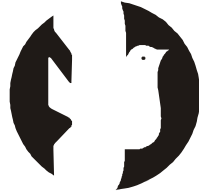


LUCAS DE FRANCISCO CARVALHO



UNIVERSIDADE
SÃO FRANCISCO

DESENVOLVIMENTO E VERIFICAÇÃO DAS PROPRIEDADES
PSICOMÉTRICAS DO INVENTÁRIO DIMENSIONAL CLÍNICO DA
PERSONALIDADE

ITATIBA
2011

LUCAS DE FRANCISCO CARVALHO

DESENVOLVIMENTO E VERIFICAÇÃO DAS PROPRIEDADES
PSICOMÉTRICAS DO INVENTÁRIO DIMENSIONAL CLÍNICO DA
PERSONALIDADE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São
Francisco para obtenção do título de Doutor.

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR RICARDO PRIMI

ITATIBA
2011

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA *DOUTORADO*

DESENVOLVIMENTO E VERIFICAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO INVENTÁRIO DIMENSIONAL CLÍNICO DA PERSONALIDADE

Autor: Lucas de Francisco Carvalho

Orientador: Professor Doutor Ricardo Primi

Este exemplar corresponde à redação final da tese de doutorado defendida por

Lucas de Francisco Carvalho e aprovada pela comissão examinadora.

Data: 16 / 09 / 2011

COMISSÃO EXAMINADORA

Professor Doutor Ricardo Primi

Professor Doutor Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes

Professor Doutor José Maurício Haas Bueno

Professora Doutora Ana Paula Porto Noronha

Professor Doutor Cláudio Garcia Capitão

Itatiba
2011

Agradecimentos

No final da série de televisão LOST, o pai de Jack Shepard, Christian, lhe diz em certo momento, “*The most importante part of your life was the time that you spent with these people.*”, referindo-se às pessoas que estiveram com Jack na ilha que serviu de cenário para grande parte da série. As palavras de Christian me remetem diretamente à confecção de minha tese, pois gostaria de dizer duas ou três palavras para pessoas que certamente fizeram parte do meu trajeto para finalização da mesma. Um trajeto que não se iniciou no doutorado.

Foi por meio de passadas reflexivas, em 2003 e 2004, sobre o meio acadêmico e futuro profissional que vislumbrei sobre a possibilidade de seguir para área acadêmica um dia. Naquela época, e muito antes dela, duas pessoas já seguiam de perto os meus passos, com apoio incondicional, mais que isso, um apoio absoluto e incomparável. Meus pais. Eu poderia encher um livro todo para mencionar o quanto sou grato por tudo que já fizeram por mim, e o quanto tudo isso foi e é importante para todas minhas conquistas. Mas não será necessário fazer isso, porque disso eles já sabem. Obrigado a vocês dois, por tudo que eu sou!

Na metade de 2007 finalizei a formação em psicologia e logo entrei para o mestrado na Universidade São Francisco (USF). Um novo mundo estava se abrindo para mim naquele momento. Novas descobertas e conhecimentos do meio acadêmico permeavam meus horizontes, e como era bom ser surpreendido a cada dia com peripécias científicas debatidas com professores e colegas. E acompanhando-me nessa nova empreitada, minha grande companheira Fernanda Kebleris, que na época já era uma amiga há cinco anos, e mais que isso, minha namorada há aproximadamente dois anos. Não *uma* namorada, mas *a* namorada.

Assim como em todo relacionamento que se preze, nós passamos por umas e outras em nosso, mas a Fê foi e é aquela pessoa que tem uma característica que acredito ser almejada pela

maioria (se não todas) as pessoas, o companheirismo. Sempre está ela ali, com paciência e atenção, me ouvindo dizer sobre os meandros acadêmicos. Mas a coisa toda não para por aí... além das 1001 qualidades com amiga e namorada (bom, e noiva por mais 1 mês e poucos dias), ela também teve participações diretas no meu doutorado. Quem vocês acham que tabulou 90% de tudo o que foi coletado? É por essas, e por muitas e muitas outras, que amo muito ela e quero deixar aqui meus agradecimentos registrados.

E aí, de 2007 até 2011, a trajetória acadêmica se estendeu entre o mestrado (2007-2008) e o doutorado (2009-2011). Nesse caminho, fiz muitos colegas e amigos, e também tive a oportunidade de conhecer grandes mestres de diferentes áreas da psicologia, pessoas com qualidades e atributos que desejo desenvolver em minha investida para o amadurecimento profissional.

Entre essas pessoas, gostaria de citar aquele que *me introduziu na psicometria* (é uma piada interna que, de tanto já ter sido contada, está se tornando amplamente externa), o José Maurício. Falar do Mau me lembra diretamente das tardes semanais nas quais ele se empenhava para me iniciar no uso do SPSS. Tudo era novo para mim, e certamente difícil, mas o Mau era sempre irredutivelmente paciente e disposto a ensinar. Bom, e vale lembrar também, que foi ele quem me levou para a USF, coisa a qual eu também sou muito agradecido. Mau, valeu pelo empenho e disposição para meu início na psicometria e, mais que isso, pela pessoa muito bacana que você é, um amigo para se ter!

Bom, e retomando um pouco do que iniciei no parágrafo anterior, vale lembrar a minha chegada na USF, aliás, vale muito lembrar. Afinal, fui extremamente bem recebido no Laboratório de Avaliação Psicológica e Educacional (LabAPE), o qual era coordenado na época e ainda é, pelo Ricardo Primi. Não há dúvidas de que o Ricardo é um dos caras mais inteligentes

que conheço. Mas isso eu não preciso contar, você já deve ter lido alguma publicação dele... (caso não tenha lido, você pode interromper esta leitura para fazê-lo!).

Certa vez, quanto estávamos morando nos EUA (pois é, fiz parte do meu doutorado em Ohio, graças ao Ricardo), era época de Halloween e havíamos comprando uma abóbora. Ficamos lá, o Ricardo, o Fabiano e eu *carving* a abóbora, a fim de dar um rosto assustador à mesma. Assim foi feito e, considerando que éramos novos naquilo, ficou uma bela abóbora. Mas ela estava incompleta – qualquer abóbora de halloween que se preze precisa ter algo luminoso em seu interior. Para encurtar a história, poucos muitos depois o Ricardo havia transformado uma lâmpada e alguns fios, na luminosidade de nossa abóbora (garanto que foi uma tarefa que demandou habilidades de electricista e, sobretudo, criatividade). Ricardo, quero deixar aqui registrado meu explícito agradecimento, por ter sido um excelente orientador, um excelente mestre (e quanta coisa eu aprendi!), e um ótimo amigo!

E quando se fala no quesito mestres, seria um outro livro que eu poderia encher com agradecimentos, não só de fatos, mas de nomes. Acredito que sempre tive muita sorte nesse ponto. Exemplo disso foi minha banca de doutorado. Internamente, o prof. Cláudio Capitão e a profa. Ana Paula. Agradeço ao Capitão pelas inúmeras discussões e reflexões que possibilitou com toda sua experiência clínica na área da saúde. E à Ana Paula, sobretudo pelas reuniões muito agradáveis, tanto do ponto de vista acadêmico quanto de risadas, da revista Avaliação Psicológica. E externamente, o Maurício e o Carlos. Meus agradecimentos para o Maurício foram feitos anteriormente. E ao Tchê, que entre piadas desafiadoramente bem elaboradas e colocações bastante criativas, sempre gerou debates extremamente contundentes em avaliação psicológica e, mais especificamente, em psicometria. Agradeço por esses debates e também por ser um cara muito bacana para se ter amizade! Quero deixar também um grande abraço e beijo para os outros grandes mestres que tive até aqui, como a Acácia, a Anna Elisa, a Claudette, o

Makilim e o Fermino, que em meio a discussões e reflexões, certamente contribuíram de maneira significativa para meu crescimento acadêmico.

E foi também na USF que tive muitos de meus melhores amigos, e não há dúvidas sobre as imensuráveis contribuições deles em minha empreitada acadêmica (com temas reflexivos ou para risadas!). Exemplo disso é o Fabiano. O que eu vou falar desse cara? É aquele amigo que tenho em que a cada dez palavras, onze são de gozação e sarro. Isso não é uma crítica, pelo contrário, o Fabiano pode se dar a liberdade de brincar com as peripécias da vida, pois como um cara muito inteligente que é, seus poucos momentos sérios bastam para concretizar as tarefas. Bom, se eu fosse contar aqui de nossas aventuras por aí (o que é bem extenso, aliás, incluindo EUA, Portugal, Belém – sendo o último, o preferido dele hehe), acho que não haveria espaço suficiente. Então, minha sugestão é que você assista a um dos inúmeros vídeos nos quais essas aventuras estão registradas. Dr. Koich, valeu pelo grande amigo que você é!

Extremamente ao lado disso, está um grandessíssimo amigo meu, no qual tive o prazer e honra de morar junto (em quartos separados! Bom, nem sempre em quartos separados, mas pelo menos em camas separadas!), o Rodolfo Ambiel. Quando eu falo que é um grandessíssimo amigo meu, há pelo menos duas derivações. Primeiro, ele tem quase dois metros hehe. E segundo, o Rod é aquele tipo de cara que você pode contar sempre e para tudo, porque o cara tem um coração que é quase do tamanho dele próprio. Rod, te agradeço primeiro por ser um amigo absurdamente amigo (entende?) e certamente pelas contribuições filosóficas que você tem no meu trajeto acadêmico a partir das inúmeras discussões nas casas em que moramos!

E aí, falando nessa história de amigos e de morar junto e tal, não poderia deixar de falar do Fernando Pessotto. Pois é, o Pessotto é um cara muito bacana, uma pessoa agradável para se conversar, par se ter como amigo. Além disso, é um grande animador de festas (o que é uma

diminuição injusta da alta habilidade que ele tem para tocar violão e como vocalista!)! Pessotto, valeu pelas várias discussões acadêmicas que já tivemos e, sobretudo, por ser um grande amigo!

Bom, e eu certamente não poderia deixar de mencionar duas grandes pessoas que fizeram parte desse meu trajeto. Duas vizinhas que tive e, se me perguntarem, dificilmente terei vizinhas tão bacanas, tão coleguinhas (hehe). Mayra e Gisele, duas pessoas tão bacanas que fazem parte da minha vida, que eu só me lamento por não termos ficado amigos antes! Agradeço por serem pessoas extremamente dedicadas com o meio acadêmico, o que já gerou diversas discussões entre nós, mas agradeço principalmente pelas incontáveis madrugadas em que ficamos entre risadas e choros contando mil fofocas da vida!

Ufa! Claro, eu poderia me estender aqui por muito mais longas páginas, somente com agradecimentos por todos aqueles que contribuíram de maneira mais direta ou indireta com este trabalho. Mas sei da impossibilidade dessa tarefa, então não vou me prolongar muito mais (ainda que seja difícil não citar alguns nomes!). Para finalizar, quero agradecer a mim mesmo pela conclusão da jornada mestrado-doutorado, que marca o início de um longo caminho acadêmico (espero eu!). E por mais estranho que possa parecer destinar um agradecimento a mim mesmo, esse é meu modo de expressar meus agradecimentos a todos aqueles que interagiram comigo nos passos que dei até hoje, pois é pela oportunidade que tive de conhece-los que hoje eu posso olhar para trás e pensar: faria tudo outra vez.

Resumo

Carvalho, L. de 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.

Este trabalho teve como objetivo desenvolver um instrumento para avaliação dos transtornos da personalidade, bem como verificar suas propriedades psicométricas, validade e fidedignidade. Para tanto, a pesquisa foi dividida em quatro artigos, sendo eles, *Classificação e Diagnóstico dos Transtornos da Personalidade: panorama atual e perspectivas para o DSM 5*; *Desenvolvimento e Investigação da Estrutura Interna do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP)*; *Propriedades Psicométricas do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) pelo Modelo de Resposta Graduada*; e *Associação dos Protótipos de Transtornos da Personalidade no NEO-PI-R com o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP)*. Há uma evidente base comum entre os artigos, isto é, todos tratam da avaliação e diagnóstico dos transtornos da personalidade, entretanto, o primeiro deles configura-se como um trabalho teórico e os outros três como pesquisas empíricas. Os resultados encontrados nos diferentes estudos, de modo geral, explicitam a adequação do instrumento desenvolvido, o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP), em relação a suas propriedades psicométricas. Sendo assim, recomenda-se o uso do instrumento para pesquisas no campo da personalidade e transtornos da personalidade. Além disso, uma vez que o manual do instrumento tenha sido submetido ao SATEPSI e tenha parecer favorável, recomenda-se também o uso clínico do IDCP.

Palavras-chave: transtornos da personalidade; propriedades psicométricas; diagnóstico.

Abstract

Carvalho, L. de F. (2008). *Development and Psychometric Properties Verification of Inventário Dimensional Clínico da Personalidade*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

This study aimed to develop an instrument for personality disorders assessment, and to verify its psychometric properties, validity and reliability. To this end, the research was divided into four articles, *Classification and Diagnosis of Personality Disorders: current configuration and perspectives for DSM 5*; *Development and Internal Structure Investigation of Inventário Dimensional Clínico da Personalidade*; *Psychometric Properties of the Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) using Rating Scale Model*; and *Association of the NEO-PI-R Personality Disorders Prototypes with Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP)*. There is an obvious common ground between the articles, that is, all dealing with the assessment and diagnosis of personality disorders, however, the first article appears as a theoretical work and the other three as empirical research. The results found in different studies, in general, reflect the adequacy of the developed instrument, the Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) in relation to its psychometric properties. Thus, it is recommended to use the instrument for research in personality and personality disorders. Moreover, since the instrument manual has been submitted to SATEPSI and have a favorable opinion, it is also recommended the clinical use of the IDCP.

Keywords: personality disorders; psychometric properties; diagnoses.

Sumário

LISTA DE FIGURAS	XI
LISTA DE TABELAS	XII
1. APRESENTAÇÃO.....	13
2. Classificação Diagnóstico dos Transtornos da Personalidade: panorama atual e perspectivas para o DSM 5.....	17
3. Desenvolvimento e Investigação da Estrutura Interna do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP).....	45
4. Propriedades Psicométricas do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) pelo Modelo de Resposta Graduada.....	79
5. Associação dos Protótipos de Transtornos da Personalidade no NEO-PI-R com o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP).....	105
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	132

LISTA DE FIGURAS

Desenvolvimento e Investigação da Estrutura Interna do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP)	
Figura 1 - Estilos derivados da teoria de Millon.....	51
Propriedades Psicométricas do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) pelo Modelo de Resposta Graduada	
Figura 1 - Precisão local para os thetas na dimensão Autossacrifício	95
Figura 2 - Categorias de resposta da dimensão Autossacrifício.....	96
Figura 3 - Mapa itens-pessoas da dimensão Autossacrifício.....	97

LISTA DE TABELAS

Desenvolvimento e Investigação da Estrutura Interna do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP)	
Tabela 1- Dados descritivos dos itens de acordo com os critérios do DSM-IV-TR	59
Tabela 2- Número de itens no IDCP por forma.....	60
Tabela 3- Dados descritivos da amostra em relação a escolaridade, estado e fonte diagnóstica.....	62
Tabela 4- Prevalências de transtornos nos indivíduos com diagnóstico	63
Tabela 5- Síntese dos dados encontrados na análise fatorial exploratória.....	66
Tabela 6- Dados sumarizados dos fatores e consistência interna após a seleção de itens	67
Tabela 7- Fatores do IDCP nas formas A e B	70
Tabela 8- Relações entre as dimensões do IDCP e transtornos da personalidade.....	71
Propriedades Psicométricas do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) pelo Modelo de Resposta Graduada	
Tabela 1 - Dimensões do IDCP e respectivas características	84
Tabela 2 - Estatísticas descritivas sumarizadas das pessoas e dos itens	92
Associação dos Protótipos de Transtornos da Personalidade no NEO-PI-R com o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP)	
Tabela 1 - Relações entre as dimensões do IDCP e os transtornos da personalidade.....	113
Tabela 2- Correlações entre dimensões do IDCP e do NEO-PI-R	118
Tabela 3 - Correlações entre dimensões do IDCP e facetas do NEO-PI-R	125
Tabela 4 - Análise de correspondência de protótipos	127

1. APRESENTAÇÃO

A avaliação psicológica no Brasil cresceu de maneira evidente na primeira década do século XXI, o que pode ser notado por meio de publicações científicas ressaltando a preocupação com a formação e o desenvolvimento dos profissionais que trabalham com avaliação psicológica (Hutz & Bandeira, 2003; Noronha, Carvalho, Miguel, Souza & Santos, 2010; Noronha & cols., 2002). Além disso, vale a pena ressaltar a criação de mecanismos voltados a essa área, por exemplo, o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), e a realização de eventos no Brasil auxiliando na visibilidade dos trabalhos realizados em avaliação psicológica e na reciclagem dos psicólogos, por exemplo, o Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica que está em sua quinta edição.

Apesar da evidente ascendência da área, é possível notar também uma escassez teórica e empírica em determinados nichos de estudo. Exemplo disso é o campo da avaliação da personalidade, isto é, por um lado, é um dos campos com maior número de publicações em psicologia no que respeita ao estudo da avaliação da personalidade saudável. Por outro, em relação aos transtornos da personalidade, o número de pesquisadores e, conseqüentemente, publicações científicas, é claramente pequeno.

Cabe aqui uma breve reflexão visando o levantamento fatores que devem estar relacionados com o aparente escasso interesse dos pesquisadores no país em realizar pesquisas no campo da avaliação dos transtornos da personalidade. O primeiro deles diz respeito à coleta de dados, isto é, a dificuldade intrínseca para acessar pacientes diagnosticados com transtornos da personalidade e, sobretudo, com diagnósticos realizados a partir de procedimentos sistemáticos (por exemplo, por meio da *Structured Clinical Interview II*, SCID-II). Tal dificuldade se dá tanto na esfera institucional, já que são várias as implicações de acesso a esses pacientes, quanto na esfera do próprio paciente, ou seja, muitas vezes pessoas com funcionamentos patológicos da personalidade não buscam a clínica, pois

difícilmente são capazes de identificar e discriminar seu próprio funcionamento (egosintônico). Além disso, ainda que o pesquisador tenha acesso a esse grupo específico, a coleta de dados a partir desses pacientes é um delicado processo, demandando em alguns casos que o aplicador adeque o procedimento executado (por exemplo, leitura do instrumento aplicado ou explicação de determinadas sentenças e/ou palavras), dependendo de características da amostra (tal como baixos níveis educacionais).

Outro fator dificultador de pesquisas no campo da avaliação dos transtornos da personalidade é a ampla gama de sistemas de categorização e diagnósticos para esses transtornos. Deve-se considerar, sobretudo, que a literatura científica mais atual na área é pouco consensual acerca dessa questão (como pode ser visualizado no primeiro manuscrito deste trabalho). Nesse sentido, fica claro que a desobstrução das vias de pesquisa no campo supracitado somente será possível a partir do estabelecimento de pesquisas iniciais que se proponham a lidar com as dificuldades inerentes na área, com a expectativa que o acúmulo de conhecimento na área, bem como o estabelecimento de variados grupos de estudo, estimulem a promoção de busca por conhecimento científico acerca da avaliação dos transtornos da personalidade.

Considerando essa escassez no campo da avaliação dos transtornos da personalidade no Brasil, em meados de 2007 foi iniciado no Laboratório de Avaliação Psicológica e Educacional (LabAPE), ligado ao programa de pós-graduação *stricto sensu* em psicologia da Universidade São Francisco, um grupo de estudos em transtornos da personalidade. Para tanto, foi utilizado como base a proposta teórica de Theodore Millon, uma vez que essa proposta é robusta do ponto de vista teórico e clínico.

Assim, além do aprofundamento teórico em relação aos diferentes funcionamentos patológicos da personalidade e seus meandros, buscou-se desenvolver instrumentos para avaliação de estilos patológicos da personalidade. O primeiro produto mais evidente desse

trabalho foi o Inventário Dimensional dos Transtornos da Personalidade (IDTP), apresentado na dissertação de mestrado de Carvalho (2008). Contudo, verificou-se a necessidade de aperfeiçoamento do instrumento, bem como do aprofundamento na área de avaliação dos transtornos da personalidade para modelos além da proposta de Millon.

Partindo dessas considerações, delineou-se o projeto que dá base para a presente tese, a qual está apresentada aqui em quatro artigos. O primeiro deles, *Classificação e Diagnóstico dos Transtornos da Personalidade: panorama atual e perspectivas para o DSM 5*, trata do panorama geral e atual no campo da avaliação e do diagnóstico dos transtornos da personalidade. Além disso, visa ressaltar as possibilidades para a futura edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), DSM 5. Esse primeiro artigo, então, configura-se como um trabalho teórico acerca dos transtornos da personalidade em relação ao DSM 5.

Na sequência, o segundo artigo apresentado, *Desenvolvimento e Investigação da Estrutura Interna do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP)*, configura-se como uma pesquisa empírica utilizando o instrumento foco da tese, qual seja, o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP). De fato, nesse trabalho está apresentado o desenvolvimento do IDCP e a busca por evidências de validade com base na estrutura interna do mesmo. Além disso, ainda no que se refere à estrutura interna do instrumento, verificou-se nesse estudo os índices de fidedignidade das escalas encontradas.

Dando continuidade para a busca de evidências de validade com base na estrutura interna e na verificação dos índices de fidedignidade do IDCP, o terceiro artigo, *Propriedades Psicométricas do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) pelo Modelo de Resposta Graduada*, apresenta dados com base na Teoria de Resposta ao Item (TRI) e, mais especificamente, no *Rating Scale Model*, que é um modelo da TRI com

base no Modelo de Rasch (ou modelo de 1 parâmetro). Ressalta-se nesse trabalho, ainda, a aplicabilidade clínica de procedimentos estatísticos derivado desse modelo.

Por último, também referindo-se à busca de evidências de validade para as dimensões do IDCP, mas agora com base nas relações com variáveis externas, é apresentado o artigo de título *Associação dos Protótipos de Transtornos da Personalidade no NEO-PI-R com o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP)*. Nesse trabalho, são exibidas análises que possibilitam verificar a adequação das interpretações realizadas às dimensões do IDCP tendo como base o modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), considerando como um dos mais robustos do ponto de vista empírico, no campo da personalidade.

Apesar da independência dos quatro artigos, eles são relacionados por tratarem de questões comuns, voltadas para a avaliação e diagnóstico dos transtornos da personalidade. Considerando os artigos aqui apresentados, o objetivo geral da tese é apresentar a construção e desenvolvimento de um instrumento para avaliação dos transtornos da personalidade, assim como a investigação das propriedades psicométricas, validade e fidedignidade, das dimensões desse instrumento.

Referências

- Noronha, A. P. P., Carvalho, L. F., Miguel, F. K., Souza, M. S., & Santos, M. A. (2010). Sobre o ensino da avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica*, 9(1): 139-146.
- Noronha, A. P. P., Ziviani, C., Hutz, C. S., Bandeira, D. R., Custódio, E. M., Alves, I. B., Alchieri, J. C., Borges, L. O., Pasquali, L., Primi, R. & Domingues, S. F. (2002). Em defesa da avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica*, 1(1): 173-174.
- Hutz, C. S., & Bandeira, D. S. (2003). Avaliação psicológica no Brasil: situação atual e desafios para o futuro. Em O. H. Yamamoto & V. V. Gouveia (Orgs.), *Construindo a Psicologia Brasileira: desafios para a ciência e prática psicológica* (pp. 261-277). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Título Completo em português: Classificação e Diagnóstico dos Transtornos da Personalidade: panorama atual e perspectivas para o DSM 5

Título Abreviado: Transtornos da Personalidade e DSM 5

Título Completo em inglês: Classification and Diagnosis of Personality Disorders: current configuration and perspectives for DSM 5

Título Abreviado (inglês): Personality Disorders and DSM 5

Lucas de Francisco Carvalho (Universidade São Francisco; Universidade Presbiteriana Mackenzie); Ricardo Primi (Universidade São Francisco)

Resumo

Na literatura internacional há uma importante discussão envolvendo os transtornos da personalidade e a futura edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), contudo, no Brasil essa discussão é escassa. O presente trabalho tem como objetivo apresentar questões centrais de uma ampla discussão que vem ocorrendo internacionalmente acerca da classificação e diagnóstico dos transtornos da personalidade na futura versão do DSM (DSM 5). Para tanto, apresenta-se no artigo as principais críticas realizadas ao modelo vigente, a perspectiva dimensional aplicada aos transtornos da personalidade, a proposta do *Personality and Personality Disorders (P&PD) Work Group* para o DSM 5, as críticas a proposta para o DSM 5, e perspectivas futuras para o manual. Espera-se com este trabalho promover o debate na área de estudo dos transtornos da personalidade no Brasil.

Palavras-chave: Transtornos psiquiátricos; diagnóstico; DSM.

Abstract

The international literature presents an important discussion involving personality disorders and future edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), however, this discussion in Brazil is scarce. The aim of this paper is present the central issues of a wide internationally discussion about classification and diagnosis of personality disorders in the future version of DSM (DSM 5). Therefore, in the paper is presented the main criticisms made to the actual model, the dimensional perspective applied to personality disorders, the proposal of Personality and Personality Disorders (P&PD) Work Group for DSM 5, criticism of proposal for DSM 5, and future directions to the manual. It is expected this work to promote debate in the study area of personality disorders in Brazil.

Keywords: Psychiatric disorders; diagnoses; DSM.

Profissionais na área da saúde mental não raramente se deparam com pacientes cujo funcionamento psicológico é caracterizado por trazer dificuldades para o indivíduo na realização de tarefas no cotidiano. Alguns desses pacientes apresentam esse funcionamento de maneira pervasiva, isto é, ao longo da vida e com prejuízos importantes em suas diversas áreas. Esses pacientes podem se caracterizar por apresentarem diagnóstico de transtorno da personalidade (Millon, 1999; Millon & Davis, 1996; Millon, Grossman, & Tringone, 2010; Skodol, Clark & cols., 2011).

Os transtornos da personalidade se distinguem de outros diagnósticos por meio de três atributos globais, quais sejam, inflexibilidade adaptativa, círculo vicioso e estabilidade tênue (Millon, Millon, Meagher, Grossman & Ramanath, 2004). A inflexibilidade adaptativa se refere a um número pequeno e pouco eficaz de estratégias empregadas para atingir objetivos, se relacionar com outros, ou lidar com o *stress*; o círculo vicioso diz respeito às percepções, necessidades, e comportamentos que perpetuam e intensificam as dificuldades pré-existentes no indivíduo; e a estabilidade tênue está relacionada com uma baixa resiliência do indivíduo frente a condições psicoestressoras.

A classificação e diagnóstico desses transtornos dependem do modelo subjacente utilizado pelo profissional. O modelo vigente em psicopatologia é chamado de categórico, e é caracterizado por basear-se em categorias distintas e fechadas compostas por sintomas específicos chamados de critérios (Widiger & Trull, 2007). Um indivíduo recebe um diagnóstico, ou seja, é enquadrado dentro de uma categoria, quando atinge um número mínimo de critérios. Por exemplo, para que uma pessoa receba o diagnóstico de transtorno da personalidade narcisista, é necessário que ela atinja cinco dos nove critérios estabelecidos para esse transtorno. Nesse sentido, trata-se de um modo dicotômico de diagnóstico, ou o sujeito atinge o número mínimo de critérios e é diagnosticado, ou considera-se a ausência daquele funcionamento (Widiger & Frances, 2002).

É o modelo categórico que dá base para a versão mais atual do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais ([DSM-IV-TR]; APA, 2003). Além disso, esse manual foi desenvolvido com base em uma perspectiva multiaxial, isto é, está subdividido em diferentes eixos. Especificamente em relação aos transtornos da personalidade, o grupo de categorias diagnósticas é definido pelo DSM-IV-TR como “um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é generalizado e inflexível, tem início na adolescência ou no começo da idade adulta, é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo” (p.641).

Esses transtornos são apresentados por meio de 10 categorias distintas, além de uma categoria “sem outra especificação” no eixo II do DSM-IV-TR (APA, 2003). São as categorias, paranoide, esquizoide, esquizotípico, antissocial, borderline, histriônico, narcisista, esquiva, dependente e obsessivo-compulsivo. Cada uma dessas categorias apresenta um conjunto próprio de critérios e são compreendidas como comórbidas quando o paciente apresenta diagnóstico em mais de uma delas.

Apesar da incontestável importância do DSM-IV-TR no cotidiano dos profissionais que trabalham na clínica em saúde mental e lidam com pacientes que apresentam funcionamentos patológicos da personalidade, diversas críticas são encontradas na literatura acerca do modelo que lhe dá base e das evidentes derivações apresentadas no eixo II do manual (para uma reflexão acerca das críticas ver Zimmerman, 2011). A partir dessas críticas, modelos concorrentes foram propostos, em uma tentativa de lidar com as problemáticas encontradas no que diz respeito ao modelo vigente (Widiger & Trull, 2007). Tanto as críticas ao modelo categórico quanto os modelos concorrentes serão apresentados oportunamente com mais detalhe neste trabalho.

O debate acerca de qual modelo seria o mais adequado para classificação e diagnóstico dos transtornos da personalidade tornou-se mais evidente nos últimos anos, já

que há uma expectativa para o lançamento, em 2013, da quinta edição do DSM, o DSM 5 (www.dsm5.org). Atualmente não é possível se estabelecer com segurança qual modelo dará base para a futura edição do manual, mas alguns modelos parecem ser mais prováveis para essa escolha. Tal incerteza é reflexo de extensa discussão entre profissionais da saúde mental, mais especificamente psicólogos e psiquiatras (Krueger & Eaton, 2010). Contudo, no Brasil essa reflexão é incontestavelmente escassa.

