições no âmbito da pesquisa em patologias da personalidade e evidências de validade e precisão para o teste. Para isso, três estudos foram realizados e estão divididos em três artigos respectivamente: Reflexões e Propostas atuais em Avaliação e Diagnóstico da Personalidade; Validade de Critério e Consistência Interna do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade; e Análise de Conglomerados do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade.

Reflexões e Propostas atuais em Avaliação e Diagnóstico da Personalidade
Reflections and Actual Proposals in Personality Diagnostic and Assessment

André Augusto Rossi e Ricardo Primi

Universidade São Francisco

Nota dos Autores

André Augusto Rossi, Laboratório de Avaliação Psicológica e Educacional (LABAPE), Universidade São Francisco; Ricardo Primi, Laboratório de Avaliação Psicológica e Educacional (LABAPE), Universidade São Francisco.

As atividades de pesquisa do primeiro autor que deram origem a esse artigo foram financiadas pela FAPESP.

Correspondências devem ser enviadas para:

Ricardo Primi, Universidade São Francisco, Laboratório de Avaliação Psicológica e Educacional (LABAPE), Mestrado em Psicologia, Rua Alexandre Rodrigues Barbosa, 45, CEP 13251-900, Itatiba, São Paulo, Brasil. Fone +55 11 4534-8118, correio eletrônico: rprimi@mac.com

Resumo

O campo da avaliação da personalidade é muito vasto e complexo, e uma série de variáveis estão em jogo quando se busca avaliar um determinado indivíduo. O que se mostra mais problemático, especialmente no Brasil e com alguns profissionais, é um mal uso das técnicas de avaliação e a pouca flexibilidade destes, com destaque para aqueles que se apegam cega e exclusivamente a uma postura epistemológica específica. Este estudo pretende fazer uma reflexão crítica da importância de se utilizar diferentes técnicas e informantes combinando as posturas epistemológicas nomotética e idiográfica para se alcançar um diagnóstico mais preciso e clinicamente significativo, além de contribuir para o avanço científico. É necessário adotar uma atitude de abertura crítica frente as próprias concepções, levantando quais os limites e possibilidades que cada técnica e fonte de informação fornece, possibilitando a evolução da ciência e a boa prática psicológica.

Palavras-chave: Avaliação da Personalidade, Nomotético, Idiográfico

Abstract

The field of personality assessment is vast and complex and a number of variables come into play when seeking to assess a particular individual. What proves more problematic, especially in Brazil and with some professionals, is a misuse of assessment techniques and the limited flexibility of these professionals, especially those who cling blindly and exclusively to a specific epistemological stance. This study aims to make a critical reflection of the importance of using different techniques and informants combining nomothetic and idiographic epistemological postures to achieve a more accurate and clinically significant diagnosis and contributing to scientific advancement. It is necessary to adopt an attitude of critical openness forward the personal conceptions, raising the limits and possibilities that each technique and source of information provides, enabling the evolution of science and good psychological practice.

Keywords: Personality Assessment, Nomotetic, Idiographic

Reflexões e Propostas atuais em Avaliação e Diagnóstico da Personalidade

A origem do termo personalidade é latina, e vem de “persona”, que significa máscara. Essa definição sugere que existe uma face a frente do ser humano e aponta para a estética do indivíduo, em outras palavras, o que o sujeito parece ou sua aparência. Porém, o que se entende por personalidade atualmente considera não somente o que se aparenta, mas também e principalmente o que o sujeito é em sua interioridade. Assim, a definição contemporânea de personalidade é de um padrão complexo de características psicológicas profundas que, na grande maioria das vezes, são expressas automaticamente por todo o campo experiencial do indivíduo, e comportam sua forma singular de sentir, pensar e agir. Assim, a personalidade pode ser entendida como aquilo que dá ordem e congruência às diversas manifestações comportamentais de um indivíduo (John, Robins & Pervin, 2008; McAdams & Pals, 2006; Millon, 2011; Millon, Millon, Meagher, Grossman & Ramanath, 2004).

Para Millon, et al (2004), os padrões de comportamento da personalidade apresentados são resultado da dinâmica psíquica interna, e podem ser adaptados ou não, levando o indivíduo a ter uma vida saudável e produtiva, ou a uma sucessão de atos repetitivos e disfuncionais, dificilmente modificados pela experiência, empobrecendo a vida e levando ao adoecimento mental. Quando isto ocorre é possível suspeitar de um transtorno da personalidade que, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5) (APA, 2013), são caracterizados por modos específicos de pensar e sentir sobre si e os outros, que afetam de maneira adversa as diferentes áreas importantes da vida de uma pessoa, sendo que tal impacto é significativamente destrutivo e os comportamentos desajustados causam sofrimento relevante. O manual ainda divide os transtornos da personalidade em dez (10) categorias sendo elas, paranoide, esquizoide,

esquizotípico, antissocial, borderline, histriônico, narcisista, evitativo, dependente e obsessivo-compulsivo.

As técnicas de avaliação da personalidade são vastas e incluem entrevistas (estruturadas, semiestruturadas ou de livre estruturação), aplicação de testes de personalidade variados (de autorrelato, heterorrelato, expressivos, questionários, inventários, baterias, etc.) e *checklists*. Cada uma dessas técnicas fornece informações sobre a personalidade de distintos ângulos de visão e, por isso, as informações são diferentes, mas complementares (Millon et al, 2004). A noção de que técnicas diferentes geram fontes distintas de informação e possuem baixa correlação entre si também gerou algumas confusões no meio acadêmico da psicologia. Quando a técnica usada para avaliar determinado construto varia, não são esperadas altas correlações, dado que a natureza diferente de cada técnica acessa um aspecto diferente da personalidade. Esta consideração não é muito intuitiva e acabou permeando acusações indevidas quando estudos correlacionais mostraram baixas correlações entre técnicas expressivas com inventários de personalidade de autorrelato. Apesar de avaliarem o mesmo construto, no caso a personalidade, as vias de acesso são diferentes, ou seja, cada técnica acessa um determinado aspecto da personalidade do paciente e, portanto, é muito difícil encontrar altas correlações (Amaral & Casado, 2006). Da mesma forma, estas considerações devem ser levadas em conta quando o estudo correlaciona sistemas de avaliação de autorrelato com heterorrelato. No autorrelato, o paciente acessa determinada parte de sua própria personalidade, e este olhar é enviesado de tal forma que deve ser conveniente com suas concepções culturais, morais ou ideais. A visão do avaliador é diferente, pois apesar de sofrer dos mesmos vieses que o paciente, é uma pessoa diferente deste e, portanto, pode ter uma visão distinta.

Existem duas posturas epistemológicas em avaliação da personalidade, a idiográfica e a nomotética. Para Tavares (2003), *Idio* se refere ao próprio indivíduo e a postura epistemológica idiográfica estuda o sujeito e sua constituição psíquica particular. Avaliar de acordo com a postura idiográfica significa levantar os aspectos significativos da história do indivíduo que só ele possui, levando em consideração aspectos biológicos e ambientais que o fizeram ser o que é. Essa postura está fundamentalmente voltada ao particular, e regras gerais de classificação aqui são de pouco auxílio. O mecanismo subjacente é indutivo, ou seja, do particular para o geral. O objetivo a ser alcançado é uma rica e profunda descrição e compreensão de um determinado indivíduo, nos quais a teoria subjacente de compreensão e as classificações diagnósticas disponíveis são somente um ponto de partida geral, que podem ser utilizados conforme a necessidade para o aprofundamento das questões que se apresentarem. Levando tal postura ao extremo em uma discussão de base mais filosófica, nenhuma classificação geral é possível, uma vez que cada indivíduo é único e suas particularidades nunca existiram e nunca mais existirão após seu fim (Millon et al, 2004).

Por outro lado, *nomos* se refere as leis gerais e universais, e a postura epistemológica nomotética se volta a regras que podem ser aplicadas a grupos. Por esta razão, a postura nomotética é muito útil para os fins da ciência os quais procuram as leis universais que regem os sistemas e possibilitam que experimentos sejam feitos a fim de encontrar resultados semelhantes caso as proposições estiverem corretas. Os resultados podem ser generalizados e procedimentos padronizados de tratamento são aplicados a todas as pessoas com taxas relativamente baixas de ineficiência ou previsão. O mecanismo subjacente é dedutivo, ou seja, do geral para o particular. As regras gerais refletem hipóteses teóricas acerca dos construtos psicológicos e suas relações, e são chamadas de *redes nomológicas* (Millon et al, 2004; Tavares, 2003).

Segundo Tavares (2003), porém, não é interessante se utilizar, por exemplo, somente da postura idiográfica, uma vez que ela só teria sentido se os fenômenos humanos ocorressem uma única vez e de maneira absolutamente singular. Não é isto que demonstram as pesquisas com a postura nomotética. Segundo o autor, estas mostram que há certo padrão de características psicológicas recorrentes dentre os seres humanos e negá-las seria deixar de lado os inúmeros estudos relevantes e significativos produzidos em psicologia com este tipo de postura epistemológica, nos quais os dados não podem ser atribuídos ao acaso. Em primeiro lugar, é possível fazer previsões derivadas de estudos nomotéticos de validade que têm por base comportamentos e fatos que ocorrem frequentemente entre indivíduos, devendo, portanto, serem utilizadas como guias para as hipóteses iniciais em um processo de avaliação. Em seguida, partir para um estudo mais pormenorizado levando em consideração as vicissitudes de cada caso, ou seja, realizar um estudo idiográfico que permitirá uma visão mais profunda e abrangente da questão que se coloca, levando em consideração a singularidade do sujeito e as facetas que constituem sua biografia, meio de vida, ambiente, entre outros.

Aparentemente, pode-se ter a impressão de que as duas posturas epistemológicas são contraditórias, mas na verdade são complementares, cada uma na especificidade que se propõe a avaliar. A possibilidade interessante que se coloca está em poder utilizar as duas posturas em conjunto, de maneira que os resultados combinados são mais ricos e possibilitam um melhor entendimento da personalidade total do sujeito que é avaliado. Enquanto a postura nomotética oferece as linhas gerais, a idiográfica a complementa com os dados singulares de determinado indivíduo (Millon et al, 2004; Primi, 2010; Tavares, 2003).

Como as duas posturas possuem objetivos e estratégias diferentes, cada uma com

suas limitações próprias, não se pode considerar nenhuma delas superior a outra, pois cada uma fornece informações únicas e particulares acerca do comportamento humano e da vida mental (Bornstein, 2007). Também uma não existiria sem a outra, pois sem indução não é possível a dedução. Sempre se parte de uma observação específica em um indivíduo ou poucos indivíduos e se generaliza (postura epistemológica idiográfica), para depois comparar os grupos e criar categorias as quais estes podem ser alocados (postura epistemológica nomotética). Novas categorias também podem ser criadas conforme um indivíduo ou um grupo de indivíduos não se enquadrem em nenhuma das categorias até então disponíveis.

Nesse contexto, Tavares (2003) propõe o conceito de “validade clínica”. Este conceito é amplo no sentido de que a avaliação do clínico e/ou psicólogo dependerá intimamente de sua experiência, habilidade e personalidade. As formas de confirmação das hipóteses e compreensões levantadas dependerão, logicamente, de fatores (entenda-se indicadores) de várias fontes. O clínico reunirá diversas informações e integrará na sua maneira singular para formular a hipótese ou conclusão desejada. As três formas de avaliar a validade desta inferência são interna, externa e teórica. A validade interna refere-se a integração e coerência das diferentes informações do mesmo sujeito em situações semelhantes ao longo do tempo. A validade externa, diferentemente da validade interna, refere-se à obtenção de informações de diferentes fontes externas, com vias a confirmar as hipóteses formuladas. Espera-se que, apesar de diferentes fontes, os indícios convirjam para a mesma conclusão. Por fim, a validade teórica funciona com base em associações e exclusões do observado com o teórico, de forma que estas façam sentido com a teoria subjacente à compreensão do fenômeno.

Para Shedler e Westen (2007), os clínicos consideram de grande importância ter

uma boa habilidade e destreza no julgamento quando se vai realizar um diagnóstico de personalidade. Isto deve levar em consideração uma vasta extensão de dados que possa ir além daquilo que se mostra mais aparente. Não só o que o sujeito diz, por exemplo, mas como ele diz é fundamental. Além disso, também se deve levar em consideração a história de vida e as relações interpessoais que o sujeito estabelece, inclusive como se relaciona com o clínico e os sentimentos despertados no mesmo na interação com o paciente.

Como Ogden (1996) salienta, na relação clínico-paciente a transferência e contratransferência geradas por ambos podem ser reflexo uma da outra, mas não necessariamente imagens idênticas. Conforme se desenvolve o relacionamento clínico-paciente, o clínico pode ter acesso a aspectos da vida mental do paciente, de maneira que essa relação é criada em conjunto com seu passado e a realidade imediata do tratamento. O clínico, portanto, possui uma participação ativa neste processo de criação, não podendo ser desconsiderada. Isto implica que, mesmo em uma situação de avaliação, aquilo que será averiguado não é puramente o reflexo dos aspectos mentais do avaliado, mas da interrelação do avaliador e do avaliado. O produto desta relação é o que o autor chama de *terceiro analítico*.

Mas o processo transferencial não se dá somente no momento do encontro de dois sujeitos. Fantasias, desejos, conflitos e expectativas são despertados a partir do momento em que o encontro é marcado. No caso do encontro para se realizar uma avaliação psicológica, fantasias, especialmente as persecutórias, podem ser despertadas, já que o intuito é o de conhecer como o paciente funciona afetiva, cognitiva e comportamentalmente. Figuras de autoridade do passado podem ser projetadas sob o avaliador levando o paciente a ter uma postura defensiva e, conseqüentemente, menor abertura no momento de responder um teste psicológico, principalmente se o avaliador não

conhece o paciente previamente. Nestes casos, o *rapport* é fundamental e uma postura de acolhimento respeitosa é a melhor opção para fazer o avaliando se sentir confortável ao realizar a avaliação (Gabbard, 2006).

Um dos problemas encontrados com certos profissionais em alguns lugares, especialmente no Brasil, está na má utilização de técnicas psicológicas no processo de avaliação. Como exemplo, a ideia de que pessoas mentalmente saudáveis possuem uma visão muito distorcida da realidade ganhou destaque entre os pesquisadores da academia, e o impacto gerado por esta conclusão equivocada chegou a pontos extremos. Alguns seguidores desta linha de pensamento foram tão longe a ponto de proporem uma intervenção terapêutica adequada para “ensinar” pacientes com depressão a negar a realidade e criar uma “ilusão positiva” sobre a mesma. Este tipo de intervenção proposta entrou em voga a partir de dados de pesquisas que mostraram que pacientes depressivos têm uma visão relativamente acurada da realidade, enquanto pacientes tidos como saudáveis, “saudáveis” de acordo com escalas de depressão de autorrelato, mostram diversas distorções subjetivas da realidade (Shedler, Mayman & Manis, 1993).

Porém, uma pesquisa realizada por Shedler, Mayman e Manis (1993) mostrou outra realidade. Os autores fizeram três estudos, nos quais utilizaram diversas técnicas de avaliação. Os resultados mostraram que, dentro de um grupo de pessoas que são classificadas como sendo saudáveis mentalmente por meio de inventários de personalidade, existe um subgrupo de pessoas que negam o sofrimento mental com defesas psíquicas e acabam por responderem ao inventário como se fossem saudáveis. Nos três estudos foi confirmada tal hipótese. A título de exemplo, no primeiro estudo participaram 58 sujeitos, sendo 25 homens e 33 mulheres, que foram submetidos ao *Eysenck Neuroticism Scale* e ao *Early Memory Test* (com questões abertas realizadas ao final do teste) para avaliação da

personalidade. Um clínico experiente avaliou os sujeitos por meio do *Early Memory Test* e os classificou em três categorias, sendo elas, relativamente saudáveis psicologicamente, relativamente estressados psicologicamente e sem classificação devido a dados inconclusivos. Em laboratório, estes sujeitos passaram por situações estressoras (resolveram problemas aritméticos, em seguida foram avaliados pelo Teste de Apercepção Temática (TAT) e, por fim, responderam ao *Phrase Association Test*) enquanto a frequência cardíaca, a pressão sistólica e a diastólica eram medidas.

Como era esperado, os resultados apontaram para uma assimetria entre a avaliação clínica e os escores de neuroticismo. Dos 58 sujeitos, nove foram classificados como genuinamente saudáveis e tiveram baixos escores em neuroticismo; 18 foram classificados e julgados como mentalmente estressados pelo clínico e tiveram escores baixos em neuroticismo (este grupo de sujeitos é o grupo que se utiliza de defesas para negarem seu sofrimento psíquico - possuem uma ilusão sobre a própria saúde mental); 11 sujeitos tiveram altos escores em neuroticismo e foram classificados pelo clínico como mentalmente estressados; e os 24 restantes foram julgados como saudáveis mas tiveram altos escores em neuroticismo. Também os sujeitos classificados como tendo saúde mental ilusória mostraram uma maior atividade coronária em todas as tarefas estressantes as quais foram submetidos, e tal atividade é estatisticamente significativa, mesmo em comparação com aqueles declaradamente estressados. Do mesmo modo, a diferença foi observada em comparação ao grupo genuinamente saudável. Uma atenção especial deve ser dada ao fato de que tais diferenças são significativas não apenas do ponto de vista estatístico, mas também médico, e podem ser fatores preponderantes sobre o surgimento de enfermidades físicas, uma vez que o sujeito está constantemente excitado fisicamente para enfrentar situações aversivas por conta de defesas psicológicas (Shedler, Mayman & Manis, 1993).

Além disso, os resultados da pesquisa supracitada revelam que os inventários de personalidade medem coisas diferentes em pessoas diferentes; para os genuinamente saudáveis estes medem a saúde mental, mas para os ilusoriamente saudáveis os inventários medem o grau de defesa psicológica. Porém, este tipo de diferenciação só pode ser alcançada a partir de uma avaliação com diversas técnicas que fornecem fontes variadas de informação, ou seja, uma avaliação clínica sensível e detalhada. Se na comunicação humana existem significados escondidos entre aqueles mais aparentes, é também lógico que a habilidade para se detectar tais significados ocultos também tenha surgido no desenvolvimento humano. Perante o estado atual da psicologia, infelizmente, o julgamento humano continua sendo o único capaz de acessar este tipo de informação (Shedler, Mayman & Manis, 1993).

Isto põe em evidência algo que ocorreu na pesquisa de Shedler, Mayman e Manis (1993) e que se faz imprescindível na avaliação psicológica: a utilização de técnicas diferentes de avaliação (multitécnica) e diversos informantes (multi-informante). Quando técnicas de avaliação semelhantes são utilizadas, como por exemplo, diversos inventários de personalidade, a informação final obtida se torna redundante. Formas distintas de avaliação fornecem informações únicas que, em conjunto, são complementares e muito mais úteis, apesar de apresentarem baixa correlação, pois avaliam o mesmo construto de ângulos diferentes. A avaliação que se utiliza de somente um indicador pode ser considerada parcial ou incompleta na representação do construto que pretendeu medir (Meyer et al, 2001).

Para além das confusões relatadas, existem ainda alguns profissionais que tomam posições dogmáticas assumindo uma postura epistemológica de sua preferência, e acabam também fazendo críticas infundadas e tendo os resultados de suas pesquisas ou de seu trabalho comprometidos. De acordo com Gazzillo, Lingardi e Shedler (2006) e Balsis,

Lowmaster, Cooper e Benge (2011), um dos problemas dos profissionais e pesquisadores que adotam somente a postura epistemológica nomotética é que os mesmos se utilizam de entrevistas estruturadas ou inventários psicométricos que avaliam somente um número consideravelmente pequeno de variáveis, pois a finalidade é verificar se determinado sujeito se adéqua ou não a critérios diagnósticos ou em quais dimensões de traço de personalidade ele está alocado. Assim, os pesquisadores deixam de considerar uma visão mais global da personalidade, pois a variável está no lugar da pessoa.

A partir de Tavares (2003), também é possível se pensar que a avaliação somente nomotética impossibilita retratar resultados quando se trata de um indivíduo, pois somente o que podemos afirmar a partir da mesma é a posição que tal indivíduo se localiza dentro de um grupo de sujeitos anteriormente estudados. Nada muito além desta informação é oferecido como recurso descritivo, pois os parâmetros são dados a partir de um grupo específico. Se, por exemplo, dois sujeitos possuem os mesmos escores em uma escala de depressão será que necessariamente as respostas tem exatamente o mesmo significado? As interpretações de ambos os sujeitos foram exatamente iguais para todos os itens da escala? Os motivos pelos quais responderam até tal nível de depressão são idênticos? Os itens respondidos que somados deram o escore “x” são os mesmos? Estas, entre outras questões de suma relevância, ficam subjacentes e não resolvidas ao se dizer, “O sujeito “X” supera 70% da população em determinado traço de personalidade”.

De fato, o diagnóstico considerado de alto padrão nas pesquisas de transtornos da personalidade é realizado por meio de entrevistas estruturadas. Tais métodos de avaliação são projetados para atingir a confiabilidade entre avaliadores, minimizando o papel da avaliação clínica e substituindo esta por questões padronizadas e regras de decisão. No entanto, as entrevistas são tipicamente administradas por pesquisadores assistentes ou

trainees, não por clínicos experientes, dando assim margem a erros de coleta de dados e, conseqüentemente, erros nos resultados da avaliação (Shedler & Westen, 2007).

O apego a postura epistemológica nomotética por parte de alguns profissionais é um tanto compreensível, pois os investigadores têm, cada vez mais, tratado os diagnósticos da personalidade como uma tarefa técnica de tabulação de sinais e sintomas com relativamente pouca consideração de como eles se encaixam juntos, as funções psicológicas subjacentes, seus significados, a trajetória de desenvolvimento que lhes deram origem, ou os fatores atuais que os mantém (Millon, 1999; Shedler & Westen, 2007; Shedler, Beck, Fonagy, Gabbard, Gunderson, Kernberg, Michels, & Westen, 2010).

Para Shedler & Westen (2007), a forma como os procedimentos de avaliação e o DSM se desenvolveram se justifica, pois os diagnósticos psiquiátricos anteriores ao DSM-III eram demasiadamente subjetivos e não sistematizados, sendo questionáveis do ponto de vista científico. O clínico retratava em seu diagnóstico mais de suas preferências teóricas e experiência do que das disposições da personalidade do paciente. Foi por oposição a estes métodos duvidosos que outros métodos de avaliação sistemática se desenvolveram.

