

PUCRS

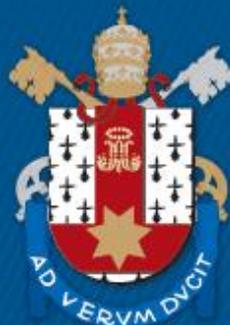
ESCOLA DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA SAÚDE

JULIANA TAINSKI DE AZEVEDO

**O INVENTÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DA PERSONALIDADE:  
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Porto Alegre  
2019

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica  
do Rio Grande do Sul

**JULIANA TAINSKI DE AZEVEDO**

**O INVENTÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DA PERSONALIDADE: UMA REVISÃO  
SISTEMÁTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Medicina e Ciências da Saúde, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS), para obtenção do grau de Mestre em Medicina e Ciências da Saúde.

Orientador: Cláudio Corá Mottin

Colaborador: Cesar Luís de Souza Brito

**Porto Alegre**

**2019**

## Ficha catalográfica

A994i Azevedo, Juliana Tainski de.  
O inventário de organização da personalidade: uma revisão sistemática  
/Juliana Tainski de Azevedo. -- 2019.  
144 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio  
Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da  
Saúde, 2019.

Orientador: Cláudio Corá Mottin.

1. Personalidade. 2. Revisão sistemática. 3. Psiquiatria. I. Título.

CDU 616.89

Elaborada pela bibliotecária Karin Lorien Menoncin – CRB 10/2147

**JULIANA TAINSKI DE AZEVEDO**

**O INVENTÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DA PERSONALIDADE:  
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: 16 de agosto de 2019.

**BANCA EXAMINADORA:**

Dra. Rita Mattiello

Dr. Lucas Spanemberg

Dra. Fernanda Barcelos Serralta

Dr. Alfredo Cataldo Neto (suplente)

**PORTO ALEGRE**

2019

## AGRADECIMENTOS

Este é um momento muito especial para mim. Representa o final de um ciclo que se iniciou há três anos atrás e que foi preenchido por acontecimentos e trajetórias das mais marcantes da minha vida. Não poderia deixar de registrar aqui meus sinceros agradecimentos as muitas pessoas que estiveram ao meu lado de alguma forma ou participaram em momentos cruciais deste percurso.

Primeiramente agradeço a oportunidade oferecida pelo meu orientador, médico cirurgião, Prof. do Programa de Pós-graduação da Escola de Medicina da PUC-RS, Chefe do Centro de Obesidade e Síndrome Metabólica do Hospital São Lucas (COM- PUCRS), Doutor Cláudio Corá Mottin. Sou grata por ter realizado esta formação tão rica em conhecimentos e por sua disponibilidade em orientar e auxiliar prontamente em tudo que lhe foi solicitado de forma carinhosa e amiga. Ao colaborador, mentor, colega, parceiro e amigo, psiquiatra e psicanalista, Prof. da Escola de Medicina da PUC-RS, Chefe do Setor de psiquiatria do Centro de Obesidade e Síndrome Metabólica do Hospital São Lucas (COM- PUCRS), Dr. Cesar Luís de Souza Brito, por toda sua disponibilidade, paciência, empenho, confiança, dedicação e apoio em todas as etapas desta jornada. César, registro aqui o meu muito obrigada pelo apoio que me deste, em todas as horas e das mais variadas formas que foram necessárias para que chegássemos até aqui. Esta conquista é de todos nós.

Aos meus colegas, psiquiatras e psicólogos, do COM-PUCRS, amigos de muitas jornadas, companheiros e colegas de trabalho, agradeço a cada um, Luiza Schmidt Heberle, Karin Daniele Mombach, Livia Nora Brandalise, Luciano Billodre Luiz, Carolina Goldman Bergmann, Alberto Fonseca Kerber e Denise do Prado Brystronski. De forma única, cada um de vocês teve uma contribuição decisiva nestes anos de trabalho. Sinto-me lisonjeada por fazer parte de grupo de amigos e colegas que tanto me agregam em todos os momentos. Sem o apoio de cada um de vocês, esta conquista não teria sido possível.

Agradeço a parceria da colega Fernanda Seganfredo, que me estimulou e apoio na construção desta revisão sistemática. Teu estímulo foi decisivo na realização deste tipo de pesquisa.

Ao colega psicólogo, professor da Universidade de Brasília, Sérgio Eduardo Silva de Oliveira, que apesar da distância, esteve por perto em momentos decisivos deste trabalho, colaborando de forma muito disponível e amistosa, o meu muito obrigado pela parceria nesta pesquisa.

Aos meus muitos amigos que torceram por mim em cada momentos destes 3 anos. Aos colegas e professores do programa de pós-graduação em medicina da PUC-RS meu muito obrigada pelo aprendizado, pelas trocas, e por enriquecerem meu conhecimento científico e humano.