Por exemplo, em uma busca rápida realizada em junho de 2011 pela palavra-chave “transtornos da personalidade” em bancos de publicações *online*, sejam eles, PePSIC e Scielo, são encontrados 8 e 48 trabalhos respectivamente. No primeiro caso, por meio da leitura do título e resumo, observa-se que somente 3 de fato têm foco nesse tema; no segundo caso, 11. Nos mesmos bancos, a busca pelas palavras-chave “DSM V” e “DSM 5” tem como produto 1 publicação (em um periódico chileno) e 3 publicações (em um periódico colombiano, outro sobre a expectativa de médicos, e outro que somente foi encontrado pois há um erro de digitação no *abstract*). Essa escassez já havia sido apontada por Carvalho, Bartholomeu e Silva (2010) ao destacarem que há somente um instrumento aprovado pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) na área de avaliação dos transtornos da personalidade, qual seja, o *Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R; Morana, 2003), que visa à avaliação do transtorno da personalidade antissocial.

Considerando a importância da problemática levantada e a escassez de debates na área dos transtornos da personalidade no Brasil, o presente trabalho tem como objetivo apresentar questões centrais de uma ampla discussão que vem ocorrendo internacionalmente acerca da classificação e diagnóstico dos transtornos da personalidade na futura versão do DSM (DSM 5). Especificamente, serão apresentadas as principais críticas realizadas ao modelo vigente; a perspectiva dimensional aplicada aos transtornos da personalidade; a proposta do *Personality*

and Personality Disorders (P&PD) Work Group para o DSM 5; críticas a proposta para o DSM 5; propostas alternativas para o DSM 5; e, perspectivas futuras para o manual.

Críticas ao Modelo Categórico

É vasta a literatura que apresenta críticas relacionadas ao modelo categórico aplicado aos transtornos da personalidade. Apesar disso, alguns apontamentos são mais frequentes (Brown & Barlow, 2005; Widiger & Trull, 2007; Zimmerman, 2011), e podem ser agrupados em excessivo diagnóstico de comorbidade, cobertura inadequada dos transtornos da personalidade, seleção arbitrária dos limites entre transtorno e não transtorno, heterogeneidade entre indivíduos que compartilham da mesma categoria diagnóstica, e base científica inadequada. Cada um desses pontos será apresentado nos próximos parágrafos.

O *excessivo diagnóstico de comorbidade* está relacionado à dificuldade em se estabelecer diagnóstico diferencial por meio da classificação e critérios propostos no DSM-IV-TR. Isto é, as 10 categorias parecem não representar adequadamente os agrupamentos de sintomas encontrados na prática clínica. Por isso, não raramente os profissionais diagnosticam um mesmo paciente com mais de um transtorno da personalidade, o que tem importantes implicações clínicas, por exemplo, dificuldades em se estabelecer intervenção adequada. Como apontam Widiger e Samuel (2005, p. 495), “o diagnóstico de comorbidade é a norma mais do que a exceção”.

Além disso, outro importante aspecto diz respeito à *cobertura inadequada dos transtornos da personalidade*. O reflexo mais evidente dessa inadequação é a existência de um diagnóstico de “não especificado” além das 10 categorias diagnósticas de transtornos da personalidade. Clínicos utilizam o diagnóstico de “não especificado” quando determinam que o paciente apresenta um funcionamento patológico particular da personalidade, mas os sintomas não são adequadamente representados por nenhuma categoria diagnóstica individualmente. Esse diagnóstico, a partir dos critérios do eixo II do DSM-IV-TR, é um dos

mais frequentemente utilizados na clínica nos casos de transtornos da personalidade (Brown & Barlow, 2005). Esse dado sugere que os clínicos não estão encontrando as categorias diagnósticas adequadas para cobrir a sintomatologia dos transtornos da personalidade.

No que se refere à *seleção arbitrária dos limites entre transtorno e não transtorno*, não existe justificativas empíricas bem estabelecidas para o número de critérios a serem atingidos em cada uma das categorias diagnósticas (Balsis, Lowmaster, Cooper & Benge, 2011). Por exemplo, é diagnosticado com transtorno da personalidade borderline a pessoa que apresentar 5 ou mais critérios desse transtorno de um total de 9. Contudo, não fica claro porque cinco critérios e não quatro ou seis, bem como não são apresentadas possíveis diferenças entre, por exemplo, um paciente que atinge dois critérios e um paciente que atinge quatro critérios. Nesse sentido, os limites estabelecidos são arbitrários e não justificados por pesquisas.

Ao lado disso, por meio das categorias diagnósticas que representam os transtornos da personalidade, é possível que pessoas que não compartilham nenhum critério de uma mesma categoria sejam diagnosticadas com um mesmo transtorno da personalidade, o que sugere uma excessiva *heterogeneidade entre indivíduos*. Por exemplo, o diagnóstico de transtorno da personalidade obsessivo-compulsivo é composto por 8 critérios dos quais uma pessoa deve apresentar ao menos quatro para receber esse diagnóstico. Por um lado, um sujeito (A) pode apresentar uma preocupação extensa com detalhes e regras chegando a perder o objetivo principal das tarefas que executa, perfeccionismo que interfere na execução das atividades, devotamento excessivo ao trabalho e produtividade, e excessiva conscienciosidade e inflexibilidade moral. Por outro, um sujeito (B) pode manifestar incapacidade para se desfazer de objetos que não lhe são úteis (e não têm valor sentimental), relutância em fazer tarefas em grupos, adotar uma postura na qual só utiliza o dinheiro quando de extrema necessidade, e rigidez e teimosia em grande parte do tempo. Como é possível observar,

ambos não compartilham de nenhum critério diagnóstico, mas poderiam receber diagnóstico de transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva.

Por último, no que concerne à *base científica inadequada*, de acordo com Widiger e Trull (2007), são escassos os estudos que buscam verificar a estrutura proposta para os transtornos da personalidade no eixo II do DSM-IV-TR. Ainda assim, muitas vezes o que se observa é uma contradição entre os dados que são encontrados no que respeita aos critérios estabelecidos com base no modelo categórico. Com base nas críticas apresentadas e outros argumentos esboçados na literatura, um modelo concorrente foi proposto, o modelo dimensional.

Modelo Dimensional para os Transtornos da Personalidade

Diferente dos modelos categóricos, nos quais se supõe diferenças qualitativas entre os indivíduos que compartilham características quando fazem parte de uma mesma categoria, entende-se em um modelo dimensional que todos indivíduos apresentam todas características em algum nível e, por isso, devem ser avaliados nelas (Millon & Davis, 1996). Assim, na perspectiva dimensional para os transtornos da personalidade não são propostas categorias agrupando pessoas que apresentam determinados sintomas, mas sim dimensões que representam conjuntos de características (ou sintomas) consideradas como básicas dos transtornos da personalidade, nas quais cada indivíduo é avaliado em todas e não somente em determinadas características (Primi, 2010).

Como apontam Spitzer, First, Shedler, Westen e Skodol (2008), não é raro que se considere os modelos dimensionais tendo base nas teorias de traços da personalidade e os modelos categóricos com base em teorias de transtornos. Contudo, ambos modelos são independentes de teorias, de modo que tanto traços quanto transtornos podem ser colocados em uma perspectiva dimensional. De fato, o que caracteriza uma proposta dimensional é o

entendimento de que as pessoas variam em termos de níveis ao longo de *continuums* em diferentes dimensões da personalidade (Schroder, Wormworth & Livesley, 1992).

Nesse sentido, cabe considerar que diversos autores consideram que o campo dos transtornos da personalidade vem migrando do modelo categórico para um modelo dimensional (Widiger, 2011), já que possibilitam ao profissional lidar com algumas das críticas levantadas em relação à proposta categórica (Widiger & Trull, 2007). Apesar disso, não há ainda consenso sobre qual proposta seria a mais adequada, sendo um dos temas mais debatidos a utilidade clínica dos modelos dimensionais (Spitzer & cols., 2008).

Entre as propostas dimensionais encontradas na literatura, pode-se considerar o modelo dos cinco grandes fatores (CGF) como um dos mais recorrentes e até mesmo considerado pelo P&PD *Work Group* como uma das principais bases para a futura edição do DSM (Skodol, Clark & cols., 2011), como será apresentado com mais detalhes no próximo tópico. O modelo CGF (Costa Jr & McCrae, 2010; Widiger, 2011) propõe que a personalidade saudável e patológica seja compreendida por meio de cinco dimensões amplas (neuroticismo, extroversão, conscienciosidade, agradabilidade e abertura) que podem ser subdivididas em 30 facetas mais específicas (por exemplo, vulnerabilidade e altruísmo) quando avaliadas pelo NEO-PI-R (Costa Jr. & McCrae, 2009). Contudo, ressaltando a falta de consenso acerca das dimensões básicas subjacentes aos transtornos da personalidade, outras possibilidades são evidenciadas. Por exemplo, Shedler e Westen (2004), a partir da fatoração do Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200), propuseram 12 dimensões (por exemplo, orientação esquizóide e obsessividade) a serem avaliadas para o diagnóstico dos transtornos da personalidade. Vale ressaltar que, de acordo com Skodol, Bender, Morey e cols. (2011), a atual proposta para o DSM 5 também baseia-se no SWAP.

Outros modelos poderiam ser levantados, como a proposta de quatro dimensões de Livesley (2007) ou a de 3 dimensões de Clark (1993), entretanto, não faz parte do escopo

deste trabalho a apresentação das diversas possibilidades dimensionais. Não obstante, é importante se ter claro que atualmente não há consenso na literatura científica acerca de quais são as dimensões componentes dos transtornos da personalidade e, mais que isso, se um modelo dimensional de fato seria o mais adequado para classificação, avaliação e diagnóstico dos transtornos da personalidade no DSM 5. Considerando a perspectiva dimensional, e também a categórica, no próximo tópico é apresentada a proposta mais atual do P&PD *Work Group* para os transtornos da personalidade na próxima edição do DSM.

Proposta do P&PD para o DSM 5

Este é um período de franca transição entre o sistema atual de avaliação e diagnóstico dos transtornos da personalidade para o futuro sistema. No presente momento, para o DSM 5 considera-se a definição apresentada por Skodol, Clark e cols. (2011), que leva em consideração que os transtornos da personalidade estão associados com distorções no pensamento acerca do *self* e dos outros. Por isso, sugere-se a definição que compreende esses transtornos como “desorganizações pervasivas na estrutura e funcionamento da personalidade que se manifestam como uma falha generalizada para desenvolver estruturas importantes da personalidade e capacidades necessárias para o funcionamento adaptativo.” (p. 17). Isto é, são transtornos que representam a incapacidade em desenvolver o senso de autoidentidade e capacidade para funcionamento interpessoal que são adaptativos no contexto das normas e expectativas culturais no qual o indivíduo está inserido.

Ao lado disso, e mais especificamente ao pano de fundo para classificação e diagnóstico dos transtornos da personalidade, há algum tempo uma série de publicações têm discutido possíveis mudanças para o DSM 5 (Widiger & Simonsen, 2005; Widiger, Simonsen, Krueger, Livesley & Verheul, 2005; Trull, 2005). Após um rigoroso levantamento de dados utilizando o raciocínio subjacente ao DSM-IV-TR, considerou-se como mais adequada uma proposta dimensional para o DSM 5 (Krueger & Eaton, 2010; Skodol, Bender

e cols., 2011; Skodol, Bender, Oldham e cols., 2011; Skodol, Bender, Morey e cols., 2011). Contudo, a questão inicial em relação a esse ponto foi, “qual modelo dimensional deve ser empregado na futura edição do DSM?”.

Dada essa questão, diferentes modelos foram propostos e revisões de dados empíricos com base nesses modelos foram realizadas (por exemplo, Millon & cols., 2010; Samuel & Widiger, 2008; Shedler & Westen, 2007). De acordo com o guia de mudanças para o DSM 5 (Kendler, Kupfer, Narrow, Phillips & Fawcett, 2009), a escolha do modelo deve ser baseada no amplo número de estudos demonstrando a força empírica desse modelo quando aplicado a manifestação patológica da personalidade. Então, já no final do ano de 2010, de acordo com Krueger e Eaton (2010), ficou proposto pelo P&PD *Work Group* o uso de um dos possíveis modelos, o modelo dos cinco grandes fatores, ainda que com algumas ressalvas.

Entretanto, em edição especial de 2011 dos periódicos *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* e *Journal of Personality Disorders*, a relação entre o modelo adotado para o DSM 5 e o modelo dos cinco grandes fatores não fica tão clara. De fato, nas especificações apresentadas por Skodol, Clark e cols. (2011) e Skodol, Bender, Morey e cols. (2011), são poucas as referências diretas sugerindo que o DSM 5 utilizará substancialmente o modelo dos cinco grandes fatores. Mais que isso, Widiger (2011) em seu artigo *A Shaky Future for Personality Disorders*, que já condensa no título o que é apresentado no corpo do texto, deixa clara as distinções entre a proposta para o DSM 5 e o modelo dos cinco grandes fatores, além de apresentar críticas significativas à proposta adotada pelo P&PD *Work Group*. Em tópico apresentado mais adiante as críticas serão mais detalhadamente explanadas.

Incorporando as adaptações realizadas até o presente momento, o que está proposto para classificação e diagnóstico dos transtornos da personalidade para o DSM 5 é um procedimento baseado em quatro etapas (Skodol, Clark & cols., 2011; Skodol, Bender, Oldham & cols., 2011; Skodol, Bender, Morey & cols., 2011). A primeira refere-se a cinco

níveis distintos de severidade de funcionamento da personalidade baseado em graus de prejuízo em relação ao *self* e a capacidades interpessoais. A severidade varia entre os tipos de transtornos da personalidade e dentro deles, de modo que nessa etapa avalia-se qual o nível da pessoa em relação a dificuldades em pensar sobre si e sobre os outros.

Na segunda etapa, a pessoa é avaliada em relação a cinco tipos específicos de transtornos da personalidade (antissocial, evitativo, borderline, obsessivo-compulsivo e esquizotípico), desenvolvidos com base no DSM-IV-TR e nos trabalhos envolvendo o SWAP (por exemplo, Westen & Shedler, 1999). Cada tipo é caracterizado por dificuldades e prejuízos centrais e também está associado a um conjunto de traços específicos.

Na etapa 3, avalia-se a pessoa de acordo com seis amplos domínios de traços, compostos por (entre 4 e 10) conjuntos mais específicos de traços, chamados de (37) facetas. São os domínios de traços: emocionalidade negativa, Isolamento, antagonismo, desinibição, compulsividade e esquizotipia. Por último, na quarta etapa a pessoa deve ser avaliada em um critério geral para transtornos da personalidade, baseado em dificuldades severas ou extremas das capacidades centrais do funcionamento da personalidade e níveis extremos de traços patológicos da personalidade. Basicamente, os critérios gerais para avaliação dos transtornos da personalidade dizem respeito ao não desenvolvimento de um senso coerente de *self*/identidade, e disfunção crônica em relações interpessoais.

Como inicialmente observado nas etapas descritas, serão avaliados tanto traços de personalidade, distribuídos em domínios amplos e facetas mais restritivas, quanto tipos de transtornos da personalidade. De acordo com o site da *American Psychiatry Association* (acessado em abril de 2011), essa proposta configura-se como um modelo híbrido dimensional-categórico para o DSM 5. Cabe ressaltar que a proposta híbrida, que mantém algumas das categorias do DSM-IV-TR e exclui outras (50%), está sendo motivo de diversas críticas na literatura (Pilkonis, Hallquist, Morse, Stepp & cols., 2011; Widiger, 2011;

Zimmerman, 2011). De acordo com os idealizadores da proposta híbrida (Skodol, Clark & cols., 2011; Skodol, Bender, Morey & cols., 2011), existem dados que suportam a manutenção dos cinco tipos (antissocial, evitativo, borderline, obsessivo-compulsivo, e esquizotípico), mas não para as outras categorias (paranoide, esquizoide, histriônico, narcisista, dependente e as duas do apêndice do DSM-IV-TR, depressivo e negativista), apesar de existirem evidências contrárias a esses dados (por exemplo, Pincus, 2011).

Basicamente, de acordo com Skodol, Bender, Morey e cols. (2011), o que justifica manter os cinco transtornos na proposta híbrida são as evidências de validade demonstradas em diversos estudos e a importância clínica desses diagnósticos na prática profissional em saúde mental. De maneira mais específica, em relação ao transtorno esquizotípico, aponta-se também para a validade discriminante desse funcionamento em relação, por exemplo, a esquizofrenia. Já em relação ao transtorno dependente, ressalta-se a comorbidade desse funcionamento com transtornos de ansiedade e psicoses, mas ainda assim a opção por manter esse diagnóstico.

Em relação às categorias de transtornos excluídas pela proposta híbrida, no geral aponta-se para a heterogeneidade dos sintomas, isto é, os sintomas variam mais do que o esperado para uma categoria que contempla um mesmo diagnóstico (por exemplo, o transtorno da personalidade narcisista). Além disso, também foi ressaltada a sobreposição sintomática entre determinadas categorias (por exemplo, esquizoide, histriônico e paranoide). Especificamente em relação à categoria equivalente ao transtorno da personalidade dependente, a principal justificativa para sua exclusão foi sua representatividade, isto é, trata-se de um conjunto de características relativas a uma mesma dimensão da personalidade mais do que um conjunto de características distintas formando um funcionamento complexo.

Críticas a Proposta para o DSM 5

É provável que questões políticas estejam implicadas na escolha (ou não escolha) do modelo subjacente ao DSM, questões que dificilmente as pessoas não envolvidas com as forças tarefa da obra terão conhecimento. A influência mais política que científica fica clara quando diferentes autores publicam informações parciais que corroboram suas ideias (“*self-serving citations*”; Widiger, 2011 p.64), mas evitam informar evidências que vão contra as mesmas. De qualquer modo, o presente momento configura-se pela busca de consenso entre os profissionais, psicólogos e psiquiatras, mais intimamente relacionados à área de transtornos da personalidade da futura edição do manual.

Além disso, a adoção de qualquer modelo específico é questionável, já que ao mesmo tempo em que existem evidências favoráveis para determinados modelos dimensionais (por exemplo, Ortigo, Bradley & Westen, 2010; Widiger, 2011), também existem evidências questionando a aplicação desses modelos ou mesmo o abandono do modelo categórico (Rottman, Ahn, Sanislow & Kim, 2009; Shedler & cols., 2010; Spitzer & cols., 2008; Zimmerman, 2011). As incongruências levantadas por diferentes autores sugerem que o proposto por Kendler e cols. (2009), em relação à forte base empírica para futura edição do DSM, está sendo seguida, quando muito, de maneira insuficiente.

Especificamente em relação à proposta híbrida (Skodol, Clark & cols., 2011; Skodol, Bender, Oldham & cols., 2011), diversas críticas desde seu lançamento no site (www.dsm5.org) foram manifestadas, tanto por meio de periódicos (Shedler & cols., 2010) quanto nos comentários postados no próprio site (Pilkonis & cols., 2011). As críticas levantadas se referem a proposta de maneira ampla, bem como as etapas que a integram. Para fins didáticos, elas são apresentadas aqui em três amplas categorias, que tentam condensar a maior parte do que vem sendo discutido na literatura.

A primeira delas diz respeito à revisão da literatura realizada para elaboração da proposta híbrida. De acordo com Widiger (2011), a revisão embasando a proposta foi parcial

e não aprofundada, apresentado somente dados que justificavam o modelo híbrido para o DSM 5. Além disso, ainda Widiger e também Zimmerman (2011), afirmam que não há evidências suficientes na literatura demonstrando a aplicabilidade da proposta do P&PD *Work Group*, isto é, faltam evidências de validade e também não se conhece os índices de fidedignidade (ou a quantidade de erro) relacionados à proposta. Nesse mesmo sentido, considerando que a proposta híbrida é parte categórica e parte dimensional (e não integrativa), Pilkonis e cols. (2011) argumentam que não há evidências suficientes para se afirmar qual dos dois modelos funcionam de maneira mais adequada, mas que um modelo integrativo parece ser o mais indicado.

Ao lado disso, muitas controvérsias emergiram quanto aos tipos de transtornos da personalidade mantidos na proposta híbrida e os excluídos. Nas palavras de Zimmerman (2011 p.9), “as razões pela escolha dos cinco transtornos e eliminar o transtorno da personalidade esquizoide, paranoide, dependente, histriônico, e narcisista não foi bem articulada na proposta para o DSM 5”. De acordo com diversos autores (Shedler & cols., 2010; Widiger, 2011; Zimmerman, 2011), não fica claro porque os 5 mantidos não foram excluídos e porque os 5 excluídos não foram mantidos. Isto é, não há evidências que justifiquem as decisões que culminaram na manutenção e retirada de determinados transtornos da personalidade. Alguns autores, ainda, tratam de alguns transtornos de maneira mais específica, por exemplo, Miller, Widiger e Campbell (2010) defendem a manutenção do transtorno da personalidade narcisista e sugerem diretrizes para a futura edição do DSM 5 em relação a esse transtorno.

Em relação ao terceiro passo descrito na proposta híbrida, qual seja, avaliação de acordo com seis amplos domínios distribuídos em 37 facetas, uma das principais questões levantadas na literatura refere-se à abrangência das características consideradas nessa avaliação. Pilkonis e cols. (2011) questionam se, de fato, um modelo composto por 6

domínios e 37 facetas é capaz de abarcar os 64 critérios (ou 79, incluindo transtorno de conduta) encontrados no DSM-IV-TR (APA, 2003).

Em suma, parece consensual entre diversos autores que não há evidências suficientes apresentadas pelo P&PD *Work Group* justificando as escolhas que cercam a proposta híbrida para classificação, avaliação e diagnóstico dos transtornos da personalidade na próxima edição do DSM. Widiger (2011) afirma que o modelo é muito complexo, muitas vezes redundante, e possivelmente os clínicos irão utilizar somente parte dele, o que é corroborado por Pilkonis e cols. (2011). Nesse sentido, esses autores e outros (por exemplo, Shedler & cols., 2010) propõem que mais adequado que um modelo híbrido para os transtornos da personalidade no DSM 5, seria um modelo integrado, chamado de prototípico.

Propostas Alternativas para o DSM 5: Modelo Prototípico

Considerando que os transtornos da personalidade na atual edição do DSM (APA, 2003) são compreendidos fundamentalmente em uma perspectiva categórica (Widiger & Trull, 2007), e há um movimento importante para uma perspectiva dimensional (Widiger, 2011), configura-se como proposta alternativa o modelo prototípico. Esse modelo tem sido ressaltado de maneira crescente na literatura da última década, sendo um protótipo entendido como modelos baseados em características que são comuns em integrantes de um grupo, isto é, são usuais mas não pré-requisitos necessários (Ortigo & cols., 2010).

A proposta mais evidente na literatura com suporte na proposta prototípica é o modelo de Shedler e Westen (SWAP), cuja natureza é categórica, já que parte de descrições que tentam agrupar pessoas de acordo com suas características, mas considera a possibilidade de distinções entre as descrições propostas *a priori*. Além disso, há uma proposta como base no modelo CGF, o qual tem base no raciocínio dimensional, que também utiliza aspectos da proposta prototípica, ainda que não de maneira tão evidente.

A proposta do uso do CGF para classificação e diagnóstico dos transtornos da personalidade utilizando componentes da perspectiva prototípica, de acordo com Widiger e Lowe (2008), baseia-se na ideia de integração entre a nomenclatura atual do eixo II do DSM-IV-TR (categórica) e as dimensões e facetas do CGF (dimensional). Trata-se de um procedimento proposto por Widiger, Costa e McCrae (2002) dividido em 4 etapas, sendo elas, avaliação das dimensões e facetas, identificação de dificuldades/prejuízos, nível de significância clínica, e relação entre o perfil da pessoa e perfis prototípicos dos transtornos da personalidade.

Na primeira etapa, a pessoa é avaliada nas cinco dimensões do CGF e as respectivas 30 facetas. Para tanto, podem ser utilizadas diferentes ferramentas, como o NEO-PI-R (Costa Jr. & McCrae, 2009) ou o Five Factor Model Rating Form (FFMRF; Mullins-Sweatt, Jamerson, Samuel, Olson & Widiger, 2006). A partir dessa avaliação, ficam estabelecidos os níveis da pessoa nos traços da personalidade. Com base nesses dados, na segunda etapa, identifica-se quais são as principais áreas de prejuízo e dificuldades na vida da pessoa (Widiger e cols. (2002) apresentam dados acerca da relação entre os níveis nos traços e as áreas de prejuízo).

Na terceira etapa deve-se estabelecer quais das dificuldades e prejuízos encontrados na etapa anterior têm ou não significância clínica. Para tanto, dois critérios devem ser atingidos, quais sejam, os níveis da pessoa nos traços da personalidade devem alcançar um ponto de corte mínimo e as dificuldades devem ser consideradas como graves. Por último, na etapa quatro, investiga-se a relação entre o perfil encontrado para a pessoa com os perfis diagnósticos dos transtornos da personalidade. De acordo com os autores, novos protótipos podem ser estabelecidos nessa etapa do procedimento, além dos já conhecidos e apresentados na edição atual do DSM.

Ao lado disso, Westen, Shedler e colegas propuseram um sistema prototípico baseado em descrições narrativas dos transtornos da personalidade, integrando as abordagens categórica e dimensional (Shedler & Westen, 2004a; 2004b, 2007; 2010). Nessa proposta, o profissional deve examinar o quão cada protótipo diagnóstico está relacionado com o funcionamento da pessoa. Para tanto, é atribuído um número de 1 a 5 que corresponde ao nível de correspondência entre a pessoa e o protótipo (transtorno da personalidade). Cinco deve ser atribuído para os casos prototípicos, isto é, pessoas que apresentam funcionamento muito similar ao protótipo; quatro para casos onde a pessoa é diagnosticada, mas a relação é menor com os casos prototípicos; três está relacionada a características significativas, mas não configurando diagnóstico; dois diz respeito a características periféricas; e 1 significa a ausência de relação.

Para realizar esse procedimento, os autores propuseram seis protótipos derivados de uma ampla amostra nacional (Westen & Shedler, 1999), sendo eles, antissocial, esquizoide, paranoide, histriônico, obsessivo e narcisista, bem como o protótipo disfórico que subdivide-se em cinco protótipos (evitativo, depressivo, borderline, dependente e hostil-oposicionista/passivo-agressivo). Portanto, é com base nesses 12 protótipos que o clínico deve realizar a avaliação dos pacientes.

Para encontrar os 12 protótipos, os autores da proposta utilizaram o *Shedler-Westen Assessment Procedure* (SWAP-200), desenvolvido por Westen e Shedler (1999). O SWAP-200 é derivado das características/sintomas descritas no DSM-IV-TR (APA, 2003) e de coletas utilizando diversos domínios da personalidade de acordo com especialistas (não leigos) em saúde mental. Trata-se de uma medida de heterorrelato, que deve ser respondida por profissionais (psicólogos ou psiquiatras). Como base para o SWAP-200 está o método Q-sort, retratando (200) afirmativas que descrevem diferentes aspectos da personalidade e do funcionamento psicológico. Cada afirmativa pode descrever muito bem o paciente,

moderadamente bem, ou nada bem, de modo que cada uma delas é disponibilizada em diferentes cartões. O profissional, com conhecimento acerca da pessoa que está sendo avaliada, organiza (“sorteia”) os cartões em categorias (0-7, no SWAP-200) de acordo com o nível de relação que as descrições têm com a pessoa (do menos relacionado até o mais relacionado).

Portanto, pode-se observar que tanto na proposta com base no CGF quanto na proposta com base no SWAP-200 verifica-se a relação entre a pessoa que está sendo avaliada e descrições de características e/ou funcionamentos da personalidade. Nesse sentido, a pessoa é avaliada em dimensões da personalidade (perspectiva dimensional), que são dispostas de modo a configurar um perfil dessa pessoa (perspectiva categórica). Esse perfil é, então, relacionado com perfis encontrados empiricamente. Apesar disso, vale ressaltar que o CGF apresenta seu foco (e natureza) no modelo dimensional, enquanto a proposta de Westen e Shedler é fundamentalmente de natureza categórica.

Ainda, vale ressaltar que o raciocínio implícito aos modelos prototípicos tem sido ressaltado de maneira crescente na literatura na área dos transtornos da personalidade. Por exemplo, o estudo realizado por Spitzer e cols. (2008), que buscou comparar a aplicação clínica para diferentes modelos diagnósticos (categórico baseado no DSM-IV-TR, prototípico baseado no DSM-IV-TR, prototípico baseado no SWAP-200, dimensional baseado no modelo dos cinco grandes fatores, e dimensional baseado na proposta de Cloninger), apresenta resultados que indicam maior adequação para os modelos prototípicos do DSM-IV-TR e com base no SWAP-200, respectivamente, em relação aos outros testados. Esses dados não somente colocam em dúvida a pertinência das mudanças propostas para a futura edição do DSM 5 (modelo híbrido, isto é, categórico e dimensional de maneira não integrativa), mas também evidenciam a importância de se considerar a adoção de um modelo prototípico para avaliação dos transtornos da personalidade.

Nesse mesmo sentido, Westen, DeFife, Bradley e Hilsenroth (2010), recomendando o uso de um modelo prototípico para o DSM 5, apontam vantagens desses modelos. De modo geral, essas vantagens estão baseadas no principal pressuposto desse modelo, qual seja, abarcar características categóricas (agrupamento de pessoas) e dimensionais (nenhuma característica é absolutamente necessária). Os autores fazem um paralelo com a medicina, por exemplo, a pressão sanguínea, que é medida em um *continuum* dimensional, mas também categorizada como baixa, moderada e alta. Apesar dos dados favoráveis, como ressaltam Ortigo e cols. (2010), a área de diagnóstico prototípico para transtornos da personalidade ainda é carente de estudos demonstrando qual o método mais adequado para acessar esses transtornos dentro dessa perspectiva.