Na outra extremidade, encontra-se uma outra gama de profissionais que se apegam somente a postura epistemológica idiográfica. Para Bornstein (2007), no âmbito de disciplinas fundamentalmente idiográficas como, por exemplo, a Psicanálise, a maior dificuldade em se utilizar instrumentos para avaliação, além da entrevista clínica, se encontra na mentalidade fechada dos psicanalistas em aceitar que a psicanálise pode ser substanciada com tais técnicas e, ao mesmo tempo, fazerem uso das mesmas. Com o uso de pesquisas nomotéticas e instrumentos de avaliação pode-se aumentar o valor heurístico e a eficácia clínica do trabalho analítico. Enquanto a “psicanálise idiográfica” se utiliza de conhecimentos profundos da vida mental por meio do trabalho clínico num ambiente

variável e determinado pela relação terapêutica, a “psicanálise nomotética” se utiliza de princípios gerais do funcionamento mental, buscando os dados de forma mais rígida e sistemática no intuito de aumentar a replicabilidade do estudo. Com um ambiente controlado para aumentar a precisão e a validade, os resultados podem ser generalizados entre os pesquisadores e o valor empírico científico pode ser aumentado.

Os profissionais que somente adotam a postura epistemológica idiográfica, por vezes, só se utilizam de entrevistas como técnica de avaliação. Uma variável confundidora na avaliação da personalidade, especialmente em entrevistas, refere-se aos pacientes ou avaliandos que, de forma geral, não trazem acurácia em seus discursos ou informações tendenciosas sobre suas próprias questões e histórias. Além disso, há uma tendência geral por parte das pessoas, incluindo o clínico avaliador, em considerar pessoas defensivas como mais saudáveis enquanto aqueles que exageram seu sofrimento como mais doentes (Meyer et al, 2001).

Entretanto, seja a entrevista conduzida por alguém experiente ou não, há considerações importantes quanto a técnica utilizada, ou seja, se a entrevista é estruturada ou não. No caso das entrevistas altamente estruturadas, o entrevistador deixa de considerar as nuances ocorridas durante o processo que podem ser alvo importante de atenção para a compreensão das características psíquicas de determinado paciente e focar estritamente naquilo que a entrevista pretende avaliar. De maneira inversa, na entrevista não estruturada, o entrevistador pode acabar se deixando levar mais por suas experiências e preferências pessoais, ainda que o entrevistador seja um clínico experiente (Tucker, 1998).

Os seres humanos diferem substancialmente dos animais em função de nestes o comportamento ser guiado estritamente pelos estados dos impulsos hipotalâmicos e mecanismos do cérebro médio que, sob determinadas condições eliciadoras,

automaticamente produzem comportamentos. O ser humano, dotado de ricas representações da realidade que carregam os mais diversos afetos, tende a se comportar conforme tais representações. Se uma pessoa se encontra em uma situação de ansiedade qualquer, explícita ou implicitamente, tal situação a fará lembrar de situações de ansiedade anteriores e terá uma reação comportamental conforme tais lembranças. Ela pode ser completamente desprovida de consciência sobre a situação passada, pois o pensamento associativo é uma forma de memória implícita (Westen, 1996).

É importante observar aqui outra crítica pertinente à observação clínica, pois pelo fato de um clínico também ser humano ele não está livre de nenhum processo tratado por Westen (1996) e, sem uma revisão de sua própria personalidade, por mais conhecimento teórico que o clínico possua, suas questões emocionais, conflituosas ou não, serão parte do processo e, portanto, o clínico pode incorrer a erros. Isto põe em questão um ponto fundamental na pesquisa idiográfica, que se refere à necessidade de que o clínico passe pelas experiências de supervisão e psicoterapia pessoal para não incorrer a desentendimentos e preconceitos de sua própria constituição psíquica.

Um ponto de suma importância ao aspecto teórico da psicologia que se pode pensar a partir das observações de Bornstein (2007), é que uma das propriedades da pesquisa nomotética de importância cabal é encerrar ou ampliar debates teóricos até então somente discutidos enquanto ideias abstratas. Ainda hoje existe uma cisão teórica importante entre as diversas abordagens psicológicas o que, até certo ponto, é interessante e frutífera para a compreensão do ser humano. Quanto mais substrato teórico se tiver para se poder compreender o ser humano, melhor, uma vez que isto possibilita uma maior flexibilidade e um avanço significativo da ciência refletindo diretamente sobre aqueles que se beneficiam dos serviços psicológicos. Porém, quando o psicólogo toma uma teoria em especial para si

e faz críticas com caráter pessoal, muitas afirmações categóricas surgem, com alegações enfáticas questionando a existência ou não de determinado construto ou mesmo de sua eficácia e/ou importância na prática psicológica. Com o desenvolvimento de pesquisas que procuram objetivar aquilo que é articulado primeiramente em teoria, se abre um caminho importante para encerrar ou ampliar tais debates, por vezes até mesmo desnecessários e infundados.

Como pode ser observado, ao utilizar somente uma postura, o avaliador faz um movimento muito arriscado e pode facilmente ser levado ao erro. O ideal é utilizar-se de quantas técnicas forem possíveis para se diminuir os erros e aumentar a validade clínica do resultado final (Tavares, 2003).

Outra questão que tem gerado discussão é qual o modelo teórico mais adequado para se compreender a personalidade e, ao mesmo tempo, servir de base para a construção de testes psicológicos. Na atualidade, o modelo de compreensão da personalidade que mais ganhou evidência e é amplamente utilizado nas mais diversas situações e locais é o modelo dimensional dos Cinco Grandes Fatores (*CGF, Five Factor Model* ou *Big Five*) (Widiger & Trull, 2007). O modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF) é baseado na psicologia dos traços que, de acordo com Costa e McCrae (2010), não constituem uma soma de comportamentos ou um comportamento em especial, mas refletem tendências, preferências e estilos particulares de um indivíduo se comportar, levando em consideração as metas, motivos e valores do sujeito.

Já em 1996, Westen observou que tal modelo trouxe muitas contribuições significativas à psicologia da personalidade. A primeira delas refere-se a um panorama geral sobre os esquemas sociais utilizados em diversas culturas para descrever a personalidade, possibilitando ter uma visão global do que é universal e do que é particular

de algumas culturas quando os seres humanos avaliam a si mesmos e aos outros. Segundo, o modelo dos CGF, por ter uma vasta extensão (universal), forneceu subsídios interessantes e profícuos sobre o que é significativamente adaptativo sob certas questões da personalidade por meio da visão das pessoas e sociedades para a teorização evolucionária. Em terceiro lugar, o CGF oferece uma visão global de como os sujeitos tendem a se comportar. Por fim, em quarto lugar, o CGF proporciona um modelo de fatores pelos quais é possível avaliar diferentes facetas da personalidade, de acordo com a intensidade de cada fator e sua configuração com todos os outros fatores agrupados para a autoavaliação (inventários de personalidade), com um alcance considerável.

Apesar de todos os estudos e resultados positivos, o modelo dos *Big Five* também recebeu críticas. Para Westen (1996), o problema deste modelo reside em afirmar que o mesmo é um modelo da personalidade e não um modelo de leigos sobre a personalidade, além de propor que este estaria subsidiando todas as teorias da personalidade. A questão que está encoberta é que uma boa avaliação da personalidade requer treinamento e muita experiência. Em qualquer outra ciência se observa que jamais os pesquisadores colocam leigos para descrever fenômenos ou fatos científicos que, por vezes, demoram muitos anos e até séculos para serem precisamente medidos, elaborados e descritos. Assume-se, assim, que a observação leiga é suficiente e adequada à descrição da personalidade. Dentro do campo das ciências sociais se sabe de longa data o quanto a observação fenomênica pode ser muito singular e distorcida pela dinâmica psíquica interna do observador. As pessoas podem estar erradas, ainda que concordando sobre determinado aspecto ou objeto.

Ainda segundo o Westen (1996), o modelo dos CGF também não fornece explicação etiológica acerca da dimensão observada. Por exemplo, para um sujeito com alto nível de neuroticismo, o que causa seu neuroticismo? O que faz com que tal sujeito, em sua

concepção de si mesmo, se enxergue como uma pessoa que experiêcia muitos afetos negativos? O CGF somente propicia uma descrição do resultado em termos de tendências e comportamentos de uma dinâmica psíquica interna complexa e multideterminada. Com o CGF, pode-se saber a maneira habitual de uma pessoa ou mesmo de um grupo agir segundo sua consciência e, certamente isto é importante e relevante, mas nada informa sobre o porquê da questão. Conscienciosidade pode significar seguir regras morais estritas para alguns, mas para outros uma atenção rigorosa a detalhes, ou seja, para cada um uma dimensão pode ter um significado diferente e ser impulsionado por diversas motivações e conflitos distintos.

As críticas de Westen (1996) são válidas, mas há algumas considerações a fazer. Como o próprio Westen (1996) coloca, uma das assertivas do modelo dos Cinco Grandes Fatores é de que este modelo estaria subsidiando todas as teorias da personalidade. Levando esta questão a cabo, parece que o modelo não pretende explicar, mas descrever comportamentos e, portanto, não seria sua função explicar as razões etiológicas por detrás de um resultado, o que seria função de uma teoria psicológica. Também, como parte fundamentalmente de uma postura epistemológica nomotética, não lhe cabe o aprofundamento da postura epistemológica idiográfica, e isto não torna o modelo inferior ou superior, mas diferente de uma teoria psicológica profunda. Ao utilizar um inventário de autorrelato baseado no *Big Five* cabe ao clínico, com sua teoria psicológica de escolha, compreender, por exemplo, o porquê de seu paciente se avaliar como tendo um alto nível de conscienciosidade. Em última instância, o julgamento clínico é que determinará qual o diagnóstico adequado e a melhor explicação e descrição para seu paciente de acordo com sua abordagem teórica. Parece que tais críticas feitas por Westen (1996) se aplicam àqueles que se apegam excessivamente a postura epistemológica nomotética e deixam, por

exemplo, o resultado de um inventário de autorrelato como o juiz final em um processo de avaliação muito mais amplo e profundo.

Foi seguindo essa linha de raciocínio da observação clínica que Shedler e Westen (1998), desenvolveram o *Shedler-Westen Assessment Procedure – 200* (SWAP – 200), como uma proposta para equilibrar a linguagem clínica funcional e a objetividade do empirismo. A primeira edição do instrumento é produto de sete anos de pesquisa envolvendo revisões de itens sempre se baseando em *feedbacks* de centenas de clínicos que a utilizaram para descrever seus pacientes com as versões iniciais (Shedler & Westen, 1998). Aos clínicos, a seguinte questão crucial era feita: “Foi possível a você descrever aspectos que considera psicologicamente significativos sobre seu paciente?”. A partir das respostas, itens eram adicionados, reescritos e revisados, e o mesmo procedimento era repetido com novos clínicos. A segunda versão do instrumento incorpora *feedbacks* de mais de 2000 clínicos de orientações teóricas diversas. Além disso, os itens do SWAP - 200 tiveram por base a literatura clínica sobre os transtornos de personalidade escrita nos últimos cinquenta anos (Shedler & Westen, 2007).

Em termos de metodologia, a análise fatorial Q, ou simplesmente análise Q, foi utilizada no desenvolvimento do instrumento. Ela diverge da análise fatorial tradicional na medida em que identifica grupos de pessoas similares ao invés de grupos de variáveis similares (traços de personalidade) que representam o diagnóstico consensual, sendo que o centro da análise é a pessoa e não a variável. A análise Q já identificou 10 diagnósticos de personalidade nos quais muitos se assemelham com as categorias diagnósticas dos transtornos de personalidade do DSM-IV e alguns não. São eles: depressivo, ansioso-evitativo, dependente-vitimado, esquizoide-esquizotípico, antissocial-psicopata, narcisista, paranoide, borderline-desregulado, obsessivo e histérico-histriônico. Uma lista contendo os

itens para cada diagnóstico e sua respectiva descrição protótipo foi criada. Assim, os itens que contêm os maiores escores fornecidos pela análise Q são aqueles que representam melhor as características de personalidade centrais e definidoras de cada grupo diagnóstico, mais do que qual o nível de patologia. Tem-se então uma abordagem empírica ideal para se identificar categorias e critérios diagnósticos (Shedler & Westen, 2007; Westen, Shedler, Bekh & DeFife, 2012).

O método Q-sort obriga o clínico a ajustar as assertivas do SWAP – 200 dentro de oito categorias com distribuição fixa, trazendo a grande vantagem de se minimizar os erros de medição. Se assim não fosse, numa determinada situação com os avaliadores podendo utilizar quantas vezes desejassem qualquer valor numa escala de avaliação, invariavelmente, alguns tenderiam a ser extremistas, atribuindo valores muito elevados ou rebaixados; outros tenderiam a ser medianos, atribuindo sempre os valores médios da escala. Desta forma, as diferenças que ocorreriam nas avaliações iriam depender, praticamente, do estilo do clínico em avaliar e atribuir escores, deixando de lado a parte mais fundamental, ou seja, às diferenças reais dos pacientes que estão sendo classificados (Westen & Shedler, 1999).

Com sua distribuição fixa, o método Q-sort elimina este tipo de erro de medição, uma vez que todos os clínicos, obrigatoriamente, têm de usar cada valor o mesmo número de vezes (distribuição forçada). A partir das descrições formadas pelos itens, uma linguagem comum aos clínicos é fornecida, pois o conjunto de itens padrão fornece um vocabulário comum. Isto permite que, onde quer que o clínico esteja, uma assertiva colocada na categoria sete tenha exatamente o mesmo significado: este é um dos oito itens do conjunto de 200 que melhor descreve a personalidade de determinado sujeito, visto que a categoria sete inclui apenas oito itens (Westen & Shedler, 1999).

O método Q-sort possibilita ainda que os pesquisadores obtenham uma descrição composta combinando diferentes descrições de pacientes. Na descrição composta, somente os itens de alto valor assinalados serão itens consensuais de, por exemplo, um transtorno de personalidade. Esta descrição composta hipotética, no caso de um transtorno de personalidade borderline, por exemplo, poderia ser considerada um protótipo de diagnóstico borderline, contendo rica e detalhadamente características deste transtorno e refletindo a compreensão clínica e teórica de diversos clínicos (Westen & Shedler, 1999). No entanto, é o entrelaçamento entre o enredo psicológico e a dinâmica da personalidade, que são revelados por traços chave da personalidade, que definem a biografia existencial do paciente e fornecem os principais alvos do tratamento (Pilkonis, Hallquist, Morse, Stepp & cols., 2011).

Nessa perspectiva, o que identifica e configura uma síndrome específica são os padrões de facetas e mecanismos psicológicos ativados sob determinadas condições. Identificar ou diagnosticar um transtorno da personalidade é fundamentalmente um processo de reconhecer padrões de características psicológicas, e não simplesmente tabular sinais e sintomas que compõem um diagnóstico (Westen et al, 2012). Deve-se levar em consideração ainda que, a começar por Freud, as abordagens da personalidade emergentes no século passado no contexto clínico são teorias, não simplesmente modelos. Por conta disso, as teorias não só descrevem em que domínios os pacientes diferem, mas também explicam como os padrões ocorrem, as relações funcionais entre os processos mentais e o respectivo comportamento, e as regras, explícitas ou implícitas, que guiam o clínico na compreensão e interpretação do paciente. Tudo isso está subjacente à avaliação clínica, ou seja, qual compreensão teórica o clínico optou por utilizar que influenciará no processo de reconhecer padrões de características psicológicas e, conseqüentemente, em suas

intervenções (Westen, Gabbard e Blagov, 2006).

O SWAP-200 parece um instrumento muito interessante e adequado por tentar integrar o rigor empírico com a sensibilidade clínica. O clínico poderia realizar todo o processo de avaliação como acha necessário e, ao final, responder ao SWAP-200, que fornecerá como resultado, de forma padronizada e empírica, a observação clínica. O instrumento se torna de grande auxílio na busca pela validade clínica, e seus resultados obtidos pela forma sugerida podem trazer um resumo total de todas as fontes e técnicas utilizadas pelo clínico, garantindo que tais conclusões, ainda que tenham por base observações e relatos sem um controle estrito de variáveis, sejam padronizadas e forneçam uma medida válida dos resultados do processo de avaliação feitas pelo avaliador/clínico. A descrição final obtida por meio do instrumento pode ser considerada a descrição completa final de determinado processo de avaliação, e pode ser utilizada em diversos contextos como, por exemplo, na formulação de um laudo ou de um projeto terapêutico.

Conclusão

O campo da avaliação da personalidade é muito vasto e complexo, e uma série de variáveis está em jogo quando se busca avaliar um determinado indivíduo. O que se mostra mais problemático, especialmente no Brasil e com alguns profissionais, é um mal uso das técnicas de avaliação e a pouca flexibilidade destes profissionais, com destaque para aqueles que se apegam cega e exclusivamente a uma postura epistemológica. Adotar uma atitude de abertura crítica frente suas próprias concepções, levantando quais os limites e possibilidades que cada técnica e fonte de informação fornecem, é a forma mais vantajosa de se realizar um processo de avaliação adequado, tentando minimizar possíveis erros que podem ser, por vezes, facilmente descartados. Quanto mais informação e mais técnicas com diferentes abordagens à mente humana, mais chances de a descrição final obtida ser mais

próxima da realidade. Isto não traz somente os benefícios óbvios incumbidos no processo de avaliação e seus desdobramentos, mas se trata de um problema ético. Deixar de utilizar determinada técnica por concepções teóricas ou de preferência pessoal é negar ao paciente a possibilidade de ter um encaminhamento correto para sua problemática, e de poder usufruir plenamente de uma vida mais rica e saudável.

Referências

- Amaral, A. E. V. & Casado, L. P. (2006). A cientificidade das técnicas projetivas em debate. *Psico-USF, 11*(2), 185-193.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.).
- Balsis, S., Lowmaster, S., Cooper, L. D., & Benge, J. F. (2011). Personality disorder diagnostic thresholds correspond to different levels of latent pathology, *Journal of Personality Disorders, 25*(1), 115-127.
- Bornstein, R. F. (2010). Psychoanalytic theory as a unifying framework for 21st century personality assessment. *Psychoanalytic Psychology, 27*(2), 132-152.
- Bornstein, R. F. (2007). Nomothetic psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology, 24*(4), 590-602.
- Costa, P. T. Jr., & McCrae, R. R. (2010). NEO PI-R: Inventário de Personalidade Neo revisado; e Inventário de cinco grandes fatores Neo revisado: NEO PI-R (versão curta). (M. P. Lima & A. Simões Trad.) São Paulo: Vetor Editora (Obra original publicada em 1991).
- Gazzillo, F., Lingiardi, V., & Shedler, J. (2006). Assessing Personality Change in Psychotherapy with the SWAP-200: A Case Study. *Journal of Personality Assessment, 86*(1), 23-32.

- John, O. P., Robins, R. W. & Pervin, L. A. (2008). *Handbook of personality: theory and research*, Third Edition. New York: The Guilford Press.
- Kupfer D. J., First, M. B. & Regier D. E., (2002). *A research agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- McAdams, D. P., & Pals, J.L. (2006). A New Big Five - Fundamental Principles for an Integrative Science of Personality. *American Psychological Association* 61(3), 204–217.
- Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G. G., Moreland, K. L., Dies, R. R., Eisman, E. J., Kubiszynand, T. W. & Reed, G. M. (2001). Psychological Testing and Psychological Assessment: A Review of Evidence and Issues. *American Psychologist*, 56(2), 128-165.
- Millon, T. (2011). *Disorders of Personality: Introducing a DSM/ICD Spectrum from Normal to Abnormal*, Third Edition, John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, NJ, USA. doi: 10.1002/9781118099254.ch6
- Millon, T. Millon, C. M., Meagher, S. Grossman, S. & Ramanath, R. (2004). *Personality Disorders in Modern Life*. New Jersey: Wiley.
- Millon, T. (1999). Reflections on psychosynergy: a model for integrating science, theory, classification, assessment, and therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 437-456.
- Pilkonis, P. A., Hallquist, M. N., Morse, J. Q., Stepp, S. D. (2011). Striking the (im) proper balance between scientific advances and clinical utility: commentary on the DSM 5 proposal for personality disorders. *Personality disorders: theory, research, and treatment*, 2(1), 68-82.
- Primi, R. (2010). Avaliação Psicológica no Brasil: Fundamentos, Situação Atual e Direções

- para o Futuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 25-35.
- Shedler, J., Beck, A., Fonagy, P., Gabbard, G. O., Gunderson, J., Kernberg, O., Michels, R., & Westen, D. (2010). Personality disorders in DSM 5. *American Journal of Psychiatry*, 167(9), 1026-1028.
- Shedler, J., & Westen, D. (2007). The Shedler–Westen Assessment Procedure (SWAP): Making Personality Diagnosis Clinically Meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 41–55.
- Shedler, J., & Westen, D. (2004). Refining Personality Disorder Diagnosis: Integrating Science and Practice. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1350–1365.
- Shedler, J., & Westen, D. (1998). Refining the measurement of Axis II: A Q-sort procedure for assessing personality pathology. *Assessment*, 5, 333–353.
- Shedler, J., Mayman, M., & Manis, M. (1993) The illusion of mental health. *American Psychologist*, 48(11), 1117-1131.
- Tavares, M. (2003). Validade clínica. *Psico-USF*, 8, 125-136.
- Tucker, G. J. (1998). Putting DSM-IV in perspective. *American Journal of Psychiatry*, 155, 159-161.
- Westen, D., Shedler, J., Bradley, B., & DeFife, J. (2012) An Empirically Derived Taxonomy for Personality Diagnosis: Bridging Science and Practice in Conceptualizing Personality. *American Journal of Psychiatry*, 169(3), 273–284.
- Westen, D., Gabbard, G., & Blagov, P. (2006). Back to the future: Personality structure as a context for psychopathology. In R.F. Krueger & J.L.Tackett (Eds.), *Personality and psychopathology* (pp.335-384). New York: Guilford.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999). Revising and assessing Axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of*

Psychiatry, 156, 258–272.

- Westen, D. (1996). A Model and a Method for Uncovering the Nomothetic from the Idiographic: An Alternative to the Five-Factor Model? *Journal of Research in Personality, 30*, 400–413.
- Widiger, T. A., & Lowe, R. J. (2008) A Dimensional Model of Personality Disorder: Proposal for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America, 31*, 363–378.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate Tectonics in the Classification of Personality Disorder: shifting to a dimensional model. *American Psychologist, 62*(2), 71-83
- Widiger, T. A., & Simonsen, E., (2005) Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *Journal of Personality Disorders, 19*(2), 110-130.
- Widiger, T. A., & Costa, P. T. (2002). Five-Factor model personality disorder research. In P. T. Costa, Jr. & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the Five-factor model of personality* (2nd ed., pp. 59–87). Washington, DC: American Psychological Association.

Validade e Precisão do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade em

Amostra Clínica

Validity and Reliability of Clinical Dimensional Personality Inventory in

Clinical Sample

André Augusto Rossi e Ricardo Primi

Universidade São Francisco

Nota dos Autores

André Augusto Rossi, Laboratório de Avaliação Psicológica e Educacional (LABAPE), Universidade São Francisco; Ricardo Primi, Laboratório de Avaliação Psicológica e Educacional (LABAPE), Universidade São Francisco.

As atividades de pesquisa do primeiro autor que deram origem a esse artigo foram financiadas pela FAPESP.