Agradeço a minha família, minha mãe e meu pai que sempre me deram apoio para todos os projetos que realizei até hoje, minha irmã Ana Luiza e meu irmão Luciano, sempre presentes, me apoiando, cuidando dos guris para que eu pudesse estudar, me ajudando com o manejo dos programas do computador, ou, da forma mais importante, me fornecendo um ombro amigo e muitos momentos de alegria quando eu mais precisei. Amo vocês!

Faço um agradecimento especial ao meu cunhado, José Augusto Barros, jornalista do grupo RBS, pela disponibilidade incansável e no apoio na elaboração do texto da forma mais gentil que poderia acontecer. Excelente trabalho Zé, e muito obrigada mais uma vez.

Por fim, agradeço aos meus filhos, Miguel de 6 anos e Gabriel de 1 ano e 9 meses, e ao meu marido, João Pedro Pinheiro Hoefel, por toda paciência, compreensão e apoio. Tenho certeza de que sou uma pessoa afortunada por ter a presença de vocês na minha vida. Recebi o apoio mais verdadeiro e enxerguei em vocês o orgulho em cada folha escrita e em cada conquista. Chegar até aqui só foi possível graças ao estímulo que recebi do João, de todas as formas que alguém pode ser ajudado. Te amo! Muito Obrigado!

## RESUMO:

**Referencial teórico:** O conceito de personalidade se refere a um conjunto de características do indivíduo, que mantém seu comportamento relativamente estável e, conseqüentemente, o torna um ser com características únicas. Os modelos teóricos são hipóteses baseadas em achados observáveis, e sua base apoia-se em teorias desenvolvidas previamente. O modelo de Organização da Personalidade (OP) de Otto Kernberg baseia-se na teoria das relações de objeto oriunda da psicanálise e objetiva compreender e explorar os constructos Difusão de Identidade, Defesas Primitivas e Teste de Realidade, bem como Agressividade e Valores Moraes, possibilitando ao clínico uma gama útil de informação, detecção e compreensão dos matizes de gravidade sintomática. O Inventário de Organização da personalidade (IPO) é um instrumento autoaplicável que pretende medir estes construtos.

**Objetivos:** Tendo em vista a diversidade de estudos e o amplo uso do IPO no mundo, esta revisão buscou sistematizar os resultados das evidências científicas para utilização do IPO como instrumento clínico e de pesquisa.

**Estratégia de Seleção:** Foram pesquisados nas fontes MEDLINE (acessado pelo PubMed), EMBASE, Psycanalytic Electronic Publishing (PEP) e o Periódicos CAPES (através do servidor EBSCO, que inclui a busca no PsycINFO), utilizando-se os descritores “IPO”, “Inventory of Personality Organization” e “personality organization”. Não houve restrição de população, metodologia, intervenção ou data de início dos estudos, apenas o limite de março de 2019. 61 estudos selecionados e subdivididos em estudos de propriedades psicométricas e de aplicação clínica. O protocolo de registro do PROSPERO é CRD42017068009.

**Resultados:** Quanto aos resultados psicométricos, observou-se uma ausência de padronização e divergências nos resultados referentes aos modelos fatoriais mais adequados para representar os construtos da OP medido pelo IPO. No entanto, parece haver uma tendência atual a escolha de modelos fatoriais que apresentem um Fator de Geral como expressão da gravidade da doença estrutural. Índícios apontam para a união das duas Subescalas Clínicas Primárias em uma única composta por DI e DP. Estruturas fatoriais necessitam ainda de serem confirmadas em outras pesquisas. A relevância e aplicabilidade clínica do IPO bastante extensas e diversificadas foram confirmadas. Campos de pesquisas futuras e perspectivas do uso de IPO na prática clínica propriamente dita são discutidas e propostas.

**Conclusões:** Os resultados obtidos com esta revisão sistemática indicaram implicações relevantes do uso do instrumento na prática clínica com alguns indicativos de predição de desfechos. A abordagem de expressões clinicamente detectáveis e disfuncionais, quando guiados pelo entendimento mais amplo e profundo do comportamento humano, a saber da OP, pode ser otimizado e apresentar melhores respostas em âmbito clínico geral. O IPO pode oportunizar este entendimento de forma útil e amplamente difundida.

**Palavras-chave:** Inventário de Organização da Personalidade. Organização da Personalidade. Revisão Sistemática. Diagnóstico Estrutural. Personalidade.