O Futuro (Incerto) do DSM 5

Analisando as publicações acerca do DSM 5 neste início de século XXI, fica difícil afirmar qual será, de fato, o modelo a dar base para o manual. Como apresentado, os membros do P&PD *Work Group* sugerem o uso de um modelo dimensional-categórico, híbrido, composto por 4 etapas. Esse modelo seria proposto por dados empíricos, e nomeadamente baseado em características do CGF e SWAP. Em contrapartida, Widiger (2011) aponta uma série de falhas no modelo híbrido e ele próprio propõe uma alternativa baseada no modelo dos cinco grandes fatores (Samuel & Widiger, 2008; Widiger & Lowe, 2008).

Partindo de um modelo próprio e de críticas ao CGF (Shedler & Westen, 2004a; 2004b), Westen e colegas propõem o uso de um modelo prototípico embasado no SWAP-200. Além disso, também o uso de formas alternativas de testes começa a ser proposto de maneira mais substancial para os transtornos da personalidade. Exemplo disso é a sugestão de Pilkonis e cols. (2011), relativa ao uso da testagem adaptativa nessa área de classificação,

avaliação e diagnóstico. Assim, é provável que até o lançamento do manual, em 2013, muitas modificações sejam incorporadas.

Apesar das críticas que estão sendo realizadas ao modelo atual proposto para o DSM 5, deve-se considerar todo o trabalho que vem sendo realizado pelos pesquisadores e clínicos envolvidos com a área de transtornos da personalidade no manual, bem como o uso de delineamentos e procedimentos estatísticos atuais para auxílio a questões de método, sendo exemplo disso o uso da Teoria de Resposta ao Item para identificação de grupos de traços (Skodol, Bender, Oldham & cols., 2011). Além disso, como apontado por Krueger e Eaton (2011), é pouco provável que se alcance um modelo finalizado para o DSM 5, e por isso já se discute também expectativas para o DSM 6.

Por fim, considerando a amplitude relacionada ao escopo deste trabalho, apresentar questões acerca da ampla discussão que vem ocorrendo internacionalmente no campo da classificação e diagnóstico dos transtornos da personalidade no DSM 5, os distintos pontos foram apresentados de maneira global, não aprofundando em especificidades. Recomenda-se, então, a leitura de outras publicações na área para um maior esclarecimento dos detalhes que circundam essa área do conhecimento. Além disso, espera-se que este trabalho contribua como um dos pontos de partida para debates acerca dos transtornos da personalidade, campo tão pouco refletido na literatura científica nacional.

Referências

- American Psychological Association. (2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- 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.

- 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., Bartholomeu, D., Silva, M. C. R. (2010). Instrumentos para Avaliação dos Transtornos da Personalidade no Brasil. *Avaliação Psicológica*, 289-98.
- Clark, L. A. (1993). *Manual for the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP)*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Costa Jr., P.T., & McCrae, R. R. (2010). Bridging the gap with the Five-Factor Model. *Personality Disorders: theory, research and treatment*, 1 (2), 127-30.
- Costa Jr., P.T., & McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa Jr., P. T., & McCrae, R. R. (2009). *NEO-PI-R - Inventário de Personalidade NEO Revisado - Manual*. São Paulo: Vetor.
- Kendler, K. S., Kupfer, D., Narrow, W., Phillips, K., & Fawcett, J. (2009). *Guidelines for making changes to DSM-V*. Acessado de http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMV/DSMRevisionActivities/Guidelines-for-Making-Changes-to-DSM_1.aspx .
- Krueger, R. F., & Eaton, N. R. (2010). Personality traits and the classification of mental disorders: Toward a complete integration in DSM-V and an empirical model of psychopathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1, 97–118.
- Livesley, W. J. (2007). A framework for integrating dimensional and categorical classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 21, 199–224.
- Miller, J. D., Widiger, T. A., & Campbell, W. K. (2010). Narcissistic personality disorder and the DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 640–649.

- Millon, T. (1999). Reflections on psychosynergy: a model for integrating science, theory, classification, assessment, and therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 437-456.
- Millon, T. & Davis, R. D. (1996). *Disorders of Personality DSM-IV and Beyond*. New Jersey: Wiley.
- Millon, T., Grossman, S., & Tringone, R. (2010). The Millon Personality Spectrometer: a tool for personality spectrum analyses, diagnoses, and treatments. Em: Millon, T., Krueger, R. F., & Simonsen. (Orgs.), *Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*, The Guilford Press, New York.
- Millon, T. Millon, C. M., Meagher, S. Grossman, S. & Ramanath, R. (2004). *Personality Disorders in Modern Life*. New Jersey: Wiley.
- Morana, H. C. P. (2003). Identificação do ponto de corte para a escala PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) em população forense brasileira: caracterização de dois subtipos da personalidade; transtorno global e parcial. *Tese de doutorado não publicada*, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Mullins-Sweatt, S. N., Jamerson, J. E., Samuel, D. B., Olson, D. R., & Widiger, T. A. (2006). Psychometric properties of an abbreviated instrument of the five-factor model. *Assessment*, 13, 119–137.
- Ortigo, K. M., Bradley, B., & Westen, D. (2010). An empirically based prototype diagnostic systems for DSM-V and ICD-11. In T. Millon, R. F. Krueger, & E. Simonsen (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11* (pp. 374–390). New York: Guilford Press.
- 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, especial, 25-35.

Rottman, B. M., Ahn, W. K., Sanislow, C. A., & Kim, N. S. (2009). Can clinicians recognize DSM-IV personality disorders from five-factor model descriptions of patient cases? *American Journal of Psychiatry*, 166, 427–433.

Samuel, D. B. & Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: a facet level analysis. *Clinical psychology review*, 28(8):1326-42.

Schroeder, M. L., Wormworth, J. A., & Livesley, W. J. (1992). Dimensions of personality disorder and their relationships to the Big Five dimensions of personality, *Psychological Assessment*, 4, (1), 47-53.

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. (2004a). Dimensions of personality pathology: An alternative to the five factor model. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1743–1754.

Shedler, J., & Westen, D. (2004b). Refining DSM–IV personality disorder diagnosis: Integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1350–1365.

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. (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: A Clinical Handbook*. Washington, DC: American Psychiatric Press. Shedler, J., Beck, A., Fonagy, P., Gabbard, G.

O., Gunderson, J., Kernberg, O., . . . Westen, D. (2010). Personality disorders in DSM–5. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 1026–1028.

Skodol, A. E., Bender, D. S., Oldham, J. M., Clark, L. A., Morey, L. C., Verheul, R., . . . Siever, L. J. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM–5, Part II: Clinical application. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2, 23–40.

Skodol A.E., Bender D. S., Morey L. C., Clark L. A., Oldham J. M., Alarcon R. D., Krueger R. F., Verheul R., Bell C. C., Siever L.J. (2011). Personality Disorder Types Proposed for DSM 5. *Journal of Personality Disorders*, 25(2):136-169.

Skodol, A. E., Clark, L. A., Bender, D. S., Krueger, R. F., Livesley, W. J., Morey, L. C., . . . Oldham, J. M. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM–5, Part I: Description and rationale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2, 4–22.

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. (2005). Dimensional models of personality disorder: Coverage and cutoffs. *Journal of Personality Disorders*, 19, 262–282.

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., DeFife, J.A., Bradley, B., & Hilsenroth, M.J. (2010). Prototype personality diagnosis in clinical practice: A viable alternative for DSM 5 and ICD-11. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 482-487.

- Widiger T. A. (2011). A shaky future for personality disorders. *Personality disorders: theory, research, and treatment*, 2(1), 54-67.
- 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. & Lowe, J. R. (2008). A dimensional model of personality disorder: proposal for DSM-V. *The Psychiatric clinics of North America*, 31(3):363-78.
- Widiger, T. A., Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2002). A proposal for Axis II: Diagnosing personality disorders using the five factor model. In P. T. Costa & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five factor model of personality* (2nd ed., pp. 431–456). Washington, DC: American Psychological Association.
- 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):110-30.
- Widiger, T. A., Simonsen, E., Krueger, R., Livesley, J., & Verheul, R. (2005). Personality disorder research agenda for the DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, 19, 317–340.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Place Tectonics in the Classification of Personality Disorder: shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62, 2, 71-83.
- Widiger, T. A., Trull, T. J., Clarkin, J. F., Sanderson, C., & Costa, P. T. (2002). A description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. In P. T. Costa & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the Five-Factor Model of Personality* (2nd ed., pp. 89-102). 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.

Título Completo em português: Desenvolvimento e Investigação da Estrutura Interna do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP)

Título Abreviado: Desenvolvimento do IDCP

Título Completo em inglês: Development and Internal Structure Investigation of Inventário Dimensional Clínico da Personalidade

Título Abreviado (inglês): Development of IDCP

Lucas de Francisco Carvalho (Universidade São Francisco; Universidade Presbiteriana Mackenzie); Ricardo Primi (Universidade São Francisco)

Resumo

A maior parte das pessoas manifesta características saudáveis da personalidade, contudo, algumas pessoas apresentam um funcionamento patológico que pode se configurar como transtornos da personalidade. Esses transtornos podem ser avaliados por meio de diferentes teorias e sistemas diagnósticos. O presente estudo teve como objetivo desenvolver um instrumento de caráter dimensional para avaliação dos transtornos da personalidade baseado na perspectiva teórica de Millon e nos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR, bem como buscar por evidências de validade com base na estrutura interna e índices de fidedignidade das escalas encontradas. Para tanto, foi desenvolvido e aplicado um teste de autorrelato composto por 215 itens, o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP), em 1281 pessoas com idade variando entre 18 e 90 anos ($M=26,64$; $DP=8,94$), sendo 61,8% do sexo feminino. Basicamente, procedeu-se a análises fatoriais exploratórias e verificação dos coeficientes de fidedignidade por meio do alfa de Cronbach. Foram encontradas 12 dimensões interpretáveis com índices de fidedignidade superiores a 0,70 para quase todos os casos. No geral, os dados encontrados favorecem as evidências de validade com base na estrutura interna do instrumento de acordo com a teoria de Millon e o DSM-IV-TR.

Palavras-chave: construção de instrumentos; transtornos psiquiátricos; propriedades psicométricas.

Abstract

Most people manifest healthy characteristics of personality, however, some people have a pathological functioning that can be configured as personality disorders. These disorders can be assessed using different theories and diagnostic systems. This study aimed to develop a dimensional instrument to assess personality disorders based on Millon's theoretical perspective and DSM-IV-TR diagnoses criteria, as well as seek validity evidence based on internal structure and reliability indices of the found scales. To that end, we developed and applied a self-report test composed of 215 items, the Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) in 1281 respondents aged between 18 and 90 years ($M = 26,64$; $SD = 8,94$), 61.8% being female. Basically, we proceeded to exploratory factor analysis and verification of reliability coefficients using Cronbach's alpha. We found 12 interpretable dimensions with reliability indices above 0.70 for almost all cases. Overall, our data favor the validity evidence based on internal structure of the instrument according to the theory of Millon and DSM-IV-TR.

Keywords: tests development; psychiatric disorders; psychometric properties.

As características da personalidade podem se manifestar de maneira mais saudável ou mais patológica, sendo estabelecido um *continuum* entre esses polos (Widiger & Trull, 2007). O funcionamento mais patológico da personalidade pode ser caracterizado por meio de três atributos mais globais, sejam eles, inflexibilidade adaptativa, círculo vicioso e estabilidade tênue (Millon, Millon, Meagher, Grossman & Ramanath, 2004).

A inflexibilidade adaptativa se refere a um número pequeno e pouco eficaz de estratégias empregadas para atingir objetivos, se relacionar com outros, ou lidar com o *stress*; o círculo vicioso diz respeito às percepções, necessidades, e comportamentos que perpetuam e intensificam as dificuldades pré-existentes no indivíduo; e a estabilidade tênue está relacionada com uma baixa resiliência do indivíduo frente a condições psicoestressoras. Pessoas que tendem a manifestar essas características em níveis altos podem apresentar um diagnóstico de transtornos da personalidade.

De maneira geral, as reações exibidas por pessoas diagnosticadas com transtornos da personalidade são inflexíveis, implicando conflitos na capacidade de lidar com o ambiente, assim como prejuízos importantes em suas vidas. Os transtornos da personalidade podem ser compreendidos como representações de diversos estilos ou padrões em que a personalidade funciona de maneira mal-adaptada em relação ao seu ambiente, trazendo prejuízos importantes na vida do indivíduo (Millon, 1999; Millon & Davis, 1996; Millon, Grossman, & Tringone, 2010). Essa definição está de acordo com a proposta de Skodol e cols. (2011) para a futura edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), o DSM 5, na qual também ressalta-se a deficiência para apresentar um funcionamento adaptativo. Neste estudo, será utilizada como base a definição de Millon para os transtornos da personalidade.

São encontrados diversos modelos e teorias na literatura científica para avaliação e diagnósticos dos transtornos da personalidade. Entre essas propostas, a teoria de Theodore

Millon (Millon & Davis, 1996; Strack & Millon, 2007) pode ser considerada como um modelo integrativo e evolutivo, englobando perspectivas da aprendizagem individual (ontogenéticas), cultural, e da espécie humana (filogenética). Além disso, para compreensão dos transtornos da personalidade são considerados atributos do diagnóstico categórico e do diagnóstico dimensional, do qual deriva-se a perspectiva prototípica e sindrômica desses transtornos (Millon & cols., 2004).

A proposta de protótipos de Millon (Millon & Grossman, 2007a; 2007b; Millon & cols., 2010) busca integrar os modelos categórico e dimensional para as características da personalidade, considerando que determinadas características tendem a covariar mais que outras e por isso podem ser agrupadas (perspectiva categórica), mas não há uma característica absoluta que defina um grupo de categorias e, portanto, todas as características devem ser avaliadas (perspectiva dimensional). Cabe ressaltar que, apesar do caráter prototípico da teoria de Millon, o sistema de avaliação e diagnóstico proposto pelo autor aproxima-se de uma versão contínua do modelo categórico, o que pode ser observado, por exemplo, no instrumento para avaliação dos transtornos da personalidade desenvolvido por Millon, Millon e Davis (1994), que apresenta os resultados em uma escala contínua (escores T), bem como nas categorias (dependente, paranoide, entre outras) propostas pelo DSM-IV-TR (APA, 2003).

Partindo das bases ontogenética, cultural e filogenética, Millon (Millon & Grossman, 2007a; 2007b) propõe quinze funcionamentos (ou estilos) patológicos da personalidade (vide Figura 1). Para tanto, são utilizadas três esferas que são baseadas nos princípios evolutivos, as fases evolutivas, cada uma representada por uma bipolaridade. São as fases, Orientações para Existência, Modos de Adaptação e Estratégias para Replicação (Davis, 1999; Millon & Davis, 1996; Millon & cols., 2010; Millon & cols., 2004; Strack & Millon, 2007).

A primeira fase, Orientações para Existência, está relacionada à tendência da pessoa a expressar mecanismos que favoreçam a melhoria da qualidade de vida, ou busca pelo prazer, e a preservação da qualidade de vida, ou evitação da dor. A melhoria da qualidade de vida diz respeito a indivíduos cujo foco é na busca por experiências prazerosas e ganhos, enquanto a preservação da qualidade de vida trata de indivíduos cujo foco é na evitação de ações ou situações que sejam perigosas e tragam danos. A bipolaridade (prazer-dor) que representa esta fase é, de um lado, a busca pelo prazer (aumento da qualidade de vida), e de outro, a evitação da dor (preservação da qualidade de vida).

Uma vez que o indivíduo esteja orientado, ele precisa manter sua existência por meio de uma complexa relação com o ambiente. A segunda fase evolutiva Modos de Adaptação, está relacionada aos modos de se adaptar que tornam as trocas entre indivíduo e ambiente possíveis. Algumas pessoas tendem a modificar o ambiente ao redor, caracterizando uma tendência mais ativa, e outros são mais propensos a acomodar-se ao ambiente em que vivem, o que está mais relacionado a uma tendência passiva. Assim, a bipolaridade (ativo-passivo) representante desta fase se refere, em um polo, à tendência a modificar o meio em que vive (ativo) e, em outro polo, à tendência à adaptação ao meio em que está inserido (passivo).

Após a adaptação ao ambiente em que vive, a terceira fase evolutiva (Estratégias de Replicação) trata da continuidade do indivíduo, que é limitada pelo tempo. Por isso, as pessoas desenvolvem estratégias para lidar com essa limitação. Esta fase evolutiva diz respeito às estratégias desenvolvidas pelas pessoas para ultrapassar a limitação da própria existência. Essas estratégias podem ser de autopropagação, isto é, ações que maximizem a autorreprodução, sendo mais voltadas para o eu; ou, estratégias voltadas para o cuidado com o outro, representadas por ações de proteção e de sustento à prole. A partir disso, a bipolaridade (eu-outro) que diz respeito a esta fase aponta, em um extremo, à perpetuação de si próprio (eu) e, em outro extremo, o foco no cuidado e proteção dos filhos (outro). Na

Figura 1 estão apresentadas as composições dos estilos patológicos da personalidade de acordo com as fases evolutivas (Millon & Davis, 1996; Millon & cols., 2004; Millon & Grossman, 2007a; 2007b).

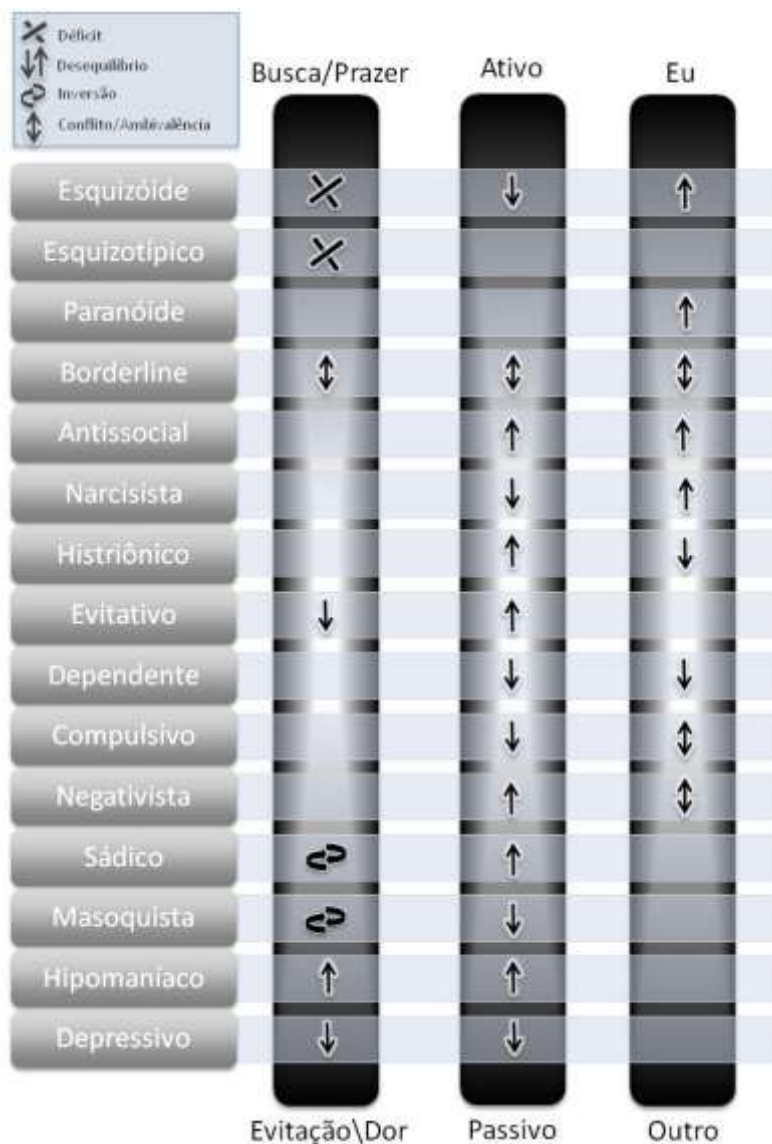


Figura 1. Estilos derivados da teoria de Millon

Nota. Não existe atualmente literatura com base na teoria de Millon aprofundando acerca do estilo hipomaniaco, por isso esse estilo patológico da personalidade não será considerado neste estudo.

Como pode ser observado, os diferentes estilos da personalidade apresentam tendências para um ou outro polo (desequilíbrios nas bipolaridades). Além disso, podem se caracterizar por dificuldades em experienciar ou lidar com os polos de uma determinada fase evolutiva (déficits nas bipolaridades). Também podem apresentar uma inversão ou conflito nas bipolaridades. A inversão respeita a uma troca nas polaridades de uma determinada fase

evolutiva. E o conflito (ou ambivalência) na bipolaridade diz respeito a uma ambivalência entre os polos da fase evolutiva.

Complementando a proposta dos 15 estilos derivados de sua teoria, Millon (Millon & Davis, 1996) propõe que cada funcionamento da personalidade seja minuciosamente compreendido por meio de domínios da personalidade. Esses domínios são categorizados entre estruturais e funcionais. Os domínios estruturais (anatômicos) estão mais relacionados aos aspectos essencialmente permanentes da personalidade que dão suporte para os domínios funcionais (fisiológicos) da personalidade. A partir disso, Millon e cols. (2004) fazem um paralelo entre os domínios estruturais e funcionais com os atributos de um computador, *hardware* e *software*, respectivamente. Os oito domínios são distribuídos entre estruturais (representação objetal, autoimagem, organização morfológica, e humor/temperamento) e funcionais (comportamento expressivo, conduta interpessoal, estilo cognitivo, mecanismo regulatório), além disso, há uma divisão por níveis (comportamental, fenomenológico, intrapsíquico e biológico).

Os domínios estruturais são compreendidos como substratos e ações disposicionais de natureza semipermanente. A autoimagem diz respeito a como o indivíduo se percebe como um objeto distinto do mundo externo; a representação objetal está relacionada com representações internalizadas de figuras e relacionamentos significativos; a organização morfológica é compreendida como a força estrutural, congruência interna, e eficácia funcional do sistema da personalidade; e o humor/temperamento se refere aos estados afetivos predominantes do indivíduo, mais intensos e frequentes.

Também os domínios funcionais, que podem ser descritos como modos expressivos de ação regulatória (Millon & Davis, 1996), são brevemente descritos na sequência. O comportamento expressivo tem a ver com as ações observáveis do indivíduo, o que e como ele faz; a conduta interpessoal diz respeito às reações observáveis utilizadas pelo indivíduo

para se relacionar com os outros; o estilo cognitivo está relacionado com o modo como o indivíduo processa informação, foca sua atenção, organiza seus pensamentos, faz atribuições e comunica suas ideias aos outros; mecanismo regulatório refere-se aos mecanismos de autoproteção (defesa), necessidades de gratificação, e resolução de conflitos.

Cabe ressaltar que, apesar da densidade teórica da teoria de Millon, não são todas as propostas que apresentam evidências empíricas por meio de evidências de validade para as elucubrações do campo teórico. Os domínios estruturais e funcionais são exemplo disso, isto é, há pouco tempo atrás não havia estudos testando esses domínios do ponto de vista empírico, sendo o primeiro trabalho nesse sentido, realizado por Grossman e del Rio (2005). Na pesquisa efetivada pelos autores, houve uma tentativa de se operacionalizar os domínios por meio de um dos instrumentos derivados da teoria de Millon, contudo, os domínios não foram encontrados empiricamente tal qual estão propostos teoricamente.

Ao lado disso, Millon e colegas desenvolveram o Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI), utilizado para avaliação e diagnóstico não somente dos transtornos da personalidade, mas também dos transtornos clínicos descritos no eixo I do DSM-IV-TR (APA, 2003). Para o desenvolvimento do instrumento, foi utilizada a proposta metodológica de Loevinger, configurada por três estágios de construção e busca de evidências de validade de testes (Craig, 1999; Groth-Marnat, 2003; Millon & Davis, 1996). Os três estágios são: teórico-substantivo (refere-se ao estágio de desenvolvimento dos itens), interno-estrutural (refere-se ao estágio de verificação da estrutura interna do instrumento) e externo-critério (refere-se ao estágio de verificação de evidências de validade baseadas em critérios externos para as escalas do instrumento).

A proposta de Loevinger foi utilizada por Millon e uma equipe de psicólogos e psiquiatras coordenada por ele no início da década de 1970 (Millon & Davis, 1996). O objetivo do grupo era desenvolver um instrumento de autorrelato para avaliação de

transtornos psiquiátricos. Assim, no final da mesma década foi lançado o MCMI. Nos dez anos seguintes ajustes ao DSM-III foram realizados ao instrumento, bem como com base em reformulações na teoria de Millon. Então, no final da década 1980 foi lançado o MCMI-II. De maneira similar, partindo do MCMI-II, novas reformulações foram feitas ao instrumento, todas com base no DSM-IV-TR, tendo como produção final o MCMI-III (Millon e cols., 1994).

Especificamente em relação ao MCMI-III, o instrumento foi aplicado a 1079 pacientes de clínicos, psicólogos e psiquiatras, sendo que os profissionais responderam sobre os pacientes uma ficha avaliando diversas características relacionadas a transtornos da personalidade. Portanto, desde o lançamento da primeira versão do MCMI, houve sempre uma preocupação em operacionalizar os sintomas (características) descritos no DSM, bem como uma forte base clínico-teórica.

Assim, no desenvolvimento das diferentes versões do instrumento, buscou-se representar cada uma das categorias do DSM em uma escala por meio de um refinamento teórico associado à construção de itens (fase teórico-substantiva) seguida de rodadas de análises empíricas de consistência interna (fase interno-estrutural) e validade de critério, correlacionando as escalas com a avaliação de clínicos (validade externa). Portanto, não se adotou uma perspectiva puramente dimensional buscando descobrir empiricamente quantas variáveis seriam necessárias para representar os transtornos em termos de perfis, mas sim uma perspectiva prototípica e sindrômica investigando um conjunto de características correlacionadas que pudessem representar o transtorno de maneira contínua por meio de escalas.

Ainda assim, existem estudos testando a validade fatorial de maneira mais clássica do agrupamento das escalas para avaliação dos transtornos da personalidade do MCMI (Cuevas, García, Aluja & García, 2008; Rossi, Elklit & Simonsen, 2010) e a adequação das categorias

de transtornos da personalidade do DSM-IV-TR (Huprich, Schmitt, Richard, Chelminski & Zimmerman, 2010) por meio da análise fatorial. Nesses casos, os resultados não são favoráveis de acordo com o que é esperado *a priori*, o que provavelmente ocorre em decorrência do raciocínio subjacente a teoria de Millon e ao DSM-IV-TR, isto é, o foco no agrupamento de pessoas e não na investigação dos possíveis agrupamentos de variáveis. Cabe ressaltar que não foram encontrados estudos fatoriais utilizando os itens de nenhuma das versões do MCMI.

Do ponto de vista teórico e clínico, a proposta de Millon apresenta ganhos em detrimento a outros modelos deficientes nessa dimensão. Contudo, do ponto de vista pragmático-empírico, até mesmo por ser uma proposta complexa, não existem evidências robustas suportando todo o arcabouço teórico proposto por Millon. Assim, apesar da indiscutível força teórica dessa proposta, a escassez de evidências empíricas testando seus pressupostos é desarmônica com o guia de mudanças para a próxima edição do DSM, o DSM 5, propondo que a escolha deve ser baseada em um amplo número de estudos demonstrando a força empírica do modelo, além da robustez teórica (Kendler, Kupfer, Narrow, Phillips & Fawcett, 2009).

A proposta de foco nas evidências empíricas ao DSM 5 é produto direto ao modelo subjacente ao DSM-IV-TR que, apesar de rico do ponto de vista clínico, apresenta deficiências no campo da testagem dos pressupostos (e, especificamente, das categorias). Verifica-se, então, que tanto a versão atual do DSM quanto a teoria de Millon apresentam um importante foco no raciocínio clínico, o que é desejável, mas também há uma clara falta de pesquisas empíricas testando seus pressupostos. Considerando essa limitação, diversos estudos vêm sendo produzidos no sentido de buscar um modelo que se adeque a demanda empírica na avaliação e diagnóstico dos transtornos da personalidade.

Exemplo disso são os estudos realizados na última década, em uma tentativa de se estabelecer os melhores modelos, procedimentos e instrumentos para dar base ao DSM 5, que será lançado em 2013. Basicamente, visualiza-se no horizonte propostas de caráter fundamentalmente dimensional e propostas cuja raiz é prototípica. Por exemplo, o modelo de Thomas Widiger (Samuel & Widiger, 2008; Widiger & Lowe, 2008), entendendo que as pessoas devem ser avaliadas em todas as dimensões (conjuntos de variáveis) componentes da personalidade, com base no modelo dos cinco grandes fatores (CGF). Diferentemente, propondo uma visão distinta do modelo de Widiger, outro exemplo refere-se ao uso do Shedler-Westen Assessment Procedure 200 (SWAP-200, Shedler & Westen, 2007), especialmente por ter base na análise fatorial de pessoas e não de variáveis, em que atinge solidez empírica para determinar *clusters* de sintomas que representam aspectos prototípicos dos transtornos da personalidade. Foge do escopo deste trabalho uma apresentação mais detalhada dessas propostas, mas vale ressaltar que há diversos estudos demonstrando a adequação empírica dessas propostas, ainda que não haja um corpo teórico tão robusto (Westen & Shedler, 1999a; 1999b; Widiger, 2011).