Correspondências devem ser enviadas para:

Ricardo Primi, Universidade São Francisco, Laboratório de Avaliação Psicológica e Educacional (LABAPE), Mestrado em Psicologia, Rua Alexandre Rodrigues Barbosa, 45, CEP 13251-900, Itatiba, São Paulo, Brasil. Fone +55 11 4534-8118, correio eletrônico: rprimi@mac.com

Resumo

A avaliação da personalidade é fundamental em diversas áreas da psicologia e, nas últimas duas décadas, muita discussão tem sido feita acerca de modelos para compreender e diagnosticar a personalidade, especialmente sobre modelos dimensionais. O objetivo deste estudo é buscar evidências de validade para o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade, correlacionando-o com o Shedler-Westen Assessment Procedure – 200 e realizar um estudo de consistência interna das escalas. Foram selecionados 26 pacientes com algum diagnóstico de transtorno da personalidade ou traços proeminentes e seus respectivos residentes de psiquiatria para o estudo de validade de critério, e 50 pacientes para o estudo de consistência interna. Os resultados do estudo de validade apontaram três correlações significativas, $r=-0,28$, $r=-0,32$ e $r=0,38$, e os do estudo de consistência interna mostraram altos coeficientes, com a maioria $\alpha \geq 0,70$, mas alguns problemas nas escalas de agressividade, necessidade de atenção, conscienciosidade e impulsividade. Esses resultados indicam a necessidade de mais estudos com para identificar e corrigir possíveis problemas do IDCP.

Palavras-chave: Personalidade, Modelo Categórico, Modelo Dimensional

Abstract

The personality assessment is critical in many areas of psychology, and in the last two decades, much discussion has been made about models to understand and diagnose personality, especially on dimensional models. The aim of this study is to find validity evidence for Clinical Dimensional Personality Inventory, correlating it with the Shedler-Westen Assessment Procedure – 200, and to make a study of internal consistency of the scales. We selected 26 patients with a diagnosis of personality disorder or prominent traits and their psychiatry residents for the study of criterion validity, and 50 patients for the study of internal consistency. The results of the validity study showed three significant correlations, $r=-0.28$, $r=-0.32$ and $r=0.38$, and the internal consistency study showed high coefficients, most of them $\alpha \geq 0,70$, but some problems on scales of aggression, need for attention, conscientiousness and impulsivity. These results indicate the need for further studies to identify and correct possible problems of IDCP.

Keywords: Personality, Categorical Model, Dimensional Model

Validade e Precisão do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade em Amostra Clínica

A avaliação da personalidade é fundamental em diversas áreas da psicologia e, nas últimas duas décadas, muita discussão tem sido feita acerca de modelos para compreender e diagnosticar a personalidade, especialmente sobre modelos dimensionais. Apesar disso, especialmente no Brasil, há uma escassez significativa de instrumentos que avaliam transtornos da personalidade (Carvalho, 2008; 2011). Em razão disto em 2011 foi construído o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) (Carvalho & Primi, no prelo). Como continuação dos estudos até então realizados, este trabalho se propõe a realizar uma análise da consistência interna das escalas do IDCP e buscar evidências de validade com variáveis externas para o inventário correlacionando-o com o instrumento SWAP-200.

O IDCP tem por base o modelo dimensional de compreensão da personalidade. Tal modelo presume que todos os indivíduos possuem as mesmas dimensões ou traços da personalidade, porém cada traço com um certo grau (Millon, Millon, Meagher, Grossman & Ramanath, 2004). As pessoas se diferenciam não pela quantidade de certos traços, mas pela intensidade de cada traço individual em conjunto com todos os outros traços. Determinados traços serão mais proeminentes do que outros, e é a combinação de todos estes, com suas diferentes intensidades, que diferenciarão um indivíduo de outro. Como regra geral, traços excessivamente proeminentes ou rebaixados configuram indícios de patologia (Millon et al, 2004; Primi, 2010; Trull & Durrett, 2005).

Já o modelo categórico presume que existem categorias de pessoas bem distintas e que nem todas compartilham das mesmas características (APA, 2013). São fornecidos critérios diagnósticos descritores de sintomas patológicos para cada categoria e,

dependendo de certo número de critérios, se conclui que o indivíduo possui a patologia ou não (Widiger & Frances, 2002). O que diferencia as pessoas umas das outras é a quantidade de sintomas ou características patológicas, e não a intensidade de determinado(s) traço(s) universalmente compartilhado(s) (Trull & Durrett, 2005).

Na atualidade, muitos estudos e evidências têm se acumulado sobre os modelos dimensionais, especialmente sobre o Modelo dos Cinco Grandes Fatores (*Big Five* ou *Five Factor Model* – FFM), (Costa & McCrae, 2010; Widiger & Lowe, 2008; Widiger & Simonsen, 2005; Widiger & Costa, 2002). Tais estudos também mostram coerência entre diversos sistemas de compreensão da personalidade, e como variadas soluções fatoriais podem ser alojadas e compreendidas com base nesse modelo.

No ano de 2005, Widiger e Simonsen fizeram um levantamento de diversos modelos dimensionais que poderiam servir de sugestão para uma futura revisão do Eixo-II do DSM, na tentativa de encontrar um meio comum a todos esses. Foram levantados 18 modelos dimensionais até aquele ano e todos pareceram manter uma proporção em termos de hierarquias de escala de forma razoavelmente homogênea. Para os autores, isto não é surpreendente, visto que todos estão em busca de identificar as dimensões fundamentais de aspectos ou traços patológicos da personalidade dentre categorias de transtornos distintos.

Um aspecto interessante da pesquisa é que os autores alinharam os diferentes modelos em uma estrutura hierárquica de cinco fatores. Os cinco fatores parecem ser comuns como solução de análises fatoriais de diversos modelos sendo, por isso mesmo, alinháveis de tal maneira. Os fatores propostos são muito similares aos do CGF e incluem seus respectivos opostos sendo extroversão-introversão, antagonismo-complacência, constrição-impulsividade, estabilidade emocional-desregulação emocional e convencionalidade-abertura à experiência (Widiger & Simonsen, 2005).

Dentro desta perspectiva, os autores argumentam que boa parte dos sintomas encontrados nos transtornos da personalidade podem facilmente ser enquadrados nestes cinco domínios, facilitando assim que o clínico identifique todos, se não a maioria destes sintomas, pela familiaridade com que possuem com os mesmos. Além disso, cada escala proveniente dos traços de personalidade patológicos pode conter uma gama de itens capaz de avaliar muito proximamente os critérios diagnósticos dos transtornos de personalidade.

O modelo dimensional, base do CGF, é o que mais ganhou aceitação por diversos pesquisadores, especialmente pelo fato deste modelo ter um substrato empírico vasto, inclusive entre diversas culturas, e se mostrar consistente, levando sempre a mesma solução de cinco fatores e seus respectivos traços (Carvalho, 2008, 2011; Schultz & Schultz, 2011; Widiger & Lowe, 2008). Em um estudo de Widiger e Costa (2002), os autores identificaram 56 artigos que verificavam as relações entre os transtornos da personalidade e o modelo dos cinco grandes fatores, no qual a maioria dos estudos tiveram resultados mostrando que o modelo dos Cinco Grandes Fatores variava significativamente dentre os diversos transtornos da personalidade, seus recursos e seus sintomas, mostrando-se adequado para diferenciar as pessoas.

Segundo Costa e McCrae (2010), a teoria dos traços possui um arcabouço de pesquisas enorme. A vasta divulgação se dá em razão da mesma utilizar métodos quantitativos de pesquisa e, neste sentido, se diferencia particularmente de outras teorias da personalidade, como as psicodinâmicas, humanistas ou do aprendizado. Estas outras teorias têm seus estudos especialmente publicados em livros, sendo que as pesquisas são essencialmente qualitativas. Por outro lado, os resultados de pesquisas realizadas com base na psicologia dos traços são publicados predominantemente em revistas especializadas.

Para os autores supracitados, a teoria dos traços não constitui uma soma de

comportamentos ou um comportamento em especial, mas reflete tendências, preferências e estilos particulares de um indivíduo se comportar, levando em consideração as metas, motivos e valores do sujeito. A teoria sugere que os indivíduos possuem características universais e duradouras, e que seus pensamentos, sentimentos e comportamentos são influenciados pelos traços da personalidade, e estes, por sua vez, os distinguem de outras pessoas. Tais traços sofrem modificações ao longo das fases do desenvolvimento, mas depois de estabelecidos tendem a se manter relativamente estáveis ao longo da vida. Sendo assim, os traços de personalidade se tornam importantes o suficiente para serem alvo de observação e pesquisas, além de objeto de intervenção no trabalho do psicólogo. Por isso, é importante que o psicólogo conheça quais são os traços, quais são suas subdivisões e quais comportamentos estão associados a determinado traço (Costa, & McCrae, 1991; Hutz, & cols., 1998).

Apesar disso, mesmo com o lançamento do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), os transtornos da personalidade continuam sendo diagnosticados com base no modelo categórico. Frente ao modelo dimensional, existem considerações feitas por diversos autores a respeito das limitações do modelo categórico (Brown & Barlow, 2005; Clark, 2007; Krueger, Skodol, Livesley, Shrout, & Huang, 2007; Shedler & Westen, 2004; Strack, 2005; Westen & Shedler, 1999; Trull & Durrett, 2005; Widiger & Trull, 2007; Zimmerman, 2011). A começar pelo número de categorias (10), não existem evidências empíricas que justifiquem tal número. Sendo assim, esse número é um tanto arbitrário, mais ou menos categorias poderiam ser criadas. Isso também significa que não há evidências de uma estrutura latente que possa justificar a subdivisão desses transtornos em dez entidades distintas.

Outro problema do modelo categórico são os pontos de transição entre as categorias

(entre diagnósticos) em termos de critérios necessários para distinção entre os transtornos, que refletem diretamente na prática clínica em termos de diagnóstico diferencial; são arbitrários, sem uma justificativa teórica ou empírica para tal. A pergunta subjacente é: porque em determinado transtorno são necessários cinco critérios e não seis, sete ou quatro? Dentro dessa lógica é possível que um paciente seja diagnosticado com altos níveis de comorbidade, o que de fato ocorre, e este problema tende a complicar o tratamento em função de, por vezes, não ser possível estabelecer um foco (Balsis, Lowmaster, Cooper & Benge, 2011; Krueger & Eaton, 2010; Paris, 2005; Westen & Shedler, 1999; Widiger & Samuel, 2005).

No entanto, Zimmerman (2011) levanta algumas questões importantes acerca das afirmações sobre os problemas do modelo categórico. O autor mostra que, ao se considerar o problema da comorbidade, também se considera o problema dos critérios utilizados na realização do diagnóstico, ou seja, na definição do transtorno da personalidade. Isto pode resultar em algum nível de comorbidade, mas a questão é o quanto de comorbidade se está disposto a aceitar. O autor argumenta que a comorbidade está associada ao *Berkson's bias* (viés de Berkson), que é um tipo de seleção enviesada que pode ocorrer em estudos de caso-controle em hospitais ou clínicas. Pacientes com comorbidade tendem a ser mais internados do que pacientes com somente uma patologia. O *Berkson's bias* poderia justificar a alta incidência de comorbidade em estudos que se utilizam de amostras retiradas de hospitais ou clínicas, ao invés de considerar um problema do modelo diagnóstico. O fenômeno também estaria associado a estudos com pacientes psiquiátricos de longo prazo ou mesmo em situações de internação, levando a superestimação da comorbidade. De forma geral, as taxas de comorbidade na população são menores do que em estudos com pacientes, e os estudos que utilizam grandes amostras de pacientes mostram que os

transtornos do Eixo-II tendem a existir mais como uma identidade única do que os transtornos do Eixo-I (ver Zimmerman et al., 2005).

O autor também aborda o problema dos limites entre uma categoria e outra, ou mesmo dentro da mesma categoria, e a identificação de categorias válidas que reflitam entidades naturalmente presentes. Para combater este problema é sugerido o uso do modelo dimensional (Brown & Barlow, 2005; Clark, 2007; Krueger et al, 2007; Trull & Durrett, 2005; Widiger & Trull, 2007). Mas Zimmerman (2001) questiona qual a importância de se distinguir entre, por exemplo, um paciente borderline que se encaixa em nenhum ou somente um critério, da mesma forma se é importante distinguir entre um paciente que se adequa a 8 critérios ou 9. Este critério a menos possui relevância clínica? No caso do diagnóstico borderline, pacientes com 0 até 4 critérios não são distinguíveis, mas com 4 ou 5 sim, porque? Este questionamento surge em função da crítica a despeito do modelo categórico dicotomizar a dimensão e, com isso, se perder informação. Na visão do autor, o que parece mais problemático no modelo categórico é não levar em consideração a significância clínica do diagnóstico quando os limites da categoria não são atingidos, e esse mesmo problema parece permanecer no diagnóstico dimensional, especialmente quando ocorrem valores extremamente altos ou baixos, fazendo com que as diferenças pequenas permaneçam obscuras do ponto de vista da significância clínica (Zimmerman, Chelminski, Young, Dalrymple & Martinez, 2011).

Contudo, Widiger e Trull (2007), e Widiger e Samuel (2005), advogam que o sistema dimensional é capaz de tratar de praticamente todos os problemas relatados do modelo categórico. A questão da heterogeneidade e comorbidade poderia ser contornada com descrições multifatoriais de cada psicopatologia individual e, qualquer que fosse o modelo empregado, desde que razoável, este poderia incluir uma gama maior de

psicopatologias da personalidade. Algumas implementações sugeridas seriam: organizar os traços hierarquicamente, representar toda gama de funcionamento mal adaptativo ao longo de cada dimensão, e permitir a representação de personalidades atípicas ou únicas. Para os autores, essas medidas reduziriam consideravelmente o uso de diagnósticos sem especificação. O diagnóstico dimensional também seria capaz de permitir ao clínico decidir diferentes pontos de corte em cada dimensão, dependendo dos objetivos e situações pelas quais esse enfrenta. O clínico poderia, então, decidir se deve considerar ou não relevante uma determinada disfunção levando em consideração o escore da dimensão. Essa flexibilidade é de grande importância, dada a idiosincrasia das pessoas e das situações em que o clínico é solicitado a comparecer.

O estudo realizado por Samuel e Widiger (2006), também mostrou que os clínicos têm preferência pelo modelo dimensional para descrever casos. No estudo em questão, os clínicos receberam, aleatoriamente, uma de três vinhetas com casos de pessoas com traços de personalidade mal adaptados disponibilizadas pelos autores. Em seguida, os clínicos deveriam responder os instrumentos *FFM Rating Form* (FFMRF) e o *DSM-IV Rating Form* (DSMRF), sendo o primeiro uma avaliação nas 30 facetas do CGF e o segundo uma medida dimensional dos 10 transtornos de personalidade presentes no DSM-IV. Por fim, os clínicos respondiam o *Clinical Utility Questionnaire*, a respeito dos dois instrumentos anteriores, com intuito de avaliar o quão úteis os instrumentos eram. Os resultados mostraram que o FFMRF se mostrou consistentemente mais bem avaliado em termos de utilidade clínica do que o DSMRF. Os clínicos avaliaram o FFMRF como sendo mais habilidoso para descrever um diagnóstico global da personalidade, para informar seus pacientes, para abarcar dificuldades importantes na personalidade e formular intervenções.

Em 2007 o Laboratório de Avaliação Psicológica e Educacional (LABAPE), deu

início a um grupo de estudos com intuito de discutir e gerar estudos com transtornos da personalidade (Carvalho, 2011). Como um dos resultados do grupo foi a conclusão de que, apesar da relevância do construto personalidade e toda uma grande discussão que tem ocorrido sobre o sistema de avaliação dos transtornos da personalidade e dos modelos categórico e dimensional, especialmente com o recente lançamento do DSM-5 (APA, 2013), no Brasil se evidencia uma escassez de estudos e de instrumentos especificamente voltados a pacientes com transtornos da personalidade ou traços de personalidade proeminentes (Carvalho, Bartholomeu & Silva, 2010). Em razão disto, Carvalho e Primi em 2011 (no prelo) construíram o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP). Como continuação dos estudos até então realizados, este trabalho se propõe a buscar evidências de validade com variáveis externas para o IDCP correlacionando-o com o instrumento SWAP-200 e realizar uma análise da consistência interna das escalas do IDCP.

O SWAP-200 foi escolhido como um instrumento por sistematizar o pensamento clínico acerca de patologias da personalidade (Shedler & Westen, 2007; Westen & Shedler, 2007). O pensamento clínico para avaliação de patologias da personalidade e seu decorrente diagnóstico, aqui é entendido como variável externa para o IDCP e, sendo confirmada a relação teste-variável, o IDCP pode ser considerado adequado para prever patologias ou aspectos patológicos da personalidade. No entanto, é preciso considerar que os instrumentos IDCP e SWAP-200, apesar de avaliarem aspectos patológicos da personalidade, o fazem por meio de vias diferentes (autorrelato-paciente X heterorrelato-clínico) e, portanto, são esperadas correlações de baixa magnitude até correlações de média magnitude, além de algumas ausências de correlação (Amaral & Casado, 2006; Meyer, Finn, Eyde, Kay, Moreland, Dies, Eisman, Kubiszynand, & Reed, 2001). Como exemplo, um estudo realizado por Bradley e Hilsenroth (2007), que correlacionou o SWAP-200 com

o Personality Assessment Inventory (PAI) foram encontradas correlações de baixa a moderada magnitude ($r=0,28$ a $r=0,49$) e algumas ausências de correlação.

Método

Participantes

A amostra utilizada para realizar a análise de consistência interna do IDCP consistiu em 50 pacientes de um Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos de uma Universidade do Interior do Estado de São Paulo. No Ambulatório o diagnóstico foi realizado por meio de entrevista clínica com supervisão por residentes de psiquiatria e, por vezes, teve ajuda de avaliação psicológica quando solicitado pelo residente. Os pacientes eram maiores de 18 anos e com algum diagnóstico de transtorno de personalidade ou com algum traço proeminente. A idade variou de 25 a 62 anos ($M=44,18$; $DP=10,64$), e a maioria são mulheres (76%). A escolaridade variou do 3º Ano do Ensino Fundamental a Pós-Graduação, sendo que 36,7% da amostra tinha algum nível do Ensino Fundamental, 40,8% Ensino Médio, 18,4% Superior e 4,1% Pós-Graduação. A renda mensal de cada paciente variou de menor que um salário mínimo até 15 salários mínimos, com a maioria tendo renda entre 1 e 5 salários mínimos (72,3%). A maioria da amostra se declarou casado (34%) ou solteiro (26%). Os diagnósticos dos pacientes foram retirados direto de seus prontuários e são apresentados na Tabela 1 abaixo:

Tabela 1

Frequência, porcentagem e porcentagem por transtorno de personalidade de diagnósticos da amostra do estudo de consistência interna.

| Diagnóstico | N | % | % por diagnóstico de TP |
|----------------------------------|---|---|-------------------------|
| Borderline | 4 | 8 | 16 |
| Borderline e Dependência Química | 2 | 4 | |

| | | | |
|--|----|-----|-----|
| Borderline e Depressivo | 2 | 4 | |
| Dependente | 1 | 2 | |
| Dependente e Retardo Mental Leve | 1 | 2 | 8 |
| Dependente, Depressão, HAS e Hipersonia | 1 | 2 | |
| Dependente, Histriônico e Borderline | 1 | 2 | |
| Esquizóide e Asperger | 1 | 2 | 2 |
| Esquizotípico | 1 | 2 | 2 |
| Evitativo | 1 | 2 | 2 |
| Histriônico | 12 | 24 | |
| Histriônico e Borderline | 2 | 4 | |
| Histriônico e Depressivo | 9 | 18 | |
| Histriônico e Transtorno Bipolar | 1 | 2 | 64 |
| Histriônico e Transtorno Obsessivo Compulsivo | 1 | 2 | |
| Histriônico, Ansiedade Generalizada e Depressivo | 1 | 2 | |
| Histriônico, Borderline e Depressivo | 4 | 8 | |
| Histriônico, Depressivo e Dissociativo | 2 | 4 | |
| Obsessivo Compulsivo | 1 | 2 | 2 |
| Paranóide | 1 | 2 | 2 |
| Transtorno de Personalidade SOE, Depressão e Aneurisma | 1 | 2 | 2 |
| Total | 50 | 100 | 100 |

A partir da Tabela 1 é possível notar que a maioria dos pacientes possuem transtorno da personalidade histriônico ou sintomatologia histriônica (64%). Nota-se também uma alta taxa de comorbidade com diagnósticos do EIXO I do DSM-IV-TR e a ausência de alguns transtornos de personalidade.

Para o estudo de validade foram selecionados os mesmos 50 pacientes do estudo de consistência interna e seus respectivos residentes de psiquiatria do Ambulatório de Psiquiatria Geral de Adultos de uma Universidade do Interior do Estado de São Paulo, totalizando 100 participantes. Porém, dos 50 residentes solicitados a responder o instrumento SWAP-200, somente 26 responderam, o que diminuiu a amostra para o total de 52 participantes (26 residentes e 26 pacientes) para o estudo de correlação. Os residentes teriam de ter experiência de atendimento com o paciente por no mínimo 6 meses. Essa

amostra, portanto, é uma subamostra da amostra de 50 pacientes do estudo de consistência interna.

Dos 26 pacientes 73,1% (19) eram mulheres e 26,9% (7) homens. A idade variou de 26 a 60 anos ($M=43,03$; $DP=9,07$). O nível de escolaridade variou do 3º Ano do Ensino Fundamental a Pós-Graduação, sendo que 40% da amostra tinha algum nível do ensino fundamental e os 60% restantes algum nível do Ensino Médio (44%), Superior (12%) ou Pós-Graduação (4%). A renda mensal de cada paciente variou de menor que um salário mínimo a entre 10 e 15 salários mínimos, com a maioria tendo renda entre 1 e 5 salários mínimos (58,3%). A maioria da amostra se declarou casado (30,8%) ou separado (30,8%). Os diagnósticos dos pacientes foram retirados direto de seus prontuários e são apresentados na Tabela 2 abaixo:

Tabela 2

Frequência, porcentagem e porcentagem por diagnóstico de transtorno da personalidade do estudo de validade.

| Diagnóstico | N | % | % por diagnóstico de TP |
|---|---|------|-------------------------|
| Borderline | 2 | 7.7 | 15.4 |
| Borderline e Dependência Química | 2 | 7.7 | |
| Dependente, Depressão, HAS e Hipersonia | 1 | 3.8 | 7.6 |
| Dependente e Retardo Mental Leve | 1 | 3.8 | |
| Esquizoide e Asperger | 1 | 3.8 | 3.8 |
| Esquizotípico | 1 | 3.8 | 3.8 |
| Evitativo | 1 | 3.8 | 3.8 |
| Histriônico | 5 | 19.2 | 57.6 |
| Histriônico, Borderline e Depressivo | 2 | 7.7 | |
| Histriônico, Depressivo | 6 | 23.1 | |
| Histriônico, Depressivo e Dissociativo | 1 | 3.8 | |
| Histriônico e Transtorno Obsessivo Compulsivo | 1 | 3.8 | |
| Obsessivo Compulsivo | 1 | 3.8 | |

| | | | |
|--|----|-----|-----|
| Transtorno de Personalidade SOE, Depressão e Aneurisma | 1 | 3.8 | 3.8 |
| Total | 26 | 100 | 100 |

A partir da Tabela 2 é possível notar que a maioria dos pacientes possui transtorno da personalidade histriônico (57.6%). Nota-se também uma alta taxa de comorbidade com diagnósticos do EIXO I do DSM-IV e a ausência de alguns transtornos da personalidade.