## ABSTRACT

The concept of personality refers to an individual's characteristic set, which maintains people's behavior relatively stable, consequently, it makes the individual a being who has got unique characteristics. The theory models are hypothesis based on Observable Phenomenon, and their base follow theories previously developed. Otto Kernberg's Personality Organization model (PO) is based on object-relations theory, which has come from psychoanalysis, its objective systematizes the evaluation of the constructs Identity Diffusion, Primitive Defenses, and Reality Testing, as well as, Aggressiveness and Moral Values, it enables the professional a range of information, detection and understanding of symptomatic severity. The Inventory of Personality Organization (IPO) is a tool, which measures these constructs. It explores the scientific evidence to use IPO as a clinical and research instrument. According to inclusion and exclusion criteria, 61 studies have been selected and subdivided in studies of psychometric properties and validation, and clinical application. About the psychometric results, there was an absence of standardization and divergences in the results referring to the most adequate factorial models to represent the constructs of PO measured by the IPO. However, it seems to be a current tendency to choose factorial models which present a General Factor as an expression of the structural pathology severity evidence points to the union of the two Primary Clinical Subscales in a single one composed of ID and DP. The IPO has presented several and extensive clinical relevance and applicability. Fields of future research and IPO perspectives use in clinical practice are discussed. The obtained results in this systematic review may have important implications for clinical practice. The clinically detectable and dysfunctional expressions' approach, when guided by the broader and deeper understanding of human behavior. Knowing PO, it can be optimized and present better responses in a general clinical ambit. The IPO can provide this understanding in a useful and widely diffused way.

**Keywords:** Inventory of Personality Organization. Personality Organization. Systematic Review. Structural Diagnosis. Personality.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Fluxograma da seleção dos estudos (conforme critérios PRISMA).....	33
<b>Figura 2</b> - Número de estudos publicados por ano .....	35

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Artigos de validação do IPO .....	37
<b>Quadro 2</b> - Instrumentos utilizados para medição de validade Concorrente/Discriminante do IPO.....	51

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Busca dos estudos.....	32
<b>Tabela 2</b> - Estruturas fatoriais.....	41
<b>Tabela 3</b> - Confiabilidade.....	48

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IPO- Inventory of Personality Organization (Inventário da Organização da Personalidade)

OP- Organização da Personalidade

OPL-Organização de Personalidade Limítrofe

TPB- Transtorno de Personalidade Borderline

DI- Difusão da Identidade

TR- Teste de Realidade

DP- Defesas Primitivas

Ag- Agressividade

VM- Valores Moraes

STIPO- Entrevista Estruturada da Organização de Personalidade

STIPO-R- Entrevista Estruturada da Organização de Personalidade revisada

ECP = escalas clínicas primárias;

EA = escalas adicionais;

RO = escalas de relações objetais

(CFA) = Análise Fatorial Confirmatória

(EFA) = Análise Fatorial Exploratória

(ESEM) = Equação de Modelo Estrutural

(PCA)= Análise de Componentes Principais

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO: Estudo da Personalidade.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1 Conceito e aspectos históricos.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2 Avaliação Psicométrica e o Uso da Análise Fatorial .....</b>	<b>23</b>
<b>1.3 A Psicopatologia da Personalidade .....</b>	<b>16</b>
<b>1.4 A Teoria Psicanalítica e outras teorias da personalidade .....</b>	<b>17</b>
<b>1.5 O Modelo de Organização da Personalidade de Otto Kernberg.....</b>	<b>18</b>
<b>1.6 O Inventário de Organização da Personalidade (IPO) .....</b>	<b>21</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>28</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
<b>3.1 Protocolo e registro da revisão sistemática .....</b>	<b>29</b>
<b>3.2 Estratégia de busca.....</b>	<b>29</b>
<b>3.3 Seleção dos estudos .....</b>	<b>30</b>
<b>3.4 Análise dos estudos selecionados .....</b>	<b>31</b>
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>32</b>
<b>4.1. Estratégia de Busca da Literatura .....</b>	<b>32</b>
<b>4.2 Síntese e análise de dados.....</b>	<b>34</b>
<b>4.3 Dados Gerais .....</b>	<b>34</b>
4.3.1 População .....	34
4.3.2 Países de realização dos estudos.....	34
4.3.3 Período de publicação dos estudos .....	35
4.3.4 Versões do Inventário.....	35
<b>4.4 Dados psicométricos .....</b>	<b>40</b>
4.4.1 Estrutura Fatorial e Soluções de Fatores Encontrada .....	40
4.4.2 Confiabilidade (Consistência Interna-Reliability).....	48
4.4.3 Validade.....	50
4.4.4 Normas para Interpretação dos Escores .....	58
4.4.5 Outros Resultados - Avaliação de Gravidade de disfunção da personalidade .....	59
<b>4.5. Estudos de Aplicação Clínica do IPO .....</b>	<b>60</b>
4.5.1 Tratamentos .....	61
4.5.2 Desfechos de Expressão Clínica.....	65

4.5.3 Construtos individuais como preditores específicos de desfechos.....	67
4.5.4 Validação ou comparação com outros instrumentos .....	69
4.5.5 Narcisismo .....	70
4.5.6 Trauma e Organização da Personalidade.....	71
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>73</b>
<b>5.1 Estudos Psicométricos .....</b>	<b>73</b>
<b>5.2 Aspectos Clínicos .....</b>	<b>76</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO A: PARECER APROVAÇÃO CEP .....</b>	<b>101</b>
<b>ANEXO B: ACEITE SUBMISSÃO ARTIGO.....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXO C: ARTIGO SUBMETIDO.....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO D: INVENTÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DA PERSONALIDADE – BRASIL (IPO-BR) .....</b>	<b>126</b>
<b>APÊNDICE A: ARTIGOS DE APLICAÇÃO CLÍNICA DO IPO .....</b>	<b>132</b>

## **1 INTRODUÇÃO: ESTUDO DA PERSONALIDADE**

A busca pela compreensão dos mecanismos e motivações subjacentes ao comportamento humano é inerente ao estudo das ciências do psiquismo. Na literatura especializada, diferentes definições conceituais sobre o entendimento da personalidade tiveram desenvolvimento, com compreensões baseadas a partir de premissas distintas.