De acordo com o que foi apresentado, por um lado, pode-se notar a força teórica impregnada na teoria de Millon, permitindo uma compreensão exaustiva e aprofundada acerca dos estilos patológicos da personalidade. Por outro, depara-se com a carência da sustentação empírica das escalas baseadas nas categorias do DSM-IV-TR (APA, 2003) que são propostas no MCMI-III. Considerando as diversas críticas na literatura à perspectiva categórica para avaliação e diagnóstico dos transtornos da personalidade (Brown & Barlow, 2005; Widiger & Trull, 2007; Zimmerman, 2011) em detrimento a perspectiva dimensional que parece ser mais robusta do ponto de vista empírico, ponderou-se o desenvolvimento de um instrumento que seguisse passos similares aos seguidos na construção do MCMI, mas que fosse submetido a procedimentos de análise mais tradicionais de teste empírico para

verificação de sua estrutura interna. Nessa perspectiva o presente estudo teve como objetivo desenvolver um instrumento de caráter dimensional para avaliação dos transtornos da personalidade baseado na perspectiva teórica de Millon e nos critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-IV-TR (APA, 2003), bem como submeter a um teste empírico no nível dos itens da validade da estrutura interna e índices de fidedignidade das escalas encontradas.

Método

Este tópico será subdividido em duas etapas distintas, são elas: Etapa I, desenvolvimento do instrumento; e, Etapa II, busca por evidências de validade baseadas na estrutura interna, e investigação da fidedignidade das escalas do instrumento desenvolvido na Etapa I.

Etapa I – Construção do Instrumento

Nesta etapa inicial, o objetivo foi desenvolver um instrumento para avaliação dos transtornos da personalidade, com base na teoria de Millon (Millon & Davis, 1996; Millon, & Grossman, 2007a; 2007b; Millon & cols., 2010; Millon & cols., 2004) e nos critérios diagnósticos das categorias apresentadas no eixo II do DSM-IV-TR (APA, 2003). Considerou-se também os dados apresentados na literatura com base no MCMI-III (Millon & cols., 1994) e em um instrumento nacional construído com base na teoria de Millon, o Inventário Dimensional dos Transtornos da Personalidade (IDTP; Carvalho, 2008).

Para tanto, os autores deste estudo desenvolveram itens operacionalizando os critérios do DSM referentes aos transtornos da personalidade e também revisaram itens anteriormente estabelecidos (Carvalho, 2008). Partindo dos itens desenvolvidos, formou-se um grupo de estudo sistemático ao longo de 1 semestre, com encontros semanais e duração de aproximadamente três horas cada. Os encontros foram realizados por cinco integrantes, sendo eles, os autores deste estudo, dois doutorandos em psicologia com trabalhos realizados na

área de saúde mental e psicometria, e um mestrando em psicologia com conhecimento em psicometria. O objetivo desses encontros foi aprofundar os conhecimentos sobre o modelo dos transtornos da personalidade com base nas referências de Millon e no DSM-IV-TR, e selecionar os itens considerados como mais adequados dentre os desenvolvidos pelos autores desta pesquisa. Além disso, buscou-se classificar os itens nos domínios estruturais e funcionais de Millon e dos critérios do DSM-IV-TR.

Como resultado dos encontros, foi elaborado um banco composto por 541 itens, todos eles caracterizados de acordo com o conteúdo, nos seguintes critérios: respectivo transtorno da personalidade de acordo com Millon e DSM-IV-TR, respectivo critério do DSM-IV-TR, item do MCMI-III compatível (quando existente), item do IDTP compatível (quando existente), e respectivo domínio funcional ou estrutural compatível (de acordo com os domínios apresentados anteriormente). Buscou-se desenvolver ao menos dois itens por critério do DSM-IV-TR, sendo que na maior parte dos casos foi desenvolvido um número superior ao mínimo estabelecido. Como ilustração dos itens desenvolvidos, destaca-se aqui o item “Não me importo em exagerar para chamar atenção dos outros.”, avaliando o funcionamento histriônico, e o item “Normalmente as pessoas não são confiáveis.”, avaliando o funcionamento paranoide. Na Tabela 1 está apresentada a distribuição dos itens de acordo com os critérios apresentados no DSM-IV-TR (APA, 2003), o que também foi realizado por Millon e cols. (1994).

Tabela 1.

Dados descritivos dos itens de acordo com os critérios do DSM-IV-TR

Transtornos	Total	Critérios								
		C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9
Esquizóide	33	9	4	3	4	6	4	3	-	-
Evitativo	46	7	6	6	10	8	5	3	-	-
Depressivo	38	13	4	4	2	5	5	4	-	-
Dependente	38	9	6	5	5	3	4	3	3	-
Histriônico	42	7	7	6	5	3	6	4	4	-
Narcisista	66	10	10	9	8	5	7	8	5	4
Antissocial	54	9	9	6	6	7	7	10	-	-
Sádico	41	8	7	6	4	3	5	5	3	-
Compulsivo	39	6	5	6	8	2	5	4	3	-
Negativista	37	6	5	4	4	10	5	3	-	-
Masoquista	40	8	5	4	4	5	3	7	4	-
Paranoide	31	8	4	5	4	3	3	4	-	-
Esquizotípico	43	3	8	4	7	5	5	3	4	3
Borderline	38	8	5	4	4	4	2	3	3	5

Na Tabela 1 estão apresentadas as colunas referentes aos critérios do DSM-IV-TR (C1-C9), bem como a coluna referente aos transtornos respectivos aos critérios e outra coluna com o número total de itens por transtorno. As colunas C8 e C9 obtiveram número zero quando os transtornos (por exemplo, esquizoide e evitativo) possuíam um número inferior de critérios.

A partir dos itens elaborados pelos autores deste estudo, foram selecionados aqueles itens que, de acordo com o grupo de pesquisadores, melhor representassem as características e sintomas dos diferentes transtornos da personalidade. Como resultado, chegou-se a um número de 215 itens representando o instrumento, nomeado de Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP). Além disso, os itens foram distribuídos em dois conjuntos (forma A e forma B), teoricamente compatíveis em termos de representatividade e intensidade das características representadas, sendo a forma A composta por 107 itens e a forma B por 108 itens. Essa subdivisão visou a comparação entre a estrutura encontrada com a forma completa do instrumento e as formas A e B. Na Tabela 2 está apresentado o número de itens selecionados por transtorno de acordo com as formas.

Tabela 2.

Número de itens no IDCP por forma

Transtornos da Personalidade	Forma A	Forma B	Total
Esquizóide	7	7	14
Evitativo	7	7	14
Depressivo	7	7	14
Dependente	8	8	16
Histriônico	8	8	16
Narcisista	9	9	18
Antissocial	7	7	14
Sádico	8	8	16
Compulsivo	8	8	16
Negativista	7	7	14
Masoquista	8	7	15
Paranoide	7	7	14
Esquizotípico	9	9	18
Borderline	7	9	16
Total	107	108	215

Observa-se que o número de itens por transtorno no IDCP variou entre 14 (esquizóide, evitativo, depressivo, antissocial, negativista e paranoide) e 18 (narcisista e esquizotípico). De maneira similar, as duas formas do instrumento apresentam número similar de itens por transtorno, variando entre 7 e 9 em ambos os casos. Além disso, cabe salientar que todos os critérios estão representados nos 215 selecionados, e praticamente em todos os casos para ambas as formas. Exceção a isso é o transtorno da personalidade borderline, sendo que a forma A não apresenta itens para os critérios 1 e 9 (de 9 critérios), e o masoquista que na forma B não possui item para o critério 3 (de 8 critérios). Ainda, alguns transtornos possuem 2 itens para um mesmo critério, sejam eles, antissocial (critério 6 duplicado em ambas formas), compulsivo (critério 4 duplicado na forma B), dependente (critério 1 duplicado na forma A), e depressivo (critério 5 duplicado na forma B).

Na continuidade, os 215 itens foram ordenados na forma completa, sendo primeiro os itens da forma A e depois os itens da forma B. Para cada uma das formas, o grupo de itens foi dividido em dois para cada transtorno, sendo 28 grupos de itens em cada forma. A sequência foi a seguinte, compulsivo, narcisista, borderline, antissocial, dependente, depressivo, esquizoide, esquizotípico, evitativo, histriônico, masoquista, negativista, paranoide e sádico e então novamente a mesma ordenação (completando 28 grupos de itens). No instrumento

completo e em ambas as formas, cada subgrupo é destacado pela cor das linhas (branca ou cinza claro). Ainda, tomou-se cuidado por começar com os transtornos compulsivo e narcisista por conterem itens com conteúdo cujo aspecto patológico não é tão evidente.

Finalizando a construção do IDCP, na forma completa e nas formas A e B, formulou-se o cabeçalho e as instruções. É parte do cabeçalho, nome do participante, sexo, data de nascimento, data da aplicação, e-mail, informações profissionais do participante e responsáveis, bem como escolaridade, objetos indicativos de nível econômico, etnia, felicidade no trabalho, renda mensal, e questões acerca de tratamento psiquiátrico, psicológico e uso de medicamento. As instruções indicam o que o respondente deve fazer com os itens apresentados no instrumento e como respondê-los. Cabe ressaltar que optou-se por uma escala tipo Likert de 4 pontos para as respostas dadas ao IDCP, sendo, 1 para “nada – não tem nada a ver comigo”, 2 para “pouco – tem pouco a ver comigo”, 3 para “moderadamente – tem a ver comigo” e 4 para “muito – tem muito a ver comigo”. Dada a elaboração da versão para aplicação do instrumento, o estudo teve continuidade com a etapa II.

Etapa II - Evidências de Validade Baseadas na Estrutura Interna, e investigação da fidedignidade das escalas do instrumento.

Participantes

Foram recrutados 1281 participantes, com idade variando entre 18 e 90 anos (M=26,64; DP=8,94), sendo 792 mulheres (64,7%). A amostra foi composta por universitários sem diagnóstico psiquiátrico conhecido (N=1154) e por pacientes diagnosticados com transtornos psiquiátricos (N=127) do eixo I e/ou eixo II de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2003). A Tabela 3 apresenta os dados descritivos da amostra de acordo com os grupos.

Tabela 3.

Dados descritivos da amostra em relação à escolaridade, estado e fonte diagnóstica

Variável	Categorias	Frequência (porcentagem)
Escolaridade	1º-4º ano E. Fundamental	9 (0,7%)
	5º-9º ano E. Fundamental	23 (1,9%)
	E. Médio	78 (6,1%)
	E. Superior e Pós-grad.	1157 (90,3%)
Estado	<i>Missing</i>	14 (1,1%)
	São Paulo	917 (71,6%)
	Paraná	335 (26,2%)
	Santa Catarina	25 (2,0%)
Indivíduos com diagnóstico	<i>Missing</i>	4 (0,3%)
	Clínica Psiquiátrica	77 (6,1%)
	Hospital Psiquiátrico	50 (3,9%)

Os dados apresentados neste tópico indicam que há uma prevalência maior de mulheres em relação ao gênero, sendo de São Paulo em relação ao Estado. Embora a prevalência de determinadas características na amostra, há variabilidade na amostra em relação ao gênero e Estado, e também no que se refere à escolaridade (sendo a maior parte com ensino superior incluindo ou não pós-graduação). Ainda sobre a escolaridade, cabe apontar que a maior parte dos participantes sem diagnóstico psiquiátrico conhecido inseriu-se nas categorias ensino superior e pós-graduação, e a maior parte dos participantes com diagnóstico psiquiátrico enquadrou-se na categoria 3º ano do ensino médio (N=35,4%). Especificamente sobre os pacientes com diagnóstico psiquiátrico conhecido, a maior parte é proveniente de clínicas psiquiátricas do Estado de São Paulo. Na Tabela 4 estão apresentadas as prevalências diagnósticas na amostra de pacientes diagnosticados com transtornos psiquiátricos.

Tabela 4.

Prevalências de transtornos nos indivíduos com diagnóstico

Eixo (DSM)	Transtornos	Hospital Psiquiátrico (N=77)	Clínica Psiquiátrica (N=50)
Eixo I	Transtornos do humor	55 (60,6%)	22 (44%)
	Dependência química	2 (2,5%)	34 (68%)
	Transtornos de ansiedade	29 (37,6%)	15 (30%)
	Transtornos psicóticos	5 (6,4%)	10 (20%)
	Outros transtornos	5 (6,4%)	5 (10%)
	Transtorno alimentar	4 (5,1%)	--
	Transtornos do ajustamento	1 (1,2%)	--
	Transtornos somatoforme	5 (6,4%)	--
Eixo II	Transtorno da personalidade dependente	5 (6,4%)	--
	Transtorno da personalidade obsessivo	17 (22%)	--
	Transtorno da personalidade evitativo	20 (25,9%)	--
	Transtorno da personalidade borderline	10 (12,9%)	1 (2%)
	Transtorno da personalidade histriônico	5 (6,4%)	--
	Transtorno da personalidade esquizoide	3 (3,8%)	--
	Transtorno da personalidade paranoide	12 (15,5%)	--
	Transtorno da personalidade narcisista	7 (9%)	--
	Transtorno da personalidade SOE	12 (15,5%)	--
Transtorno da personalidade esquizotípico	3 (3,8%)	--	

Pode-se observar que, para os pacientes provenientes do hospital psiquiátrico, a maior prevalência foi dos transtornos do humor e de ansiedade em relação ao eixo I do DSM-IV-TR (APA, 2003); e, em relação ao eixo II do manual, o transtorno da personalidade evitativo e obsessivo. No que respeita aos pacientes da clínica psiquiátrica, nota-se praticamente uma ausência do diagnóstico do eixo II e, referente ao eixo I, a maior prevalência de dependência química e transtornos do humor.

Instrumentos

Foi aplicado um instrumento, o IDCP, desenvolvido na etapa I deste estudo. Como já descrito anteriormente, trata-se de um inventário de autorrelato composto por 215 itens, representando os transtornos da personalidade. O tempo aproximado da aplicação foi de 30 minutos para forma completa do instrumento (forma AB) e 15 minutos para as formas A e B.

Procedimento e Delineamento

O instrumento foi respondido pelos participantes, sendo que para todos foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Protocolo CAAE 0350.0.142.000-08) no qual constou o objetivo principal do estudo e a divulgação dos resultados de acordo com as

normas éticas. Assim, somente concordando com os procedimentos da pesquisa e assinando o TCLE o participante foi habilitado a participar deste estudo. Ao lado disso, o momento da aplicação dos instrumentos implicou sempre a presença do pesquisador, possibilitando que possíveis dúvidas dos participantes fossem esclarecidas. Apesar disso, raríssimas foram as ocasiões nas quais surgiram dúvidas.

Todos os participantes do estudo responderam, ao menos, uma das versões do instrumento (somente a forma A (N=316) ou somente a forma B (N=358) e N=561 para o instrumento completo). As aplicações foram realizadas, no caso dos universitários, em salas de aula de universidades de São Paulo (privada), Paraná (pública) e Santa Catarina (privada); e no caso dos pacientes psiquiátricos, em salas de espera do estado de São Paulo, seja de clínica particular ou de hospital público. Buscou-se tanto a aplicação da forma total do instrumento quanto possível quanto um número equilibrado de aplicações entre as duas formas do instrumento.

Após a coleta de dados e a tabulação dos mesmos, foram realizadas análises estatísticas buscando responder o objetivo desta etapa do estudo. Primeiramente utilizou-se análises buscando verificar evidências de validade com base na estrutura interna do instrumento e fidedignidade, sendo elas, análise fatorial exploratória, coeficiente alfa de Cronbach dos fatores encontrados, e análise fatorial exploratória de acordo com a forma do instrumento. As análises foram procedidas por meio do SPSS (2003).

Resultados

Em primeiro lugar buscou-se saber quantas dimensões seriam necessárias para explicar a estrutura de correlações entre os itens que foram desenvolvidos. Como esses itens foram criados para representar os 14 transtornos, esperava-se encontrar fatores condizentes com esses funcionamentos patológicos. Para isso, utilizou-se a análise fatorial exploratória

por eixos principais (*principal axis factoring*). Essa modalidade analisa somente a variância compartilhada entre as variáveis (Tabachnick & Fidell, 2007).

Inicialmente, foi utilizada a análise paralela como critério para determinação do *eigenvalue* mínimo para reter fatores relevantes. As simulações foram feitas considerando 561 sujeitos, isto é, uma amostra do tamanho correspondente a que respondeu a todos os 215 itens. Foram simuladas 1000 extrações de matrizes de correlação randômicas e considerou-se o *eigenvalue* correspondente ao percentil 95 resultando em um critério mínimo de 2,02 para considerar um fator como relevante (Hayton, Allen & Scarpello, 2004; Watkins, 2006). A partir desses critérios para extração, encontrou-se 12 fatores os quais foram submetidos a uma rotação ortogonal (varimax), já que a rotação oblíqua, tentada preliminarmente, não se justificou em razão da baixa magnitude baixas de correlação entre os fatores (menor que 0,30).

Antes de proceder-se à análise fatorial, foi feita a verificação da adequação da amostra a essa análise, empregando-se a medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett. O KMO foi de 0,92, indicando uma boa adequação dos dados à análise fatorial, e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ao nível de 0,001 ($\chi^2=72561,900$; $gl=23005$), mostrando que houve correlações suficientes entre as variáveis para o emprego da análise fatorial.

Na Tabela 5 está apresentada uma síntese dos dados encontrados na análise fatorial exploratória. Foram obtidos 12 fatores com mais de 1 item e *eigenvalues* acima de 2,02, capazes de explicar 40,6% da variância total, sendo que o primeiro fator explicou 23,4% da variância total. Cabe apontar que os fatores 13 e 14 também atingiram o critério do *eigenvalue*>2,02, mas não obtiveram mais que 1 item, impossibilitando a interpretação dos mesmos. Na mesma tabela são apresentadas também um sumário das cargas fatoriais dos itens nos fatores.

Tabela 5.

Síntese dos dados encontrados na análise fatorial exploratória

Fator	Cargas	Nº de itens	<i>Eigenvalue</i>	Variância explicada (%)	Predominância TP
1	0,31-0,69	57	50,4	23,4	Dependente (24,5%)
2	0,65-0,30	47	10,1	4,7	Sádico (31,9%)
3	0,30-0,65	43	5,6	2,6	Borderline (30,2%)
4	0,31,-0,64	35	5,2	2,4	Esquizotípico (34,2%)
5	0,30-0,66	19	4,5	2	Histriônico (57,8%)
6	0,30-0,53	20	3,6	1,7	Paranoide (45%)
7	0,30-0,47	13	3,3	1,5	Narcisista (61,5%)
8	0,30-0,54	10	2,6	1,2	Esquizoide (50%)
9	0,33-0,56	9	2,6	1,2	Evitativo (44,4%)
10	0,46-0,61	7	2,4	1,1	Masoquista (71,4%)
11	0,30-0,56	10	2,2	1	Compulsivo (70%)
12	0,32-0,48	7	2,1	1	Antissocial (42,8%)

Na Tabela apresentada, a primeira coluna refere-se a o nome empregado a cada um dos fatores encontrados. A coluna “cargas” apresenta a menor carga fatorial encontrada (tendo como ponto de corte previamente estabelecido 0,30) e a maior. A seguinte, descreve o número de itens com carga fatorial igual ou superior a 0,30 em cada fator, e as colunas que seguem, os *eigenvalue* e a variância explicada dos mesmos. E, por último, a coluna “Predominância TP” relata qual foi a predominância de itens naquele fator em relação ao transtorno da personalidade (TP) que os itens representavam.

Como pode ser observado, houve uma variação importante entre o número de itens encontrados em cada um dos 12 fatores mantidos a partir da análise fatorial, sendo que o mesmo vale para o *eigenvalue* e para a variância explicada. Ao lado disso, também verificase que cada um dos fatores foi marcado por características mais relacionadas a um determinado estilo da personalidade, como pode ser observado na última coluna da Tabela 5. Tal tendência não sugere que cada estilo da personalidade é representado por uma dimensão, mas cada dimensão deve apresentar uma relevância maior em relação aos diferentes estilos.

Ainda, pode-se observar que em cada fator houve a predominância de itens de um transtorno distinto. Os únicos transtornos não representados distintamente em um fator foram o depressivo e o negativista. Os itens do primeiro ficaram distribuídos nos fator 1, 3 e 4 e do

segundo nos fatores 2 e 3. Mesmo não sendo recuperados os itens desses transtornos em dimensões independentes, eles se agruparam em fatores coerentes.

Dando prosseguimento ao refinamento da escala, foram eliminados itens que não atingiram a carga fatorial de 0,30 no fator teoricamente condizente. Assim, foram mantidos os itens que otimizaram a consistência interna de cada escala, isto é, itens com carga relativamente mais alta. Também se privilegiou itens cujo conteúdo era adequado do ponto de vista teórico e itens não vagos e, portanto, melhor operacionalizados. Além disso, foi realizada uma análise mais detalhada do conteúdo dos itens para formular uma nomenclatura que captasse o sentido geral dos itens. A Tabela 6 apresenta o número de itens selecionados por fatores, os nomes dos fatores considerando o conjunto de itens que os compõem, o número total de itens e também por forma, o coeficiente de consistência interna dos fatores, e um exemplo de item para cada fator. Além disso, foram calculados os dados descritivos das pontuações dos participantes nos fatores.

Tabela 6.

Dados sumarizados dos fatores e consistência interna após a seleção de itens

Fator	\bar{X} (DP)	Mín.-Máx.	Itens	Forma A	Forma B	α	Exemplos de itens
1. Dependência	1,8 (0,6)	1,0-3,7	20	0,75 (10)	0,78 (10)	0,92	É comum que eu permita que outros tomem decisões importantes por mim.
2. Agressividade	1,6 (0,5)	1,0-3,8	27	0,77 (13)	0,73 (14)	0,91	Tendo a ficar violento quando minhas vontades não são satisfeitas.
3. Instabilidade de Humor	2,0 (0,6)	1,0-3,9	27	0,83 (15)	0,83 (12)	0,94	Às vezes sinto um grande vazio dentro de mim.
4. Excentricidade	1,6 (0,6)	1,0-3,8	20	0,72 (7)	0,78 (13)	0,92	As pessoas costumam dizer que sou esquisito.
5. Necessidade de atenção	2,2 (0,5)	1,0-3,8	16	0,66 (8)	0,75 (8)	0,84	Consigo seduzir as pessoas com facilidade.
6. Desconfiança	2,1 (0,6)	1,0-4,0	13	0,70 (4)	0,70 (9)	0,83	Os outros sempre tentam me prejudicar, explorar ou enganar, mas estou sempre alerta.
7. Grandiosidade	1,9 (0,6)	1,0-3,8	12	0,76 (8)	0,50 (4)	0,86	É natural que pessoas especiais como eu devam receber tratamento especial.
8. Isolamento	1,9 (0,6)	1,0-3,8	11	0,62 (5)	0,60 (6)	0,85	Interesso-me pouco em fazer amizades.
9. Evitação a Críticas	1,6 (0,7)	1,0-4,0	7	0,75 (7)	--	0,86	Procuo não falar com as pessoas, para não correr o risco de ser ridicularizado.
10. Autossacrifício	2,2 (0,7)	1,0-4,0	7	0,67 (4)	0,55 (3)	0,85	Faço de tudo para ajudar os outros, não importando o que isso vai me custar.
11. Conscienciosidade	2,5 (0,5)	1,3-3,8	11	0,43 (6)	0,54 (11)	0,69	As tarefas devem ser sempre realizadas com perfeição.
12. Impulsividade	1,7 (0,7)	1,0-3,8	5	0,50 (4)	-- (1)	0,72	Não me importo se tiver que bater em alguém.

Assim o Fator 1, *Dependência*, é composto por itens acerca de crenças na incapacidade de confiar em si para tomar decisões, por acreditar que não faz as coisas direito, dependendo dos outros para tomada de decisões. O segundo fator, nomeado de *Agressividade*, trata de reações nas quais o indivíduo não considera o outro para conseguir o que deseja, inconsequentes, geralmente violentos. *Instabilidade de Humor*, o Fator 3, é representado por um grupo de itens que diz respeito a tendência ao humor triste e irritável, mas também à oscilação no humor, o que faz com que apresente reações impulsivas e extremas, que muitas vezes geram culpa. No próximo fator, *Excentricidade*, estão agrupados itens acerca da ausência de prazer em estar com os outros, desconfiança em relação a eles, e crenças de que é diferente das outras pessoas, manifestando comportamentos excêntricos e idiossincráticos. No fator 5, *Necessidade de Atenção*, os itens dizem respeito a necessidade exagerada de ter atenção dos outros, utilizando mecanismos como sedução, reações exageradas, e busca intensa por amizades. No fator *Desconfiança* (6), estão representadas características relacionadas à preocupação persistente em ser enganado, por crenças de que há sempre “segundas intenções”, exibindo preferência pelo que é conhecido, rigidez nos relacionamentos, e persecutoriedade.

O sétimo fator, *Grandiosidade*, agrupa itens relatando a irritabilidade decorrente da falta de reconhecimento do outro, denotando uma necessidade exagerada de admiração pelos outros com crenças subjacentes de merecimento e superioridade. O fator *Isolamento*, de número 8, é representado por itens relatando a preferência por ficar sozinho, irritação em receber ordens dos outros, uma diminuição no prazer com relacionamentos e evitação do convívio social. Os itens representantes do fator 9, *Evitação à Críticas*, tratam de crenças generalizadas de incapacidade e que por isso, os outros irão humilhá-lo e criticá-lo. No fator 10, nomeado de *Autossacrifício*, os itens dizem respeito há uma exagerada desconsideração do eu (*self*) com tendências evidentes a ajudar os outros. *Conscienciosidade*, o fator 11, está

relacionado com uma necessidade por fazer as coisas da maneira mais organizada e ordenada possível, com responsabilidade e foco nas obrigações demonstrando preocupação excessiva, perfeccionismo, regras rígidas nos relacionamentos, e foco nas obrigações e trabalho. Por último, o fator (12) *Impulsividade* trata de reações de impulsividade e inconsequência, com gosto por atividades que incluam violência, facilidade em inventar desculpas e envolvimento em problemas.

Em relação à consistência interna, 11 fatores apresentaram índice de fidedignidade igual ou superior a 0,72, exceção a isso foi o fator 11, cujo índice foi de 0,69. Ainda sobre a fidedignidade, as colunas 3 e 4 apresentam os índices para os fatores separados por forma (e também o número de itens). Para os fatores 9 e 12 na forma B não há índice de fidedignidade já que não há itens para o fator e há somente 1 item, respectivamente. Além disso, houve uma tendência a um equilíbrio no número de itens entre as formas A e B, apesar de algumas discrepâncias (por exemplo, fatores 6 e 9).

Ainda, no que diz respeito aos dados descritivos dos participantes nas dimensões, é possível observar que praticamente em todos os fatores ocorreram pontuações mínimas (1,0) e para todos ocorreram pontuações ao menos próximas do máximo (4,0). As médias mais baixas foram nos fatores Agressividade (F2) e Evitação a Críticas (F9). Diferentemente, as médias mais altas se deram nos fatores Conscienciosidade (F11), Necessidade de Atenção (F5) e Autossacrifício (F10).

Na continuidade, buscou-se investigar a persistência da estrutura fatorial, composta por 12 dimensões, nas formas A e B do IDCP. Para tanto, foram realizadas análises fatoriais exploratórias separadas por forma. Os critérios utilizados nas análises fatoriais foram os mesmos da primeira análise procedida, sejam eles, determinação dos fatores pela análise paralela, rotação varimax, e carga fatorial dos itens igual ou superior a 0,30. Foram considerados somente 345 sujeitos para a forma A e 360 sujeitos para a forma B, isto é,

aqueles que responderam somente cada uma das formas. A análise paralela indicou números mínimos de *eigenvalue* igual a 1,66 e 1,62 para as formas A e B, respectivamente.

Foram retidos 12 fatores para a forma A e 13 para a forma B. Dos 12 fatores da forma A, 11 foram interpretáveis, bem como todos os fatores encontrados para a forma B. Na Tabela 7 são apresentados os nomes dos fatores e o fator relativo encontrado na análise com todos os itens do IDCP.

Tabela 7.

Fatores do IDCP nas formas A e B

Fatores – Forma Completa	Fatores – Forma A	Fatores – Forma B
1.Dependência	1. Evitação a Críticas e Dependência	2. Dependência
2.Agressividade	2. Agressividade	--
3.Instabilidade de Humor	--	3. Instabilidade de Humor 11. Instabilidade de Humor
4.Excentricidade	11. Excentricidade	6. Excentricidade
5.Necessidade de atenção	4. Necessidade de Atenção e Grandiosidade	7. Necessidade de Atenção 13. Necessidade de Atenção
6.Desconfiança	5. Desconfiança	4. Desconfiança
7.Grandiosidade	4. Necessidade de Atenção e Grandiosidade	12. Grandiosidade
8.Isolamento	8. Isolamento	8. Isolamento 9. Isolamento
9.Evitação a Críticas	1. Evitação a Críticas e Dependência	--
10.Autossacrifício	7. Autossacrifício	--
11.Conscienciosidade	9. Conscienciosidade	10. Conscienciosidade
12.Impulsividade	6. Impulsividade 10. Impulsividade	1. Impulsividade
--	3. Depressividade	5. Depressividade

De acordo com os dados da Tabela 7, observa-se que grande parte dos fatores encontrados na forma completa do instrumento foi encontrada também nas formas A e B. Exceção disso foi o fator Instabilidade de Humor para a forma A e Agressividade, Evitação a Críticas e Autossacrifício para a forma B. Além disso, na forma A os fatores Evitação a Críticas e Dependência se agruparam e em ambas as formas verificou-se um fator não encontrado na forma completa do instrumento. Esse fator foi nomeado de Depressividade por ser composto predominantemente por itens relacionados ao transtorno da personalidade depressivo.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo desenvolver um instrumento de caráter dimensional para avaliação dos transtornos da personalidade baseado na perspectiva teórica de Millon e nas categorias diagnósticas do eixo II do DSM-IV-TR, bem como submeter a um teste empírico no nível dos itens da validade da estrutura interna e índices de fidedignidade das escalas encontradas. De acordo com os resultados apresentados, foram encontrados 12 fatores interpretáveis a partir de um conjunto de 215 itens componentes do IDCP. Essas 12 dimensões parecem apresentar relações com os estilos propostos na teoria de Millon (Millon & Davis, 1996; Millon & Grossman, 2007a; 2007b). Considerando a última coluna da Tabela 5 e as interpretações realizadas a partir dos conjuntos de itens do IDCP que formam as dimensões, é possível estabelecer relações entre os estilos patológicos da personalidade e as 12 dimensões. Essas relações estão apresentadas na Tabela 8.