Com relação aos residentes, todos eram recém formados, mas cursando a residência em psiquiatria. Dos 26 residentes, 8 eram homens (30,8%) e 18 mulheres (69,2%). A maioria estava cursando o segundo ano de residência (65,4%) e o restante o terceiro ano (34,6%).

Instrumentos

Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP), (Carvalho & Primi, no prelo).

O IDCP é um inventário de autorrelato desenvolvido com o intuito de avaliar características patológicas da personalidade, e foi construído com base na teoria de personalidade de Theodore Millon, em dados da literatura sobre o MCMI-III, nos sintomas e características dos transtornos de personalidade do DSM-IV-TR, e no instrumento nacional Inventário Dimensional de Transtornos de Personalidade. O instrumento é composto, no total, por 163 itens (Carvalho, 2011).

Os 163 itens são distribuídos em 12 dimensões, sendo elas: dependência, agressividade, instabilidade de humor, excentricidade, necessidade de atenção, desconfiança, grandiosidade, isolamento, evitação a críticas, autossacrifício, conscienciosidade e impulsividade. Essas 12 dimensões encontradas se assemelham com os estilos de personalidade propostos por Millon, além dos fatores estarem de acordo com aquilo que vem sendo proposto pela literatura internacional e dos fatores encontrados pelo SWAP-200. O IDCP também está de acordo com a tendência atual em pesquisas de

transtornos da personalidade, na qual a base para o diagnóstico seria dimensional. Assim, as pessoas são avaliadas por meio de todas as dimensões da personalidade que comporá um perfil (Carvalho, 2011).

Os itens do instrumento foram criados baseando-se em 14 transtornos de personalidade, sendo eles: compulsivo, narcisista, borderline, antissocial, dependente, depressivo, esquizoide, esquizotípico, evitativo, histriônico, masoquista, negativista, paranoide e sádico. Para cada item é fornecida uma escala do tipo Likert de 4 pontos, sendo que se o sujeito assinala 1 isto significa que aquela assertiva nada tem a ver com ele; 2 a assertiva pouco tem a ver com ele; 3 moderadamente tem a ver com ele e; 4 tem muito a ver com ele. Como parte do cabeçalho do instrumento fazem parte as informações, nome, idade, sexo, data de nascimento, data da aplicação, e-mail, informações profissionais do participante e responsáveis, escolaridade, objetos indicativos de nível econômico, etnia, felicidade no trabalho, renda mensal, e questões acerca de tratamento psiquiátrico, psicológico e uso de medicamento. Em geral, a aplicação do instrumento dura em torno de 30 minutos (Carvalho, 2011).

Em estudo realizado pelo mesmo autor em 2011 para encontrar evidências de validade baseando-se no modelo dos Cinco Grandes Fatores, correlacionando o IDCP com o NEO-PI-R, utilizando-se de uma amostra não clínica, chegou-se à conclusão que os resultados encontrados mostraram empiricamente relações entre as dimensões do IDCP e as dimensões e facetas do NEO-PI-R, além da coerência encontrada entre as dimensões do IDCP e as categorias diagnósticas do DSM-IV-TR baseada no modelo CGF. Para verificar os parâmetros dos itens e pessoas obtidos por meio de um dos modelos derivados do modelo de Rasch, a partir de uma amostra de 1281 pacientes diagnosticados com transtornos do eixo I e/ou eixo II de acordo com o DSM-IV-TR, os resultados encontrados

sugerem que as dimensões do IDCP são adequadas e que é possível a aplicação clínica dos procedimentos com base no modelo de Rasch.

Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (SWAP-200) (Shedler & Westen, 1998).

O SWAP-200 é um instrumento clínico de avaliação da personalidade que consiste em 200 assertivas descritivas, que devem ser respondidas pelo clínico (heteroavaliação) de acordo com a fidelidade pela qual elas descrevem seu paciente, utilizando-se de uma escala que varia de zero a sete, sendo que o zero designa que aquela assertiva não descreve seu paciente ou o clínico considera que é irrelevante e inaplicável e, o sete, descreve-o totalmente e é completamente compatível com as características do mesmo. Assim, para cada assertiva é dada uma pontuação que varia de zero a sete, passando por todas as graduações intermediárias (2,3,4,5,6), fazendo com que o clínico organize as assertivas dentro de oito categorias de acordo com a pontuação que assinala (Shedler, & Westen, 1998).

O vocabulário padrão que os clínicos usam permite-lhes expressar observações e fazer inferências que podem ser quantificadas, estatisticamente analisadas e comparadas com as de outros clínicos. Desta forma, as assertivas (itens) do SWAP-200 foram escritas de maneira condensada (“tende a ser passivo ou não assertivo”, “possui planos de vida caóticos e instáveis”) e os itens que requerem inferência sobre os processos internos são descritos em uma linguagem clara, mas, por vezes, ambivalente (“é incapaz de descrever pessoas importantes de forma conveniente com o senso de quem elas são como pessoas”, “tende a responsabilizar os outros por suas próprias falhas e defeitos”). Os itens escritos desta maneira tendem a minimizar inferências idiossincráticas e não fidedignas por parte do clínico (Shedler, & Westen, 1998).

O conjunto de itens foi desenvolvido e revisado por um período de sete anos e

incorporou construtos retirados de uma longa extensão de fontes que inclui o Eixo II do DSM-III até o DSM-IV, critérios selecionados do Eixo I que poderiam refletir traços de personalidade como ansiedade e depressão, pesquisas sobre personalidade, literatura clínica sobre transtornos de personalidade escrita nos últimos 50 anos e do feedback de centenas de psicólogos e psiquiatras que usaram as primeiras versões do instrumento (Shedler & Westen, 1998; Westen & Shedler, 1999).

O SWAP-200 foi construído com base no método Q-sort, fazendo com que o clínico tenha de classificar as assertivas dentro de oito categorias. Além disso, requer que o clínico assinale um número específico de assertivas dentro de cada categoria. Desta forma, o clínico tem de arranjar os itens numa distribuição fixa. Por exemplo, na categoria sete, na qual os itens melhor descrevem o paciente, o clínico deve alocar exatamente oito itens. Do ponto de vista psicométrico existem vantagens importantes em usar uma classificação fixa como esta. Por outro lado, isto faz com que o tempo requerido ao clínico aumente, uma vez que o mesmo deve, ao final do procedimento, rearranjar os itens para obter o número correto em cada categoria. Apesar disso, a relevância psicométrica supera tal inconveniente. Todo este processo de classificação dura em torno de 30 minutos (Westen & Shedler, 1999).

Um dos estudos que buscou evidências de precisão do SWAP-200 contou com 47 relatórios de psicanalistas que descreviam o estado do paciente no início do tratamento e depois de seis meses. No teste-reteste as médias da escala de transtornos de personalidade e da escala Q-factor apresentaram $r=0,82$ e $r=0,64$ com significância variando entre $p \leq 0,03$ a $p \leq 0,001$, respectivamente (Cogan & Porcerelli, 2011). Noutro estudo que buscou evidências de validade e precisão dois clínicos/avaliadores independentes julgaram por meio de uma entrevista estruturada que possui escalas com fatores de personalidade 24

pacientes após terem terminado a psicoterapia. Os psicoterapeutas destes pacientes os avaliaram baseados nos conhecimentos destes durante a psicoterapia com o SWAP-200 e eram cegos com relação às entrevistas realizadas pelos dois avaliadores. A precisão entre avaliadores foi de 0.82. Com respeito à validade, entre os dois clínicos/avaliadores e os psicoterapeutas dos pacientes houve evidências para validade convergente (média de 0.66) e discriminante (média de -0.06) com significância variando de $p \leq 0,05$ a $p \leq 0,001$ (Westen & Muderrisoglu, 2006).

Procedimentos

Na coleta de dados foram entregues os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes da pesquisa (Protocolo CAEE 11653813.0.0000.5514), ressaltando que o termo do paciente contém a autorização para que o clínico realize sua avaliação por meio do SWAP-200. Em seguida, após os mesmos terem aceitado participar da pesquisa e assinarem o termo, os clínicos residentes responderam o SWAP-200 e os pacientes o IDCP. O tempo médio de aplicação de cada instrumento foi de 30 minutos, totalizando 1h (SWAP-200 respondido pelos clínicos e IDCP respondido pelos pacientes). Em seguida, os instrumentos foram corrigidos para obtenção dos dados necessários à pesquisa e, por fim, foram feitas as análises descritivas da amostra, as análises de consistência interna das escalas do IDCP por meio do coeficiente *Alfa* (Cronbach, 1951) e da Correlação Média Item-Total, além do estudo de validade com variáveis externas das escalas do IDCP com as do SWAP-200 por meio do *Tau de Kendall*, visto que a amostra é pequena e os dados mostraram ser não paramétricos (Field, 2009). Para as análises foram utilizados os softwares IBM SPSS 20.0 (IBM Corp, 2011) e R (R Core Team, 2013).

Resultados

A Tabela 3 mostra a consistência interna das Escalas do IDCP.

Tabela 3

Número de Itens, Média, Desvio Padrão, Coeficiente Alfa e Correlação Média Item-Total das Escalas do IDCP.

| Escalas do IDCP | Nº de Itens | Média | Desvio Padrão | Alfa | Correlação Média Item-Total |
|------------------------|-------------|-------|---------------|------|-----------------------------|
| Dependência | 12 | 61,74 | 8,42 | 0,85 | 0,22 |
| Agressividade | 27 | 58,87 | 6,09 | 0,72 | 0,08 |
| Instabilidade de Humor | 26 | 66,41 | 10,87 | 0,91 | 0,27 |
| Excentricidade | 20 | 63,83 | 6,38 | 0,84 | 0,21 |
| Necessidade de Atenção | 16 | 48,49 | 9,24 | 0,76 | 0,17 |
| Desconfiança | 13 | 59,83 | 10,07 | 0,80 | 0,24 |
| Grandiosidade | 12 | 61,66 | 10,06 | 0,82 | 0,28 |
| Isolamento | 11 | 62,92 | 10,26 | 0,79 | 0,26 |
| Evitação a Críticas | 7 | 64,74 | 12,76 | 0,81 | 0,37 |
| Autossacrifício | 7 | 60,73 | 9,40 | 0,65 | 0,21 |
| Conscienciosidade | 11 | 58,21 | 10,78 | 0,67 | 0,15 |
| Impulsividade | 6 | 50,85 | 10,50 | 0,52 | 0,15 |

Dentre as médias mostradas na Tabela 3 as duas maiores foram em Instabilidade de Humor e Evitação à Críticas, além de que houve também maior variabilidade em tais dimensões. Isto indica que tais fatores da personalidade foram mais importantes na caracterização da amostra, sendo esta composta por pacientes que tendem a não ter muito controle dos impulsos e labilidade emocional acentuada, além de alta hipersensibilidade, com tendência à evitar críticas por parte dos outros por acreditarem ser incapazes e/ou inferiores.

Também é possível observar com a alta consistência interna da maioria das escalas do IDCP, uma vez que o menor coeficiente foi de $\alpha=0,52$ na escala de impulsividade, e 9 dentre as 12 escalas possuem $\alpha \geq 0,72$. Já a correlação média item-total variou de $r=0,08$ a $r=0,37$. Este resultado indica alguns problemas nas escalas de Agressividade, Necessidade

de Atenção, Conscienciosidade e Impulsividade, pois os itens mostraram baixa correlação entre si, considerando o critério de 0,2. Observando os itens e as dimensões percebe-se, por exemplo, que a dimensão agressividade possui alguns itens que também avaliam outras dimensões, além de possuir a maior quantidade de itens. Alguns itens, portanto, estão contribuindo para uma baixa correlação item total, apesar do Alfa alto em agressividade e necessidade de atenção, e médio nas dimensões conscienciosidade e impulsividade. Estas escalas precisam ser revistas. Por outro lado, o restante teve um índice médio de adequação.

Na Tabela 4 seguem as correlações entre as dimensões do IDCP e as do SWAP-200.

Tabela 4

Correlações dos fatores do IDCP com os do SWAP-200.

| Dimensões do IDCP | Dimensões do SWAP | | | | | | | | | | | |
|------------------------|-------------------|------------|-------------|------------|------------------------|----------|-----------------------|---------------|--------------------------|------------------|-------------|-----------------|
| | Saúde Psicológica | Psicopatia | Hostilidade | Narcisismo | Desregulação Emocional | Disforia | Orientação Esquizóide | Obsessividade | Transforno do Pensamento | Conflito Edípico | Dissociação | Conflito Sexual |
| Dependência | -0,08 | 0,15 | -0,13 | -0,06 | -0,13 | -0,10 | -0,12 | -0,15 | 0,08 | 0,04 | 0,03 | 0,12 |
| Agressividade | 0,01 | 0,24 | 0,09 | 0,13 | 0,11 | -0,25 | -0,15 | -0,19 | 0,10 | 0,21 | 0,01 | -0,17 |
| Instabilidade de Humor | 0,03 | 0,18 | -0,04 | 0,09 | 0,09 | -0,24 | -0,24 | -0,14 | 0,09 | 0,06 | 0,06 | -0,13 |
| Excentricidade | -0,14 | 0,11 | 0,10 | 0,38** | 0,01 | -0,15 | -0,19 | -0,28* | 0,23 | 0,17 | 0,00 | 0,01 |
| Necessidade de Atenção | 0,12 | 0,15 | 0,17 | 0,06 | 0,20 | -0,17 | 0,05 | 0,07 | -0,05 | -0,09 | -0,03 | -0,32* |
| Desconfiança | -0,14 | 0,11 | 0,17 | 0,23 | 0,07 | -0,15 | 0,03 | -0,04 | 0,20 | 0,13 | 0,15 | -0,27 |
| Grandiosidade | -0,15 | 0,07 | 0,13 | 0,07 | 0,14 | -0,16 | -0,05 | -0,08 | 0,27 | 0,13 | 0,11 | -0,13 |
| Isolamento | -0,26 | 0,07 | 0,00 | 0,14 | -0,05 | -0,06 | 0,08 | -0,18 | 0,17 | 0,00 | 0,10 | -0,03 |
| Evitação a Críticas | -0,08 | 0,21 | 0,01 | 0,05 | -0,07 | -0,12 | -0,10 | -0,20 | 0,08 | 0,14 | 0,12 | 0,01 |
| Autossacrifício | 0,20 | 0,14 | -0,10 | 0,10 | -0,05 | -0,27 | -0,07 | 0,00 | -0,09 | 0,14 | -0,17 | -0,04 |
| Conscienciosidade | 0,01 | 0,07 | 0,03 | 0,20 | 0,20 | -0,09 | 0,02 | -0,09 | 0,13 | -0,06 | -0,17 | -0,19 |
| Impulsividade | 0,02 | 0,17 | -0,09 | 0,07 | 0,04 | -0,12 | -0,10 | -0,20 | 0,00 | -0,17 | 0,06 | -0,24 |

*Correlação significativa ao nível $p \leq 0,05$ **Correlação significativa ao nível $p \leq 0,01$

Na Tabela 4 é possível observar uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a dimensão Excentricidade do IDCP e Narcisismo do SWAP-200 de

magnitude moderada. Também duas correlações negativas estatisticamente significativas e de magnitude moderada entre a dimensão Excentricidade do IDCP com Obsessividade do SWAP-200, e entre a dimensão Necessidade de Atenção do IDCP com Conflito Sexual do SWAP-200.

Discussão

A consistência interna das escalas realizada por meio do coeficiente Alfa foi elevada na maioria dos casos, conferindo que a maior parte das escalas são consistentes e avaliam o mesmo construto latente. Ao mesmo tempo, as correlações médias item-total se mostraram, em sua grande maioria, adequadas, apesar de alguns itens necessitarem de revisão nas escalas de agressividade, necessidade de atenção, conscienciosidade e impulsividade. Estes resultados mostram que o IDCP possui precisão adequada na maioria das escalas, mas sugere que alguns itens do instrumento necessitam de revisão por estarem contribuindo para uma baixa correlação item total nas dimensões citadas. Até o momento, duas escalas foram revisadas pelo autor do teste, sendo elas a dimensão conscienciosidade (Carvalho, Sette, Capitão & Primi, 2014) e necessidade de atenção (Carvalho, Souza & Primi, 2014), tendo mostrado melhorias em relação a versão original.

Os resultados estatisticamente significativos encontrados por meio da correlação entre as dimensões do IDCP com as do SWAP-200 foram poucos, mas estão de acordo com estudos que se utilizam de diferentes fontes de informação ou técnicas de avaliação (Bradley & Hilsenroth, 2007; Meyer et al, 2001). Como era esperado, as correlações variaram de magnitude, desde ausência à magnitude média. No entanto, houveram poucas correlações estatisticamente significativas, sugerindo a existência de alguns problemas. Dentre eles, pode-se hipotetizar problemas metodológicos como o limitado número de sujeitos e a natureza diferente dos instrumentos; problemas das escalas do IDCP como

mostrado no estudo de consistência interna; e problemas de repostagem ao SWAP-200, já que os sujeitos que responderam ao SWAP-200 são residentes de psiquiatria com pouca experiência e sem treinamento para responder ao instrumento.

Apesar disso, as correlações estatisticamente significativas parecem fazer sentido teórico. A correlação positiva estatisticamente significativa entre a dimensão Excentricidade do IDCP e Narcisismo do SWAP-200 de magnitude moderada encontrada na Tabela 4, sugere que enquanto os clínicos veem o paciente como alguém muito autocentrado, narcisista, com autoestima inflada, caracterizada por sentimentos de grandiosidade, importância única, perfeição, além de necessidade de admiração excessiva e falta de empatia (Shedler & Westen, 2004), o paciente tende a se ver como alguém com déficits significativos nos relacionamentos sociais e interpessoais, sentindo-se desconfortável nas relações, com distorções cognitivas ou perceptivas, além de comportamentos excêntricos, esquisitos ou peculiares (Carvalho, 2011).

Apesar das dimensões medirem aspectos diferentes, verifica-se correspondências parciais entre os construtos. Além disso, é preciso atentar para o fato dos itens da dimensão excentricidade do IDCP terem um conteúdo bastante voltado para grandiosidade ou capacidades que os outros não possuem. O conteúdo desses itens também se assemelha muito ao conteúdo dos itens do SWAP-200 para narcisismo, o que também contribui para sua correlação. Outra hipótese seria que os clínicos poderiam tender a ver manifestações de isolamento e a apatia encontradas na esquizotipia como manifestações de narcisismo e falta de empatia.

A correlação negativa de Excentricidade do IDCP com Obsessividade do SWAP-200 sugere que os clínicos podem ver o paciente como obsessivo, exagerado nos detalhes, regras, ordem, arrumação e perfeição (Shedler & Westen, 2004) enquanto os pacientes

tendem a se enxergar como tendo prazer em estar com os outros e confiando neles, e com comportamentos organizados. Esta associação faz sentido na medida em que pessoas com altos escores em excentricidade no IDCP tendem a ter comportamentos idiossincráticos, estranhos e fora do comum e pessoas mais obsessivas tendem a ser mais convencionais (Carvalho, 2011).

A correlação negativa entre Necessidade de Atenção do IDCP com Conflito Sexual do SWAP-200 sugere que pessoas que não se sentem precisando de atenção de outras, não buscando intensamente relacionamentos e não exercendo todo tipo de técnica para seduzir o outro, são avaliadas pelo clínico como tendo problemas em sua sexualidade, com vergonha, culpa ou algum tipo de disfunção sexual. Essa correlação também parece fazer sentido teórico, pois uma sexualidade conflituosa com muita culpa e/ou vergonha poderia levar o sujeito a não buscar relacionamentos, ou seja, o excesso de culpa e/ou vergonha levaria ao retraimento social justamente para evitar entrar em contato com aspectos de sua sexualidade despertados pelo outro.

Conclusão

Este estudo teve como objetivo buscar evidências de validade com variáveis externas e de precisão por meio da consistência interna para o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP). A validade com variáveis externas foi realizada correlacionando o IDCP (instrumento de autorrelato) com o instrumento SWAP-200 (heterorrelato), que é um instrumento referência na área de avaliação da personalidade, e pode ser considerado variável externa na medida em que traz uma sistematização do pensamento clínico. Os resultados apontam para algumas hipóteses de problemas, mas as correlações fazem sentido teórico e buscou-se entendê-las também por um viés de como paciente e clínico enxergam a personalidade do paciente.

O estudo de consistência interna teve resultados que evidenciam a maioria dos coeficientes altos em *Alfa*, e baixos a moderados na correlação média item-total, mostrando algumas complicações em algumas dimensões. Estes resultados em *Alfa* foram surpreendentes, visto que uma das limitações deste estudo é o número reduzido de sujeitos, o que poderia impactar diretamente na variabilidade da amostra e, conseqüentemente, nas correlações, contribuindo para um baixo coeficiente. Estas evidências, em particular, conferem bons índices *Alfa* de consistência interna para o IDCP, mas as correlações item-total revelam problemas nas escalas de agressividade, necessidade de atenção, conscienciosidade e impulsividade.

Além do número pequeno de sujeitos da amostra, este estudo também teve outra limitação no que se refere à variabilidade de transtornos da personalidade. Mesmo na amostra de 50 sujeitos, entre os transtornos não há o mesmo número de sujeitos, e alguns transtornos de personalidade, tais como antissocial e narcisista, não compuseram a amostra. Também houve diversos casos com comorbidade de diagnósticos do EIXO I do DSM-IV.

Os clínicos deste estudo, no caso residentes de psiquiatria, são recém formados, pois terminaram a graduação em medicina e estavam cursando o segundo ou o terceiro ano de residência (R2, R3). A falta de experiência destes assim como a ausência de treinamento para responder ao SWAP-200 pode ter impactado significativamente nos resultados. Além disso, as escalas tanto do IDCP quanto do SWAP-200 não podem ser tomadas de forma intuitiva como se Obsessividade do SWAP-200 correspondesse exatamente ao mesmo conteúdo da dimensão Conscienciosidade do IDCP. Alguns conteúdos são compartilhados e outros não, mas um estudo detalhado foge do escopo deste trabalho. Além do mais, cada instrumento acessa um tipo de informação por vias diferenciadas (autorrelato X heterorrelato) e a forma pela qual os itens são pontuados difere substancialmente. O

SWAP-200 usa o método de escolha forçada “Q-sort” numa escala de 8 pontos e o IDCP é uma escala Likert de 4 pontos. Por fim, sugere-se que mais estudos, com amostras maiores e variáveis critério, sejam realizados no intuito de trazer mais evidências de validade e precisão ao IDCP e apontar possíveis problemas. Até o momento, os estudos têm mostrado algumas deficiências do teste que necessitam de atenção.