Ainda que diferentes teorias tenham pontos de partida diversificados, há um razoável consenso de que o conceito de personalidade se refere a um conjunto de características do indivíduo, que mantém seu comportamento relativamente permanente e, conseqüentemente, o torna um ser com características únicas (FEIST; FEIST; ROBERTS, 2015).

Os modelos teóricos são hipóteses baseadas em achados observáveis. Uma característica dos modelos é a capacidade de sintetização e estruturação de aspectos da teoria que podem ser referendados ou, eventualmente, comprovados por hipóteses testáveis através de pesquisa científica (PASQUALI, 2009).

### **1.1 Conceito e aspectos históricos**

Os primeiros estudos sobre a personalidade aconteceram ainda na Grécia Antiga. Hipócrates, em 370 a.C., sugeriu que existem pares de temperamentos. Estes pares se comportam como gradiente (quente-frio e úmido-seco) e a combinação entre eles resulta em quatro tipos de humores. As diferenças de personalidade se desenvolvem, portanto, em decorrência da combinação destes humores (MARTINS; DA SILVA; MUTARELLI, 2008).

No século XVIII, Franz Josef Gall desenvolveu a Frenologia, uma teoria sustentada pela ideia de o formato da cabeça do indivíduo ser o determinante das características de sua personalidade (CALDAS, 1999). Esta teoria afastou, substancialmente, a personalidade dos conceitos da Filosofia e a impulsionou como um estudo da Ciência Psíquica.

Francis Galton, no século XIX, foi o pioneiro na compreensão da personalidade, a partir da hipótese lexical, que parte de duas premissas básicas. A primeira sustenta a ideia que as características de personalidade que são importantes para um grupo de pessoas acabarão por se tornar parte da linguagem desse grupo. Já a segunda defende a ideia de que as características de personalidade mais importantes têm maior probabilidade de serem codificadas na linguagem

como uma única palavra. (JOHN; ANGLEITNER; OSTENDORF, 1988). Assim, é possível recuperá-las a partir da coleta de palavras e expressões no idioma (GALTON, 1884).

Posteriormente, os estudos de Galton foram ampliados, destacando-se, então, as conclusões de Gordon Allport e de seus colaboradores. Na segunda década do século XX, este grupo de pesquisadores foi responsável pelo desenvolvimento de estudos científicos, que tinham como foco o uso de escalas de medição da personalidade. O principal, e mais conhecido modelo desenvolvido a partir destas hipóteses teóricas, foi o Modelo dos Cinco Grandes Fatores (*Big Five*), muito utilizado em pesquisas sobre a personalidade na atualidade (FEIST, 2015).

Gordon Allport e seus seguidores (Raymond Cattell, na década de 1940 e Tupes, Christal e Warren Norman, na década de 1960), desenvolveram uma vertente extensa, referente ao Estudo dos Traços de Personalidade (CALIGOR, 2005). Allport foi um dos pioneiros no entendimento de que existem traços em comum nas pessoas, mas afirmava que a forma de sobreposição deles seria a explicação para o comportamento individual. Allport identificou no dicionário palavras que poderiam descrever traços de personalidade, contabilizando cerca de 18 mil vocábulos (ALLPORT, 1927).

Raymond Cattell reduziu a lista de palavras identificadas por Allport a um conjunto menor, por meio de diversas metodologias científicas. A mais conhecida delas é a Análise Fatorial (CATTELL; MEAD, 2008). Hans Eysenck, outro teórico importante do estudo dos traços, propôs um modelo baseado em três grandes características universais (fatores), determinantes das dimensões da personalidade (EYSENCK; EYSENCK, 2013). Estes três fatores universais seriam suficientes para explicar todas as dimensões de personalidade e foram nominados de Psicoticismo, Extroversão e Neuroticismo. Eysenck, assim como Cattell, utilizou a Análise Fatorial como modelo estatístico para inferir fatores e inventários de personalidade para extrair os dados. Entre as suas contribuições mais importantes para os estudos da personalidade moderna, estão os três critérios utilizados na seleção dos fatores mais adequados para definir construtos da personalidade durante uma Análise Fatorial:

- 1- Ser replicável em outros estudos;
2. Ser um componente da essência indivíduo, e não da aprendizagem do mesmo
3. Estar baseado em uma teoria (EYSENCK, 2012).

O primeiro critério instigou o desenvolvimento de modernas técnicas para os estudos analíticos de fatores da personalidade, que possibilitam que dados sejam replicáveis em diferentes amostras e, talvez, até entre culturas.