Tabela 8.

Relações entre as dimensões do IDCP e transtornos da personalidade

Dimensões	Transtornos da Personalidade
1. Dependência	Dependente, Depressivo, Borderline
2. Agressividade	Sádico, Antissocial, Negativista
3. Instabilidade de Humor	Borderline, Negativista, funcionamento patológico global
4. Excentricidade	Esquizotípico, Esquizoide
5. Necessidade de atenção	Histriônico, Narcisista
6. Desconfiança	Paranoide, Narcisista
7. Grandiosidade	Narcisista
8. Isolamento	Esquizoide, Esquizotípico
9. Evitação a Críticas	Evitativo, Esquizoide, Esquizotípico
10. Autossacrifício	Masoquista, Depressivo, Dependente
11. Conscienciosidade	Compulsivo
12. Impulsividade	Antissocial
Depressividade	Depressivo, Masoquista

Pode-se visualizar na Tabela 8 que cada fator do IDCP se relaciona, no geral, com transtornos da personalidade coerentes com o sentido da dimensão que representa, o que é esperado em uma perspectiva dimensional considerando que os fatores não devem ser um representantes fieis e únicos de um transtorno da personalidade, mas devem dizer respeito as dimensões básicas da personalidade (Schroder, Wormworth & Livesley, 1992). Vale ressaltar que não foi possível comparar o número de fatores encontrados com estudos utilizando o

MCCI já que não existem pesquisadores aplicando a análise fatorial com os itens de nenhuma das versões do instrumento. Apesar disso, os dados vão de acordo com o que tem sido evidenciado na literatura internacional no que se refere à estrutura fatorial, por exemplo, as dimensões encontradas por meio do SWAP-200 (Shedler & Westen, 2007). Especificamente em relação ao fator 3, Instabilidade de Humor, sugere-se que ele também possa ser utilizado como um indicativo geral de funcionamento patológico da personalidade.

Não obstante, os dados presentemente encontrados conferem evidências de validade com base na estrutura interna para o IDCP na medida em que foram encontradas 12 dimensões interpretáveis, relacionadas com as características dos transtornos da personalidade de acordo com a teoria de Millon (Millon & Grossman, 2007a; 2007b) e o DSM-IV-TR (APA, 2003). Nesse mesmo sentido, também os dados encontrados por meio das análises fatoriais por forma (A e B) que consiste em uma replicação, já que a amostra era diferente da primeira análise, sugerem evidências de validade com base na estrutura interna para o instrumento, já que grande parte da estrutura encontrada na primeira análise fatorial, foi evidenciada nas posteriores com as formas A e B separadamente. Apesar disso, foi encontrada uma dimensão não observada na forma completa do IDCP, chamada de Depressividade, e algumas dimensões não foram replicadas (Instabilidade de Humor na forma A e Agressividade, Evitação a Críticas e Autossacrifício na forma B) e algumas se agruparam (Dependência e Evitação a Críticas, e Necessidade de Atenção e Grandiosidade na forma A). Futuros estudos devem buscar verificar fatores relacionados às diferenças evidenciadas entre a forma completa do IDCP e as formas subdivididas.

Ainda no que diz respeito à estrutura do IDCP, o número de itens das dimensões variou entre 5 e 27 ($M=14,6$). Por um lado, esse dado indica que para grande parte das escalas parece haver um número suficiente de itens representando as características típicas de cada dimensão avaliada pelo IDCP. Por outro, para determinadas escalas (por exemplo,

impulsividade) é possível que seja necessária a formulação de novos itens. A necessidade de formulação se intensifica quando são consideradas as dimensões divididas por formas do instrumento (por exemplo, não há itens representando a dimensão Evitação a Críticas na forma B). Contudo, é necessário que se verifique a relação entre as 12 dimensões com os transtornos da personalidade, bem como a capacidade de sensibilidade especificidade das mesmas.

Outro dado importante em relação à validade do instrumento refere-se às estatísticas descritivas. Como o IDCP tenta operacionalizar transtornos, seus itens tendem a representar versões extremas de características saudáveis da personalidade. De certa forma os valores encontrados nas estatísticas descritivas, médias inferiores a 2 para 7 das 12 dimensões (Tabela 7), é condizente com essa explicação uma vez que a amostra é predominantemente composta por um grupo não clínico.

Ainda no que se refere a Tabela 6, pode-se observar que estão entre as dimensões com média mais alta, as dimensões Necessidade de Atenção e Conscienciosidade. Esse dado indica que a amostra tendeu a exibir mais as características representadas nessas dimensões que nas demais do instrumento. Essa informação está de acordo com a literatura (Widiger, 2011), sugerindo que muitos instrumentos avaliam mais as características saudáveis dos funcionamentos histriônico (Necessidade de Atenção) e compulsivo (Conscienciosidade).

Ao lado disso, outro indicativo da adequação da estrutura interna encontrada para o IDCP é o índice de fidedignidade, coeficiente alfa. Esse índice mostrou-se satisfatório para quase todas as dimensões da forma completa do instrumento, considerando como ponto de corte 0,71 (representando aproximadamente 50% de ausência de erro). Exceção a isso foi a dimensão Conscienciosidade, cujo coeficiente alfa foi igual a 0,69.

Considerações Finais

No geral, considera-se como atingido o escopo geral do trabalho, de modo que obteve-se um instrumento baseado na perspectiva teórica de Millon e nas características apresentadas no eixo II do DSM-IV-TR, sendo composto por 12 dimensões distintas, partindo de um delineamento dimensional. Além disso, as dimensões que compõem o instrumento parecem estar de acordo com o que é esperado teoricamente, sendo possível estabelecer relações entre elas e os transtornos da personalidade.

Assim, sugere-se o uso da versão final encontrada neste estudo composta por 162 itens (a soma de itens a partir dos fatores é 176, mas alguns itens se sobrepõem em diferentes dimensões). Quanto às formas A e B, considera-se necessário a realização de pesquisas aprofundando no entendimento das estruturas dessas formas, já que as soluções fatoriais encontradas para as formas e para a versão completa do instrumento foram similares, mas algumas diferenças importantes foram observadas. Ainda, pesquisas futuras devem dar continuidade para as evidências de validade do IDCP, já que a verificação da estrutura interna do instrumento é somente um primeiro passo para uma compreensão mais completa de seu funcionamento.

Em relação aos estudos futuros com o IDCP, há algumas sugestões mais específicas, principalmente em relação à busca por evidências de validade com base em critérios externos (tanto instrumento que avaliam a personalidade quanto pessoas diagnosticadas com transtornos da personalidade). Também deve-se buscar otimizar o índice de fidedignidade encontrado para a dimensão Conscienciosidade, e verificar o quanto essa dimensão e a dimensão Necessidade de Atenção avaliam de fato características patológicas ou saudáveis da personalidade. Ainda, sugere-se o uso da Teoria de Resposta ao Item (TRI), verificando possíveis impactos na fidedignidade das escalas em função de discrepâncias entre o nível do traço latente mensurado pelo instrumento e o nível do traço latente da amostra.

Também uma importante limitação deste estudo pode guiar as direções das próximas pesquisas utilizando o IDCP. Isto é, a presente amostra foi constituída principalmente por pessoas sem diagnóstico conhecido de transtornos da personalidade e, considerando as características avaliadas pelo instrumento, é importante que novos estudos recorram a amostras prioritariamente com características patológicas da personalidade.

Referências

- American Psychological Association. (2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- 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. de F. (2008). Construção de um Instrumento para avaliação dos Transtornos da Personalidade. *Dissertação de mestrado não publicada*, Universidade São Francisco, Itatiba.
- Cattell, R. B. (1943a). The description of personality: Foundations of trait measurement. *Psychological Review*, 50(6), 559-594.
- Cattell, R. B. (1943b). The description of personality: Basic traits resolved into clusters. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 38, 476-506.
- Craig, R.J., 1999. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III: current status. *Journal of Personality Assessment*, 72, 390–406.
- Cuevas, L., Garcia, L. F., Aluja, A., & Garcia, Ó. (2008). Exploratory and confirmatory factorial structure of the MCMI-III Personality Disorders: Overlapping versus non-overlapping scales. *European Journal of Psychiatry*, 22, 2: 59-68.
- Davis, R. D. (1999). Millon: Essentials of his science, theory, classification, assessment, and therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72 (3), 330-352.

Grossman, S. D., & del Rio, C. (2005). The MCMI-III facet subscales. Em: Craig, R. J. *New directions in interpreting the Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III)*. New York: John Wiley & Sons.

Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment* (4th ed.). New York: John Wiley & Sons.

Hayton, J. C., Allen, D. G. & Scarpello, V. (2004). Factor retention decisions in exploratory factor analysis: a tutorial on parallel analysis, *Organizational Research Methods*, 7(2), 191-205.

Huprich, S. K., Schmitt, T. A., Richard, D. C. S., Chelminski, I. & Zimmerman, M. (2010). Comparing factor analytic models of the DSM-IV personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Treatment, and Research*, 1(1), 22-37.

Kendler, K. S., Kupfer, D., Narrow, W., Phillips, K., & Fawcett, J. (2009). *Guidelines for making changes to DSM-V*. Acessado de http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMV/DSMRevisionActivities/Guidelines-for-Making-Changes-to-DSM_1.aspx .

Millon, T. (1999). Reflections on psychosynergy: a model for integrating science, theory, classification, assessment, and therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72(3), 437-456.

Millon, T. & Davis, R. D. (1996). *Disorders of Personality DSM-IV and Beyond*. New Jersey: Wiley.

Millon, T., Millon, C. M. & R. D., Davis. (1994). *MCMI-III Manual*. Minneapolis: Dicandrien.

Millon, T. Millon, C. M., Meagher, S. Grossman, S. & Ramanath, R. (2004). *Personality Disorders in Modern Life*. New Jersey: Wiley, 2004.

Millon, T., Grossman, S., & Tringone, R. (2010). *The Millon Personality Spectrometer: a tool for personality spectrum analyses, diagnoses, and treatments*. Em: Millon, T., Krueger, R. F.,

& Simonsen. (Orgs.), Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11, The Guilford Press, New York.

Rossi, G., Elklit, A., & Simonsen, E. (2010). Empirical evidence for a four factor framework of personality disorder organization: multigroup confirmatory factor analysis of the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III personality disorder scales across Belgian and Danish data samples. *Journal of Personality Disorders*, 24, 1: 128-50.

Samuel, D. B. & Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: a facet level analysis. *Clinical psychology review*, 28(8):1326-42.

Shedler, J., & Westen, D. (2007). The Shedler–Westen Assessment Procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 41–55.

Skodol A.E., Bender D. S., Morey L. C., Clark L. A., Oldham J. M., Alarcon R. D., Krueger R. F., Verheul R., Bell C. C., Siever L.J. (2011). Personality Disorder Types Proposed for DSM 5. *Journal of Personality Disorders*, 25(2):136-169.

Strack, S., & Millon, T. (2007). Contributions to the dimensional assessment of personality disorders using Millon's model and the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI9-III). *Journal of Personality Assessment*, 89 (1), 56-69.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. 5ª edição. Boston: Allyn & Bacon.

Watkins, M. W. (2006). Determining parallel analysis criteria. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 5(2), 344-346.

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 II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 273–285.

Widiger, T. A. & Lowe, J. R. (2008). A dimensional model of personality disorder: proposal for DSM-V. *The Psychiatric clinics of North America*, 31(3):363-78.

Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Place Tectonics in the Classification of Personality Disorder: shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62, 2, 71-83.

Widiger T. A. (2011). A shaky future for personality disorders. *Personality disorders: theory, research, and treatment*, 2(1), 54-67.

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.

Título Completo em português: Propriedades Psicométricas do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) pelo Modelo de Resposta Graduada

Título Abreviado: IDCP e Modelo de Resposta Graduada

Título Completo em inglês: Psychometric Properties of the Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) using Rating Scale Model

Título Abreviado (inglês): IDCP and Rating Scale Model

Lucas de Francisco Carvalho (Universidade São Francisco; Universidade Presbiteriana Mackenzie); Ricardo Primi (Universidade São Francisco)

Resumo

A maior parte dos instrumentos no campo da saúde mental é desenvolvida e tem suas propriedades psicométricas verificadas com base em procedimento estatísticos derivados da Teoria Clássica dos Testes (TCR). Contudo, outros modelos matemáticos começam a ser utilizados para investigar as características psicométricas de diferentes instrumentos que avaliam transtornos psiquiátricos, incluindo os transtornos da personalidade. Entre esses modelos, ressalta-se a Teoria de Resposta ao Item (TRI) e, mais especificamente, um de seus modelos mais amplamente utilizados, o modelo de Rasch. O objetivo do presente estudo foi verificar os parâmetros dos itens e pessoas obtidos por meio de um dos modelos derivados a partir do modelo de Rasch para o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP). Para tanto, foram recrutados 1281 participantes, com idade variando entre 18 e 90 anos ($M=26,64$; $DP=8,94$), sendo 431 homens (33,6%), e 127 (9,9%) pacientes diagnosticados com transtornos do eixo I e/ou eixo II de acordo com o DSM-IV-TR. Essas pessoas responderam ao IDCP, um teste de autorrelato composto por 215 itens, dos quais 162 foram distribuídos em 12 dimensões. Os resultados encontrados apontam para adequação das dimensões do IDCP, assim como a possibilidade de aplicação clínica dos procedimentos com base no modelo de Rasch. Como era esperado, os itens tenderam a ser pouco endossados pelos participantes, já que grande parte da amostra não tinha diagnóstico psiquiátrico conhecido. Além disso, ressalta-se os dados obtidos por meio do uso do mapa de itens-pessoas, conferindo significado psicológico para a escala numérica das dimensões do instrumento.

Palavras-chave: Teoria de resposta ao item; propriedades psicométricas; transtornos da personalidade

Abstract

Most of the instruments in the mental health field is developed and has verified its psychometric properties based on statistical procedures derived from Classical Test Theory (CTT). However, other mathematical models began to be used to investigate the psychometric characteristics of different instruments that assess psychiatric disorders, including the personality disorders. Among these models, the Item Response Theory (IRT) can be noted and, more specifically, one of its most widely used mathematical models, the Rasch model. The aim of this study was to determine the parameters of the items and people obtained by the Rasch model for the Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP). For this purpose, we recruited 1281 participants, aged between 18 and 90 years ($M=26,64$; $DP=8,94$), 431 men (33.6%) and 127 (9.9%) patients diagnosed with axis I disorders and/or axis II according to DSM-IV-TR. These people responded to the IDCP, a self-report test consisting of 215 items, which 162 were distributed in 12 dimensions. The results indicate the adequacy of the IDCP dimensions, as well as the possibility of clinical application of procedures based on the Rasch model. As expected, the items tended to be little endorsed by the participants, since most of the sample had no known psychiatric diagnosis. Furthermore, we point to the data obtained through the use of the item map, giving psychological meaning to the numerical scale of the instrument dimensions.

Keywords: Item response theory; psychometric properties; personality disorders.

Atualmente a personalidade é compreendida em um *continuum*, por um lado, modos de funcionamento bem sucedidos ao lidar com obstáculos do cotidiano ou, por outro, funcionamentos desadaptativos, isto é, indivíduos que não conseguem lidar com as demandas do dia a dia e têm prejuízos com isso (Millon, Millon, Meagher, Grossman & Ramanath, 2004). Pessoas que apresentam um funcionamento desadaptativo são caracterizadas por deficiências, dissonâncias e conflitos para lidar com as tarefas cotidianas, e quando persistente, esse padrão pode ser considerado como um transtorno da personalidade (Millon & Grossman, 2007a; 2007b).

De acordo com Millon (Millon, Grossman & Tringone, 2010), os transtornos da personalidade dizem respeito a estilos ou padrões distintos de funcionamento patológico da personalidade. Para compreensão do desenvolvimento e manifestação desses funcionamentos, Millon propõe três estágios baseados nos princípios evolutivos, os estágios evolutivos, orientações para existência, modos de adaptação e estratégias de replicação (Alchieri, 2004; Davis, 1999; Millon & Davis, 1996; Millon & cols., 2004; Strack & Millon, 2007).

Orientações para existência diz respeito a pessoas cujo foco é na busca por experiências prazerosas e ganhos (busca pelo prazer) e pessoas as quais o foco é na tentativa de evitar eventos e situações que sejam perigosas ou tragam danos (evitação da dor). Na segunda fase, modos de adaptação, o foco dos indivíduos pode estar na modificação do ambiente ao redor (adaptação ativa) ou na própria acomodação ao ambiente em que vivem (adaptação passiva). E, a última fase, estratégias de replicação, é representada tanto por pessoas que são mais voltadas para o eu/*self* (foco no eu), para a autopropagação, quanto pessoas mais voltadas para o cuidado com o outro (foco no outro).

Partindo desses estágios evolutivos, Millon (Davis, 1999; Millon & cols., 2004; Millon & Grossman, 2007a; 2007b) derivou quinze estilos patológicos da personalidade (transtornos da personalidade). São eles, depressivo, esquizoide, borderline, paranoide,

sádico, compulsivo, masoquista, antissocial, dependente, histriônico, negativista, esquizotípico, evitativo, narcisista e hipomaníaco. Cabe ressaltar que ainda não existem estudos empíricos e desenvolvimentos teóricos explícitos acerca do funcionamento hipomaníaco, por isso, esse estilo ainda não está apresentado no arcabouço teórico de Millon.

Com base na teoria de Millon na tentativa de avaliar os estilos patológicos da personalidade propostos, foi desenvolvido o Millon Clinical Multiaxial Inventory (Millon, Millon & Davis, 1994), que também avalia outros transtornos psiquiátricos. Atualmente o instrumento encontra-se em sua terceira versão, o MCMI-III, que apresenta 14 escalas para avaliação dos transtornos da personalidade que devem ser respondidas pelo próprio indivíduo (autorrelato). A literatura internacional apresenta diversos estudos verificando as propriedades psicométricas do MCMI-III (Millon & Davis, 1996; Millon & cols., 1994; Craig & Bivens, 1998; Dyce, O'Connor, Parkins & Janzen, 1997; Rossi, Van der Ark, & Sloore, 2007; Rossi, Brande, Tobac, Sloore & Hauben, 2003).

A despeito do amplo conjunto de estudos internacionais no campo da avaliação dos transtornos da personalidade, que consideram a relevância desses transtornos na prática clínica (Strack & Millon, 2007; Handler & Meyer, 1997; Widiger & Trull, 2007), no Brasil existem poucos estudos na área (Morana, 2003; Carvalho, 2008; Carvalho, Bartholomeu & Silva, 2010). Partindo da verificação da escassez de instrumentos desenvolvidos em âmbito nacional para avaliação dos transtornos da personalidade, foi desenvolvido o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (Carvalho & Primi, 2008) que, por um lado, tem base teórica com apoio na proposta de Millon (Millon & cols., 2010) e no eixo II do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV-TR (DSM-IV-TR; APA, 2003) e, por outro, busca respaldo empírico no delineamento dimensional (Schroder, Wormworth & Livesley, 1992). Trata-se de um teste de autorrelato, composto por 215 itens, dos quais 162

foram distribuídos em 12 dimensões (Carvalho, 2011), que estão brevemente apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1.

Dimensões do IDCP e respectivas características

Dimensões	Características
1. Dependência	Incapacidade de confiar em si para tomar decisões; acredita ter performance inadequada; depende dos outros para tomada de decisões.
2. Agressividade	Desconsideração do outro para conseguir o que deseja; inconsequência; atos violentos.
3. Instabilidade de Humor	Humor triste e irritável; oscilação no humor; reações impulsivas e extremas; culpa.
4. Excentricidade	Ausência de prazer em estar com os outros; desconfiança; crenças de que é diferente dos outros; comportamentos excêntricos e idiossincráticos.
5. Necessidade de atenção	Necessidade exagerada da atenção alheia; sedução e reações exageradas; busca intensa por amizades.
6. Desconfiança	Incapacidade de confiar nos outros; preferência pelo que é conhecido; rigidez nos relacionamentos; persecutoriedade.
7. Grandiosidade	Necessidade exagerada de reconhecimento alheio e admiração pelos outros; crenças de merecimento e superioridade.
8. Isolamento	Diminuição no prazer com relacionamentos; preferência por ficar sozinho.
9. Evitação a Críticas	Crenças generalizadas de incapacidade; crenças de humilhação e críticas pelos outros.
10. Autossacrifício	Exagerada desconsideração do eu (<i>self</i>) e consideração ao outro; reações de ajuda e sacrifícios pelos outros com prejuízos para si próprio.
11. Conscienciosidade	Necessidade por fazer as coisas da maneira organizada e ordenada; foco nas obrigações; preocupação excessiva; perfeccionismo; regras rígidas nos relacionamentos.
12. Impulsividade	Impulsividade e inconsequência; gosto por atividades violentas; envolvimento em problemas.

Por meio do IDCP, os transtornos da personalidade devem ser avaliados nas 12 dimensões, que estão de acordo com as elucubrações teóricas de Millon (Millon & Grossman, 2007a; 2007b). Além disso, o instrumento é consonante com a tendência atual para a futura edição do DSM, o DSM 5, qual seja, a base diagnóstica dimensional, considerando que as pessoas devem ser avaliadas em todas as dimensões da personalidade, compondo assim um perfil.

Em termos psicométricos, tanto o MCMI quanto o IDCP foram desenvolvidos na perspectiva da Teoria Clássica dos Testes (TCT). Do uso dos pressupostos da TCT em detrimento a outras famílias de modelos matemáticos, decorre a problemática conhecida em

ciências sociais como medidas arbitrárias (Embretson, 2006). Usualmente, os testes psicológicos são interpretados com referência em normas, que atribui significado às pontuações obtidas no teste comparando-as a um grupo normativo. Embora a importância dessa informação seja reconhecida, ela não informa acerca do significado do que está sendo mensurado per se ou, em outras palavras, o que significa oscilações de pontos na escala numérica do teste. Essa questão é apontada na literatura como problemática da métrica arbitrária.

Na tentativa de lidar com essa questão, são encontrados na literatura diversos estudos utilizando modelos com base na Teoria de Resposta ao Item (TRI) para o desenvolvimento e verificação das propriedades psicométricas de testes para avaliação da personalidade, transtornos da personalidade e construtos relacionados (Balsis, Gleason, Woods & Oltmanns, 2007; Cooke & Michie, 1997; Feske, Kirisci, Tarter & Pilkonis, 2007; Olatunji et al., 2009; Samuel, Simms, Clark, Livesley & Widiger, 2010; Stelmack et al., 2004; Walton, Roberts, Krueger, Blonigen & Hicks, 2008).

A partir do uso da TRI é possível aplicar o procedimento denominado como normatização com referência ao item. Esse procedimento configura-se como um modo para atribuição de significados para as pontuações obtidas em um teste, relacionando as pontuações com padrões de resposta esperados, de modo a permitir uma atribuição de significados mais qualitativa para a escala numérica utilizada (Carvalho & Primi, 2009; Carvalho & Primi, 2010; Linacre, 2009; Primi, 2004.). A aplicação da normatização com referência ao item pode ser considerada como uma das principais vantagens do uso de modelos matemáticos com base na TRI em instrumentos para avaliação de construtos psicológicos.

Além disso, o uso dos modelos matemáticos com base na TRI permite, (a) investigar a estrutura e adequação das categorias utilizadas como respostas de um teste (sobretudo no

caso de escalas tipo Likert); (b) comparar o nível de intensidade do construto representado nos itens de um teste com o nível de intensidade do construto nas pessoas; (c) investigar a organização hierárquica dos itens de acordo com a intensidade representada por cada um deles; e, (d) verificar os índices de fidedignidade de um teste nos diferentes níveis em que o construto é mensurado. Certamente outras vantagens e possibilidades de aplicação da TRI poderiam ser apontadas, mas um levantamento extenso vai além do escopo deste trabalho.

Partindo de críticas como essas, entre outras, o número de pesquisas utilizando modelos matemáticos alternativos tem crescido, especialmente na literatura internacional (Walton, Roberts, Krueger, Blonigen & Hicks, 2008). Entre esses modelos, destaca-se a Teoria de Resposta ao Item (TRI) que emergiu a partir de críticas realizadas à TCT (Pasquali & Primi, 2003; Primi, 2004). A TRI propõe um modelo matemático para representar a situação de testagem na qual uma pessoa responde a um grupo de itens. Quanto mais intensa é uma determinada característica na pessoa, maior é a probabilidade de endosso com um item que avalie aquela característica. Diferentemente, quanto menos intensa é a característica na pessoa, menor deve ser a probabilidade de endossar o item (Pasquali & Primi, 2007).

Portanto, a probabilidade de escolha a uma resposta em particular varia de acordo com o nível em que uma dada característica (θ ou theta) é presente ou não no respondente. Existem diversos modelos baseados na TRI, sendo um dos mais utilizados o modelo de Rasch (Embretson, 2000). No modelo de Rasch, os itens são caracterizados somente pelo parâmetro b , chamado de nível de dificuldade, por isso, esse modelo também é chamado de modelo de um parâmetro. No caso de testes que utilizam escalas tipo Likert para resposta aos itens, existem duas propostas alternativas dentro da família de modelos de Rasch (Wright, 1982), quais sejam, a escala graduada (*Rating Scale Model*) e créditos parciais (*Partial Credit Model*).

Ambos os modelos consideram a relação entre as respostas as pessoas aos itens como indicativas do nível no traço latente (isto é, theta), assumindo que o aumento na escala de resposta (por exemplo, 5 pontos na escala Likert) é indicativo do aumento nos níveis de uma dada característica. A diferença básica entre os dois modelos, escala graduada e créditos parciais, é que no primeiro caso assume-se que os avanços na escala Likert são constantes e iguais para todos os itens, e no segundo caso essa condição é flexibilizada, podendo-se estabelecer diferentes distâncias entre as pontuações Likert dependendo do item. Considera-se na literatura o modelo de resposta graduada como mais apropriado para escalas Likert. Na sequência é apresentada a equação que dá base para a Curva Característica do Item (CCI) no modelo de resposta gradual (Embretson, 2000).

$$P_{ijx}(\theta_j) = \frac{\exp\left(\sum_{j=0}^x [\theta_j - (\lambda_k + b_i)]\right)}{\sum_{x=0}^m \exp\left(\sum_{j=0}^x [\theta_j - (\lambda_k + b_i)]\right)}$$

Onde $P_{ijx}(\theta_j)$ indica a probabilidade do sujeito j ter uma pontuação x no item i . As pontuações no item têm a notação $x = 0, \dots, m$ (para $m + 1$ categorias de resposta) e $\sum_{j=0}^0 [\theta_j - (\lambda_k + b_i)] = 0$. O parâmetro θ_j é o nível da pessoa j no traço latente (theta) avaliado pelo item. $Exp(x)$ é o símbolo que significa a exponenciação da base natural e $e \cong 2.72$ para a potência x . O parâmetro λ_k é o limiar de transição (ou intersecção) entre as categorias da escala. Uma escala Likert de quatro pontos (por exemplo, 1, 2, 3 e 4) terá três transições representando a transição entre as categorias 1 e 2 (λ_1), 2 e 3 (λ_2) e 3 e 4 (λ_3). Esses pontos representam níveis na dimensão latente que demarcam a transição de uma categoria (por exemplo, 2) para a próxima categoria mais intensa (por exemplo, 3) em termos de probabilidades de selecionar essas características. No ponto exato correspondente a transição, a probabilidade de escolher uma ou outra categoria é igual. Acima da transição, a categoria superior torna-se a mais provável e abaixo da transição a mesma torna-se menos provável.

Assim, a distância entre as transições determina os intervalos na dimensão latente associados às categorias da escala tipo Likert e a probabilidade de ocorrência de uma resposta em particular. Uma característica distinta do modelo de escala gradual é que esses intervalos escalares entre as categorias são relativamente iguais entre todos os itens. O parâmetro b_i representa a localização do item i , que é dado pela média dos limiares de transição de um item. Itens que representam extremos da dimensão latente são representados por medias de transições altas já que suas transições são localizadas nos níveis mais extremos de theta.

São presentes na literatura pesquisas que utilizam modelos da TRI para desenvolver testes e verificar seus parâmetros na área da personalidade e transtornos da personalidade, e outros construtos relacionados a clínica psicológica e psiquiátrica (Balsis, Gleason, Woods & Oltmanns, 2007; Cooke & Michie, 1997; Feske, Kirisci, Tarter & Pilkonis, 2007; Olatunji, 2009; Samuel, Simms, Clark, Livesley & Widiger, 2010; Stelmack, 2004; Walton & cols., 2008). Por meio desses modelos matemáticos, é possível lidar com críticas realizadas a TCT, bem como tornar escalas numéricas a priori arbitrárias em escalas com sentido psicológico (Embretson, 2006).