Referências

- Amaral, A. E. V. & Casado, L. P. (2006). A cientificidade das técnicas projetivas em debate. *Psico-USF, 11*(2), 185-193.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Balsis, S., Lowmaster, S., Cooper, L. D., & Benge, J. F. (2011). Personality disorder diagnostic thresholds correspond to different levels of latent pathology. *Journal of Personality Disorders, 25*(1), 115-127.
- Bradley, R. & Hilsenroth, M. (2006). Relationship Between Clinician Assessment and Self-Assessment of Personality Disorders Using the SWAP-200 and PAI. *Psychological Assessment, 19*(2), 225–229
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in fifth edition of the diagnostic and statistical manual of mental disorders and beyond. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 551-556.
- Carvalho, L. F., & Primi, R. (no prelo). Development and Internal Structure Investigation of the Dimensional Clinical Personality Inventory. *Psicologia: Reflexão e Crítica*.
- Carvalho, L. F., Sette, C. P., Capitão, C. G., & Primi, R. (2014). Propriedades Psicométricas da Versão Revisada da Dimensão Necessidade de Atenção do

- Inventário Dimensional Clínico da Personalidade. *Trends Psychiatry Psychother*, 36(1), 23-31.
- Carvalho, L. F., Souza, B. D. B. & Primi, R. (2014). Propriedades psicométricas da versão revisada da dimensão conscienciosidade do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP). *Temas em Psicologia*, 22(1), 147-160.
- Carvalho, L. F. (2011). *Desenvolvimento e Verificação das Propriedades Psicométricas do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.
- Carvalho, L. F., Bartholomeu, D. & Silva, M. C. R. (2008). Instrumentos para avaliação dos transtornos da personalidade no Brasil. *Avaliação Psicológica*, 9(2), 289-298.
- Carvalho, L. F. (2008). *Construção e Validação do Inventário dimensional dos Transtornos da Personalidade*. Dissertação de Mestrado, Universidade São Francisco, Itatiba, São Paulo.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and na emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58, 227–257.
- Cogan, R., & Porcerelli, J. H. (2011). Test–retest reliability and discriminant validity of the SWAP-200 in a psychoanalytic treatment sample. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. doi: 10.1111/j.2044-8341.2011.02020.x
- Costa, P. T. Jr., & McCrae, R. R. (2010). NEO PI-R: Inventário de Personalidade Neo revisado; e Inventário de cinco grandes fatores Neo revisado: NEO PI-R (versão curta). (M. P. Lima & A. Simões Trad.) São Paulo: Vetor Editora (Obra original publicada em 1991).
- Costa P. T, Jr., & McCrae R. R. (1991). Trait psychology comes of age. In: Sonderegger TB, editor. *Nebraska Symposium on Motivation: Psychology and aging*. University

- of Nebraska Press; Lincoln, NE. 169–204.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, *16*, 297-334.
- Field, A. (2009). *Descobrimdo a Estatística usando o SPSS*. (2ª Ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Hutz, C. S., Nunes, C. H., Silveira, A. D., Serra, J., Anton, M., & Wieczorck, L. S. (1998). O Desenvolvimento de Marcadores para Avaliação da Personalidade no Modelo dos Cinco Grandes Fatores. *Psicologia Reflexão e crítica*, *11*(2), 80-93.
- IBM Corp. (2011). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Krueger, R. F., & Eaton, N. R. (2010). Personality Traits and the Classification of Mental Disorders: Toward a More Complete Integration in DSM–5 and an Empirical Model of Psychopathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. (1)2, 97–118.
- Krueger, R. F., Skodol, A. E., Livesley, W. J., Shrout, P., & Huang, Y. (2007). Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders: Refining the research agenda for DSM–V Axis II. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *16*, 65–73.
- Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G. G., Moreland, K. L., Dies, R. R., Eisman, E. J., Kubiszynand, T. W. & Reed, G. M. (2001). Psychological Testing and Psychological Assessment: A Review of Evidence and Issues. *American Psychologist*, *56*(2), 128-165.
- Millon, T. Millon, C. M., Meagher, S. Grossman, S. & Ramanath, R. (2004). *Personality Disorders in Modern Life*. New Jersey: Wiley.

- Paris, J. (2005). Outcome and epidemiological research on personality disorders: Implications for classification. *Journal of Personality Disorders, 19*, 557–562; discussion 594–556.
- Primi, R. (2010). Avaliação Psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*, 25-35.
- R Core Team (2013). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org/>.
- Samuel, D., B., & Widiger, T., A. (2006). Clinicians' judgments of clinical utility: a comparison of DSM-IV and Five Factor Models. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 298–308.
- Schultz, P., & Schultz, S. E. (2011). Teorias de Personalidade. (2ª edição). São Paulo: Cengage – Learning.
- Shedler, J., & Westen, D. (2007). The Shedler–Westen Assessment Procedure (SWAP): Making Personality Diagnosis Clinically Meaningful. *Journal of Personality Assessment, 89*(1), 41–55
- Shedler, J., & Westen, D. (2004). Refining personality disorder diagnoses: Integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1-16.
- Shedler, J., & Westen, D. (2004). Refining personality disorder diagnosis: Integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1350–1365.
- Shedler, J., & Westen, D. (1998). Refining the measurement of Axis II: A Q-sort procedure for assessing personality pathology. *Assessment, 5*, 333–353.
- Strack, S. (2005). Handbook of Personology and Psychopathology. Wiley, New Jersey.
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality

- disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 355–380.
- Westen, D., & Muderrisoglu, S. (2006). Clinical assessment of pathological personality traits. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 1285-1297.
- Westen, D., & Shedler, J. (2007). Personality Diagnosis With the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Integrating Clinical and Statistical Measurement and Prediction. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*(4), 810–822.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999). Revising and assessing axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 258–272.
- Widiger, T. A., & Lowe, R. J. (2008) A Dimensional Model of Personality Disorder: Proposal for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, *31*, 363–378.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate Tectonics in the Classification of Personality Disorder: shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, *62*(2), 71-83
- Widiger, T. A., & Samuel, D.B. (2005). Diagnostic categories or dimensions: A question for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*, 494-504.
- Widiger, T. A., & Simonsen, E., (2005) Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*, *19*(2), 110-130.
- Widiger, T. A. & Frances, A. J. (2002). Toward a dimensional model for the personality disorders. Em P. T. Costa & T. A. Widiger (Orgs.). *Personality disorders and the Five- Factor Model of Personality* (2^a ed., pp. 23-44). Washington, DC: American Psychological Association.
- Widiger, T. A., & Costa, P. T. (2002). Five-Factor model personality disorder research. In P. T. Costa, Jr. & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the Five-factor*

model of personality (2nd ed., pp. 59–87). Washington, DC: American Psychological Association.

Zimmerman, M. (2011). Is There Adequate Empirical Justification for Radically Revising the Personality Disorders Section for DSM 5? *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 25(2), 206-221.

Zimmerman, M., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K. & Martinez, J. (2011). Does DSM-IV Already Capture the Dimensional Nature of Personality Disorders? *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(10), 1333–1339.

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

Análise de Conglomerados do Inventário Dimensional Clínico da
Personalidade em Amostra Clínica
Cluster Analyses of Clinical Dimensional Personality Inventory in Clinical
Sample

André Augusto Rossi e Ricardo Primi

Universidade São Francisco

Nota dos Autores

André Augusto Rossi, Laboratório de Avaliação Psicológica e Educacional (LABAPE), Universidade São Francisco; Ricardo Primi, Laboratório de Avaliação Psicológica e Educacional (LABAPE), Universidade São Francisco.

As atividades de pesquisa do primeiro autor que deram origem a esse artigo foram financiadas pela FAPESP.

Correspondências devem ser enviadas para:

Ricardo Primi, Universidade São Francisco, Laboratório de Avaliação Psicológica e Educacional (LABAPE), Mestrado em Psicologia, Rua Alexandre Rodrigues Barbosa, 45, CEP 13251-900, Itatiba, São Paulo, Brasil. Fone +55 11 4534-8118, correio eletrônico: rprimi@mac.com

Resumo

O desenvolvimento do DSM-5 trouxe algumas perspectivas de classificação e compreensão dos transtornos da personalidade, incluindo modelos dimensionais e prototípicos. Apesar da ampla aceitação internacional do modelo dimensional, o modelo prototípico também tem mostrado utilidade clínica por parte daqueles que o experimentam no contexto clínico. Este estudo tem como objetivo buscar evidências de validade por meio de correspondência de perfis da personalidade entre as dimensões do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) com os protótipos do Shedler Westen Assessment Procedure -200 (SWAP-200). Para isso, foram selecionados 226 pacientes com algum diagnóstico do Eixo I ou II do DSM-IV-TR. A análise de conglomerados hierárquica revelou que a solução de 10 grupos parece razoável, apesar de outras também serem possíveis. Não foi possível compreender os 10 transtornos do SWAP-200, mas uma solução de 4 grupos ficou clara, mostrando que o instrumento é capaz de diferenciar níveis de patologia em pessoas com transtornos da personalidade.

Palavras-chave: Transtornos da Personalidade, Modelo Dimensional, Modelo Prototípico, DSM 5, Análise de Conglomerados.

Abstract

The development of DSM-5 classification brought some classification perspectives and understanding of personality disorders, including dimensional and prototypical models. Despite widespread international acceptance of the dimensional model, the prototype model also has shown a clinical utility by those who experience it in the clinical context. This study aims to find validity evidence through the correspondence of personality profiles among dimensions of Clinical Dimensional Personality Inventory (DCPI) with prototypes of the Shedler Westen Assessment Procedure -200 (SWAP-200). For this, were selected 226 patients with a diagnosis of Axis I or II of the DSM-IV. The hierarchical cluster analysis revealed that the 10 group solution seems reasonable, although others are also possible. It was not possible to understand de 10 disorders of SWAP-200 but a solution of 4 groups was clear, showing that the inventory is capable of differentiate levels of pathology in people with personality disorders.

Keywords: Personality Disorders, Dimensional Model, Prototypical Model, DSM 5, Cluster Analysis.

Análise de Conglomerados do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade em Amostra Clínica

Os transtornos da personalidade são definidos pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* (DSM-5) (APA, 2013), como padrões de comportamentos e da experiência íntima que se desviam significativamente da cultura a qual o indivíduo está inserido, e tais padrões são difusos e marcados pela inflexibilidade. Os transtornos da personalidade têm seu início na adolescência e tendem a perdurar pela vida adulta, trazendo sofrimento clinicamente significativo. Os transtornos são divididos em 10 categorias, sendo elas, paranoide, esquizoide, esquizotípico, antissocial, borderline, histriônico, narcisista, evitativo, dependente e obsessivo-compulsivo.

Ainda segundo o manual, durante o desenvolvimento do DSM-5 algumas perspectivas de classificação e compreensão dos transtornos da personalidade foram propostas, incluindo modelos dimensionais (Brown & Barlow, 2005; Clark, 2007; Krueger et al, 2007; Trull & Durrett, 2005; Widiger, & Lowe, 2008; Widiger & Trull, 2007) e prototípicos (Shedler & Westen, 2004b; Westen, Shedler, Bradley & DeFife, 2012; Westen, Gabbard & Blagov, 2006; Westen & Shedler, 2000). Porém, foi mantido o antigo método de classificação usado no DSM-IV baseado no modelo categórico, pois as revisões que ocorreram culminaram em modelo híbrido dimensional-categórico (Skodol et al., 2011a, 2011b), que se tornou um anexo ao novo manual diagnóstico com vistas a servir de encorajamento para pesquisas e revisões das futuras edições.

O modelo categórico classifica as pessoas segundo um determinado número de critérios preenchidos. A cada transtorno é fornecida uma lista de critérios descritores de características patológicas e um número de critérios a serem preenchidos para que certo sujeito seja classificado como tendo o transtorno (Trull & Durrett, 2005). Já modelo

dimensional considera que todas as pessoas possuem as mesmas dimensões em níveis diferentes. Por exemplo, extroversão e neuroticismo seriam duas dimensões que todas as pessoas possuem, mas os graus diferenciados em cada dimensão é que as torna diferentes umas das outras (Primi, 2010; Trull & Durrett, 2005). Esse modelo é proposto a partir da análise fatorial de itens que visa identificar e explicar padrões de correlação entre os mesmos. Um conjunto de itens que covariam se referem a um determinado fator, este entendido como um construto ou variável latente que só é medido indiretamente por meio de itens. Os traços latentes seriam responsáveis pela variabilidade dos itens (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2011; Field, 2009; Yong & Pearce, 2013).

Dentre os modelos dimensionais propostos, aquele que tem maior aceitação é o modelo dimensional, especialmente o modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF) (Carvalho, 2011; Widiger, 2011). Porém, as dimensões do modelo de cinco fatores não comportam necessariamente todas as áreas importantes da psique que devem ser levadas em conta na avaliação da personalidade (Widiger & Simonsen, 2005). Apesar dessa limitação, Widiger (2011) salienta que na atualidade há uma tendência de os transtornos de personalidade serem entendidos e classificados sob a ótica de modelos dimensionais, sendo que parece haver certo consenso geral entre pesquisadores de que esta forma de classificação seja a mais indicada.

A justificativa para a escolha do modelo dimensional na compreensão e classificação dos transtornos da personalidade se baseia no argumento de que esse modelo resolveria alguns problemas do modelo categórico tais como: alta incidência de comorbidade; ausência de suporte empírico para o número de categorias de transtornos propostas; e ausência de suporte empírico para quantidade de critérios necessários para atribuir um diagnóstico de transtorno da personalidade (Brown & Barlow, 2005; Clark,

2007; Krueger, Skodol, Livesley, Shrout, & Huang, 2007; Shedler & Westen, 2004b; Strack, 2005; Westen & Shedler, 1999a; Trull & Durrett, 2005; Widiger & Trull, 2007; Zimmerman, 2011).

Apesar de haver justificativas empíricas e propostas plausíveis de como articular o modelo dimensional para resolver os problemas do modelo categórico (ver Widiger & Trull (2007); Widiger & Samuel (2005)), o modelo dimensional não indica categorias naturalmente existentes de transtornos, uma vez que considera que todas as pessoas possuem todas as dimensões em diferentes níveis (Primi, 2010; Trull & Durrett, 2005). A análise fatorial de itens de testes de personalidade indicará a quantidade de fatores e ou dimensões que o teste avalia, mas não quantos ou quais são os transtornos. Além disso, Westen (1996) e Westen e Shedler (1999a), salientam que as análises são feitas com inventários de autorrelato e, por sua natureza, pacientes não tem condições de se julgarem adequadamente, seja pela falta de conhecimento teórico sobre transtornos, falta de *insight* sobre sua condição ou viés subjetivo. Para se identificar categorias que ocorrem naturalmente, a análise fatorial deve ser de pessoas e não de itens, comparando seus perfis e as agrupando com base em sua similaridade. Essa análise conhecida como *Q Factor Analysis* (*Cluster Analysis* ou Análise de Conglomerados) identifica grupos de pessoas que compartilham sintomas e características psicológicas semelhantes (Primi, 2010; Westen & Shedler, 1999b).

O instrumento *Shedler Westen Assessment Procedure - 200* (SWAP-200) (Westen & Shedler, 1999a; 1999b) se utilizou da *Q Factor Analysis* para encontrar quantos e quais transtornos de personalidade existem. O instrumento é de heterorrelato, ou seja, quem responde o instrumento é o clínico experiente. O instrumento é composto por 200 assertivas que o clínico deve pontuar de zero a sete o quanto cada uma representa melhor seu

paciente, sendo que zero nada o representa, e sete o representa ao máximo. Porém, para que o julgamento não seja muito subjetivo, o método por trás das escolhas é o de escolha forçada. Neste método o clínico só pode pontuar escores de zero a sete um número específico de vezes, tornando o produto final uma observação padronizada e forçando que os clínicos componham o diagnóstico sempre com a mesma estrutura de itens. Assim, tendências pessoais e de aquiescência seriam melhor controladas e os diagnósticos finais poderiam ser facilmente comparáveis (Westen & Shedler, 1999a).

A primeira análise de conglomerados realizada por Shedler e Westen (1999b) havia encontrado 11 diagnósticos protótipos, mas os pacientes não foram escolhidos de forma randômica e a amostra era restrita a pacientes com algum diagnóstico do Eixo-II, limitando assim o espectro de alcance a outros aspectos importantes da personalidade. Em um estudo posterior do instrumento Westen, Shedler, Bradley e DeFife (2012) a mesma análise foi realizada, mas com uma amostra randômica de 1201 psiquiatras e psicólogos com ao menos cinco anos de experiência. Os pacientes escolhidos também foram aleatórios, de maneira que os critérios de inclusão deveriam ser que o mesmo fosse maior de 18 anos, ter pelo menos 2 anos de tratamento com seu respectivo clínico e ter sido o último paciente consultado. Foram encontrados nessa pesquisa 10 diagnósticos protótipos que poderiam ser usados como modelo de diagnóstico ideal para classificar os pacientes conforme sua semelhança com o descrito. Os protótipos encontrados foram depressivo, ansioso-evitativo, dependente-vitimado, esquizoide-esquizotípico, antissocial-psicopata, narcisista, paranoide, borderline-desregulado, obsessivo e histérico-histriônico. Para cada um desses protótipos é fornecida uma descrição ideal de como seria a síndrome pura e consensual de diversos clínicos.

O Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) (Carvalho & Primi, no

prelo) objeto de pesquisa deste artigo, não passou pelo procedimento de Análise Q, mas Carvalho (2011) relacionou perfis encontrados no instrumento com os do NEO-PI-R (Costa Jr. & McCrae, 2009). Esse procedimento pode ser compreendido como uma análise de correspondência de protótipos da personalidade. Os resultados mostram que nenhuma correlação ultrapassou $r=0,67$, mas muitas foram significativas e, de modo geral, foi possível verificar que sujeitos com altos escores no IDCP possuem tendência a apresentar patologias da personalidade, correspondendo aos protótipos de transtorno da personalidade dados pelo conjunto de facetas do NEO-PI-R.

Este estudo pretende verificar se é possível identificar grupos diagnósticos encontrados empiricamente a partir do SWAP-200 por meio da análise de pessoas em um inventário de autorrelato, o IDCP. No entanto, precisa-se considerar previamente que os dois instrumentos diferem em suas vias de avaliação (autorrelato x heterorrelato), pois via autorrelato, além dos problemas já discutidos, pessoas com transtornos podem negar o sofrimento mental e responder de forma saudável (Shedler, Mayman & Manis, 1993) e o conteúdo dos instrumentos não são equivalentes em sua totalidade.

Método

Participantes

A amostra é composta por 226 pacientes com algum diagnóstico do Eixo I ou II do DSM-IV ou algum traço de personalidade proeminente. Os pacientes provêm de clínicas ou ambulatórios de saúde mental de cidades do interior do estado de São Paulo ou capital. Dos 226 pacientes, 65,9% eram mulheres. A idade variou de 18 a 90 anos ($M=43,03$; $DP=9,07$). O nível de escolaridade variou do 1º Ano do Ensino Fundamental a Pós-Graduação, sendo que a maioria 35,8% possuíam o 3º Ano do Ensino Médio. Os diagnósticos foram retirados dos prontuários dos pacientes ou passaram pela avaliação da SCID-I e II. Os diagnósticos

são mostrados na Tabela 1.

Tabela 1

Número de pacientes e porcentagem que preencheram critérios para transtornos do Eixo I e II do DSM-IV.

| Transtornos | N | % |
|----------------------------|----|------|
| Humor | 47 | 20.3 |
| Dependência Química | 45 | 19.4 |
| Ansiedade | 15 | 6.5 |
| Psicose | 10 | 4.3 |
| Outro Diagnóstico | 5 | 2.2 |
| SCID1 Sem Diagnóstico | 0 | 0.0 |
| SCID1 Humor | 83 | 35.8 |
| SCID1 Ansiedade | 61 | 26.3 |
| SCID1 Psicose | 3 | 1.3 |
| SCID1 Transtorno Alimentar | 7 | 3.0 |
| SCID1_Ajuste Adaptação | 0 | 0.0 |
| SCID1 Somatoforme | 6 | 2.6 |
| SCID2 Sem Diagnóstico | 0 | 0.0 |
| SCID2 Dependente | 25 | 10.8 |
| SCID2 Obsessivo | 28 | 12.1 |
| SCID2 Evitativo | 53 | 22.8 |
| SCID2 Borderline | 44 | 19.0 |
| SCID2 Histriônico | 47 | 20.3 |
| SCID2 Esquizoide | 8 | 3.4 |
| SCID2 Paranoide | 32 | 13.8 |
| SCID2 Narcisista | 11 | 4.7 |
| SCID2 Esquizotípico | 9 | 3.9 |
| SCID2 Antissocial | 3 | 1.3 |
| SCID2 SOE | 42 | 18.1 |

Instrumentos

Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP), (Carvalho & Primi, no prelo).

O IDCP é um inventário de autorrelato constituído de 163 itens. O teste avalia características patológicas da personalidade com base em 12 dimensões, sendo elas dependência, agressividade, instabilidade de humor, excentricidade, necessidade de

atenção, desconfiança, grandiosidade, isolamento, evitação a críticas, autossacrifício, conscienciosidade e impulsividade. Para a construção do instrumento foram utilizadas como bases teóricas as características e sintomas do DSM-IV-TR, a teoria de personalidade de Theodore Millon, dados da literatura sobre o MCMI-III e o instrumento nacional Inventário Dimensional de Transtornos de Personalidade (Carvalho, 2011).

Do DSM-IV-TR, 14 transtornos de personalidade foram utilizados para a construção dos itens. Tais transtornos são compulsivo, narcisista, borderline, antissocial, dependente, depressivo, esquizoide, esquizotípico, evitativo, histriônico, masoquista, negativista, paranoide e sádico. Cada item é constituído de uma escala Likert de 4 pontos, sendo que se o sujeito assinala 1 isto significa que aquela assertiva nada tem a ver com ele; 2 a assertiva pouco tem a ver com ele; 3 moderadamente tem a ver com ele e; 4 tem muito a ver com ele (Carvalho, 2011).

Procedimentos

Aos participantes da pesquisa foram entregues o Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Protocolo CAEE 11653813.0.0000.5514), e somente depois de sua assinatura e consentimento os pacientes responderam ao IDCP. Em média, a aplicação do IDCP levou 30 minutos. Em seguida, o instrumento foi corrigido para obtenção dos dados necessários à pesquisa. Foram feitas as análises descritivas da amostra e os escores das escalas do instrumento foram padronizados em escala T, com média 50 e desvio padrão 10. Assim, os escores totais das escalas foram submetidos a análise de cluster hierárquica.

Análise de Dados

Para se compreender como os pacientes se agrupavam e se diferenciavam, uma matriz de distâncias euclidiana foi construída. A matriz de distâncias indica o grau de semelhança e diferença de perfil de cada paciente em relação a outros pacientes. Em

seguida, a matriz de distâncias foi submetida a análise hierárquica de conglomerados (*hierarchical cluster analysis*), utilizando-se do método Ward no intuito de identificar pacientes com perfis semelhantes.