Tupes e Christal foram pioneiros em analisar novamente os dados de Cattell e em encontrar cinco fatores em todas as suas testagens (TUPES; CHRISTAL, 1992). Estas

descobertas foram notadas por Warren Norman, que as divulgou na comunidade científica (Norman, 1963). Norman rotulou os cinco fatores como Extroversão (*extraversion*), Amabilidade (*agreeableness*), Conscienciosidade (*conscientiousness*), Estabilidade Emocional (*neuroticism*) e Cultura. Lew Goldberg continuou a replicar as descobertas de Norman com diferentes métodos, encontrando os mesmos cinco fatores, sucessivamente. O quinto fator foi renomeado de intelecto (*Intellect*), ao invés de cultura. Goldberg, então, cunhou o termo "*Big Five*" para os cinco fatores recorrentes da personalidade com base na teoria lexical (GOLDBERG, 1990).

Uma parte importante da história do Big Five pode ser compreendida por meio do estudo dos questionários de personalidade. Raymond Cattell construiu o Questionário de 16 Fatores da Personalidade (16PF), que incluiu 16 escalas diferentes (CATTELL; MEAD, 2008). Paul T. Costa Jr. e Robert R. McCrae analisaram os itens do 16PF e encontraram três fatores que chamaram de Neuroticismo, Extroversão e Abertura à Experiência. Os dois construíram um inventário de personalidade para medir esses domínios e o chamaram de Inventário de Personalidade do NEO (COSTA; MCCRAE, 1985). Mais tarde, adicionaram uma escala de conformidade e consciência e renomearam o instrumento como NEO PI-R (COSTA; MCCRAE, 2008).

Costuma-se aceitar geralmente que uma teoria de personalidade abrangente e sólida necessita apresentar explicações satisfatórias que incluam processos universais da personalidade, dimensões comuns de diferenças individuais e características únicas do indivíduo (MCCRAE & JOHN, 1992). O modelo do big five produz descrições principalmente referentes a processos universais e dimensões comuns, mas não aborda, questões referentes a aspectos mais individualizados portanto, não consistindo-se em um sistema explicativo completo. Outra limitação importante do modelo consiste na falta contextualização na avaliação dos fatores, sendo uma limitação comum dos instrumentos que medem personalidade e uma das razões pelas quais se afirma que um teste, isoladamente, nunca é suficiente para produzir um diagnóstico confiável. Contextualizar a informação coletada para fins clínicos tem sido apontada e discutida em sua importância e se constitui um aspecto considerável na área de avaliação psicológica.

## 1.2 A Psicopatologia da Personalidade

Desde o século XVIII, áreas da Filosofias e das Ciências Médicas, especialmente a Psiquiatria e a Neurologia, vêm desenvolvendo percepções sobre as diferenças entre a normalidade e a patologia no Estudo da Personalidade. Entre outros, Pinel, Esquirol, Tuke, Maudslay, Jackson, Rush, Meiyer, Griesinger, Meynert, Wernicke e Kraepelin, foram pioneiros em trabalhar com a percepção de continuidade entre o normal e a patologia (BERGERET, 1988/1991).

O modelo clássico Kraepeliano, alemão, exerceu forte influência no mundo da ciência médica (KENDLER; JABLENSKY, 2011). Apesar de Kraepelin ter descrito de forma muito significativa aspectos do temperamento que fazem alusão a existência de dimensionalidade na psicopatologia, seu modelo considera os sintomas como a base fundamental da doença e, portanto, apresenta-se como, principalmente, fenomenológico. O primeiro manual desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), o chamado Manual Diagnóstico das Doenças Mentais (DSM-I), possuiu uma grande influência do sistema diagnóstico de Adolf Meyer, psicanalista influente, e teve um grande predomínio de categorias baseadas em uma compreensão psicodinâmica, ressaltando-se oposição entre neurose e psicose. Opondo-se à noção de processo e às divisões propostas por Kraepelin na grande síntese psiquiátrica alemã, Meyer centrou sua racionalidade diagnóstica em tipos de reação, no pressuposto da história de vida e nas moções determinantes das doenças mentais. Neste contexto, foi proposta uma classificação diagnóstica baseada nos aspectos descritivos fenomenológicos da personalidade, estabelecendo-se categorias diagnósticas com o advento do Manual Diagnóstico das Doenças Mentais (DSM) e foi operacionalizado com o lançamento em 1980 da DSM-III.

O modelo do DSM-III (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1989) recebeu inúmeras críticas por sua incapacidade de distinguir níveis de gravidade, por não discriminar as sobreposições de categorias e pelo número significativo de diagnósticos que se limitam ao item "não especificado". A insuficiência do modelo categórico, portanto, levou a comunidade médica a buscar novos modelos de avaliação da psicopatologia (APA, 2015).