Considerando a possibilidade de uso desse modelo matemático no campo de avaliação dos transtornos da personalidade, o objetivo do presente estudo foi verificar os parâmetros dos itens e pessoas obtidos por meio do modelo de escala graduada para o IDCP. Especificamente, investigou-se a dimensionalidade dos fatores do instrumento; foram estimados os parâmetros dos itens do teste e participantes do estudo; verificou-se o ajuste dos parâmetros encontrados ao que é esperado pelo modelo matemático; os índices de fidedignidade e a precisão local foram estimados; buscou-se analisar as categorias de resposta das escalas; e, procedeu-se a análises quantitativa e qualitativa do mapa de itens-pessoas. A explanação dos procedimentos empregados será apresentada convenientemente ao longo do trabalho.

Método

Participantes

Foram recrutados 1281 participantes, com idade variando entre 18 e 90 anos ($M=26,64$; $DP=8,94$), sendo 431 homens (33,6%), 792 mulheres (61,8%), e 58 (4,5%) casos *missing*. A amostra foi composta por universitários sem diagnóstico psiquiátrico conhecido ($N=1154$) e por pacientes diagnosticados com transtornos psiquiátricos ($N=127$) do eixo I e/ou eixo II de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2003).

Instrumentos

Foi aplicado um instrumento, o IDCP, para avaliação dos transtornos da personalidade de acordo com a teoria de Millon e as características descritas no eixo II do DSM-IV-TR. Como já descrito anteriormente, trata-se de um inventário de autorrelato composto por 215 itens distribuídos em 12 dimensões. Para o cálculo das 12 dimensões foram considerados somente 162 itens, já que os outros itens não se sustentaram na versão final do instrumento (Carvalho, 2011). São as dimensões, Dependência, Agressividade, Instabilidade de Humor, Excentricidade, Necessidade de atenção, Desconfiança, Grandiosidade, Isolamento, Evitação a Críticas, Autossacrifício, Conscienciosidade e Impulsividade. Cabe ressaltar que o instrumento foi desenvolvido de modo a ser aplicado em sua forma completa (forma AB, 215 itens), ou em formas parciais, forma A (107 itens) e forma B (108 itens). O tempo aproximado da aplicação foi de 30 minutos para forma completa do instrumento (forma AB) e 15 minutos para as formas A e B.

Procedimento e Delineamento

O instrumento foi aplicado nos participantes, sendo que para todos foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Protocolo CAAE 0350.0.142.000-08) no qual constou o objetivo principal do estudo e a divulgação dos resultados de acordo com as normas éticas. Assim, somente concordando com os procedimentos da pesquisa e assinando o

TCLE o participante foi habilitado a participar deste estudo. Ao lado disso, o momento da aplicação dos instrumentos implicou sempre a presença do pesquisador, possibilitando que possíveis dúvidas dos participantes fossem esclarecidas. Apesar disso, raríssimas foram as ocasiões nas quais surgiram dúvidas.

Todos os participantes do estudo responderam, ao menos, uma das versões do instrumento (somente a forma A (N=316) ou somente a forma B (N=358) e N=561 para o instrumento completo). As aplicações foram realizadas, no caso dos universitários, em salas de aula de universidades de São Paulo (privada), Paraná (pública) e Santa Catarina (privada); e no caso dos pacientes psiquiátricos, em salas de espera do estado de São Paulo, seja de clínica particular ou de hospital público.

Após a coleta de dados e a tabulação dos mesmos, foram realizadas análises estatísticas buscando responder o objetivo do estudo. Os dados coletados foram submetidos à análise por meio do modelo de Rasch, especificamente o modelo de resposta gradual, utilizando o *software* estatístico Winsteps (Linacre, 2009) verificando os parâmetros dos itens e dos respondentes.

Cabe considerar que um dos postulados básicos da modelagem via TRI é a unidimensionalidade, isto é, o modelo supõe que os itens estejam medindo uma dimensão principal e que dimensões secundárias tenham uma influência negligenciável (Hambleton & Swaminatham, 1985). Assim, a verificação da unidimensionalidade das dimensões do IDCP foi o passo inicial para proceder-se às outras análises apresentadas neste estudo. Para tanto, considerou-se cada fator do IDCP como uma dimensão independente (ainda que relacionadas).

Empregou-se o Winsteps para calibrar os parâmetros dos itens (características), que implementa um método de estimação de máxima verossimilhança (*Joint Maximum Likelihood Estimation*). Para análise do ajuste do modelo, foram considerados os índices de ajuste ao

modelo, *infit* e *outfit*. Esses índices consistem em valores médios dos resíduos (pontuação observada – modelada) padronizados e elevados ao quadrado, sendo assim, são qui-quadrados divididos pelos graus de liberdade. Empregando as recomendações da literatura, considerou-se valores acima de 1,3 e correlações item-total próximas a zero como indicativos de desajuste ao modelo (Linacre & Wright, 1994, Smith, 1996; Wright & Linacre, 1994). Também se considerou índices de fidedignidade e precisão local; categorias de respostas das escalas; e análises quantitativas e qualitativas do mapa de itens-pessoas. As análises que dizem respeito à precisão local, categorias de respostas e o mapa de itens-pessoas serão apresentadas somente para uma das escalas do IDCP, a escala Autossacrifício, dado o espaço disponível. Cabe ressaltar, também, que para fins das análises, a média de dificuldade dos itens (b) foi fixada em zero.

Resultados e Discussão

Esta pesquisa teve como objetivo verificar os parâmetros dos itens e pessoas obtidos por meio do modelo de escala graduada para o IDCP. Em um primeiro momento, foi verificado o pressuposto da unidimensionalidade por meio da análise de componentes principais dos resíduos implementada no Winsteps. A partir dos parâmetros dos itens e dos sujeitos é possível calcular uma resposta esperada para cada sujeito a cada item. A discrepância entre essa resposta modelada (esperada) e a observada é o resíduo.

A análise de componentes principais que o Winsteps procede é realizada sobre essa nova matriz de dados de resíduos, isto é, com base na parcela de respostas não preditas pelo modelo. Assim, se um componente reunir itens com magnitude maior que 2 (de acordo com orientações de Linacre, 2009) sugere-se uma segunda dimensão que potencialmente pode afetar os dados de maneira a ofuscar o significado da primeira dimensão. Isso posto, nessa análise busca-se verificar componentes com valores de *eigenvalues* iguais ou superiores a 2,0.

Entretanto, nenhuma das dimensões apresentou contrastes atingindo 2,0 *eigenvalues*. Uma vez garantida a unidimensionalidade das escalas, deu-se prosseguimento às análises.

Na Tabela 2 estão apresentadas as estatísticas descritivas sumarizadas dos traços latentes (theta) dos respondentes, seus respectivos índices de ajuste (*infit* e *outfit*) e o número de itens respondidos em cada uma das escalas do IDCP. Além disso, essa tabela sumariza os dados descritivos para os itens, isto é, o nível de dificuldade, os índices de ajuste, a correlação item-theta, e os índices de fidedignidade (real e modelado, linha superior) e de separação (real e modelado, linha inferior).

Tabela 2.
Estatísticas descritivas sumarizadas das pessoas e dos itens

		Pessoas			Itens				
		Theta	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	b	<i>Infit</i>	<i>Outfit</i>	Corr.	Fidedignidade
Dependência	\bar{X} (DP)	-1,0 (1,0)	1,0 (0,5)	1,0 (0,5)	0 (0,4)	1,0 (0,1)	1,0 (0,2)		0,77 (0,81)
	Máx.	2,1	3,3	4,1	0,7	1,3	1,4	0,4-0,6	1,84(2,03)
	Mín.	-3,9	0,1	0	-0,8	0,7	0,7		
Agressividade	\bar{X} (DP)	-1,3 (0,8)	1,0 (0,4)	0,9 (0,6)	0 (0,4)	1,0 (0,1)	0,9 (0,2)		0,70 (0,73)
	Máx.	2,0	4,9	9,9	1,1	1,4	1,5	0,3-0,5	1,51 (1,65)
	Mín.	-3,7	0,2	0,2	-0,8	0,8	0,6		
Instabilidade de humor	\bar{X} (DP)	-0,5 (0,9)	1,0 (0,4)	1,0 (0,5)	0 (0,4)	1,0 (0,1)	1,0 (0,1)		0,85 (0,87)
	Máx.	2,7	2,8	3,8	0,8	1,4	1,3	0,4-0,6	2,34 (2,58)
	Mín.	-4,0	0,1	0,1	-0,7	0,7	0,7		
Excentricidade	\bar{X} (DP)	-1,2 (0,9)	1,0 (0,4)	0,9 (0,5)	0 (0,3)	1,0 (0,1)	1,0 (0,2)		0,70 (0,73)
	Máx.	2,4	2,8	3,3	0,5	1,3	1,3	0,4-0,6	1,53 (1,66)
	Mín.	-3,5	0	0	-0,8	0,7	0,6		
Necessidade de Atenção	\bar{X} (DP)	-0,3 (0,9)	1,0 (0,6)	1,0 (0,7)	0 (0,6)	1,0 (0,2)	1,0 (0,2)		0,72 (0,78)
	Máx.	3,1	4,6	8,0	1,1	1,4	1,6	0,4-0,6	1,62 (1,88)
	Mín.	-3,3	0	0	-1,1	0,5	0,6		
Desconfiança	\bar{X} (DP)	-0,4 (1,0)	0,9 (0,6)	0,9 (0,6)	0 (0,4)	1,0 (0,1)	1,0 (0,2)		0,69 (0,74)
	Máx.	2,9	3,3	4,0	0,6	1,2	1,2	0,4-0,7	1,48 (1,67)
	Mín.	-3,7	0	0	-0,7	0,7	0,7		
Grandiosidade	\bar{X} (DP)	-0,8 (1,0)	1,0 (0,6)	1,0 (0,6)	0 (0,5)	1,0 (0,1)	1,0 (0,1)		0,64 (0,70)
	Máx.	2,7	4,2	5,0	0,7	1,2	1,2	0,5-0,6	1,33 (1,52)
	Mín.	-3,5	0	0	-1,1	0,8	0,7		
Isolamento	\bar{X} (DP)	-0,7 (0,9)	1,0 (0,6)	1,0 (0,6)	0 (0,3)	1,0 (0,1)	1,0 (0,1)		0,60 (0,66)
	Máx.	2,5	3,3	5,0	0,6	1,2	1,2	0,5-0,6	1,23 (1,40)
	Mín.	-3,2	0	0	-0,5	0,7	0,7		
Evitação a Críticas	\bar{X} (DP)	-1,3 (1,1)	1,0 (0,6)	0,9 (0,6)	0 (0,4)	1,0 (0,2)	0,9 (0,2)		0,60 (0,66)
	Máx.	2,8	3,4	3,8	0,6	1,3	1,4	0,6-0,7	1,23 (1,38)
	Mín.	-2,9	0	0	-1,0	0,7	0,6		
Autossacrifício	\bar{X} (DP)	-0,4 (1,3)	0,9 (0,7)	0,9 (0,8)	0 (0,5)	1,0 (0,1)	0,9 (0,1)		0,63 (0,71)
	Máx.	3,4	4,7	4,8	0,9	1,1	1,1	0,7-0,7	1,30 (1,55)
	Mín.	-3,5	0	0	-0,6	0,9	0,9		
Conscienciosidade	\bar{X} (DP)	0,1 (0,7)	0,9 (0,6)	1,0 (0,6)	0,1 (0,7)	1,0 (0,2)	1,0 (0,2)	0,4-0,6	0,52 (0,61)
	Máx.	2,6	4,4	6,7	2,6	1,3	1,3		1,04 (1,24)

	Mín.	-2,8	0	0	-2,8	0,7	0,7		
	\bar{X} (DP)	-0,8 (0,9)	0,9 (0,6)	0,9 (0,7)	0 (0,3)	1,0 (0)	0,9 (0)		0,29 (0,39)
Impulsividade	Máx.	2,3	3,7	4,7	0,5	1,1	1,0	0,6-0,7	0,64 (0,79)
	Mín.	-2,4	0	0	-0,6	0,9	0,9		

No geral, o nível médio do traço latente nas escalas sugere que os itens tenderam a não serem endossados pela amostra, exceto pela escala Conscienciosidade, na qual a média de theta foi positiva. As escalas com as menores médias de theta (-1,37 e -1,35) foram Agressividade e Evitação a Críticas, respectivamente, indicando que os itens dessas escalas foram os menos endossados pelos participantes. Embora a média do nível no traço latente dos participantes tenha sido baixa, observou-se variabilidade de pontuação em todas as escalas, sugerindo que a amostra é composta por pessoas com funcionamentos da personalidade mais saudáveis e funcionamentos mais patológicos. Para realizar essa inferência assume-se que as pontuações dos sujeitos, mais brandas ou mais extremas, seja indicativo do nível de funcionamento dos mesmos.

Ainda em relação aos participantes, por meio dos índices de ajuste, *infit* e *outfit*, foram verificadas discrepâncias entre os valores esperados e observados em relação à estimação dos thetas dos respondentes. Esses valores tenderam a ser adequados (Linacre & Wright, 1994), uma vez que a média foi abaixo de 1,3 para todas as escalas. Entretanto, foram encontrados valores máximos dos índices de ajuste superiores a 1,3, sugerindo discrepâncias para além do esperado pelo modelo para alguns sujeitos. Além disso, o índice de fidedignidade das estimativas de theta calculado pelo modelo de Rasch variou entre 0,29 e 0,85 (real) e 0,39 e 0,87 (modelado). Parte dos índices pode ser considerada como satisfatórios, sobretudo, ponderando que algumas escalas possuem um número pequeno de itens, e que o nível médio de dificuldade dos itens e o nível médio dos sujeitos no traço latente apresentam diferenças importantes. Ambas características podem influenciar no cálculo dos índices de fidedignidade (Embretson, 2000).

No que concerne aos dados descritivos para os itens, o índice de dificuldade variou entre -2,86 e 2,62, que são o mínimo e o máximo, respectivamente, da dimensão Conscienciosidade. A média dos índices de ajuste de todas as escalas foi adequada (inferior a 1,3), ainda que o máximo para algumas escalas tenha atingido índices superiores ao que é esperado. Ainda, as correlações item-theta apontam para altas magnitudes de correlação entre os itens e suas respectivas dimensões, o que também sugere coesão entre os componentes (itens) de cada dimensão. Complementando as informações acerca da fidedignidade das dimensões, realizou-se também o cálculo da precisão ou erro local.

Uma das vantagens do uso da TRI é compreender a fidedignidade condicionada a escala, isto é, saber em que região da escala o teste apresenta maior índice de precisão. Isso é feito por meio da curva de informação que mostra a informação disponível em relação aos níveis de theta. Uma forma de expressar a curva em uma escala padronizada de 0 a 1 é a precisão local (Daniel, 1999).

Por meio desse índice é possível verificar para quais níveis de theta (traço latente) o conjunto de itens (dimensão) é mais livre de erro de medida (isto é, mais fidedigno). Assim, por exemplo, um fator com um índice moderado de fidedignidade pode ser altamente fidedigno em uma determinada faixa de traço latente, mas pouco para outra faixa. Cabe ressaltar que, para o cálculo da precisão local, foram considerados somente 477 sujeitos, aqueles que responderam a maior parte dos itens de cada escala (utilizou-se como critério o número de respondentes na dimensão Instabilidade de Humor, que obteve o menor número de respondentes para todos itens). Na Figura 1 estão apresentados os índices de fidedignidade para a dimensão Autossacrifício de acordo com o nível de theta dos sujeitos (precisão local).

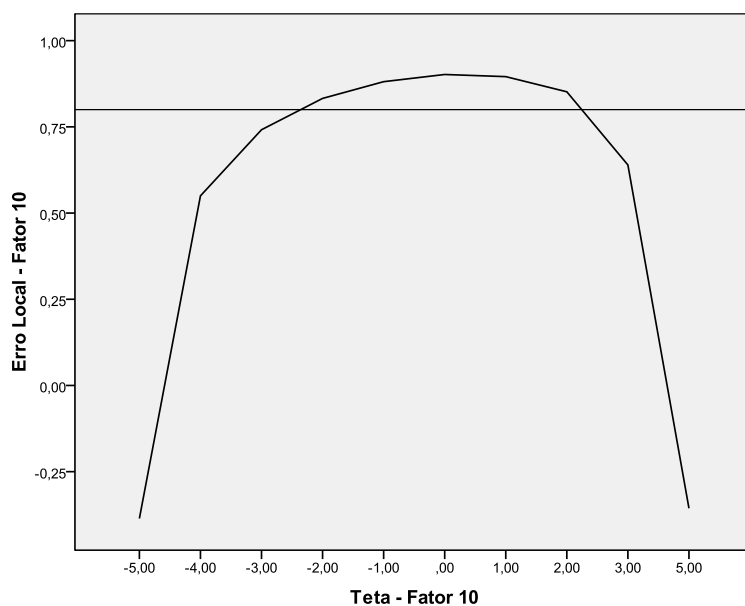


Figura 1. Precisão local para os thetas na dimensão Autossacrifício

Na Figura 1, o eixo x (horizontal) diz respeito ao theta (variando entre -5 e +5) e o eixo y (vertical) ao índice de fidedignidade. O traço horizontal que corta o gráfico está dividindo a curva em índices de fidedignidade iguais ou maiores a 0,80 e índices inferiores a esse ponto de corte. A partir disso, é possível verificar em que faixa de theta a dimensão Autossacrifício é mais fidedigna. Como pode ser visualizado, essa faixa compreende os valores de theta entre -2,22 e 2,14, e a média de fidedignidade nessa faixa é de 0,88 (entre 0,80 e 0,90). Esse dado é contrastante com o índice “geral” de fidedignidade dessa dimensão, 0,71, que ponderado para diferentes níveis no traço latente, pode aumentar ou diminuir.

Como era esperado, o índice de fidedignidade da dimensão é superior para níveis mais altos no traço latente, já que o IDCP tem foco no funcionamento patológico da personalidade. Não há espaço para apresentação dessas informações acerca de todas as dimensões, mas esse aumento da fidedignidade para determinadas faixas de theta foi verificado para todas as escalas do instrumento. Na continuidade, a Figura 2 fornece dados ilustrativos acerca das categorias de resposta da dimensão Autossacrifício.

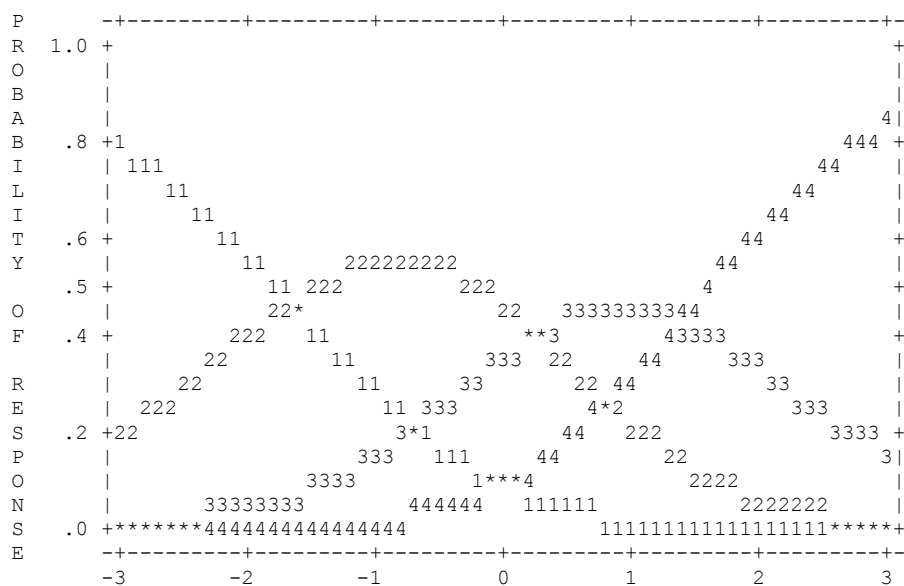


Figura 2. Categorias de resposta da dimensão Autossacrifício

Na Figura 2 estão demonstradas as categorias de resposta dos itens da dimensão Autossacrifício. No eixo x observa-se a escala de theta (nível dos respondentes no traço latente) e no eixo y a probabilidade de resposta dos participantes nos diferentes níveis de theta (na figura, a média de b está centrada em zero). Desse modo, observa-se as probabilidades de endosso dos participantes em cada uma das categorias de resposta e suas distribuições nos diferentes níveis de theta para um item $b_i=0$ (isto é, nível médio de dificuldade igual a zero). Cabe ressaltar as quatro categorias de resposta, quais sejam, “não tem nada a ver comigo”(1), “tem um pouco a ver comigo” (2), “tem a ver comigo” (3), e “tem muito a ver comigo” (4). A intersecção entre duas categorias pode ser interpretada como o valor limiar (*threshold*) de transição entre essas categorias. O *threshold* entre as categorias 1 e 2 é igual a -1,65, entre a 2 e 3 igual a 0,28, e entre 3 e 4 igual a 1,37. Ainda, uma clara representação de todas as categorias foi observada, ou seja, a não sobreposição das curvas em pelo menos uma faixa de theta. Em outras palavras, a separação das curvas em diferentes regiões na escala de theta (eixo horizontal) é uma característica métrica desejável e os dados empíricos mostram que as resposta aos estímulos elaborados (itens) foi modelada quantitativamente por meio de uma relação monotônica crescente entre theta e a categoria

escalar. Ainda, cabe salientar que para todas as dimensões do IDCP as categorias de resposta apresentaram adequação de acordo com os critérios apresentados anteriormente.

Na sequência será apresentada a Figura 3, exibindo uma das aplicações mais relevantes por meio da TRI na avaliação de transtornos, o mapa de itens-pessoas, também exemplificado com a dimensão Autossacrifício. Como apontado neste trabalho, por meio da TRI é possível realizar a normatização com referência ao item (Embretson, 2000), permitindo atribuir significado para as pontuações dos respondentes nos diferentes níveis da escala.

Os itens estão apresentados, de baixo para cima, partindo dos mais endossados até aqueles menos endossados. O número e o conteúdo de cada item também podem ser observados¹. No corpo da figura podem ser verificadas as categorias de resposta de 1 a 4 para cada item da dimensão.

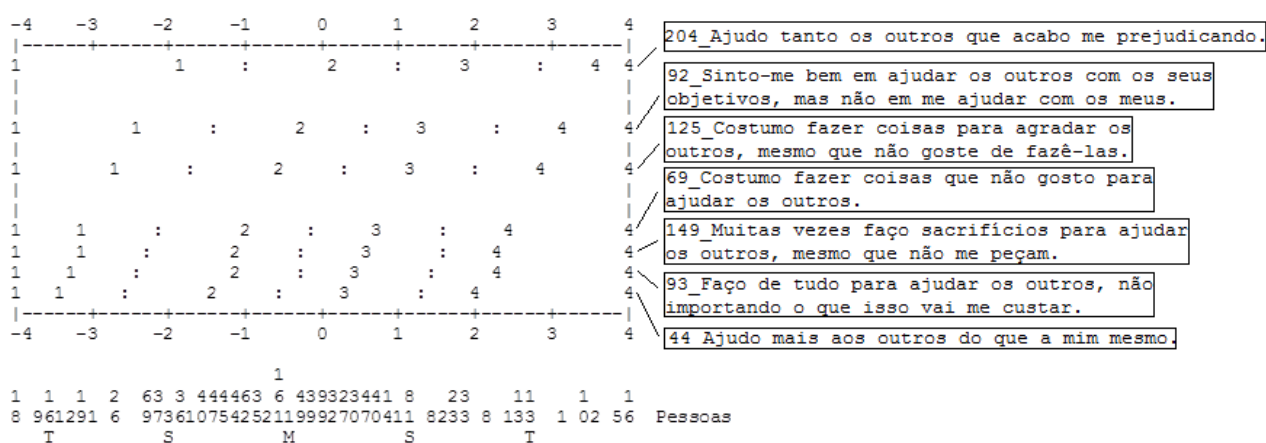


Figura 3. Mapa itens-pessoas da dimensão Autossacrifício

Na parte inferior da figura está apresentada a distribuição dos respondentes (o número de respondentes em cada nível de theta deve ser lido verticalmente) e a faixa de theta (que variou entre -4 e +4). Logo abaixo da distribuição dos participantes, estão as letras T, S e M, que se referem, respectivamente, dois desvios padrões (T; acima ou abaixo da média), um desvio padrão (S; acima ou abaixo da média), e a média (M). Para este estudo, uma análise qualitativa foi utilizada para os itens da dimensão Autossacrifício, considerando a perspectiva

teórica subjacente ao construto avaliado, em uma tentativa de trazer contribuições clínicas dos itens componentes da escala.

Uma maior concentração de respondentes pode ser verificada entre a faixa de theta variando de -2,0 e 1,0, o que era esperado de acordo com a média de theta observada (vide Tabela 2). Além disso, há uma tendência para thetas mais baixos da amostra, já que grande parte dos respondentes não tinha diagnóstico psiquiátrico. No geral, o conteúdo dos itens diz respeito, de maneira mais ou menos direta, a exagerada desconsideração do eu (*self*) e consideração ao outro, bem como reações de ajuda e sacrifícios pelos outros com prejuízos para si próprio, características centrais ao funcionamento diagnosticadas com transtorno da personalidade masoquista (Millon & Grossman, 2007a).

O arranjo hierárquico dos itens sugere que os itens 44, 93, 149 e 69, com conteúdos relativos ao foco em ajudar os outros, mas ainda assim brandos, tenderam a ser mais fáceis para o endosso dos participantes. No próximo item da escala hierárquica, 125, ao conteúdo é adicionada uma especificidade, qual seja, a ajuda aos outros mesmo quando não se quer. Na sequência, o item 92 mostra-se mais difícil ao endosso que os anteriores, provavelmente por considerar que a pessoa sente-se bem ao ajudar os outros, mas em contrapartida, o mesmo não ocorre ao se ajudar (isto é, desprazer em se ajudar). E, por último, o item de número 204, apresenta um conteúdo mais intenso do ponto de vista do *continuum* saudável patológico, em que a pessoa afirma ajudar os outros a ponto de trazer prejuízos para ela mesma. Portanto, é possível verificar que na medida em que o endosso dos participantes diminui, ou seja, os itens tornam-se mais difíceis, mais está relacionado o conteúdo desses itens com funcionamentos patológicos da personalidade (Millon & Grossman, 2007a).

É interessante notar como a informação normativa e de referência ao item se complementam, permitindo um melhor entendimento sobre os pontos de referência da escala.

¹ O conteúdo dos itens foi minimamente modificado para manter sigilo em relação aos mesmos, sempre cuidando para não alterar o sentido das frases.

Nota-se que a partir do item 69, para a categoria 3 (“tem a ver comigo”) ou superior, elementos patológicos são mais evidentes, o que corresponde a níveis de theta ligeiramente acima da média.

A partir disso, pessoas com determinados níveis no traço latente (no caso, características relacionadas ao autossacrifício) tendem a concordar com algumas das afirmativas. Por exemplo, pessoas com theta igual a -0,5 tendem a concordar com o primeiro item (de baixo para cima), enquanto pessoas com theta igual a zero tendem a concordar com os 4 primeiros itens. Essa diferença de 0,5 entre os 2 níveis de theta, utilizados como exemplos, apontam para mudanças substanciais no funcionamento dessas pessoas. Dessa maneira, o índice escalar padronizado, theta, não representa somente um número arbitrário na escala, mas é possível inferir quais características uma pessoa com um determinado nível no traço latente deve ou não apresentar (Embretson, 2006).

Considerações Finais

Este estudo teve o objetivo de verificar os parâmetros dos itens e pessoas obtidos por meio do modelo de Rasch para o IDCP. No geral, os resultados encontrados sugerem adequação das propriedades psicométricas das dimensões do instrumento. Entre as contribuições da TRI para instrumentos clínicos, o mapa de itens-pessoas pode ser ressaltado, em uma tentativa de privilegiar o entendimento clínico das pontuações obtidas por indivíduos que respondem a um grupo de itens em particular. Também cabe ressaltar o uso da precisão local em complemento aos dados de fidedignidade convencionalmente utilizados, já que o procedimento permite verificar de maneira circunscrita para os diferentes índices de fidedignidade que variam de acordo com o nível no traço latente das pessoas em relação ao mensurado pelos itens.

Entre as limitações do estudo, duas devem ser ressaltadas, a relativa pequena amostra de casos psiquiátricos, considerando que o IDCP tem foco nas características patológicas da

personalidade; e também um pequeno número de itens de determinadas dimensões, como Impulsividade. Para futuros estudos, deve-se privilegiar casos psiquiátricos na formulação da amostra, e também deve-se buscar desenvolver mais itens para algumas escalas em uma tentativa de avaliar de maneira mais abrangente as características típicas dos diferentes funcionamentos da personalidade. Assim, espera-se que esta pesquisa contribua com o campo de avaliação dos transtornos da personalidade no Brasil, especialmente na perspectiva de procedimentos psicométricos modernos, os quais já estão sendo utilizados amplamente em outros países no campo de estudos da personalidade.

Referências

Alchieri, J. C. (2004). *Modelo dos Estilos de Personalidade de Millon: Adaptação do Inventário Millon de Estilos de Personalidade*. Tese de doutorado não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.

American Psychological Association. (2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Balsis, S., Gleason, M. E. J., Woods C. M. & Oltmanns T.F. (2007). Age group bias in DSM-IV personality disorder criteria: An item response theory analysis. *Psychological Aging*, 22, 171-85.

Carvalho, L. F. (2008). *Construção de um Instrumento para avaliação dos Transtornos da Personalidade*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade São Francisco, Itatiba.

Carvalho, L. F. (2011). *Desenvolvimento e Verificação das Propriedades Psicométricas do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade*. Tese de doutorado não publicada, Universidade São Francisco, Itatiba.