O dendograma resultante da análise hierárquica de conglomerados foi dividido em 4 agrupamentos, pois tais agrupamentos se mostraram claros, subdivididos em e 10 grupos contemplando os 10 protótipos de transtornos da personalidade. Em seguida, as médias das escalas do IDCP foram calculadas para cada grupo, organizados em um gráfico com os dez subgrupos divididos nos 4 agrupamentos. Por fim, uma análise das médias das escalas para os grupos foi realizada no intuito de verificar possíveis correspondência do perfil encontrado com os 10 protótipos de Westen et al. (2012). Para as análises foram utilizados os softwares IBM SPSS 20.0 (IBM Corp, 2011) e R (R Core Team, 2013).

Resultados

A análise visual do dendograma (Figura 1) sugere que uma solução de 4 grandes grupos com clareza e 10 subgrupos parece plausível, apesar de outras subdivisões também serem possíveis. No entanto, a divisão em 4 grupos (azul) é bem mais clara do que a de 10 (vermelho).

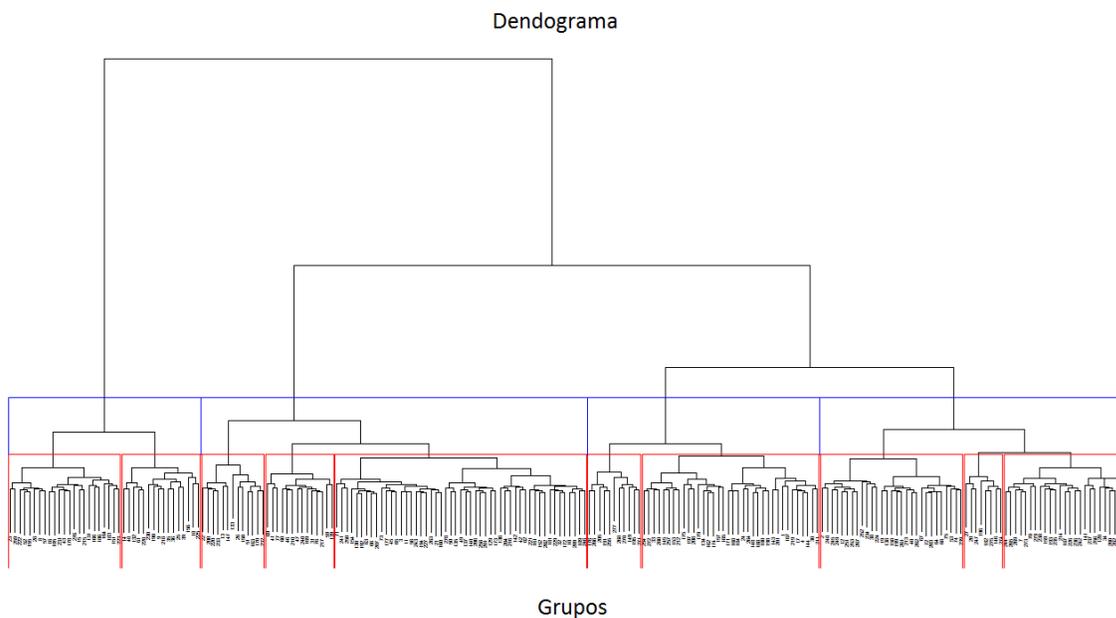


Figura 1. Dendograma dos perfis de personalidade por meio das escalas do IDCP com subdivisão de 4 e 10 grupos.

No intuito de compreender os perfis encontrados em cada grupo, as médias das escalas do IDCP foram calculadas para cada grupo e organizadas em um gráfico mostrado na Figura 2:

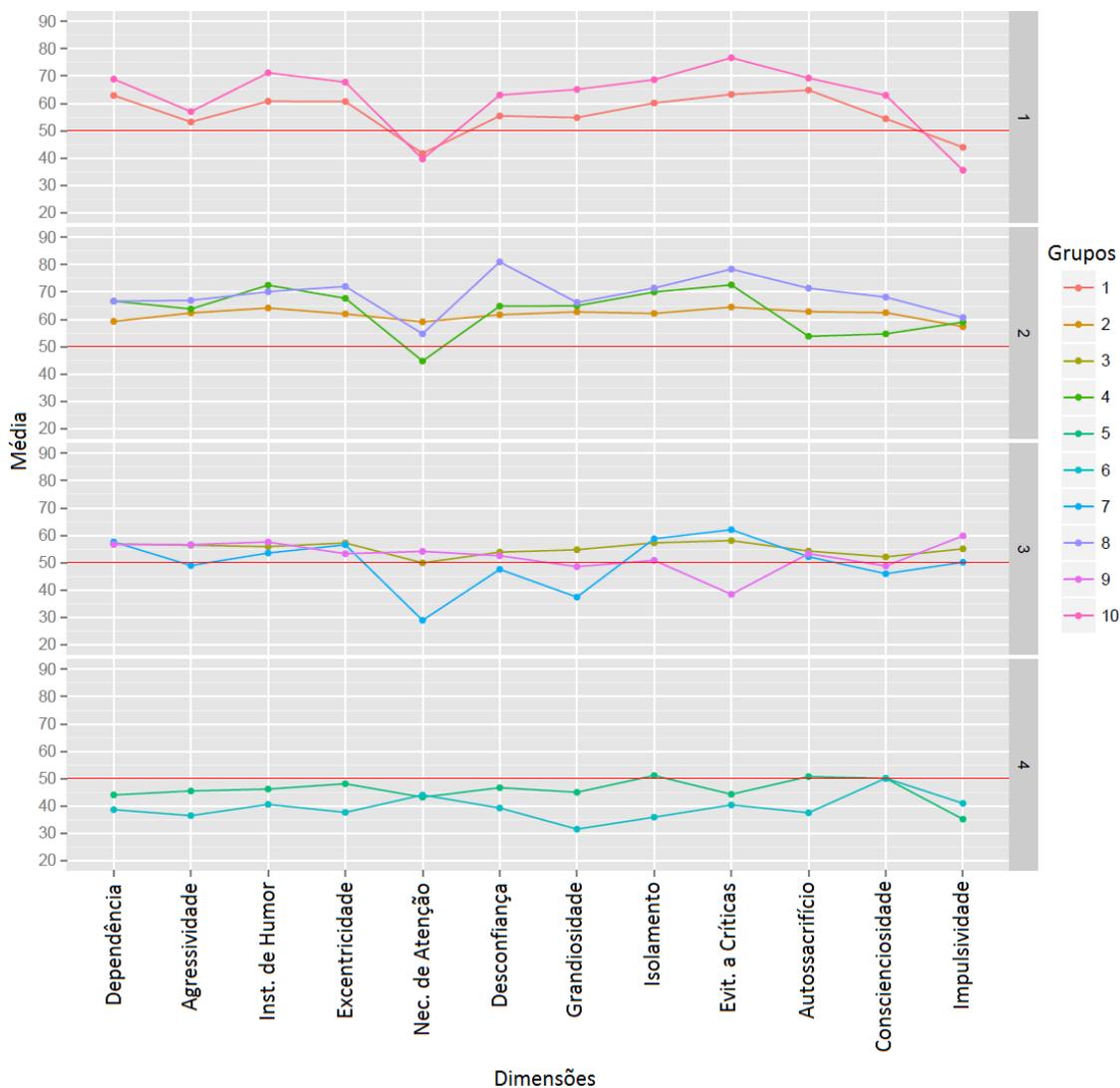


Figura 2. Gráfico de perfis de médias das dimensões do IDCP em 10 grupos.

A partir do gráfico, pode-se verificar que quase metade dos perfis encontrados não diferem substancialmente uns dos outros, mas principalmente em relação a severidade em cada uma das escalas do IDCP. O agrupamento 1, que comporta os grupos 1 e 10 mostra um padrão semelhante com boa parte dos escores altos, mas um declive significativo em Necessidade de Atenção e Impulsividade. Chama a atenção também o declive em Agressividade. Estes resultados indicam pessoas severamente comprometidas com uma tendência maior a introversão e a passividade.

No agrupamento 2, que comporta os grupos 2, 4, e 8, a maior semelhança de perfis

se dá entre os grupos 8 e 4 com altos escores em Evitação a Críticas, Desconfiança e Instabilidade de Humor. Um declive visualmente importante se encontra em Necessidade de Atenção. Já o grupo 2 se mostra discrepante dos outros dois grupos, pois apresenta um padrão linear bastante semelhante entre os escores. O grau de severidade também é alto, dado que a maioria dos escores estão acima ou bem acima da média, e este agrupamento possui uma tendência geral a desconfiança, a querer agradar o outro e sofrer com emoções fortes e inconstantes.

O agrupamento 3, que comporta os grupos 3, 7 e 9, é o que mais possui escores próximos da média, apesar de o grupo 7 se distanciar bastante em Necessidade de Atenção, Grandiosidade e Evitação a Críticas, assim como o grupo 9 nas dimensões Evitação a Críticas e Impulsividade. Este grupo é mais difícil de se caracterizar com tendências gerais, pois o grupo 7 parece ter uma tendência maior a evitar ser desaprovado por outros ao mesmo tempo em que não sente a necessidade de chamar a atenção, sendo mais reservado e pouco confiante. Os outros dois grupos se assemelham mais, mas o grupo 7 tem um escore bem mais baixo em evitação a críticas. Como os escores dos grupos 3 e 7 são muito próximos a média em sua grande maioria é questionável o quanto esses pacientes estão conscientes de sua condição, se negam ou manipulam o teste, se já estão medicados e em tratamento, etc.

Já o agrupamento 4, que comporta os grupos 5 e 6, possui os escores mais baixos de todos os agrupamentos. Os perfis são distintos, exceto pela concordância em pontuar escores médios em Conscienciosidade e mais baixos em Impulsividade. Em especial, o grupo 6 possui uma tendência geral a discordar, pois todos os escores, exceto em Conscienciosidade, estão abaixo da média. Aqui também cabe o questionamento até que ponto essas pessoas tem uma tendência geral a negar o sofrimento, manipular o teste ou

mesmo serem muitos exigentes e autocríticas, dado o único escore mais alto em Conscienciosidade.

Como escores das escalas do IDCP estão padronizados em escala T, entende-se genericamente que um desvio padrão acima ou abaixo da média pode ser indicativo de patologia. Assim, considera-se motivo de atenção clínica escores abaixo de 40 ou acima de 60. Para se identificar quais prováveis transtornos cada grupo possui uma tabela (Tabela 2) foi organizada destacando as médias acima de 60 ou abaixo de 40, para se tentar relacionar tais achados com os protótipos propostos por Westen et al (2012).

Tabela 2

Número de Sujeitos e Médias das Dimensões do IDCP por Grupos.

| Grupos | N | Dimensões | | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-------------|---------------|------------------------|----------------|------------------------|--------------|---------------|-------------|---------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| | | Dependência | Agressividade | Instabilidade de Humor | Excentricidade | Necessidade de Atenção | Desconfiança | Grandiosidade | Isolamento | Evitação a Críticas | Autossacrifício | Conscienciosidade | Impulsividade |
| 10 | 11 | 68.9 | 57.0 | 71.1 | 67.7 | 39.6 | 63.0 | 65.1 | 68.6 | 76.7 | 69.2 | 62.9 | 35.5 |
| 1 | 36 | 62.9 | 53.1 | 60.7 | 60.6 | 41.6 | 55.4 | 54.7 | 60.1 | 63.3 | 64.8 | 54.3 | 43.9 |
| 8 | 8 | 66.6 | 66.9 | 70.1 | 72.0 | 54.7 | 81.0 | 66.1 | 71.4 | 78.3 | 71.4 | 68.1 | 60.6 |
| 4 | 25 | 66.6 | 63.8 | 72.5 | 67.7 | 44.7 | 64.8 | 64.9 | 70.0 | 72.6 | 53.7 | 54.6 | 58.9 |
| 2 | 29 | 59.2 | 62.3 | 64.1 | 61.9 | 59.1 | 61.6 | 62.7 | 62.1 | 64.4 | 62.8 | 62.4 | 57.3 |
| 7 | 13 | 57.5 | 48.9 | 53.5 | 56.5 | 28.8 | 47.5 | 37.3 | 58.7 | 62.0 | 52.1 | 45.9 | 50.1 |
| 3 | 51 | 56.8 | 56.3 | 55.8 | 57.2 | 49.9 | 53.8 | 54.7 | 57.2 | 58.0 | 54.2 | 52.1 | 55.0 |
| 9 | 14 | 56.7 | 56.6 | 57.5 | 53.2 | 54.1 | 52.5 | 48.5 | 50.8 | 38.4 | 53.2 | 48.7 | 59.8 |
| 5 | 23 | 44.0 | 45.4 | 46.1 | 48.1 | 43.1 | 46.6 | 44.9 | 51.1 | 44.2 | 50.7 | 50.0 | 35.1 |
| 6 | 16 | 38.6 | 36.4 | 40.5 | 37.6 | 44.0 | 39.2 | 31.5 | 35.8 | 40.3 | 37.5 | 50.1 | 40.9 |
| Total | 226 | | | | | | | | | | | | |

Assim como observado na Figura 2, a partir da Tabela 2 não é possível diferenciar com clareza os transtornos da personalidade. O que se mostra mais claro é a distinção dos perfis em termos de nível de patologia, sendo que de cima para baixo, observando a Tabela 2, é possível distinguir pessoas com maior até menor nível de patologia. Uma ressalva deve

ser feita em relação ao grupo 8 que parece se caracterizar com maior clareza um transtorno da personalidade paranóide. O grupo 8 possui o maior escore em Desconfiança, além de quase todas as dimensões muito elevadas, denotando um provável transtorno paranóide.

Discussão

Os resultados encontrados, a começar pelo dendograma, indicam que uma solução de 10 grupos parece razoável, mas outras soluções também seriam possíveis, apesar de a solução de 4 grupos ser clara. Visualmente, o dendograma mostra que uma solução com mais de dez agrupamentos também seria interessante, mas não há como definir precisamente qual número seria mais adequado. O critério visual é bastante subjetivo e pode ser amplamente discutido em que medida uma solução tem mais valor teórico/empírico em comparação a outras soluções. No caso em questão, optou-se por recorrer a literatura mais atual em personalidade e seus transtornos trazendo a solução encontrada por Westen et al (2012) de 10 transtornos. Entretanto, o agrupamento em 4 grandes grupos parece bastante adequado e é útil para verificar níveis de patologia.

O gráfico de perfis das médias das dimensões do IDCP retrata uma questão subjacente e anterior a classificação de pessoas e seus transtornos: Qual o nível de distúrbio necessário para se concluir que um sujeito possui ou não patologia? A análise visual do gráfico demonstra que, em linhas gerais, as pessoas possuem uma tendência geral a responder de maneira semelhante, mas com intensidades diferentes, pois a maioria dos grupos tiveram um padrão linear um tanto parecido, com escores normais na dimensão Necessidade de Atenção e mais altos em Evitação a Críticas. De fato, o ser humano saudável possui uma tendência geral a evitar ser rejeitado socialmente por ser dependente da atenção e cuidados de outrem, mas escores médios em Necessidade de Atenção em uma amostra clínica sugere que talvez haja a necessidade de revisão dessa dimensão, que

felizmente já foi feita (Carvalho, Souza & Primi, 2014), pois a mesma não estaria sendo critério para diferenciar pessoas com transtornos, resultado já encontrado em estudo anterior realizado por Rossi (2014). Isto fica evidente também quando se observa a Tabela 2. A dimensão Necessidade de Atenção não teve nenhum escore elevado, e os únicos dois escores que mereceriam atenção foram de 39,6 no grupo 10 e 28,8 no grupo 7. Ainda assim, o escore de 39,6 está muito próximo do limite de 40, e é questionável sua relevância nesse contexto. Porém, é preciso considerar que tal dimensão tem itens de emocionalidade positiva e, por isso, é provável que todos os pacientes os negam, já que se trata de uma amostra clínica.

Os resultados da Tabela 2 também precisam ser tomados com cautela. O IDCP é um instrumento de autorrelato e, por sua natureza, seus resultados sem um contexto de avaliação adequado podem levar a interpretações equivocadas. Por exemplo, o grupo 3 não teve elevação em nenhuma das escalas e é o grupo com maior número de sujeitos. Em decorrência, é questionável se as pessoas deste grupo são saudáveis de fato ou se negam o sofrimento mental dando respostas esperadas socialmente (Shedler, Mayman & Manis, 1993), se foram diagnosticadas erroneamente, se já estão medicados e em tratamento e assim por diante. Outro problema é que não há um critério prévio demonstrando quais dimensões necessitariam estar elevadas ou rebaixadas para se relacionarem com os transtornos da personalidade. Seria preciso um estudo que fornecesse pontos de corte adequados a cada dimensão e suas relações com os transtornos demonstradas empiricamente. Neste estudo, tentou-se compreender os perfis com base nas descrições de Westen et al (2012), mas não foi possível encontrar com clareza tais transtornos em termos de perfis dados pelo IDCP. O único transtorno possível de se diferenciar com maior clareza é o grupo 8, que possui o escore mais alto na dimensão desconfiança, denotando um

possível transtorno de personalidade paranóide.

Conclusão

Este estudo teve como objetivo verificar se os perfis encontrados nas dimensões do IDCP formam 10 grupos teoricamente equivalentes aos transtornos da personalidade dados pela literatura do SWAP-200. De maneira geral, os resultados apontam que esta solução de 10 transtornos é possível, e que o IDCP é capaz de diferenciar pessoas em termos de severidade patológica, mas que não foi possível alocar os 10 transtornos dados pela literatura do SWAP-200 nos perfis encontrados pelo IDCP.

Porém, este estudo sofre com algumas limitações importantes. Primeiro, não há um critério claro de quantos grupos poderiam ser extraídos da análise de cluster do ponto de vista estatístico, somente teórico; Segundo, a dimensão Necessidade de Atenção demonstrou não ser um critério relevante para avaliar os sujeitos dessa amostra; Terceiro, o IDCP é um inventário de autorrelato e, por sua natureza, sofre de limitações provenientes da desejabilidade social e negação de conflitos psíquicos; Quarto e por último, outras variáveis fora de controle do estudo podem ter influenciado seus resultados, como por exemplo a precisão em que os diagnósticos dos pacientes foram feitos ou se os mesmos já estando em tratamento responderam como pessoas saudáveis. Sendo assim, sugere-se que estudos empíricos sejam realizados para estabelecer quais seriam os perfis esperados nas escalas do IDCP para auxiliar seu usuário a compreender seus resultados, bem como estabelecer pontos de corte para cada dimensão.

Referências

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2005). Dimensional versus categorical classification of

- mental disorders in fifth edition of the diagnostic and statistical manual of mental disorders and beyond. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*, 551-556.
- Carvalho, L. F., & Primi, R. (no prelo). Development and Internal Structure Investigation of the Dimensional Clinical Personality Inventory. *Psicologia: Reflexão e Crítica*.
- Carvalho, L. F., Sette, C. P., Capitão, C. G., & Primi, R. (2014). Propriedades Psicométricas da Versão Revisada da Dimensão Necessidade de Atenção do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade. *Trends Psychiatry Psychother*, *36*(1), 23-31.
- Carvalho, L. F. (2011). Desenvolvimento e Verificação das Propriedades Psicométricas do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and na emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, *58*, 227–257.
- Costa Jr., P. T., & McCrae, R. R. (2009). *NEO-PI-R - Inventário de Personalidade NEO Revisado - Manual*. São Paulo: Vetor.
- Ferrando, P. J. & Anguiano-Carrasco, C. (2011). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, *31*(1), 18-33.
- Field, A. (2009). *Descobrimo a Estatística usando o SPSS*. (2ª Ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- IBM Corp. (2011). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Krueger, R. F., Skodol, A. E., Livesley, W. J., Shrout, P., & Huang, Y. (2007). Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders:

- Refining the research agenda for DSM–V Axis II. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16, 65–73.
- Primi, R. (2010). Avaliação Psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 25-35.
- R Core Team (2013). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org/>.
- Rossi, A. A. (2014). *Consistência Interna e Validade de Critério do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade*. Manuscrito não publicado.
- Shedler, J., and Westen, D. (2010). The Shedler-Westen Assessment Procedure: Making personality diagnosis clinically meaningful. In J. F. Clarkin, P. Fonagy, & G. O. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders* (pp. 125-161). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Shedler J, Westen D. (2004a). Refining personality disorder diagnoses: Integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1350 –1365.
- Shedler, J., & Westen, D. (2004b). Dimensions of Personality Pathology: An Alternative to the Five-Factor Model. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1743–1754.
- Shedler, J., Mayman, M., & Manis, M. (1993) The illusion of mental health. *American Psychologist*, 48(11), 1117-1131.
- Skodol, A. E., Bender, D. S., Oldham, J. M., Clark, L. A., Morey, L. C., Verheul, R., Siever, L. J. (2011a). Proposed Changes in Personality and Personality Disorder Assessment and Diagnosis for DSM-5 Part I: Description and Rationale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2 (1), 4–22.
- Skodol, A. E., Bender, D. S., Oldham, J. M., Clark, L. A., Morey, L. C., Verheul, R.,

- Siever, L. J. (2011b). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM–5, Part II: Clinical application. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2 (1), 23–40.
- Spitzer, R. L., First, M. B., Shedler, J., Westen, D., & Skodol, A. E. (2008). Clinical utility of five dimensional systems for personality diagnosis: A “consumer preference” study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 356–374.
- Trull, T. J. & Durrett, C. A. (2005). Categorical and Dimensional Models of Personality Disorder. *Annual Review in Clinical Psychology*, 1, 355–80.
- Westen, D., Shedler, J., Bradley, B., & DeFife, J. (2012). An Empirically Derived Taxonomy for Personality Diagnosis: Bridging Science and Practice in Conceptualizing Personality. *American Journal of Psychiatry*, 169(3), 273–284.
- Westen, D., Gabbard, G., & Blagov, P. (2006). Back to the future: Personality structure as a context for psychopathology. In R. F. Krueger & J. L. Tackett (Eds.), *Personality and psychopathology* (pp.335-384). New York: Guilford.
- Westen, D., Shedler, J., & Bradley, R. (2006). A prototype approach to personality disorder diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 163, 846–856.
- Westen, D., & Shedler, J. (2000). A prototype matching approach to diagnosing personality disorders toward DSM-V. *Journal of Personality Disorder*, 14, 109–126.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999a). Revising and assessing Axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156, 258–272.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999b). Revising and assessing Axis II, Part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156, 273–285.