O conceito de dimensionalidade foi proposto como possibilidade de ampliação, aprofundamento e assertividade dos diagnósticos. Já na DSM-IV (APA, 1996) e na DSM-IV-TR (APA, 2000) iniciou uma longa discussão sobre critérios para a avaliação dimensional, consolidada com o advento da Quinta Edição do Manual-DSM-5 (APA, 2013). Neste contexto

dos manuais de classificação e da diversificação dos estudos da personalidade, outros modelos surgiram, principalmente no âmbito clínico-patológico.

Com a Teoria Psicanalítica, não foi diferente (CALIGOR, 2005). Com a introdução da psicanálise, no início do século XX, Freud foi o responsável por uma grande ampliação no modo de pensar da psicopatologia. As concepções acerca do normal e do patológico mudaram radicalmente, influenciadas por seu pensamento teórico e por suas observações clínicas. Como afirma Bergeret, o entendimento do funcionamento psíquico era dividido em duas grandes categorias: os "normais" e os "doentes mentais" (BERGERET, 1988/1991). Freud foi um dos grandes responsáveis por mostrar que não existe uma solução de continuidade entre os funcionamentos mentais "normais" e "neuróticos". A grande diferença entre normalidade e patologia, para Freud, estaria na adequação e na flexibilidade destes mecanismos. Ideias sobre as estruturações de personalidade estenderam-se, ampliando a discussão sobre a continuidade entre neurose e psicose (MCWILLIANS, 2014). Adolph Stern, em 1938, em um artigo intitulado "Psychoanalytic Investigation of Therapy in the Borderline Group of Neuroses" descreveu quadros que pareciam estar entre a neurose e a psicose e não respondiam adequadamente ao tratamento psicanalítico padrão. (STERN, 1938).

### **1.3 A Teoria Psicanalítica e outras teorias da personalidade**

A Psicanálise possui uma longa tradição e pode ser considerada uma das principais fontes de teorias modernas da personalidade. Apesar de Sigmund Freud, no início do século XX, ter iniciado observações sobre a personalidade, ele não chegou a desenvolver uma teoria da personalidade propriamente dita. Porém, os conceitos psicanalíticos básicos serviram de ponto de partida para inúmeras teorias modernas da personalidade. O estudo da Psicanálise desenvolvido por Freud, foi realizado por observações e formulações teóricas baseadas em casos clínicos, nas observações de seus pacientes e nas suas próprias experiências pessoais (FEIST, 2015).

As contribuições de Freud para a Teoria da Personalidade se deram, principalmente, por meio da investigação, da compreensão dos mecanismos inconscientes e se concentraram no desenvolvimento da primeira infância (FREUD, 1900/2001). Os níveis da vida mental (consciente, pré-consciente e inconsciente) e as instâncias da mente (id, ego e superego) são os responsáveis pela estruturação da personalidade, conforme a teoria psicanalítica (FREUD, 1923/2001). Os impulsos, as necessidades libidinais e de descarga da ansiedade são os

princípios que motivam as ações de cada indivíduo (FREUD, 1905/2016). A energia psíquica surge por meio destes impulsos básicos e direciona o comportamento. Portanto, o modo como o sujeito lida inconscientemente com a resolução do conflito entre a gratificação da pulsão e a interação com a realidade se expressa em sintomas e/ou características da personalidade. Posteriormente, discípulos da psicanálise ampliaram os aspectos teóricos sobre a personalidade. Anna Freud, com a “Psicologia do Ego e os mecanismos de defesa (1946/2006) e Melanie Klein, com a “Teoria das Relações Objetais” (1934-1943/1997), entenderam a personalidade como um resultado da relação precoce mãe-bebê. No entendimento das autoras, a experiência interpessoal mais precoce da vida do indivíduo fornece um protótipo para o desenvolvimento das relações interpessoais por toda a vida, mantendo-se estável e no mesmo padrão. Ainda, Heinz Kohut, com a “Psicologia do Self” (SIEGEL, 2017), Margaret Mahler e John Bowlby ampliaram estes temas, aprofundando os estudos sobre a importância das primeiras relações.

Referente ao conceito e ao entendimento dos quadros conhecidos como Borderline no que diz respeito a psicanálise, alguns autores descrevem com sendo um conceito teórico de pouco entendimento, uma penumbra teórica ou uma “terra de ninguém” (GREEN, 1977; ZILBOORG 1956). Em geral, define-se o termo como uma fronteira entre neurótico e o psicótico, com sintomas e quadro que oscilam entre estes dois polos. No entanto, o a concepção de Borderline como uma estrutura única, com características específicas e uma psicodinâmica própria. Neste contexto, Otto Kernberg é um dos principais autores que traz coesão e sistematização para o entendimento deste tipo de psicopatologia.