Carvalho, L. F., Bartholomeu, D., & Silva, M. C. R. (2010). Instrumentos para Avaliação dos Transtornos da Personalidade no Brasil. *Avaliação Psicológica*, 289-98.

Carvalho, L. F., & Primi, R. (2010). *Development of a Brazilian Inventory for the Assessment of Personality Disorders Based on Millon's Model*. Painel apresentado na Society for Personality Assessment Annual Meeting, California, EUA.

Carvalho L.F., & Primi R. (2009). *Personality Style Assessment in Patients with Chronic pain*. Painel apresentado na Society for Personality Assessment Annual Meeting, Chicago, EUA.

Carvalho, L. F., & Primi, R. (2008). *Validação e Desenvolvimento de Normas de Interpretação para o Inventário Dimensional dos Transtornos da Personalidade*. Projeto de Pesquisa com cadastro no SINEP sob o nº 0350.0.142.000-08. (manuscrito).

Cooke, D.J., & Michie C. (1997). An item response theory analysis of the Hare Psychopathy Checklist--Revised. *Psychological Assessment*, 9(1), 3-14.

Craig R. J., & Bivens, A. (1998). Factor structure of the MCMI-III. *Journal of Personality Assessment*, 70, 190-96.

Daniel, M. H. (1999). Behind the scenes: using new measurement methods on the DAS and KAIT. In S. E. Embretson & S. L. Hershberger (Eds.), *The new rules of measurement: What every psychologist and educator should know* (pp. 37-63). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Davis, R. D. (1999). Millon: Essentials of his science, theory, classification, assessment, and therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72 (3), 330-352.

Dyce, J. A., O'Connor, B. P., Parkins, S., & Janzen, H. (1997). Correlational structure of the MCMI-III personality disorder scales and comparison with other data sets. *Journal of Personality Assessment*, 69(3), 568-82.

Embretson S.E., & Reise S.P. (2000). *Item response theory for psychologists*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.

Embretson, S. E. (2006). The Continued Search for Nonarbitrary Metrics in Psychology. *American Psychologist*, 61, 1, 50-55.

- Feske, U., Kirisci, L., Tarter, R.E., & Pilkonis, P.A. (2007). An application of item response theory to the DSM-III-R criteria for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 21, 418-33.
- Hambleton, H. K. & Swaminatham, H. (1985). *Item response theory: principles and applications*. Boston: Kluwer.
- Handler L., & Meyer, G.J. (1997). The importance of teaching and learning personality assessment. Em Handler, L., & Hilsenroth, M. *Teaching and learning personality assessment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Linacre, J. M. (2009). *WINSTEPS: Multiple-choice, rating scale, and partial credit Rasch analysis (Computer Software)*. Chicago, Illinois: MESA Press.
- Linacre, J.M, & Wright, B.D. (1994). Reasonable mean-square fit values. *Rasch Measurement Transactions*, 8(2), 370.
- Millon, T. & Davis, R. D. (1996). *Disorders of Personality DSM-IV and Beyond*. New Jersey: Wiley.
- Millon, T., & Grossman, S. (2007a). *Moderating severe personality disorders*. John Wiley & Sons Inc., New Jersey.
- Millon, T., & Grossman, S. (2007b). *Overcoming resistant personality disorders*. John Wiley & Sons Inc., New Jersey.
- Millon, T., Grossman, S., & Tringone, R. (2010). The Millon Personality Spectrometer: a tool for personality spectrum analyses, diagnoses, and treatments. Em: Millon, T., Krueger, R. F., & Simonsen. (Orgs.), *Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*, The Guilford Press, New York.
- Millon T, Millon CM, Davis RD. MCMIII Manual. Minneapolis: Dicandrien; 1994.
- Millon, T. Millon, C. M., Meagher, S. Grossman, S. & Ramanath, R. (2004). *Personality Disorders in Modern Life*. New Jersey: Wiley, 2004.

- Morana, H. C. P. (2003). *Identificação do ponto de corte para a escala PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) em população forense brasileira: caracterização de dois subtipos da personalidade; transtorno global e parcial*. Tese de doutorado não publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Olatunji, B.O., Woods, C., Jong, P.J., Teachman, B., Sawchuk, C.N., & David, B. (2009). Development and initial validation of an abbreviated Spider Phobia Questionnaire using item response theory. *Behavior Therapy*, 40, 114-30.
- Pasquali, L., & Primi, R. (2003). Fundamentos da teoria da resposta ao item: TRI. *Avaliação Psicológica*, 2, 99-110.
- Pasquali, L., & Primi, R. (2007). Fundamentos da Teoria de Resposta ao Item – TRI. Em Pasquali, L. *Teoria de Resposta ao Item: Teoria, Procedimentos e Aplicações*. Brasília: LabPAM/Unb.
- Primi, R. (2004). Avanços na Interpretação de Escalas com a Aplicação da Teoria de Resposta ao Item. *Avaliação Psicológica*, São Paulo, 3, 1, 53-58.
- Rossi, G., Brande, I., Tobac, A., Sloore, H. & Hauben, C. (2003). Convergent validity of the MCMI-III personality disorder scales and the MMPI-2 scales. *Journal of Personality Disorders*, 17 (4), 330-340.
- Rossi G., Van der Ark, L. A., Sloore, H. (2007). Factor analysis of the Dutch-language version of the MCMI-III. *Journal of Personality Assessment*, 88, 144-57.
- Samuel, D., Simms, L.J., Clark, L.A., Livesley, J., & Widiger, T.A. (2010). An item response theory integration of normal and abnormal personality scales. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1: 5-21.
- Schroeder, M. L., Wormworth, J. A., & Livesley, W. J. (1992). Dimensions of personality disorder and their relationships to the Big Five dimensions of personality, *Psychological Assessment*, 4, (1), 47-53.

- Smith R. M. (1996) Polytomous Mean-Square Fit Statistics. *Rasch Measurement Transactions*, 10(3), 516-517.
- Stelmack, J., Szlyk, J. P., Stelmack, T., Babcock-Parziale, J., Demers-Turco, P., Williams, T. R., & Massof, R.W. (2004). Use of Rasch person-item map in exploratory data analysis: A clinical perspective. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 41(2), 233-41.
- Strack, S., & Millon, T. (2007). Contributions to the dimensional assessment of personality disorders using Millon's model and the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI9-III). *Journal of Personality Assessment*, 89 (1), 56-69.
- Walton, K.E., Roberts, B.W., Krueger, R.F., Blonigen, D.M., & Hicks, B.M. (2008). Capturing abnormal personality with normal personality inventories: An item response theory approach. *Journal of Personality*, 76, 1623-47.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Place Tectonics in the Classification of Personality Disorder: shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62, 2, 71-83.
- Wright B. D. & Linacre J. M. (1994). Reasonable mean-square fit values. *Rasch Measurement Transactions*, 8(3), 370.
- Wright, B.D., & Masters, G.N. (1982). *Rating scale analysis*. Chicago: MESA.

Título Completo em português: Associação dos Protótipos de Transtornos da Personalidade no NEO-PI-R com o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP)

Título Abreviado: Protótipos do NEO-PI-R e IDCP

Título Completo em inglês: Association of the NEO-PI-R Personality Disorders Prototypes with Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP)

Título Abreviado (inglês): NEO-PI-R Prototypes and IDCP

Lucas de Francisco Carvalho (Universidade São Francisco; Universidade Presbiteriana Mackenzie); Ricardo Primi (Universidade São Francisco)

Resumo

Entre as propostas para avaliação da personalidade e transtornos da personalidade está o modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), com robustez empírica amplamente evidenciada na literatura científica. Verificou-se as correlações do NEO-PI-R com o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) buscando investigar evidências de validade por meio de associações esperadas com o CGF especialmente no que se refere à correspondência de protótipos de transtornos de personalidade. Para tanto, utilizou-se uma amostra não clínica (N=94), com idade variando entre 19 e 55 anos (M=25,5; DP=7,35), sendo 59,6% do sexo masculino. Todos os indivíduos responderam o IDCP e o NEO-PI-R, instrumentos para avaliação de doze dimensões relacionadas aos transtornos da personalidade e avaliação de cinco dimensões amplas da personalidade e 30 facetas derivadas, respectivamente. Os resultados apontaram para relações empíricas coerentes do ponto de vista teórico entre as dimensões do IDCP e as dimensões e facetas do NEO-PI-R. Além disso, também foi coerente a maior parte das relações encontradas entre as categorias diagnósticas do DSM-IV-TR com base no modelo CGF e as dimensões do IDCP.

Palavras-chave: Transtornos psiquiátricos; testes psicológicos; propriedades psicométricas.

Abstract

The Five-Factor Model (FFM) is among the proposals to assess personality and personality disorders, with its robustness widely evident in the empirical scientific literature. We verified the correlations of the NEO-PI-R with the Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) seeking to investigate evidence of validity through the expected associations with the CGF especially in regard to the prototypes matching of personality disorders. To this end, we used a non-clinical sample (N=94), aged between 19 and 55 years (M = 25,5; SD = 7,35), being 59,6% male. All subjects answered the IDCP and NEO-PI-R, for the assessment of twelve dimensions related to personality disorders and evaluation of five broad personality dimensions and 30 facets derived, respectively. The results point to empirical relations consistent with theoretical point of view between the dimensions of the IDCP and the dimensions and facets of NEO-PI-R. Furthermore, most relationships found between the diagnostic categories of DSM-IV-TR based on the CGF model and dimensions of the IDCP were consistent.

Keywords: Psychiatric disorders; psychological tests; psychometric properties.

Na última década diversas pesquisas com transtornos da personalidade foram realizadas, o que vem se intensificando em decorrência do lançamento iminente da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM 5). A partir desses estudos, a força tarefa do DSM 5 responsável pelos transtornos da personalidade (Skodol & cols., 2011) propôs que esses transtornos representam a incapacidade em desenvolver o senso de autoidentidade e capacidade para funcionamento interpessoal que são adaptativos no contexto das normas e expectativas culturais no qual o indivíduo está inserido.

Por meio dessa definição, os transtornos da personalidade podem ser avaliados e diagnosticados a partir de diferentes modelos. Basicamente, são dois os grupos que abarcam grande parte dos modelos propostos, quais sejam, categórico e dimensional (por exemplo, Widiger e Trull (2007)). Além disso, considerando características desses modelos, foi proposto o modelo prototípico (Ortigo, Bradley & Westen, 2010).

Os modelos categóricos são classes formadas por conjuntos de sintomas nos quais um paciente se encaixa se atingir um número mínimo de sintomas que as compõem. Por exemplo, para que um paciente seja diagnosticado com transtorno da personalidade borderline, é necessário que ele tenha cinco dos nove critérios estabelecidos para esse transtorno. Por isso, entende-se que esse é um modo dicotômico de diagnóstico, isto é, ou o sujeito atinge o número mínimo de critérios e é diagnosticado, ou considera-se a ausência daquele funcionamento (Widiger & Frances, 2002).

Diferentemente, em um modelo dimensional para os transtornos da personalidade, considera-se que todos indivíduos devam ser avaliados em diversos traços relacionados a esses transtornos (Millon & Davis, 1996). Assim, esses indivíduos são avaliados em dimensões, representativas de conjuntos de traços da personalidade considerados como básicas dos transtornos da personalidade, nas quais cada indivíduo é avaliado em todas e não somente em determinadas características (Primi, 2010).

E no que concerne a proposta para modelos prototípicos, tratam-se de modelos que partem de categorias compostas por características que usualmente se manifestam conjuntamente, mas nenhuma caracteriza-se como pré-requisito necessário (Ortigo & cols., 2010). Verifica-se, então, o nível de similaridade da pessoa com essas categorias por meio de escalas contínuas, isto é, busca-se verificar a semelhança entre o perfil da pessoa e o perfil típico (protótipo) de pessoas com determinados transtornos, o que é chamado de correspondência prototípica ou *prototype matching* (Widiger, Costa & McCrae, 2002).

Um dos modelos que considera a correspondência prototípica, é o modelo dos cinco grandes fatores (CGF), que parte de uma natureza essencialmente dimensional. O CGF tem sua origem no campo de estudo da personalidade saudável (Costa Jr. & McCrae, 1992), mas nas últimas décadas foi inserido também na área dos transtornos da personalidade. Do ponto de vista empírico, é certamente uma das propostas mais robustas disponíveis na área (Widiger, 2011).

Basicamente, o modelo CGF considera que a personalidade pode ser mais bem compreendida por meio de cinco dimensões que são usualmente referidas como extroversão, agradabilidade (ou socialização), conscienciosidade (ou realização), neuroticismo (ou instabilidade emocional) e abertura à experiência (Costa Jr. & McCrae, 1992). Vale ressaltar que essas cinco dimensões foram recentemente subdivididas em 30 facetas quando avaliadas pelo NEO-PI-R (Costa Jr. & McCrae, 2009), sendo seis facetas por dimensão (Widiger, Trull, Clarkin, Sanderson & Costa, 2002).

A proposta do uso do CGF para avaliação e diagnóstico dos transtornos da personalidade, de acordo com Widiger e Lowe (2008), tem como principal base as dimensões e facetas do CGF, mas também utiliza a nomenclatura atual para transtornos da personalidade do DSM-IV-TR. Trata-se de um procedimento proposto por Widiger, Costa e cols. (2002) dividido em 4 etapas, sendo elas, avaliação das dimensões e facetas, identificação de

dificuldades/prejuízos, nível de significância clínica, e relação entre o perfil da pessoa e perfis prototípicos dos transtornos da personalidade (correspondência prototípica).

Na primeira etapa, a pessoa é avaliada nas cinco dimensões do CGF e as respectivas 30 facetas. Para tanto, podem ser utilizadas diferentes ferramentas, como por exemplo, o NEO-PI-R (Costa Jr. & McCrae, 2009) ou o Five Factor Model Rating Form (FFMRF; Mullins-Sweatt, Jamerson, Samuel, Olson & Widiger, 2006). A partir dessa avaliação, ficam estabelecidos os níveis da pessoa nos traços da personalidade. Com base nesses dados, inicia-se a etapa 2, na qual são identificadas as principais áreas de prejuízo e dificuldades na vida da pessoa.

Na terceira etapa são estabelecidas quais das dificuldades e prejuízos encontrados na etapa anterior têm ou não significância clínica. Para tanto, dois critérios devem ser atingidos, quais sejam, os níveis da pessoa nos traços da personalidade devem alcançar um ponto de corte mínimo e as dificuldades devem ser consideradas como graves. Por último, na etapa quatro, investiga-se a relação entre o perfil encontrado para a pessoa com os perfis diagnósticos dos transtornos da personalidade. Nessa última etapa, é possível encontrar perfis semelhantes aos propostos no DSM-IV-TR, bem como perfis inéditos ainda não apresentados na literatura.

Samuel e Widiger (2008) apresentam as magnitudes de correlações encontradas entre as 10 categorias diagnósticas do DSM-IV-TR e as cinco dimensões do CGF a partir de uma meta-análise agregando 16 pesquisas empíricas em um total de 18 amostras independentes. De acordo com os dados apresentados pelos autores, em uma perspectiva ampla, a dimensão neuroticismo foi a que apresentou magnitudes mais altas (e todas positivas) com as categorias diagnósticas e abertura à experiência não apresentou nenhuma correlação superior a 0,15. Ainda, as categorias diagnósticas que apresentaram as maiores correlações foram paranoide e

borderline, ainda que para todas as categorias tenha-se evidenciado ao menos uma correlação com magnitude igual ou superior a 0,20.

Especificamente, a dimensão neuroticismo apresentou magnitudes entre 0,10 e 0,54, sendo as mais altas com as categorias borderline, evitativo, dependente e paranoide, e as menores com as categorias histriônico, narcisista, antissocial e obsessivo. Ficaram entre 0,04 e -0,49 as magnitudes evidenciadas a partir da dimensão extroversão, sendo as mais altas com as categorias evitativo, esquizoide e histriônico (todas negativas), e as menores com as categorias antissocial e narcisista (positivas), borderline e obsessivo (negativas). Em relação à dimensão abertura, as magnitudes foram entre -0,03 e 0,15, sendo respectivamente, com as categorias dependente e histriônico. No que respeita à dimensão agradabilidade, as maiores magnitudes encontradas foram com as categorias narcisista, antissocial e paranoide (negativas) e menores com obsessivo, evitativo (negativas) e dependente (positiva), de modo que as magnitudes variaram entre -0,05 e -0,37. E, por último, a dimensão conscienciosidade apresentou magnitudes variando entre -0,10 e -0,33, sendo as mais altas com as categorias antissocial, borderline (negativas) e obsessivo (positiva), e as menores com as categorias esquizoide, narcisista, paranoide e histriônico (negativas).

Também Samuel e Widiger (2008), buscando refinar as informações apresentadas, observaram as correlações entre as mesmas categorias diagnósticas e as facetas do CGF. Vale ressaltar que tanto para os dados anteriores quanto para os que serão apresentados em uma síntese na sequência, as correlações tiveram como base múltiplos instrumentos para avaliação das dimensões do CFG e para diagnóstico dos transtornos da personalidade no DSM-IV-TR.

Em relação às correlações com base nas facetas, pode-se notar que as categorias diagnósticas se relacionam de maneira distinta dependendo das características avaliadas. A maior parte das facetas da dimensão neuroticismo foram positivas (com exceção de dois casos com as categorias histriônico e narcisista, e um com a categoria obsessivo), sendo todas

acima de 0,30 com borderline, praticamente todas acima de 0,20 com paranoide, evitativo e dependente e, em oposição, nenhuma igual ou superior a 0,20 com obsessivo.

As relações encontradas com as facetas da dimensão extroversão apontam para magnitudes superiores a 0,20 com as categorias evitativo, esquizoide e histriônico, sendo negativas com as duas primeiras e positivas com a última; ainda, três facetas apresentaram magnitude negativa e acima de 0,25 com a categoria esquizotípico. As facetas da dimensão abertura apresentaram as menores magnitudes, sendo a maior entre a faceta ações e a dimensão evitativo ($r=-0,20$). Praticamente todas as magnitudes de correlação entre as facetas de agradabilidade e as categorias diagnósticas foram negativas, sendo exceção a isso as relações com as categorias dependente e obsessivo. As maiores magnitudes positivas evidenciadas foram com as categorias paranoide e narcisista, e em oposição, nenhuma magnitude acima de 0,20 com as categorias histriônico, dependente e obsessivo. E, no que se refere as facetas da dimensão conscienciosidade, as maiores magnitudes foram com a categoria obsessivo, positivas e acima de 0,20, sendo praticamente todas as outras inferiores a essa magnitude.

Considerando as informações apresentadas, deriva-se quais transtornos da personalidade estão mais relacionados com quais dimensões e facetas de acordo com o modelo CGF, o que é corroborado por outros estudos (Widiger, Costa & cols., 2002; Widiger & Lowe, 2008). Esses dados podem ser utilizados como base para buscas de evidências de validade para instrumentos que avaliem esses construtos, isto é, características patológicas da personalidade (representando os transtornos da personalidade). Exemplo disso é o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP; Carvalho & Primi, 2011a; 2011b), que foi desenvolvido com base na teoria de Millon (Millon & Grossman, 2007a; 2007b) e para representar os critérios dos transtornos da personalidade no DSM-IV-TR (APA, 2003), em uma perspectiva dimensional.

Trata-se de um instrumento de autorrelato, composto por 215 itens distribuídos em 12 dimensões, para avaliação dos transtornos da personalidade. Na Tabela 1 as dimensões do IDCP e os transtornos teoricamente mais relacionados com elas são apresentados.

Tabela 1.

Relações entre as dimensões do IDCP e os transtornos da personalidade

Dimensões	Características	Transtornos da Personalidade
1.Dependência	Incapacidade de confiar em si para tomar decisões; acredita ter performance inadequada; depende dos outros para tomada de decisões.	Dependente, Depressivo, Borderline
2.Agressividade	Desconsideração do outro para conseguir o que deseja; inconsequência; atos violentos.	Sádico, Antissocial, Negativista
3.Instabilidade de Humor	Humor triste e irritável; oscilação no humor; reações impulsivas e extremas; culpa.	Borderline, Negativista, funcionamento patológico global
4.Excentricidade	Ausência de prazer em estar com os outros; desconfiança; crenças de que é diferente dos outros; comportamentos excêntricos e idiossincráticos.	Esquizotípico, Esquizoide
5.Necessidade de atenção	Necessidade exagerada da atenção alheia; sedução e reações exageradas; busca intensa por amizades.	Histriônico, Narcisista
6.Desconfiança	Incapacidade de confiar nos outros; preferência pelo que é conhecido; rigidez nos relacionamentos; persecutoriedade.	Paranoide, Narcisista
7.Grandiosidade	Necessidade exagerada de reconhecimento alheio e admiração pelos outros; crenças de merecimento e superioridade.	Narcisista
8.Isolamento	Diminuição no prazer com relacionamentos; preferência por ficar sozinho.	Esquizoide, Esquizotípico
9.Evitância a Críticas	Crenças generalizadas de incapacidade; crenças de humilhação e críticas pelos outros.	Evitativo, Esquizoide, Esquizotípico
10.Autossacrifício	Exagerada desconsideração do eu (<i>self</i>) e consideração ao outro; reações de ajuda e sacrifícios pelos outros com prejuízos para si próprio.	Masoquista, Depressivo, Dependente
11.Conscienciosidade	Necessidade por fazer as coisas da maneira organizada e ordenada; foco nas obrigações; preocupação excessiva; perfeccionismo; regras rígidas nos relacionamentos.	Compulsivo
12.Impulsividade	Impulsividade e inconsequência; gosto por atividades violentas; envolvimento em problemas.	Antissocial

Cada dimensão do IDCP tende a estar mais relacionada com um ou outro transtorno da personalidade, o que é esperado em uma perspectiva dimensional considerando que um

funcionamento patológico da personalidade é composto por diversas dimensões relacionadas (Schroder, Wormworth & Livesley, 1992). Entretanto, essa associação foi baseada na análise do conteúdo dos itens que se agruparam nos fatores em relação a qual critério eles representavam do DSM-IV-TR (APA, 2003). O presente estudo busca avançar, testando empiricamente as associações propostas comparando os resultados do IDCP com os perfis dos transtornos no NEO-PI-R, esses já documentados e com evidências de validade presentes na literatura. Espera-se que as escalas do IDCP apresentem maiores magnitudes com as dimensões e perfis derivados do NEO-PI-R de transtornos correspondentes. Com isso procura-se demonstrar a validade do IDCP para avaliação dos transtornos da personalidade. Também, procura-se demonstrar a aplicação da análise de correspondência de protótipos que é um procedimento que visa complementar a análise tradicional interpessoal, no nível das escalas, buscando verificar semelhança entre variáveis para a análise de perfis intrapessoais, no nível das pessoas, e verificando semelhanças entre elas e definição de categorias diagnósticas a partir de um procedimento empírico (Primi, 2010).

Método

Participantes

Foram recrutados 94 participantes, com idade variando entre 19 e 55 anos ($M=25,5$; $DP=7,35$), sendo 59,6% do sexo masculino. A maior parte ($N=91$) estava cursando o ensino superior e somente três estavam na pós-graduação. Além disso, somente 2,2% (2) alegaram fazer tratamento psiquiátrico, mas não fazer uso de medicamento. Assim, pode-se considerar a amostra como prioritariamente não clínica.

Instrumentos

Foram aplicados dois instrumentos, o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP; Carvalho & Primi, 2008) e o NEO-PI-R (Costa Jr. & McCrae, 2009). O IDCP é um teste de autorrelato para avaliação dos transtornos da personalidade de acordo

com a teoria de Millon e as características descritas no eixo II do DSM-IV-TR. Como já descrito anteriormente, trata-se de um inventário composto por 215 itens distribuídos em 12 dimensões sendo, dependência, agressividade, instabilidade de humor, excentricidade, necessidade de atenção, desconfiança, grandiosidade, isolamento, evitação a críticas, autossacrifício, conscienciosidade e impulsividade. O tempo aproximado da aplicação foi de 30 minutos para o IDCP.

Não obstante, a versão brasileira do inventário de personalidade NEO-PI-R diz respeito à tradução e adaptação do NEO-PI-R (Costa Jr. & McCrae, 1992), sendo um teste de autorrelato composto por 240 itens, cujo objetivo é a avaliação psicológica da personalidade em cinco dimensões (neuroticismo, abertura à experiência, agradabilidade, conscienciosidade e extroversão) e suas respectivas facetas. O tempo de aplicação para esse instrumento foi de aproximadamente 40 minutos.

No que diz respeito aos índices de fidedignidade (α de Cronbach) das dimensões e faceta da versão brasileira do NEO-PI-R (N=1320), todas as dimensões apresentaram coeficiente igual ou superior a 0,85 (Costa Jr. & McCrae, 2009); e em relação às facetas, apesar de grande parte ter atingido níveis iguais a 0,70 ou superiores, algumas delas obtiveram índices entre 0,61 e 0,69 (ansiedade, constrangimento, assertividade, entusiasmo, emocionalidade positiva, estética, sentimentos, altruísmo, modéstia, competência e esforço por realizações), outras entre 0,51 e 0,59 (ações, valores, franqueza, altruísmo e complacência), e outras entre 0,40 e 0,49 (sensibilidade).

Procedimento e Delineamento

Os instrumentos foram aplicados nos participantes, sendo que para todos foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Protocolo CAAE 0350.0.142.000-08) no qual constou o objetivo principal do estudo e a divulgação dos resultados de acordo com as normas éticas. Assim, somente concordando com os procedimentos da pesquisa e assinando o

TCLE o participante foi habilitado a participar deste estudo. Ao lado disso, o momento da aplicação dos instrumentos implicou sempre a presença do pesquisador, possibilitando que possíveis dúvidas dos participantes fossem esclarecidas. Apesar disso, raríssimas foram as ocasiões nas quais surgiram dúvidas.

Todos os participantes do estudo responderam o IDCP e NEO-PI-R em salas de aula de uma universidade privada do Estado de São Paulo (privada). Após a coleta de dados e a tabulação dos mesmos, foram realizadas análises estatísticas buscando responder o objetivo do estudo. Basicamente, procedeu-se a duas análises distintas, em ambos os casos buscando verificar relações entre o IDCP e dados provenientes do NEO-PI-R e estudos prévios com base no CGF. Foram elas, correlações entre os escores das escalas do IDCP e das dimensões e facetas do NEO-PI-R, e análise de correspondência de protótipos.

A análise de correspondência de protótipos se baseia em um índice de similaridade de perfis. Esse índice é dado pela correlação entre dois perfis intra-individuais. Como já apresentado, há estudos (Samuel & Widiger, 2008) de revisão da literatura resumindo quais são as correlações entre as 30 facetas do NEO-PI-R com cada categoria diagnóstica (transtornos da personalidade) do DSM-IV-TR (APA, 2003). O vetor de correlações das 30 facetas com as categorias indicam os perfis prototípicos de pontuações no NEO-PI-R que pessoas com alto escore em um determinado transtorno apresentariam. Com base nisso, pode-se calcular índices de similaridade de perfil de uma pessoa que tenha respondido o NEO-PI-R com os perfis de cada transtorno, isto é, pode-se calcular a correlação do seu perfil-intraindividual com os perfis prototípicos de cada transtorno. Essas correlações indicam a similaridade do perfil (da pessoa) aos perfis prototípicos, podendo-se analisar a quais transtornos a pessoa mais se assemelha. Isso é chamado de correspondência de protótipos (*prototype matching*).

Neste estudo, como todos participantes responderam ao NEO-PI-R, calculou-se para cada pessoa, dez índices de similaridade, um para cada transtorno, sobre os quais tinha-se informação na literatura do perfil prototípico no NEO-PI-R (paranoide, esquizoide, esquizotípico, antissocial, borderline, histriônico, narcisista, evitativo, dependente e obsessivo). Esses índices indicam a similaridade do perfil da pessoa com o perfil típico de pessoas com determinado transtorno. Depois, calculou-se as correlações das dimensões do IDCP com os índices de similaridade. Era esperado, portanto, que as escalas que representam um determinado transtorno tenham magnitudes de correlação altas com os índices de similaridade do protótipo correspondente. Por exemplo, espera-se que haja correlação entre a dimensão necessidade de atenção e o índice de similaridade do perfil histriônico, indicando que pessoas com escore mais alto na dimensão necessidade de atenção do IDCP tenham também perfis mais similares ao perfil prototípico de pessoas histriônicas como revelado pelo NEO-PI-R.

Esse tipo de análise corresponde à quarta etapa do modelo de Widiger, Costa e McCrae (2002) e refere-se à análise de similaridade de pessoas e não somente variáveis. É importante ressaltar a natureza mais próxima a abordagem categórica de classificação baseada em análise de similaridade de pessoas, mas dada em uma variável contínua dimensional, isto é, por coeficientes de correlação.

Resultados e Discussão

Em um primeiro momento foi utilizada a correlação de Pearson buscando investigar as relações entre as dimensões do IDCP e as dimensões e facetas do NEO-PI-R. Os dados estão apresentados nas tabelas 2 e 3. Na Tabela 2 estão em negrito as maiores magnitudes encontradas para cada dimensão do IDCP em relação às dimensões do NEO-PI-R.

Tabela 2.