- Westen, D. (1996). A Model and a Method for Uncovering the Nomothetic from the Idiographic: An Alternative to the Five-Factor Model? *Journal of Research in Personality, 30*, 400–413.
- Widiger T. A. (2011). *A shaky future for personality disorders. Personality disorders: theory, research, and treatment, 2*(1), 54-67.
- Widiger, T. A., & Lowe, R. J. (2008) A Dimensional Model of Personality Disorder: Proposal for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America, 31*, 363–378.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate Tectonics in the Classification of Personality Disorder: shifting to a dimensional model. *American Psychologist, 62*(2), 71-83.
- Widiger, T. A., & Simonsen, E., (2005) Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *Journal of Personality Disorders, 19*(2), 110-130.
- Yong, A. G. & Pearce, S. (2013). A Beginner's Guide to Factor Analysis: Focusing on Exploratory Factor Analysis. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology 9*(2), 79-94.
- Zimmerman, M. (2011). Is There Adequate Empirical Justification for Radically Revising the Personality Disorders Section for DSM 5? *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 25*(2), 206-221.

Considerações Finais

O objetivo geral dessa dissertação era buscar evidências de validade e precisão para o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade e contribuir para o avanço de seus estudos, para que num futuro próximo o instrumento possa estar disponível a nível nacional para o uso em contextos em que a avaliação de características patológicas da personalidade se faz necessária. De maneira geral, esse objetivo foi atingido com os três artigos desenvolvidos. O primeiro artigo, apesar de ser uma reflexão teórica, pontua a necessidade do uso de diferentes técnicas de avaliação para se chegar a um resultado mais fiel e válido. Dentre estas técnicas, os inventários de personalidade são muito importantes, pois podem revelar a maneira pela qual o paciente enxerga suas questões emocionais, ou fornecer indícios de que o mesmo nega seus conflitos ou manipula os resultados, revelando assim sua dinâmica psíquica.

Já o segundo e terceiro artigos buscaram verificar a consistência das escalas do IDCP, correlacioná-las com as escalas do SWAP-200 e verificar se os protótipos propostos pelos estudos do SWAP-200 também podem ser encontrados por meio do IDCP. Ambos os estudos levantam questões pertinentes ao IDCP, mas trazem também limitações importantes que não podem ser negadas. Espera-se assim, que este trabalho não só tenha proporcionado dados importantes para se compreender as propriedades psicométricas ao IDCP e apontar a necessidade de mais estudos, mas contribuído de maneira positiva no âmbito científico da psicologia, especialmente a nível brasileiro, dada a escassez de estudos com transtornos da personalidade e sirva de reflexão para os psicólogos e pesquisadores no momento de atuarem, para que os pacientes possam ser corretamente tratados e possam usufruir de uma vida rica, saudável e feliz.

Anexos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

VALIDADE E PRECISÃO DO INVENTÁRIO DIMENSIONAL CLÍNICO DA
PERSONALIDADE EM AMOSTRA CLÍNICA

Eu....., RG....., abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade dos pesquisadores André Augusto Rossi e de Ricardo Primi do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

1 - O objetivo da pesquisa é realizar um estudo de validade clínica com o instrumento IDCP (Inventário Dimensional Clínico de Personalidade) utilizando-se do instrumento SWAP-200 (Shedler-Westen Assessment Procedure);

2 - Durante o estudo será aplicado o IDCP (Inventário Dimensional Clínico de Personalidade) no paciente, e o SWAP-200 (Shedler Westen Assessment Procedure) respondido por seu respectivo clínico, ambos tendo duração média de aplicação de 30 minutos cada;

3 - Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;

4 - A resposta a este instrumento não causa riscos conhecidos à minha saúde física e mental, não sendo provável, também, que cause desconforto emocional.

5 - Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, o que não me causará nenhum prejuízo;

6 - Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;

7 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone: (11) 2454 - 8981;

8 - Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Prof. Dr. Ricardo Primi, sempre que julgar necessário pelo telefone (19) 98149-2244;

9- Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Campinas, ____ de _____ de 2013.

Assinatura do Sujeito de Pesquisa ou Responsável: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Tabela de Correlações Item-Total

| Item | Dependência | Agressividade | Instabilidade de Humor | Excentricidade | Necessidade de Atenção | Desconfiança | Grandiosidade | Isolamento | Evitação a Críticas | Autossacrifício | Conscienciosidade | Impulsividade |
|--|-------------|---------------|------------------------|----------------|------------------------|--------------|---------------|------------|---------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| Sempre gosto de estar seguro de ter terminado meu trabalho antes de descansar. | -0.20 | 0.07 | 0.03 | -0.09 | 0.44 | 0.10 | -0.04 | -0.02 | -0.15 | 0.31 | 0.61 | 0.15 |
| Não me permito trapacear em um jogo. | -0.33 | -0.23 | -0.21 | -0.22 | 0.12 | -0.28 | -0.22 | -0.15 | -0.36 | -0.11 | 0.13 | -0.07 |
| As pessoas me veem como “pão duro”, mas na verdade sou mais prevenido que a maioria. | 0.13 | 0.10 | -0.01 | 0.07 | 0.14 | 0.18 | 0.22 | 0.19 | -0.06 | 0.14 | 0.48 | -0.04 |
| Normalmente não tenho tempo para pensar sobre o que os outros querem. | 0.11 | 0.15 | -0.01 | 0.27 | 0.08 | 0.15 | 0.10 | -0.05 | 0.00 | -0.09 | 0.02 | -0.01 |
| É fácil conduzir as pessoas para os objetivos que quero atingir. | 0.03 | 0.08 | -0.19 | -0.04 | -0.01 | -0.08 | -0.08 | 0.07 | 0.03 | -0.12 | -0.04 | 0.04 |
| Me irrita quando as pessoas não reconhecem minhas qualidades. | 0.34 | 0.21 | 0.38 | 0.10 | -0.04 | 0.22 | 0.45 | 0.13 | 0.39 | 0.09 | 0.14 | -0.05 |
| Os outros falam que sou impulsivo. | 0.20 | 0.48 | 0.66 | 0.46 | 0.18 | 0.40 | 0.50 | 0.33 | 0.45 | 0.28 | 0.27 | 0.28 |
| O meu humor muda muito de um dia para o outro. | 0.31 | 0.31 | 0.49 | 0.10 | -0.02 | 0.26 | 0.27 | 0.29 | 0.21 | -0.05 | 0.20 | 0.19 |
| Ultimamente sinto vontade de quebrar as coisas. | 0.23 | 0.28 | 0.28 | 0.25 | -0.13 | 0.05 | 0.20 | 0.30 | 0.18 | -0.04 | 0.15 | 0.10 |
| Não me arrependo das coisas que faço, mesmo que alguém saia prejudicado. | -0.02 | 0.34 | 0.33 | 0.24 | 0.11 | 0.18 | 0.12 | 0.12 | 0.18 | -0.17 | 0.20 | 0.27 |
| Gosto de experiências intensas (como correr de carro, etc.) sem me importar com o risco. | -0.09 | 0.23 | 0.22 | 0.03 | 0.24 | -0.09 | -0.01 | -0.02 | -0.07 | -0.13 | -0.08 | 0.58 |
| Estive envolvido em problemas com a lei algumas vezes. | -0.08 | 0.16 | -0.10 | 0.04 | 0.25 | 0.17 | 0.21 | -0.14 | 0.14 | 0.20 | 0.12 | -0.10 |
| Costumo agir sem pensar. | 0.31 | 0.39 | 0.54 | 0.24 | 0.07 | 0.12 | 0.19 | 0.16 | 0.45 | 0.17 | 0.07 | 0.37 |
| É comum que eu permita que outros tomem decisões importantes por mim. | 0.55 | -0.04 | 0.17 | 0.22 | -0.39 | 0.05 | 0.04 | 0.22 | 0.24 | 0.16 | -0.18 | -0.09 |
| Me sinto bem quando as pessoas decidem as coisas por mim. | 0.46 | 0.17 | 0.08 | 0.12 | -0.14 | 0.31 | 0.18 | 0.21 | 0.27 | -0.10 | -0.07 | 0.02 |
| Não sei o que seria da minha vida sem ter o apoio dos outros. | 0.47 | -0.08 | 0.11 | 0.16 | -0.15 | 0.13 | 0.25 | 0.21 | 0.19 | -0.15 | -0.05 | -0.24 |
| Sinto um certo desconforto quando os outros não me ajudam a tomar as decisões. | 0.72 | 0.02 | 0.30 | 0.25 | -0.24 | 0.28 | 0.37 | 0.26 | 0.46 | 0.23 | 0.00 | -0.15 |
| Na maior parte das vezes não faço as coisas direito. | 0.42 | 0.29 | 0.41 | 0.40 | -0.02 | 0.21 | 0.30 | 0.43 | 0.42 | 0.05 | -0.01 | 0.16 |

| Item | Dependência | Agressividade | Instabilidade de Humor | Excentricidade | Necessidade de Atenção | Desconfiança | Grandiosidade | Isolamento | Evitação a Críticas | Autossacrifício | Conscienciosidade | Impulsividade |
|---|-------------|---------------|------------------------|----------------|------------------------|--------------|---------------|------------|---------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| Passo a vida me preocupando com uma coisa ou outra. | 0.20 | -0.02 | 0.26 | 0.10 | -0.14 | 0.09 | -0.01 | 0.05 | 0.27 | 0.19 | 0.06 | -0.13 |
| As pessoas nunca gostam de mim. | 0.32 | 0.26 | 0.46 | 0.37 | -0.16 | 0.22 | 0.29 | 0.37 | 0.34 | -0.03 | 0.10 | -0.12 |
| Difícilmente sinto vontade de me relacionar com as pessoas. | 0.10 | -0.04 | 0.20 | 0.19 | -0.52 | -0.09 | -0.14 | 0.32 | 0.08 | -0.38 | -0.26 | 0.01 |
| Tenho pouca vontade de estar com outras pessoas. | 0.21 | -0.01 | 0.26 | 0.31 | -0.53 | 0.11 | -0.03 | 0.42 | 0.20 | -0.21 | -0.13 | -0.07 |
| Fico tenso quando estou perto de pessoas que não conheço bem, porque é possível que queiram me fazer mal. | 0.20 | 0.08 | 0.39 | 0.13 | -0.21 | 0.16 | 0.30 | 0.25 | 0.48 | 0.05 | -0.01 | -0.07 |
| Sinto-me diferente e esquisito em relação às outras pessoas. | 0.46 | 0.11 | 0.46 | 0.46 | -0.33 | 0.26 | 0.26 | 0.21 | 0.56 | 0.02 | 0.04 | -0.09 |
| Frequentemente tenho experiências difíceis de explicar (como premonição, telepatia, sexto sentido, etc.). | 0.26 | 0.26 | 0.29 | 0.48 | 0.10 | 0.23 | 0.47 | 0.24 | 0.30 | 0.09 | 0.19 | -0.05 |
| Evito participar de atividades em grupo, porque posso ser criticado. | 0.48 | 0.19 | 0.43 | 0.33 | -0.06 | 0.27 | 0.41 | 0.26 | 0.70 | 0.12 | 0.16 | 0.09 |
| Prefiro não praticar atividades com outras pessoas, pois elas vão me criticar. | 0.52 | 0.20 | 0.52 | 0.50 | -0.15 | 0.38 | 0.39 | 0.46 | 0.80 | 0.18 | 0.14 | 0.12 |
| Em reuniões sociais, quase sempre percebo que estou tenso. | 0.64 | 0.03 | 0.30 | 0.40 | -0.32 | 0.17 | 0.24 | 0.25 | 0.68 | 0.22 | -0.11 | -0.05 |
| Procuro não falar com as pessoas, para não correr o risco de ser ridicularizado. | 0.50 | 0.17 | 0.35 | 0.47 | -0.16 | 0.30 | 0.37 | 0.46 | 0.71 | 0.02 | 0.02 | 0.09 |
| As pessoas me veem como alguém expressivo e sedutor. | -0.11 | 0.23 | -0.04 | 0.12 | 0.43 | 0.18 | 0.09 | -0.11 | -0.06 | 0.25 | 0.29 | 0.04 |
| Faço amigos com muita facilidade. | -0.11 | 0.02 | -0.03 | -0.05 | 0.57 | 0.08 | 0.23 | -0.22 | -0.21 | 0.30 | 0.30 | 0.08 |
| Não me importo em exagerar para chamar atenção dos outros. | -0.32 | 0.37 | 0.13 | -0.22 | 0.62 | 0.05 | 0.04 | -0.15 | -0.03 | 0.12 | 0.16 | 0.41 |
| Parece que sempre escolho amigos que acabam me tratando mal. | 0.22 | 0.31 | 0.27 | 0.31 | 0.03 | 0.36 | 0.29 | 0.16 | 0.40 | 0.37 | 0.20 | 0.10 |
| Ajudo mais aos outros do que a mim mesmo. | 0.14 | -0.03 | 0.09 | 0.32 | 0.09 | 0.41 | 0.39 | 0.20 | 0.24 | 0.44 | 0.49 | -0.32 |
| Frequentemente demonstro irritação, e logo me sinto culpado por isso. | 0.50 | 0.25 | 0.39 | 0.29 | -0.14 | 0.26 | 0.35 | 0.08 | 0.47 | 0.21 | 0.01 | -0.10 |
| Irrito-me e fico mal-humorado com facilidade. | 0.39 | 0.29 | 0.52 | 0.30 | -0.13 | 0.35 | 0.35 | 0.40 | 0.31 | 0.03 | 0.07 | -0.03 |

| Item | Dependência | Agressividade | Instabilidade de Humor | Excentricidade | Necessidade de Atenção | Desconfiança | Grandiosidade | Isolamento | Evitação a Críticas | Autossacrifício | Conscienciosidade | Impulsividade |
|--|-------------|---------------|------------------------|----------------|------------------------|--------------|---------------|------------|---------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| Quem muito agrada sempre tem segundas intenções. | 0.17 | 0.40 | 0.24 | 0.47 | -0.03 | 0.41 | 0.22 | 0.32 | 0.21 | 0.06 | 0.31 | 0.21 |
| Não sei por que, mas às vezes digo coisas cruéis só para fazer os outros sofrerem. | 0.20 | 0.21 | 0.23 | 0.07 | -0.14 | 0.18 | 0.10 | 0.33 | 0.04 | -0.12 | 0.15 | 0.05 |
| Gosto muito de assistir filmes violentos. | -0.18 | 0.16 | 0.00 | -0.26 | 0.17 | -0.09 | -0.02 | 0.02 | 0.06 | -0.08 | 0.00 | 0.56 |
| Sei intimidar as pessoas quando preciso. | -0.35 | 0.41 | 0.03 | -0.09 | 0.31 | 0.07 | 0.05 | 0.03 | -0.21 | -0.03 | 0.03 | 0.19 |
| Tudo deve estar sempre organizado e em ordem. | -0.15 | 0.29 | 0.22 | 0.23 | 0.21 | 0.41 | 0.22 | 0.22 | 0.17 | 0.24 | 0.52 | 0.30 |
| As tarefas devem ser sempre realizadas com perfeição. | -0.07 | 0.30 | 0.24 | 0.14 | 0.15 | 0.32 | 0.21 | 0.22 | 0.17 | 0.14 | 0.44 | 0.20 |
| É difícil pedir ajuda para os outros em um trabalho, porque eles não são tão cuidadosos quanto eu. | 0.06 | 0.50 | 0.44 | 0.36 | 0.16 | 0.45 | 0.54 | 0.57 | 0.17 | -0.04 | 0.33 | 0.29 |
| As pessoas invejam minhas habilidades. | -0.04 | 0.23 | 0.12 | 0.24 | 0.31 | 0.36 | 0.54 | 0.19 | 0.14 | 0.18 | 0.06 | 0.04 |
| É natural que pessoas especiais como eu devam receber tratamento especial. | 0.34 | 0.35 | 0.28 | 0.40 | 0.14 | 0.48 | 0.66 | 0.30 | 0.36 | -0.02 | 0.18 | 0.08 |
| Ainda não tenho todo o reconhecimento que mereço. | 0.34 | 0.38 | 0.47 | 0.55 | 0.26 | 0.63 | 0.74 | 0.45 | 0.35 | 0.21 | 0.42 | 0.04 |
| Os meus sentimentos pelas pessoas importantes para mim, muitas vezes mudam do amor para o ódio. | 0.28 | 0.52 | 0.59 | 0.40 | -0.07 | 0.25 | 0.41 | 0.44 | 0.39 | 0.05 | 0.16 | 0.26 |
| Já pensei em me suicidar. | 0.29 | 0.33 | 0.43 | 0.40 | -0.18 | 0.12 | 0.10 | 0.37 | 0.26 | 0.00 | 0.14 | 0.30 |
| Sinto-me vazio com frequência. | 0.25 | 0.44 | 0.72 | 0.57 | -0.20 | 0.43 | 0.34 | 0.49 | 0.46 | 0.17 | 0.27 | 0.24 |
| Sou muito bom para inventar desculpas quando me envolvo em problemas. | 0.16 | 0.24 | 0.08 | -0.03 | 0.13 | 0.19 | 0.03 | 0.09 | 0.10 | 0.00 | 0.06 | 0.43 |
| Não me importo se tiver que bater em alguém. | -0.06 | 0.50 | 0.36 | 0.11 | 0.04 | 0.11 | 0.09 | 0.25 | -0.02 | -0.13 | 0.10 | 0.47 |
| Dou pouca importância para minhas obrigações. | 0.21 | 0.49 | 0.44 | 0.35 | 0.18 | 0.13 | 0.30 | 0.33 | 0.20 | -0.08 | 0.00 | 0.22 |
| Costumo fazer coisas que não gosto para ajudar os outros. | -0.06 | 0.02 | 0.09 | -0.09 | 0.16 | 0.11 | 0.02 | 0.02 | 0.18 | 0.41 | 0.19 | 0.20 |
| As pessoas podem me fazer mudar de ideia facilmente, mesmo quando eu pensava estar decidido. | 0.57 | 0.23 | 0.45 | 0.45 | -0.21 | 0.28 | 0.38 | 0.23 | 0.55 | 0.12 | -0.07 | 0.17 |
| Frequentemente deixo de fazer as coisas por ter medo de não fazê-las bem. | 0.40 | -0.05 | 0.14 | 0.32 | -0.05 | -0.03 | 0.05 | 0.10 | 0.22 | -0.07 | -0.29 | 0.01 |

| Item | Dependência | Agressividade | Instabilidade de Humor | Excentricidade | Necessidade de Atenção | Desconfiança | Grandiosidade | Isolamento | Evitação a Críticas | Autossacrifício | Conscienciosidade | Impulsividade |
|--|-------------|---------------|------------------------|----------------|------------------------|--------------|---------------|------------|---------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| Eu realmente não gosto de ficar sozinho, sem um parceiro que me apoie. | 0.12 | -0.33 | -0.13 | -0.20 | -0.07 | -0.23 | -0.10 | -0.29 | -0.04 | -0.31 | -0.24 | -0.22 |
| Acredito que a maior parte das pessoas é melhor que eu. | 0.53 | 0.12 | 0.21 | 0.41 | -0.29 | 0.20 | 0.17 | 0.40 | 0.33 | 0.02 | 0.05 | -0.21 |
| Normalmente, comigo, as coisas costumam dar errado. | 0.56 | 0.32 | 0.50 | 0.58 | -0.14 | 0.49 | 0.53 | 0.66 | 0.55 | 0.16 | 0.39 | -0.03 |
| Sempre tive pensamentos tristes. | 0.34 | 0.50 | 0.67 | 0.46 | 0.00 | 0.47 | 0.34 | 0.51 | 0.45 | 0.25 | 0.27 | 0.42 |
| Quase sempre tenho vontade de estar sozinho e me sinto muito bem assim. | 0.23 | 0.18 | 0.19 | 0.35 | -0.29 | 0.32 | 0.28 | 0.67 | 0.32 | -0.01 | 0.06 | -0.07 |
| Aprecio muito os momentos em que estou sozinho. | 0.14 | 0.08 | 0.03 | 0.23 | -0.19 | 0.33 | 0.30 | 0.57 | 0.28 | 0.07 | 0.17 | -0.25 |
| Sempre noto que as pessoas falam de mim quando passo por elas. | 0.25 | 0.22 | 0.26 | 0.51 | 0.06 | 0.48 | 0.53 | 0.17 | 0.46 | 0.11 | 0.13 | -0.08 |
| Com frequência, quando estou só, sinto a presença forte de alguém que não se pode ver. | 0.02 | 0.35 | 0.17 | 0.34 | 0.18 | 0.27 | 0.28 | 0.16 | -0.02 | 0.01 | 0.09 | 0.23 |
| As pessoas pensam que eu, algumas vezes, falo de coisas estranhas e diferentes. | 0.16 | 0.26 | 0.11 | 0.52 | 0.01 | 0.17 | 0.18 | 0.19 | 0.16 | 0.06 | 0.08 | 0.00 |
| Muitas vezes percebo que as pessoas estão rindo ou caçoando de mim pelas costas. | 0.50 | 0.15 | 0.37 | 0.60 | -0.04 | 0.46 | 0.60 | 0.24 | 0.68 | 0.18 | 0.20 | -0.17 |
| Me sinto muito mal quando sou criticado. | 0.52 | 0.32 | 0.51 | 0.47 | -0.17 | 0.31 | 0.57 | 0.37 | 0.42 | 0.10 | 0.19 | 0.09 |
| Tenho facilidade em demonstrar sentimentos. | 0.07 | -0.02 | 0.18 | -0.08 | 0.25 | 0.16 | 0.12 | -0.02 | 0.13 | 0.27 | 0.25 | -0.05 |
| Consigno falar bem em grupos. | -0.46 | -0.09 | -0.25 | -0.12 | 0.51 | 0.07 | -0.02 | -0.10 | -0.48 | 0.12 | 0.42 | 0.06 |
| Sinto desconforto quando as pessoas não prestam atenção em mim. | 0.48 | 0.22 | 0.47 | 0.36 | -0.05 | 0.38 | 0.56 | 0.39 | 0.45 | 0.24 | 0.17 | 0.03 |
| Gosto de usar roupas que chamam atenção. | 0.05 | 0.32 | 0.25 | 0.13 | 0.46 | 0.25 | 0.10 | 0.14 | 0.13 | 0.21 | 0.20 | 0.22 |
| Sinto-me bem em ajudar os outros com seus objetivos, mas não em me ajudar com os meus. | 0.09 | 0.22 | 0.01 | 0.09 | 0.28 | 0.04 | 0.05 | -0.27 | -0.01 | 0.36 | 0.17 | 0.02 |
| Faço de tudo para ajudar os outros, não importando o que isso vai me custar. | 0.11 | 0.18 | 0.19 | 0.12 | 0.16 | 0.16 | 0.01 | 0.00 | 0.08 | 0.74 | 0.29 | 0.01 |
| Às vezes falo coisas, que irritam as pessoas, das quais depois sinto culpa. | 0.38 | 0.14 | 0.47 | 0.16 | 0.10 | 0.39 | 0.32 | 0.10 | 0.26 | 0.32 | 0.21 | 0.03 |
| As pessoas não me compreendem e não dão o valor que mereço. | 0.44 | 0.54 | 0.70 | 0.59 | 0.06 | 0.69 | 0.82 | 0.54 | 0.49 | 0.32 | 0.44 | 0.11 |