#### **1.4 O Modelo de Organização da Personalidade de Otto Kernberg**

A concepção do Modelo de Organização da Personalidade inspira-se no trabalho de psicanalistas reconhecidos (IZDEBSKA, 2015). Influências como a Teoria da Libido de Freud (1950), a Psicologia do Ego de Jacobson (1964), as Funções do Ego de Hartmann (1958), a Teoria de Relações de Objeto de Mahler (1972) e a Teoria das Relações Objetais de Melanie Klein (1946) embasaram este modelo. Otto Kernberg, como citado, é um dos grandes estudiosos sobre os conceitos e técnicas de trabalho com pacientes Borderline ou de personalidade limítrofe. Ele propôs o modelo estrutural para descrever a complexidade e os incontáveis fenótipos dos pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), descrito no DSM-III (MCWILLIAMS, 2014).

Kernberg e seus colaboradores basearam suas pesquisas na experiência clínica com pacientes com transtornos de personalidade Borderline e elaboraram uma proposta diagnóstica, integrando os modelos categorial e dimensional, por meio do uso do conceito de estrutura (KERNBERG, 1995; WIDIGER; TRULL, 2007). Kernberg entende a estrutura como o padrão interno de organização dos processos mentais que são revelados por meio da expressão de traços e de comportamentos (KERNBERG, 1975). Portanto, a Organização da Personalidade (OP) é o "produto" da interação entre vivências pessoais, fatores hereditários e constitucionais e experiências infantis. Para descrever o processo de desenvolvimento da mente, o modelo estrutural da OP baseia-se, principalmente, na Teoria das Relações Objetivas (KERNBERG, 1975). As modalidades de relação da criança com as figuras importantes da sua vida são os elementos que formam a base da estrutura mental durante o processo de internalização. Os objetos são submetidos à internalização na forma de díades self-objeto e moldam o comportamento. Esta díade é responsável pela organização dinâmica, porém estável, de padrões de comportamento, cognição, emoção, motivação e formas de se relacionar com o mundo e com os outros. Tornam-se, portanto, as características mais marcantes de um indivíduo e estruturam a sua personalidade (CALIGOR; KERNBERG; CLARKIN, 2007).

Para descrever a personalidade, Kernberg (1995) elencou elementos centrais descritivos, como a natureza (adaptativa ou não) e o nível de Organização de Personalidade (primitivo ou maduro) Outros elementos, como o grau de flexibilidade da ativação dos traços nas diversas situações da vida, os valores éticos e morais, a presença e a manifestação da agressividade e as respectivas formas de adaptação aos eventos psicossociais de cada um destes elementos são considerados construtos componentes desta organização (CALIGOR, 2008). O diagnóstico estrutural da personalidade considera, portanto, o ego como uma estrutura geral, que integra subestruturas e funções. Em conjunto, a análise dos elementos que compõe as estruturas provenientes das relações objetivas internalizadas é fundamental para o entendimento desta forma de psicopatologia. (KERNBERG, 1975).

Para a caracterização e classificação desta estrutura, Kernberg propõe a identificação de Níveis de Organização da Personalidade (KERNBERG, 1995). Os níveis referem-se à gravidade da patologia estrutural e são determinados pelo estágio alcançado do desenvolvimento psíquico do sujeito, ou pela falta deste. Eles determinam o funcionamento intra e interpessoal, incluindo as possíveis formas de psicopatologia (KERNBERG, 1993; LENZENWEGER; CLARKIN, 2005) e diferem, principalmente, em relação às suas propriedades estruturais (KERNBERG, 1996). É possível caracterizá-los por meio da identificação de construtos do diagnóstico estrutural, através da observação das seguintes funções básicas:

- a) Do grau de Difusão da Identidade (DI), que se refere à capacidade do indivíduo de ter percepção de si e dos outros como "separados e inteiros";
- b) Dos tipos de defesas psicológicas predominantes, que podem ser Primitivas (DP), tais como cisão e seus derivados, ou maduras, tais como repressão, negação e racionalização;
- c) Da integridade do Teste de Realidade (TR), que significa a capacidade de diferenciar as fontes internas e externas de estímulos e de avaliar adequadamente o próprio funcionamento (intrapessoal e interpessoal), em relação à critérios da realidade.

Baseado nestes três construtos, Kernberg (1996) identificou e descreveu a diferenciação entre quatro níveis estruturais de organização: Normal, Neurótico, Limítrofe e Psicótico.

As principais características de uma Organização de Personalidade Normal são a presença de uma percepção de identidade bem integrada, da predominância do uso de mecanismos de defesa maduros (supressão, sublimação, altruísmo, antecipação, humor) e da existência de um Teste de Realidade intacto.

O nível Neurótico de Organização da Personalidade inclui indivíduos com traços de personalidade obsessivos-compulsivos, depressivos e histéricos. Nestes, as defesas psicológicas são menos adaptativas em comparação aos indivíduos com organização normal. No entanto, a Identidade e o Teste de Realidade encontram-se ainda bem íntegros e preservados. Os sujeitos que funcionam neste nível estrutural apresentam uma rigidez e uma restrição no seu funcionamento, assumindo, principalmente, a inibição do desejo. Mesmo assim, é possível integrar os aspectos libidinais e agressivos do Eu e do objeto, resultando, portanto, em uma identidade estável.