Correlações entre dimensões do IDCP e do NEO-PI-R

	Neuroticismo	Extroversão	Abertura	Agradabilidade	Conscienciosidade
Dependência	0,54**	-0,18	-0,11	-0,22*	-0,31**
Agressividade	0,40**	-0,15	-0,14	-0,60**	-0,24*
Instabilidade de Humor	0,79**	-0,36**	-0,08	-0,43**	-0,33**
Excentricidade	0,29**	-0,19	0,04	-0,21*	-0,04
Necessidade de atenção	-0,10	0,56**	0,34**	-0,13	0,17
Desconfiança	0,43**	-0,18	-0,04	-0,31**	-0,01
Grandiosidade	0,51**	-0,16	-0,09	-0,39**	-0,09
Isolamento	0,47**	-0,44**	-0,11	-0,26*	-0,05
Evitação a Críticas	0,57**	-0,49**	-0,31**	-0,33**	-0,23*
Autossacrifício	0,27**	-0,07	0,05	0,10	0,02
Conscienciosidade	-0,01	0,04	0,06	0,16	0,52**
Impulsividade	0,37**	-0,05	-0,05	-0,48**	-0,33**

* magnitudes de correlação significativas no nível de 0,05

** magnitudes de correlação significativas no nível de 0,01

Pode-se observar que a maior parte das maiores magnitudes positivas se deram entre as dimensões do IDCP e a dimensão neuroticismo do NEO-PI-R. Esse dado era esperado já que as características componentes da dimensão neuroticismo são frequentemente apontadas na literatura como indicativas de funcionamentos patológicos da personalidade. Exemplo disso são os dados evidenciados por Samuel e Widiger (2008), nos quais a dimensão neuroticismo é a que apresenta maior número de correlações com magnitude superior a 0,20 com as categorias diagnósticas do DSM-IV-TR. Vale ressaltar que essa dimensão apresentou maior magnitude de correlação com a dimensão instabilidade de humor do IDCP, o que é coerente já que ambas tratam de atributos relacionados a um desconforto psicológico generalizado. Diferentemente, não apresentou relação significativa com as dimensões necessidade de atenção e conscienciosidade do IDCP, o que pode sugerir uma tendência aos itens dessas dimensões a avaliarem mais características saudáveis que patológicas. Futuros estudos devem aprofundar nessa questão.

Nesse mesmo sentido, grande parte das magnitudes de correlação encontradas entre as dimensões do IDCP e do NEO-PI-R foram negativas, o que também era esperado já que os itens que compõem as dimensões do IDCP foram desenvolvidos para avaliar o polo

patológico da personalidade e as dimensões do NEO-PI-R, com exceção ao neuroticismo, estão mais relacionadas com o polo saudável (Widiger, Costa & cols., 2002).

Tanto as correlações com neuroticismo quanto com as demais escalas do NEO-PI-R, sugerem evidências de validade para as dimensões do IDCP, já que estão na direção esperada teoricamente (positiva com Neuroticismo e negativa com as demais escalas). Além disso, as dimensões agressividade e impulsividade apresentaram magnitude de correlação negativa (-0,60 e -0,48, respectivamente) com a dimensão agradabilidade, o que confere validade para a dimensão do IDCP, considerando que agressividade avalia reações nas quais o indivíduo não considera o outro para conseguir o que deseja e impulsividade trata de reações de impulsividade e inconsequência a si e aos outros; em contrapartida, a dimensão agradabilidade está relacionada, entre outros aspectos, ao altruísmo, complacência e sensibilidade ao outro (Widiger, Costa & cols., 2002). Também a agradabilidade correlacionou-se significativamente com outras dimensões do IDCP, sendo elas, grandiosidade, evitação a críticas, desconfiança, isolamento, dependência e excentricidade. Essas dimensões apresentam como comunalidade uma tendência do indivíduo a expressar algum tipo de dificuldade em relação à qualidade do relacionamento interpessoal que estabelece com as pessoas, o que é coerente com a correlação evidenciada com a dimensão do IDCP (Costa Jr. & McCrae, 2009).

Já a dimensão necessidade de atenção do IDCP apresentou maior relação positiva com a escala extroversão do NEO-PI-R. Essa relação também era esperada uma vez que a dimensão do IDCP diz respeito à necessidade exagerada de ter atenção dos outros e busca intensa por amizades e a escala extroversão, de maneira ampla, com a capacidade de se relacionar com as pessoas, de estabelecer relações interpessoais (Costa Jr. & McCrae, 2009). De outro modo, a dimensão extroversão correlacionou-se negativamente com evitação a críticas e isolamento (além de instabilidade emocional), o que é coerente na medida em que

as três dimensões têm como pano de fundo uma diminuição (quantitativa) importante nos relacionamentos interpessoais.

Ainda, a dimensão conscienciosidade do IDCP apresentou maior magnitude (positiva) de correlação com a escala de mesmo nome do NEO-PI-R. Essa relação era esperada, considerando que ambas estão relacionadas com necessidade de ordem, organização, perfeccionismo, foco nos deveres, entre outros aspectos. Essa mesma dimensão do NEO-PI-R correlacionou-se negativamente com as dimensões impulsividade, instabilidade de humor, dependência, agressividade e evitação a críticas, sugerindo que pessoas com altas pontuações nessas dimensões tendem a ter dificuldades quanto à organização e foco nos deveres. No geral essas relações são coerentes, mas algumas devem ser mais aprofundadas, por exemplo, em relação à dimensão evitação a críticas.

Vale ressaltar, ainda, que a dimensão abertura do NEO-PI-R foi a que apresentou o menor número de correlações significativas, o que era esperado (Widiger, Costa & cols., 2002). Ainda assim, essa dimensão correlacionou-se significativamente com a dimensão necessidade de atenção (positiva) e evitação a críticas (negativa). Essas relações devem ser melhor investigadas em pesquisas futuras.

Também as relações encontradas na Tabela 3, entre as facetas do NEO-PI-R e as dimensões do IDCP, favorecem a validade das interpretações realizadas por meio das pontuações obtidas por respondentes nas dimensões do IDCP. Dar-se-á foco para as relações que apresentaram maiores magnitudes. A dimensão dependência correlacionou-se positivamente com as facetas hostilidade, depressividade e vulnerabilidade e negativamente com a faceta auto-disciplina. Isso sugere que pessoas com altas pontuações nessa dimensão do IDCP apresentam, por um lado, tendência a vivenciar raiva, frustração, amargura e suscetibilidade ao estresse e às agressões psicológicas, por outro, pouca habilidade em começar tarefas e conduzi-las até o fim (Widiger, Costa & cols., 2002). Essas interpretações

corroboram com a definição da dimensão dependência, que está relacionada com a incapacidade de tomar decisões e de confiar em si próprio.

A dimensão agressividade, que agrupa características relacionadas à desconsideração ao outro e comportamentos inconsequentes e violentos, apresentou relação positiva com a faceta hostilidade e relações negativas com a maior parte das facetas da agradabilidade, o que era esperado. Esses dados sugerem evidências de validade convergente-discriminante para essa dimensão, já que houve convergência com uma faceta teoricamente coerente (hostilidade) e divergência com outras (facetas da agradabilidade).

Ainda, as relações encontradas indicam que indivíduos com altas pontuações na dimensão agressividade do IDCP tendem a experienciar raiva e a não se sensibilizarem pela situação dos outros ou a se colocar no lugar deles. No que concerne à dimensão instabilidade de humor do IDCP, a maior parte das relações com o NEO-PI-R se deram com as facetas da dimensão neuroticismo, de fato, com as 6 facetas dessa dimensão. Essa relação era esperada já que tanto a dimensão do NEO-PI-R (Costa Jr. & McCrae, 2009) quanto a do IDCP estão relacionadas com uma tendência ao humor triste e irritável, oscilação no humor, reações impulsivas e, em alguns casos, culpa.

A dimensão excentricidade apresentou relação superior (negativa) a 0,40 somente com a faceta gregariedade. Essa relação sugere validade para a dimensão do IDCP uma vez que a dimensão do IDCP diz respeito, entre outros atributos, a ausência de prazer em estar com os outros, e a faceta do NEO-PI-R com a preferência pela companhia de pessoas (Widiger, Trull & cols., 2002). Também a dimensão necessidade de atenção apresentou relação com a faceta Gregariedade, contudo, positiva. O mesmo ocorreu entre essa dimensão e as facetas Assertividade, Emocionalidade Positiva e Sentimentos. Essas relações sugerem que pessoas com altas pontuações na dimensão Necessidade de Atenção tendem a preferir a companhia de pessoas, terem liderança e independência, experienciar emoções positivas e a

serem receptivas acerca de seus próprios sentimentos (Widiger, Costa & cols., 2002). Essas relações são coerentes na medida em que a dimensão no IDCP diz respeito à necessidade exagerada de ter atenção dos outros e busca intensa por amizades.

Também foram coerentes as relações encontradas entre a dimensão desconfiança e as facetas hostilidade (positiva) e confiança (negativa). Essa dimensão do IDCP trata da incapacidade persistente em confiar nas pessoas, enquanto as facetas do NEO-PI-R (Widiger, Trull & cols., 2002) dizem respeito à tendência a experienciar raiva (hostilidade) e a não acreditar nas pessoas (baixa confiança).

De outro modo, a dimensão grandiosidade apresentou maiores relações com três facetas da dimensão neuroticismo, sendo a relação entre essa dimensão e a faceta hostilidade já esperada de acordo com os dados de Samuel e Widiger (2008). Essas relações indicam que pessoas com necessidade exagerada de reconhecimento e admiração tendem a apresentar também maiores níveis de ansiedade, raiva e comportamentos impulsivos (Widiger & Lowe, 2008). Ainda, as relações entre grandiosidade e as facetas de agradabilidade foram todas negativas, bem como com as facetas cordialidade e gregariedade da dimensão extroversão, o que corrobora com a expectativa teórica que sugere a desconsideração ao outro (em prol a um foco exagerado em si) por indivíduos que apresentam características relacionadas ao funcionamento narcisista (predominantes na dimensão grandiosidade, de acordo com a Tabela 1).

No que se refere à dimensão isolamento do IDCP, as maiores relações positivas evidenciadas foram com as facetas depressividade e constrangimento e negativas com cordialidade, gregariedade e confiança. Esses dados conferem validade para a interpretação realizada para a dimensão isolamento, qual seja, indivíduos com pouco prazer com relacionamentos, evitando convívio social e com preferência por ficarem sozinho, já que as facetas mais relacionadas do NEO-PI-R têm a ver com tendência a tristeza, solidão, embaraço

frente às pessoas, e no polo negativo (das facetas com relação negativa) tendência a pouca afetividade e a desconfiar das pessoas (Samuel & Widiger, 2008).

De modo similar, a dimensão evitação a críticas do IDCP, caracterizada por indivíduos que acreditam que serão humilhados e criticados, apresentou relação negativa com a faceta confiança, mas também com gregariedade e cordialidade, o que parece ser coerente de acordo com as definições já apresentadas. Além disso, essa dimensão relacionou-se positivamente com a maior parte das facetas da dimensão neuroticismo, indicando que essas pessoas apresentam uma tendência a exibir estados emocionais negativos.

De maneira contrária às outras dimensões do IDCP, autossacrifício não apresentou nenhuma relação igual ou superior a 0,40. Apesar disso, a maior relação encontrada, 0,37 com a faceta depressividade, indica uma relação importante entre essa dimensão e tendências a exibir tristeza (Widiger, Costa & cols., 2002). Essa relação pode ser considerada como coerente já que pessoas com altas pontuações em autossacrifício tendem a se desconsiderarem em detrimento a uma exagerada consideração aos outros. Ainda, também a relação com a faceta constrangimento foi observada, indicando que pessoas com altas pontuações na dimensão autossacrifício tendem a exibir vergonha e embaraço.

Já a dimensão Conscienciosidade do IDCP apresentou relação positiva e significativa com todas as facetas da dimensão do NEO-PI-R de mesmo nome, sendo as maiores magnitudes evidenciadas com as facetas Senso de Dever e Ponderação. Considerando as características avaliadas pela dimensão do IDCP, as relações encontradas são coerentes, já que Senso de Dever diz respeito ao cumprimento das obrigações morais e Ponderação a tendência a pensar de maneira cuidadosa antes de agir (Widiger, Trull & cols., 2002).

Por fim, a dimensão impulsividade do IDCP apresentou relação positiva com a faceta impulsividade do NEO-PI-R e negativa com as facetas complacência e ponderação. Essas relações indicam validade discriminante para a interpretação da dimensão do IDCP, sendo

ela, reações de impulsividade e inconsequência com gosto por atividades violentas, uma vez que as facetas concernem à tendência a não resistir aos desejos internos, e no polo negativo (das facetas com relação negativa), tendência a demonstrar agressão e a não pensar cuidadosamente antes de agir.

Na continuidade, procedeu-se à análise de correspondência de protótipos. Na Tabela 4 apresentam-se as correlações das dimensões do IDCP com os índices de similaridade de perfis dos sujeitos com as categorias diagnósticas do DSM-IV-TR (a partir das correlações do perfil no NEO-PI com os perfis prototípicos dos transtornos).

Tabela 3.

Correlações entre dimensões do IDCP e facetas do NEO-PI-R

		Depend.	Agressiv.	Instab.	Excentric.	Neces.	Desconf.	Grandios.	Desap.	Evit.	Autos.	Conscien.	Impuls.
Neuroticismo	Ansiedade	0,33**	0,23*	0,58**	0,20	0,02	0,34**	0,44**	0,25*	0,45**	0,19	0,04	0,20
	Hostilidade	0,45**	0,51**	0,68**	0,28**	0,06	0,45**	0,49**	0,39**	0,48**	0,18	-0,05	0,38**
	Depressividade	0,45**	0,34**	0,66**	0,36**	-0,20	0,34**	0,38**	0,51**	0,60**	0,37**	0,04	0,26*
	Constrangimento	0,37**	0,09	0,56**	0,20	-0,34**	0,29**	0,26*	0,42**	0,33**	0,31**	0,15	0,05
	Impulsividade	0,32**	0,38**	0,53**	0,22*	0,19	0,30**	0,42**	0,24*	0,26*	0,13	-0,11	0,54**
	Vulnerabilidade	0,43**	0,21*	0,53**	0,04	-0,19	0,20	0,27**	0,23*	0,40**	0,01	-0,12	0,19
Extroversão	Cordialidade	-0,13	-0,37**	-0,45**	-0,31**	0,36**	-0,35**	-0,29**	-0,51**	-0,50**	-0,03	-0,03	-0,21*
	Gregariedade	-0,13	-0,25*	-0,40**	-0,41**	0,41**	-0,33**	-0,28**	-0,61**	-0,48**	-0,18	-0,10	-0,12
	Assertividade	-0,18	0,16	-0,09	0,10	0,40**	0,14	0,08	-0,02	-0,13	0,01	0,16	-0,06
	Atividade	-0,10	0,02	0,02	0,01	0,25*	0,20	0,06	-0,01	-0,02	0,10	0,32**	0,01
	Entusiasmo	0,01	0,12	-0,03	0,12	0,37**	0,01	0,08	-0,13	-0,19	-0,01	-0,11	0,27**
	Emocionalidade Positiva	-0,14	-0,13	-0,31**	-0,07	0,42**	-0,15	-0,13	-0,26*	-0,42**	-0,06	0,03	0,02
Abertura	Fantasia	0,09	0,14	0,04	0,02	0,25*	-0,05	0,12	-0,13	-0,14	0,01	-0,11	0,17
	Estética	0,01	-0,23*	0,03	0,04	0,07	0,02	0,04	0,09	-0,15	-0,06	0,12	-0,26*
	Sentimentos	0,02	-0,04	0,02	-0,04	0,47**	0,08	-0,01	-0,16	-0,27**	0,09	0,04	0,05
	Ações	-0,31**	-0,13	-0,27*	-0,11	0,19	-0,22*	-0,34**	-0,29**	-0,25*	-0,04	-0,18	-0,06
	Ideias	-0,09	-0,12	-0,07	0,18	0,10	0,05	-0,07	0,05	-0,17	0,03	0,28**	-0,15
	Valores	-0,11	-0,14	-0,04	0,02	0,24*	-0,03	-0,10	-0,01	-0,21*	0,15	0,01	0,09
Agradabilid.	Confiança	-0,17	-0,41**	-0,52**	-0,27*	0,23*	-0,47**	-0,38**	-0,47**	-0,52**	-0,03	0,03	-0,37**
	Franqueza	-0,13	-0,49**	-0,24*	-0,19	-0,37**	-0,23*	-0,32**	-0,11	-0,15	-0,01	0,08	-0,39**
	Altruísmo	-0,07	-0,48**	-0,34**	-0,29**	0,09	-0,22*	-0,28**	-0,30**	-0,32**	0,10	0,09	-0,32**
	Complacência	-0,30**	-0,51**	-0,44**	-0,11	-0,12	-0,22*	-0,30**	-0,29**	-0,28**	-0,10	0,17	-0,46**
	Modéstia	-0,21	-0,33**	-0,08	0,02	-0,37**	-0,13	-0,24*	0,12	0,05	0,25*	0,16	-0,14
	Sensibilidade	-0,04	-0,31**	-0,16	-0,05	-0,01	-0,04	-0,13	-0,01	-0,16	0,20	0,14	-0,31**
Conscencios.	Competência	-0,29**	-0,14	-0,24*	-0,07	0,27**	0,03	0,03	-0,09	-0,17	-0,01	0,31**	-0,20
	Ordem	-0,08	-0,02	-0,10	0,01	0,24*	0,01	0,06	0,04	-0,09	0,04	0,32**	-0,10
	Senso de Dever	-0,07	-0,25*	-0,18	0,12	0,02	0,08	-0,08	0,05	-0,16	0,14	0,45**	-0,34**
	Esforço por Realizações	-0,14	-0,01	-0,10	0,03	0,24*	0,13	0,06	0,04	-0,09	0,09	0,34**	-0,04
	Auto-disciplina	-0,41**	-0,17	-0,34**	-0,05	0,17	-0,08	-0,08	-0,14	-0,22*	-0,03	0,32**	-0,21*
	Ponderação	-0,29**	-0,36**	-0,39**	-0,16	-0,18	-0,14	-0,31**	-0,06	-0,22*	-0,12	0,44**	-0,48**

Nota. Algumas facetas do NEO-PI-R apresentaram consistência interna variando entre 0,40 e 0,69, o que pode ter como consequência uma diminuição nas magnitudes de correlação entre esses conjuntos de itens e as dimensões do IDCP.

De maneira global, verifica-se uma tendência generalizada para as correlações serem significativas e positivas, indicando que indivíduos com escores altos no IDCP tendem a apresentar perfis similares aos perfis de transtornos da personalidade. Ao lado disso, pode-se notar que a dimensão instabilidade de humor se correlacionou com alta magnitude a grande parte (7) das categorias diagnósticas sugerindo que essa dimensão está relacionada a uma diversidade de características extremas da personalidade, similarmente à dimensão neuroticismo do NEO-PI-R.

Em contrapartida, nenhuma das categorias apresentou magnitude igual ou superior a 0,60 com as dimensões dependência, excentricidade, desconfiança, grandiosidade, isolamento e autossacrifício. Apesar disso, a dimensão dependência apresentou maiores relações com a categoria borderline, esquizotípico e dependente; agressividade com narcisista, antissocial e paranoide; instabilidade de humor com paranoide, esquizotípico e borderline; excentricidade com esquizotípico, paranoide e esquizoide; necessidade de atenção com histriônico, narcisista e esquizoide; desconfiança com paranoide, narcisista e esquizotípico; grandiosidade com paranoide, narcisista e esquizotípico; isolamento com esquizoide, esquizotípico e paranoide; evitação a críticas esquizoide, paranoide e esquizotípico; autossacrifício com esquizotípico, evitativo e esquizoide; conscienciosidade com obsessivo, histriônico e antissocial; e, impulsividade com antissocial, narcisista e borderline.

Apesar de existir uma coerência subjacente às principais relações evidenciadas, para algumas categorias diagnósticas as dimensões do IDCP teoricamente mais coerentes apresentaram maiores magnitudes de correlação, mas foram observadas algumas magnitudes que podem prejudicar a validade discriminante de determinadas dimensões (grandiosidade, desapego e evitação a críticas).

Tabela 4.
Análise de correspondência de protótipos

	Protótipos das categorias diagnósticas (DSM-IV-TR)									
	Paranoide	Esquizoide	Esquizotípico	Antissocial	Borderline	Histriônico	Narcisista	Evitativo	Dependente	Obsessivo
Dependência	,500**	,404**	,523**	,448**	,546**	,042	,333**	,476**	,512**	-,020
Agressividade	,582**	,388**	,510**	,628**	,541**	,218*	,663**	,355**	,305**	,054
Instabilidade de Humor	,773**	,680**	,759**	,611**	,745**	-,085	,528**	,676**	,617**	,213*
Excentricidade	,402**	,390**	,406**	,338**	,359**	-,076	,318**	,327**	,229*	,157
Necessidade de Atenção	-,146	-,407**	-,229*	,211*	-,120	,621**	,408**	-,382**	-,324**	-,272**
Desconfiança	,459**	,368**	,413**	,342**	,380**	-,008	,417**	,325**	,236*	,287**
Grandiosidade	,562**	,431**	,511**	,480**	,507**	,068	,528**	,410**	,350**	,214*
Isolamento	,517**	,587**	,530**	,254*	,442**	-,343**	,204	,515**	,382**	,388**
Evitação a Críticas	,639**	,650**	,632**	,382**	,584**	-,265*	,272**	,621**	,539**	,290**
Autossacrifício	,262*	,275**	,284**	,178	,269**	-,118	,059	,284**	,256*	,076
Conscienciosidade	,031	,104	-,005	-,214*	-,095	-,261*	-,053	,033	-,080	,491**
Impulsividade	,446**	,243*	,403**	,622**	,476**	,308**	,541**	,260*	,269**	-,196

* magnitudes de correlação significativas no nível de 0,05

** magnitudes de correlação significativas no nível de 0,01

Além disso, vale a pena ressaltar as relações evidenciadas entre as categorias Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico e Evitativo com a dimensão Evitação a Críticas, o que era esperado já que essa dimensão está relacionada com dificuldade em se relacionar com as pessoas (apesar de haver interesse). Também eram esperadas as relações encontradas entre Agressividade e Impulsividade com a categoria Antissocial, entre a dimensão Necessidade de Atenção e a categoria Histriônico, e a dimensão Conscienciosidade e a categoria Obsessivo.

Considerações Finais

Esta pesquisa tem dois objetivos mais amplos, sendo eles, buscar evidências de validade com base no modelo CGF para o IDCP e demonstrar a aplicação do procedimento análise de correspondência de protótipos. Em relação ao primeiro, considera-se que os dados encontrados foram positivos, isto é, conferem evidências de validade para as

interpretações às dimensões do IDCP a partir das pontuações dos respondentes ao instrumento. Nesse sentido, observa-se, por um lado, claras relações entre dimensões do IDCP e do NEO-PI-R, e por outro, que as dimensões do IDCP estão mais intimamente relacionadas com determinadas facetas das distintas dimensões do NEO-PI-R.

Acerca do segundo objetivo deste estudo, espera-se que a aplicação do procedimento aqui nomeado de análise de correspondência de protótipos possa contribuir com outros pesquisadores em pesquisas nos mais diversos campos da saúde mental, já que a aplicação desse procedimento estatístico pode ser ampliada para diversas áreas nesse campo. Deve-se considerar que a análise de correspondência de protótipos permitiu a busca por evidências e validade para as dimensões do IDCP com base nos protótipos das categorias diagnósticas dos transtornos da personalidade com base no modelo CGF.

Ao lado disso, este estudo pode ser considerado como inicial no campo da busca de evidências de validade com base em critérios externos para as dimensões do IDCP. Considerando que o instrumento é composto por 12 dimensões, é coerente a necessidade da realização de um conjunto de estudos que verifiquem a adequação das interpretações feitas com essas dimensões. Por exemplo, é importante que as relações entre as dimensões do IDCP e as 30 facetas do NEO-PI-R sejam aprofundadas e, para tanto, é provável que seja necessário o uso de outros instrumentos com base no modelo CGF.

Ainda, ressalta-se uma importante limitação deste estudo, qual seja, um número limitado de pessoas e, mais que isso, o predomínio de pessoas não diagnosticadas com transtornos da personalidade. Por isso, ressalta-se aqui a relevância da realização de estudos utilizando o IDCP que realizem coletas de dados também em amostras psiquiátricas. Além disso, deve-se considerar que o instrumento utilizado como critério (NEO-PI-R) tem como base o modelo dimensional e busca por informações por meio de autorrelato. Futuros

estudos devem buscar evidências para as dimensões do IDCP por meio de instrumentos de outras naturezas e que acessem informações da personalidade não somente pelo autorrelato.

Referências

American Psychological Association. (2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Carvalho, L. F., & Primi, R. (2011a). Fundamentos e Desenvolvimento do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP). Manuscrito não submetido.

Carvalho, L. F., & Primi, R. (2011b). Propriedades Psicométricas do Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) pelo Modelo de Resposta Graduada. Manuscrito não submetido.

Costa, P.T. Jr., & McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Costa Jr., P. T., & McCrae, R. R. (2009). *NEO-PI-R - Inventário de Personalidade NEO Revisado - Manual*. São Paulo: Vetor.

Millon, T. & Davis, R. D. (1996). *Disorders of Personality DSM-IV and Beyond*. New Jersey: Wiley.

Millon, T., & Grossman, S. (2007a). *Moderating severe personality disorders*. John Wiley & Sons Inc., New Jersey.

Millon, T., & Grossman, S. (2007b). *Overcoming resistant personality disorders*. John Wiley & Sons Inc., New Jersey.

Mullins-Sweatt, S. N., Jamerson, J. E., Samuel, D. B., Olson, D. R., & Widiger, T. A. (2006). Psychometric properties of an abbreviated instrument of the five-factor model. *Assessment*, 13, 119–137.

Ortigo, K. M., Bradley, B., & Westen, D. (2010). An empirically based prototype diagnostic systems for DSM-V and ICD-11. In T. Millon, R. F. Krueger, & E. Simonsen (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11* (pp. 374–390). New York: Guilford Press.

Primi, R. (2010). Avaliação Psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, especial, 25-35.

Samuel, D. B. & Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: a facet level analysis. *Clinical psychology review*, 28(8):1326-42.

Schroeder, M. L., Wormworth, J. A., & Livesley, W. J. (1992). Dimensions of personality disorder and their relationships to the Big Five dimensions of personality, *Psychological Assessment*, 4, (1), 47-53.

Skodol, A. E., Clark, L. A., Bender, D. S., Krueger, R. F., Livesley, W. J., Morey, L. C..... Oldham, J. M. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM–5, Part I: Description and rationale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2, 4–22.

Widiger T. A. (2011). A shaky future for personality disorders. *Personality disorders: theory, research, and treatment*, 2(1), 54-67.

Widiger, T. A., Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2002). A proposal for Axis II: Diagnosing personality disorders using the five factor model. In P. T. Costa & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five factor model of personality* (2nd ed., pp. 431–456). Washington, DC: American Psychological Association.

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. & Lowe, J. R. (2008). A dimensional model of personality disorder: proposal for DSM-V. *The Psychiatric clinics of North America*, 31(3):363-78.

Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Place Tectonics in the Classification of Personality Disorder: shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62, 2, 71-83.

Widiger, T. A., Trull, T. J., Clarkin, J. F., Sanderson, C., & Costa, P. T. (2002). A description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality.

In P. T. Costa & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the Five-Factor Model of Personality* (2nd ed., pp. 89-102). Washington, DC: American Psychological Association.

6. Considerações Finais

Como ressaltado na Apresentação da tese, o objetivo geral dos artigos era explicitar a construção do IDCP e a busca por evidências de validade e verificação dos índices de fidedignidade das dimensões do instrumento. Pode-se considerar os dados encontrados como favoráveis ao uso do IDCP para avaliação dos transtornos da personalidade, contudo, a continuidade de pesquisas com essa ferramenta é de suma importância, como buscou-se ressaltar ao longo deste estudo.

Por meio do primeiro artigo apresentado buscou-se ilustrar alguns dos principais fatores relacionados com a avaliação e diagnóstico dos transtornos da personalidade, que está em franca alteração, considerando o lançamento do DSM 5 em aproximadamente 2 anos. No segundo artigo, partindo da complexidade da avaliação e diagnóstico discutida no artigo anterior, foi apresentada uma robusta proposta para entendimento dos transtornos da personalidade, a teoria de Millon. A partir dessa teoria e também das categorias diagnósticas propostas pelo DSM-IV-TR, mas exibindo uma configuração dimensional, foi proposto o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP) e as análises iniciais para desenvolvimento e busca por evidências de validade com base na estrutura interna para o instrumento.

No terceiro artigo, continuou-se a investigação acerca das propriedades psicométricas das dimensões do IDCP, ainda com foco na estrutura interna do instrumento, mas por meio de um modelo componente da família de modelos matemáticos de Rasch. Assim como no artigo anterior, evidenciou-se dados que sugerem adequação à estrutura interna do instrumento. E, o último artigo aqui apresentado, distintamente dos dois anteriores, teve ser foco nas evidências de validade em critérios externos para o IDCP. No geral, os dados encontrados foram favoráveis ao uso do instrumento para avaliação dos

transtornos da personalidade, já que demonstraram coerência com o modelo CGF. Entretanto, vale a pena ressaltar a importância da continuidade dos estudos aqui apresentados, visando o refinamento e atualização contínua do instrumento desenvolvido.

Além do objetivo principal desta tese, destrinchado nos artigos apresentados, também se tinha um escopo ainda mais amplo relacionado à escassez de estudos no campo da avaliação e diagnóstico dos transtornos da personalidade no Brasil. Assim, espera-se que este trabalho sirva como um estímulo, entre outros emergentes, para a execução de outras pesquisas nessa área, evidentemente carente de estudos no país. Além disso, deve-se considerar as limitações deste estudo e também os dados ainda a serem investigados como campos urgentes de pesquisa, no sentido de assegurar o IDCP como uma ferramenta adequada para avaliação dos transtornos da personalidade.