| Item | Dependência | Agressividade | Instabilidade de Humor | Excentricidade | Necessidade de Atenção | Desconfiança | Grandiosidade | Isolamento | Evitação a Críticas | Autossacrifício | Conscienciosidade | Impulsividade |
|--|-------------|---------------|------------------------|----------------|------------------------|--------------|---------------|------------|---------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| A maioria das pessoas que se deram bem na vida, ou foi por sorte ou são desonestas. | 0.32 | 0.35 | 0.46 | 0.51 | 0.16 | 0.56 | 0.40 | 0.42 | 0.38 | 0.17 | 0.23 | 0.13 |
| Fico extremamente irritado quando recebo ordem dos outros. | 0.46 | 0.48 | 0.65 | 0.51 | 0.08 | 0.37 | 0.49 | 0.62 | 0.38 | -0.15 | 0.16 | 0.30 |
| Normalmente as pessoas não são confiáveis. | 0.36 | 0.37 | 0.49 | 0.55 | 0.03 | 0.65 | 0.45 | 0.45 | 0.40 | 0.19 | 0.28 | -0.03 |
| Preciso tomar muito cuidado para não ser enganado pelos meus colegas. | 0.35 | 0.43 | 0.42 | 0.47 | -0.06 | 0.62 | 0.61 | 0.57 | 0.30 | -0.05 | 0.07 | 0.16 |
| Os outros sempre tentam me prejudicar, explorar ou enganar, mas estou sempre alerta. | 0.03 | 0.31 | 0.20 | 0.18 | 0.37 | 0.52 | 0.50 | 0.20 | 0.06 | 0.31 | 0.30 | 0.07 |
| Acho necessário estabelecer regras rígidas aos membros da minha família. | 0.02 | 0.36 | 0.37 | 0.38 | 0.37 | 0.41 | 0.28 | 0.25 | 0.23 | 0.33 | 0.47 | 0.19 |
| Às vezes minto e isso acaba prejudicando algumas pessoas. | 0.21 | 0.22 | 0.36 | 0.26 | 0.00 | 0.31 | 0.38 | 0.37 | 0.30 | 0.24 | 0.22 | -0.03 |
| Tive que ser muito duro com algumas pessoas para mantê-las na linha. | -0.22 | 0.32 | 0.04 | 0.22 | 0.45 | 0.33 | 0.22 | 0.15 | -0.19 | 0.14 | 0.45 | 0.15 |
| Gosto de intimidar e dominar os outros. | -0.03 | 0.56 | 0.24 | 0.09 | 0.24 | 0.17 | 0.06 | 0.25 | -0.03 | -0.06 | -0.09 | 0.38 |
| Sou uma pessoa extremamente pontual, e não admito que os outros se atrasem. | 0.25 | 0.33 | 0.46 | 0.29 | 0.27 | 0.46 | 0.50 | 0.21 | 0.31 | 0.45 | 0.48 | -0.01 |
| As pessoas dizem que sou teimoso. | -0.15 | 0.39 | 0.46 | 0.13 | 0.02 | 0.15 | 0.07 | 0.20 | -0.05 | -0.03 | 0.14 | 0.40 |
| Gosto de trabalhar sozinho, pois é difícil achar alguém que faça as coisas do jeito que eu gostaria. | 0.30 | 0.45 | 0.29 | 0.41 | -0.05 | 0.53 | 0.44 | 0.60 | 0.20 | 0.11 | 0.35 | 0.02 |
| Frequentemente sou prejudicado pela inveja dos outros. | -0.03 | 0.36 | 0.23 | 0.27 | 0.30 | 0.47 | 0.56 | 0.21 | 0.25 | 0.15 | 0.12 | -0.01 |
| Sou muito ocupado para ficar resolvendo os problemas dos outros. | 0.15 | 0.30 | 0.32 | 0.19 | 0.19 | 0.27 | 0.41 | 0.39 | 0.10 | -0.05 | 0.32 | 0.23 |
| Não vejo problemas em tirar vantagem das pessoas que permitem. | 0.24 | 0.46 | 0.12 | 0.16 | -0.22 | 0.13 | 0.07 | 0.23 | 0.17 | -0.11 | -0.40 | 0.15 |
| Frequentemente não recebo o tratamento a altura que mereço. | 0.03 | 0.27 | 0.22 | 0.33 | 0.18 | 0.52 | 0.48 | 0.34 | 0.09 | 0.11 | 0.37 | 0.03 |
| Poucas pessoas têm condições de me avaliar. | 0.20 | 0.06 | 0.10 | 0.43 | -0.06 | 0.37 | 0.28 | 0.35 | 0.03 | 0.09 | 0.35 | -0.13 |

| Item | Dependência | Agressividade | Instabilidade de Humor | Excentricidade | Necessidade de Atenção | Desconfiança | Grandiosidade | Isolamento | Evitação a Críticas | Autossacrifício | Conscienciosidade | Impulsividade |
|---|-------------|---------------|------------------------|----------------|------------------------|--------------|---------------|------------|---------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| Às vezes faço coisas por impulso sem pensar nas consequências (como sexo, correr com o carro, beber, usar drogas, ou outros). | -0.07 | 0.33 | 0.28 | 0.10 | 0.32 | 0.20 | 0.05 | -0.03 | -0.02 | 0.28 | 0.13 | 0.62 |
| Tem momentos que fico tão confuso comigo mesmo que não sei o que fazer da vida. | 0.27 | 0.39 | 0.70 | 0.60 | 0.02 | 0.41 | 0.37 | 0.47 | 0.43 | 0.27 | 0.38 | 0.26 |
| Eu simplesmente não posso permitir que as pessoas me deixem. | 0.50 | 0.26 | 0.44 | 0.53 | -0.06 | 0.36 | 0.52 | 0.42 | 0.26 | -0.14 | 0.07 | -0.04 |
| Meu humor muda, de um extremo para outro, com muita facilidade. | 0.43 | 0.44 | 0.70 | 0.33 | -0.10 | 0.27 | 0.35 | 0.37 | 0.33 | 0.12 | 0.06 | 0.22 |
| Já me meti em problemas graves. | -0.18 | 0.27 | 0.10 | 0.18 | 0.15 | 0.14 | 0.10 | 0.11 | -0.10 | 0.03 | 0.19 | 0.22 |
| Vale a pena enganar as pessoas para conseguir algo importante para mim. | -0.02 | 0.56 | -0.07 | -0.04 | -0.02 | -0.02 | -0.02 | 0.11 | -0.06 | -0.18 | -0.03 | 0.09 |
| Costumo fazer coisas para agradar os outros, mesmo que não goste de fazê-las. | 0.03 | -0.03 | 0.07 | -0.25 | 0.14 | -0.17 | -0.16 | -0.21 | 0.08 | 0.55 | 0.09 | 0.09 |
| Prefiro que as pessoas me digam o que devo fazer. | 0.55 | 0.15 | 0.18 | 0.22 | -0.14 | 0.29 | 0.20 | 0.15 | 0.27 | 0.10 | 0.18 | -0.07 |
| Sinto medo de fazer as coisas sozinho. | 0.51 | 0.04 | 0.24 | 0.24 | -0.22 | -0.08 | 0.17 | 0.25 | 0.37 | -0.15 | -0.25 | 0.09 |
| Sinto-me mal em discordar das pessoas. | 0.51 | 0.16 | 0.29 | 0.42 | -0.06 | 0.25 | 0.27 | 0.32 | 0.45 | 0.17 | 0.01 | 0.03 |
| Às vezes me sinto uma pessoa inútil. | 0.65 | 0.12 | 0.53 | 0.47 | -0.43 | 0.21 | 0.26 | 0.47 | 0.55 | 0.05 | -0.02 | 0.07 |
| Sempre fui muito preocupado com tudo. | 0.11 | 0.13 | 0.17 | 0.30 | 0.09 | 0.39 | 0.28 | 0.10 | 0.24 | 0.29 | 0.56 | -0.05 |
| Não gosto de relacionamentos muito íntimos. | 0.31 | 0.13 | 0.34 | 0.42 | -0.13 | 0.29 | 0.21 | 0.43 | 0.31 | 0.14 | 0.23 | -0.07 |
| Prefiro fazer as coisas sozinho. | 0.27 | 0.54 | 0.44 | 0.44 | -0.04 | 0.59 | 0.34 | 0.73 | 0.17 | 0.10 | 0.39 | 0.22 |
| Raramente expresso sentimentos. | 0.39 | 0.24 | 0.21 | 0.43 | -0.28 | 0.23 | 0.23 | 0.55 | 0.37 | -0.03 | 0.19 | -0.01 |
| Preciso conhecer bem uma pessoa para poder ter amizade com ela. | 0.21 | 0.21 | 0.16 | 0.42 | -0.16 | 0.58 | 0.33 | 0.57 | 0.45 | -0.04 | 0.20 | 0.06 |
| Sei que as pessoas ficam me observando. | 0.26 | 0.32 | 0.38 | 0.56 | 0.04 | 0.61 | 0.55 | 0.33 | 0.47 | 0.18 | 0.22 | 0.08 |
| Frequentemente testemunho experiências sobrenaturais. | 0.28 | 0.41 | 0.27 | 0.60 | 0.09 | 0.50 | 0.40 | 0.41 | 0.25 | 0.04 | 0.28 | 0.20 |
| Sei que os outros me acham estranho. | 0.25 | 0.38 | 0.35 | 0.66 | -0.11 | 0.40 | 0.28 | 0.28 | 0.36 | 0.27 | 0.20 | 0.13 |
| Não sou uma pessoa interessante para os outros. | 0.35 | 0.20 | 0.29 | 0.52 | -0.09 | 0.18 | 0.27 | 0.32 | 0.31 | 0.12 | 0.19 | -0.26 |
| Sou bastante animado e empolgado em eventos sociais. | -0.28 | -0.11 | -0.24 | -0.31 | 0.48 | -0.13 | -0.02 | -0.18 | -0.17 | 0.19 | 0.22 | 0.12 |

| Item | Dependência | Agressividade | Instabilidade de Humor | Excentricidade | Necessidade de Atenção | Desconfiança | Grandiosidade | Isolamento | Evitação a Críticas | Autossacrifício | Conscienciosidade | Impulsividade |
|--|-------------|---------------|------------------------|----------------|------------------------|--------------|---------------|------------|---------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| Sempre consigo ganhar atenção das pessoas quando estou falando. | -0.06 | 0.08 | -0.12 | -0.12 | 0.54 | 0.11 | 0.14 | -0.12 | -0.08 | 0.11 | 0.24 | 0.19 |
| Consigo seduzir as pessoas com facilidade. | -0.22 | 0.32 | -0.07 | -0.07 | 0.62 | 0.12 | 0.15 | 0.07 | -0.09 | 0.12 | 0.23 | 0.40 |
| Muitas vezes faço sacrifícios para ajudar os outros, mesmo que não me peçam. | 0.07 | 0.13 | 0.13 | 0.11 | 0.36 | 0.15 | 0.18 | -0.02 | 0.17 | 0.80 | 0.36 | 0.07 |
| Às vezes sou explosivo e depois me sinto culpado. | 0.28 | 0.48 | 0.58 | 0.33 | 0.21 | 0.33 | 0.36 | 0.15 | 0.19 | 0.32 | 0.16 | 0.13 |
| É irritante estar entre pessoas que se deram melhor que eu na vida. | 0.31 | 0.16 | 0.14 | 0.18 | -0.22 | 0.00 | 0.10 | 0.05 | 0.18 | -0.18 | -0.03 | 0.02 |
| Devemos estar atentos para as verdadeiras intenções dos outros. | 0.15 | 0.24 | 0.33 | 0.38 | 0.25 | 0.63 | 0.58 | 0.33 | 0.33 | 0.11 | 0.52 | -0.03 |
| Não dou segunda chance às pessoas. | 0.03 | 0.33 | 0.22 | 0.40 | 0.07 | 0.47 | 0.34 | 0.44 | 0.12 | 0.10 | 0.22 | 0.01 |
| Sempre busco descobrir o que as pessoas querem com suas ações aparentemente bem intencionadas. | 0.01 | 0.44 | 0.35 | 0.48 | 0.10 | 0.53 | 0.43 | 0.29 | 0.19 | 0.08 | 0.26 | 0.15 |
| Sempre precisei ter cuidado com as pessoas que tentam me enganar. | 0.36 | 0.20 | 0.28 | 0.40 | 0.07 | 0.68 | 0.55 | 0.47 | 0.37 | 0.05 | 0.40 | -0.08 |
| Às vezes as pessoas merecem ser rebaixadas. | 0.03 | 0.49 | 0.21 | 0.25 | 0.07 | 0.21 | 0.27 | 0.19 | -0.01 | -0.03 | 0.07 | 0.00 |
| Às vezes preciso usar da força para ensinar as pessoas o que elas devem fazer. | 0.23 | 0.60 | 0.31 | 0.46 | 0.03 | 0.48 | 0.40 | 0.48 | 0.15 | 0.19 | 0.35 | 0.12 |
| Muitas vezes magoo os outros com as coisas que digo. | 0.05 | 0.32 | 0.64 | 0.31 | 0.08 | 0.21 | 0.19 | 0.19 | 0.30 | 0.37 | 0.25 | 0.33 |
| Não importa o que aconteça, não me permito mentir. | 0.09 | 0.40 | 0.48 | 0.45 | 0.20 | 0.37 | 0.20 | 0.28 | 0.17 | 0.28 | 0.51 | 0.26 |
| A responsabilidade e as obrigações sempre têm que vir em primeiro lugar. | -0.05 | 0.05 | 0.04 | 0.06 | 0.30 | 0.33 | 0.33 | 0.08 | 0.06 | 0.19 | 0.57 | -0.18 |
| Evito ao máximo usar meu dinheiro, prefiro guardá-lo para emergências futuras. | 0.13 | 0.08 | -0.08 | 0.07 | 0.22 | 0.20 | 0.12 | 0.10 | 0.01 | 0.23 | 0.42 | -0.10 |
| Sei como é sentir raiva por não ser reconhecido. | 0.39 | 0.44 | 0.48 | 0.37 | -0.05 | 0.40 | 0.49 | 0.59 | 0.24 | 0.08 | 0.21 | 0.06 |
| Sempre me dou bem defendendo meu ponto de vista em discussões. | -0.28 | 0.32 | 0.02 | -0.02 | 0.49 | 0.21 | 0.23 | -0.02 | -0.26 | 0.03 | 0.25 | 0.25 |
| Às vezes sinto um grande vazio dentro de mim. | 0.26 | 0.53 | 0.68 | 0.56 | -0.11 | 0.40 | 0.50 | 0.49 | 0.17 | 0.00 | 0.29 | 0.24 |
| Eu sou assim, em alguns momentos amo aquela pessoa, em outros odeio. | 0.31 | 0.55 | 0.64 | 0.43 | 0.09 | 0.23 | 0.35 | 0.42 | 0.44 | 0.22 | 0.26 | 0.43 |

| Item | Dependência | Agressividade | Instabilidade de Humor | Excentricidade | Necessidade de Atenção | Desconfiança | Grandiosidade | Isolamento | Evitação a Críticas | Autossacrifício | Conscienciosidade | Impulsividade |
|---|-------------|---------------|------------------------|----------------|------------------------|--------------|---------------|------------|---------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| Às vezes fico com raiva, e não consigo me controlar. | 0.22 | 0.52 | 0.73 | 0.34 | -0.01 | 0.27 | 0.31 | 0.40 | 0.39 | 0.05 | 0.07 | 0.55 |
| Quando as coisas andam mal tendo a perder a noção de mim mesmo. | 0.20 | 0.39 | 0.63 | 0.41 | -0.11 | 0.31 | 0.40 | 0.46 | 0.31 | 0.11 | 0.23 | 0.40 |
| Já me machuquei propositalmente. | 0.13 | 0.20 | 0.08 | -0.02 | -0.04 | -0.14 | 0.07 | 0.05 | 0.10 | -0.07 | -0.04 | 0.20 |
| Faço o que tiver que fazer, não importando as consequências. | 0.10 | 0.36 | 0.34 | 0.19 | 0.02 | 0.06 | 0.18 | 0.19 | 0.21 | 0.17 | 0.03 | 0.32 |
| Já me envolvi em brigas com agressão física. | -0.11 | 0.17 | 0.17 | -0.13 | -0.04 | -0.06 | 0.05 | -0.06 | -0.14 | 0.27 | -0.02 | 0.32 |
| Tenho medo de ser abandonado e ter que me virar sozinho. | 0.52 | 0.10 | 0.40 | 0.29 | -0.20 | 0.13 | 0.31 | 0.21 | 0.42 | -0.04 | 0.04 | -0.04 |
| Prefiro que as pessoas me ajudem a tomar a decisão em assuntos importantes. | 0.53 | 0.06 | -0.06 | 0.04 | -0.27 | 0.16 | 0.02 | 0.05 | 0.17 | 0.04 | -0.03 | -0.16 |
| Tenho dificuldade de tomar decisões sem a opinião dos outros. | 0.67 | 0.00 | 0.21 | 0.13 | -0.31 | 0.05 | 0.19 | 0.19 | 0.41 | 0.05 | -0.03 | -0.24 |
| Na vida sempre errei mais que acertei. | 0.59 | 0.33 | 0.57 | 0.52 | 0.06 | 0.51 | 0.51 | 0.50 | 0.65 | 0.37 | 0.34 | -0.03 |
| As pessoas dizem que sou indiferente aos outros. | 0.42 | 0.33 | 0.41 | 0.56 | -0.05 | 0.29 | 0.48 | 0.55 | 0.41 | -0.12 | 0.18 | -0.03 |
| Com exceção da minha família, não tenho amizades íntimas. | 0.08 | 0.22 | 0.23 | 0.31 | -0.08 | 0.16 | 0.00 | 0.32 | -0.03 | 0.02 | 0.05 | 0.19 |
| Tenho menos interesse por sexo do que a maioria das pessoas. | 0.46 | 0.26 | 0.35 | 0.55 | -0.11 | 0.33 | 0.35 | 0.47 | 0.46 | 0.26 | 0.17 | 0.07 |
| Eu vejo coisas que a maioria das pessoas não é capaz. | 0.14 | 0.44 | 0.33 | 0.51 | 0.25 | 0.38 | 0.45 | 0.37 | 0.16 | 0.17 | 0.18 | 0.17 |
| Sei que as pessoas, às vezes, acham que faço coisas estranhas. | 0.28 | 0.52 | 0.36 | 0.73 | -0.09 | 0.59 | 0.45 | 0.49 | 0.31 | 0.13 | 0.32 | 0.07 |
| As pessoas costumam dizer que sou esquisito. | 0.08 | 0.37 | 0.29 | 0.61 | -0.09 | 0.49 | 0.37 | 0.49 | 0.32 | 0.05 | 0.37 | -0.01 |
| Interesso-me pouco em fazer amizades. | 0.25 | 0.18 | 0.16 | 0.34 | -0.22 | 0.26 | 0.16 | 0.41 | 0.34 | -0.16 | -0.03 | 0.11 |
| Prefiro lidar com situações e pessoas conhecidas do que correr riscos. | 0.36 | 0.09 | 0.24 | 0.28 | -0.06 | 0.44 | 0.45 | 0.17 | 0.44 | 0.35 | 0.18 | 0.02 |
| Em festas nunca consigo ficar calado sem chamar atenção. | 0.00 | 0.15 | 0.32 | 0.00 | 0.41 | 0.06 | 0.14 | -0.24 | 0.11 | 0.32 | 0.25 | 0.18 |
| Em pouco tempo consigo conhecer muito sobre as pessoas a ponto de nos tornarmos amigos. | -0.17 | -0.01 | -0.08 | -0.12 | 0.54 | -0.05 | 0.12 | -0.30 | -0.17 | 0.19 | 0.06 | 0.03 |
| Consigo rapidamente fazer amizades íntimas. | -0.08 | 0.05 | 0.08 | 0.03 | 0.59 | 0.09 | 0.18 | -0.03 | 0.03 | 0.33 | 0.44 | 0.05 |

| Item | Dependência | Agressividade | Instabilidade de Humor | Excentricidade | Necessidade de Atenção | Desconfiança | Grandiosidade | Isolamento | Evitação a Críticas | Autossacrifício | Conscienciosidade | Impulsividade |
|--|-------------|---------------|------------------------|----------------|------------------------|--------------|---------------|------------|---------------------|-----------------|-------------------|---------------|
| Acho muito importante cuidar do físico para ter uma boa imagem. | -0.01 | 0.11 | 0.01 | -0.01 | 0.43 | 0.14 | 0.06 | -0.29 | -0.04 | 0.05 | 0.23 | 0.22 |
| Parece que eu mesmo provoco situações nas quais outras pessoas me tratam mal. | 0.25 | 0.20 | 0.35 | 0.28 | -0.10 | 0.26 | 0.26 | 0.12 | 0.36 | 0.16 | 0.07 | 0.14 |
| Ajudo tanto os outros que acabo me prejudicando. | 0.03 | 0.03 | 0.25 | 0.29 | 0.15 | 0.36 | 0.43 | 0.04 | 0.24 | 0.60 | 0.32 | -0.03 |
| Costumam dizer que sou uma pessoa que discute muito. | 0.07 | 0.30 | 0.36 | 0.21 | 0.00 | 0.16 | 0.17 | 0.26 | 0.20 | 0.06 | 0.17 | 0.19 |
| Irrita-me receber ordens. | 0.26 | 0.44 | 0.59 | 0.43 | 0.14 | 0.45 | 0.53 | 0.52 | 0.21 | -0.05 | 0.14 | 0.36 |
| Dizem que sou “reclamão”. | 0.39 | 0.27 | 0.58 | 0.34 | 0.08 | 0.46 | 0.53 | 0.26 | 0.47 | 0.18 | 0.36 | -0.01 |
| Tenho habilidade para perceber e me defender das críticas sutis que os outros fazem. | -0.14 | 0.12 | 0.02 | -0.06 | 0.30 | 0.15 | 0.10 | 0.13 | -0.22 | 0.17 | 0.23 | 0.13 |
| É muito difícil encontrar amigos confiáveis. | 0.06 | 0.24 | 0.20 | 0.21 | -0.07 | 0.52 | 0.26 | 0.30 | 0.04 | 0.07 | 0.30 | 0.03 |
| Tenho habilidade de usar o medo para fazer as pessoas realizarem o que quero. | 0.30 | 0.38 | 0.10 | 0.10 | 0.05 | 0.13 | 0.11 | 0.14 | 0.02 | 0.08 | 0.08 | -0.05 |
| Imponho limites e disciplina rígida nos relacionamentos íntimos. | 0.10 | 0.31 | 0.21 | 0.22 | 0.37 | 0.45 | 0.30 | 0.09 | 0.12 | 0.34 | 0.43 | 0.10 |
| Interesso-me por saber sobre violência, torturas, armas e lutas. | -0.02 | 0.15 | 0.16 | 0.12 | 0.09 | 0.04 | -0.04 | 0.18 | 0.12 | 0.10 | 0.16 | 0.43 |
| Tendo a ficar violento quando minhas vontades não são satisfeitas. | 0.12 | 0.48 | 0.48 | 0.16 | -0.05 | 0.04 | 0.13 | 0.15 | 0.06 | 0.00 | 0.02 | 0.45 |