O Nível de Organização de Personalidade Limítrofe ou Borderline tem origem em deficiências na diferenciação self-objeto. Os aspectos libidinais e agressivos de self e do objeto são mantidos no estado de cisão. Isso resulta em uma alteração importante na percepção de si e dos outros, com significativa Difusão da Identidade. Neste contexto, os mecanismos de defesa mais primitivos, como cisão e identificação projetiva predominam maciçamente. No entanto, um Teste de Realidade relativamente intacto é mantido.

No nível mais grave, encontra-se a Organização da Personalidade Psicótica, que inclui os indivíduos paranoides, esquizoides, esquizotípicos e esquizofrênicos. Nestes, além de Difusão de Identidade e do predomínio do uso de Defesas Primitivas, o Teste de Realidade encontra-se prejudicado. O Nível de Organização da Personalidade Psicótico tem origem nas deficiências no período primário do desenvolvimento, antes mesmo de haver uma diferenciação

self-objeto e têm consequências adaptativas mais graves. Ocorrem falhas na diferenciação das representações do self e do objeto, formando-se constelações não diferenciadas, que resultam na percepção alterada da realidade (entre o mundo de experiências internas e a realidade externa).

A avaliação da Organização da Personalidade é tradicionalmente realizada por meio de entrevistas clínicas (KERNBERG, 1996). Nas últimas décadas do século XX, outros métodos foram desenvolvidos, visando o estudo sistemático deste modelo. Inicialmente, foi desenvolvida a Entrevista Estruturada Psicodinâmica (KERNBERG, 1985) e posteriormente, um instrumento de auto relato - Inventory of Personality Organization - IPO (CLARKIN; FOELSCH; KERNBERG, 1995; FOELSCH et al., 2000), um instrumento para avaliação clínica - *The Personality Organization Diagnostic Form* - PODF (GAMACHE et al., 2009), a Entrevista Estruturada da Organização de Personalidade e sua versão revisada (STIPO e STIPO-R) (CLARKIN et al., 2002; STERN et al., 2010).

### **1.5 O Inventário de Organização da Personalidade (IPO)**

O "Inventory of Personality Organization" foi construído com a intenção de operacionalizar os resultados obtidos através da entrevista estruturada psicodinâmica (KERNBERG, 1985). O IPO teve seu primeiro esboço em 1985, quando foram desenvolvidos e testados 130 itens, distribuídos nas subescalas classificadas como Difusão de Identidade (DI), Defesas Primitivas (DP) e Teste de Realidade (TR) (OLDHAM et al., 1985). Os resultados deste estudo apresentaram a primeira versão do IPO que foi composta pelos 10 itens para cada dimensão que melhor apresentaram coeficientes de correlação item-total. Essa primeira versão, composta por 30 itens, apresentou bons parâmetros psicométricos e mostrou-se capaz de discriminar grupos clínicos.

A partir de 1995 (CLARKIN et al., 1995), uma segunda versão, com novos itens, foi sendo desenvolvida. Inicialmente, era composta por 214 itens, sendo que os primeiros 169 investigavam os construtos centrais (DI, TR e DP) em escala Likert de 1 a 5, enquanto os demais 45 itens indicavam tendências a respostas socialmente inadequadas (marcado verdadeiro ou falso).

Até meados de 1999, com a sequência das modificações, os itens primários receberam um acréscimo de oito questões que investigavam aspectos da agressividade, totalizando 177 itens. Do ponto de vista organizacional, esta versão continha três escalas globais para avaliar a

organização estrutural e seus níveis, com 169 itens, uma subescala de avaliação dos aspectos agressivos e dos valores morais, com oito itens, e nove subescalas do tipo de relação objetal predominante nos relacionamentos interpessoais. Na soma, apareciam 45 itens no total, denominadas como Histérica, Obsessivo-Compulsiva, Depressiva-Masoquista, Sadomasoquista, Histriônica, Narcisista, Esquizo-Paranóide, Antissocial e Normal.

Nos anos seguintes, alguns itens foram reformulados e outros, retirados. Em 2000, foi construída uma versão mais curta, composta por 155 itens, que apresentou bons parâmetros psicométricos para as subescalas clínicas primárias (DI, DP e TR) (FOELSCH et al, 2000-manuscrito não disponível). Porém, as outras subescalas apresentaram fragilidades em seus constructos e seguiram sendo reformuladas (NORMANDIN et al., 2002; QUIROGA et al., 2003).

Em 2001, Lenzenweger e seus colaboradores desenvolveram e testaram uma última reformulação do inventário (LENZENWEGER et al., 2001). As subescalas primárias (DI, DP e TR) foram mantidas com 20, 21 e 16 itens, respectivamente. A elas, foram acrescentadas subescalas adicionais para avaliar dimensões de Agressividade (AG) e de Valores Morais (VM). Estas são dimensões com grande alteração em transtornos de personalidade, principalmente do tipo limítrofe. Pessoas que apresentam personalidade patológica, dependendo da gravidade, tendem a apresentar um aumento nos níveis de agressão e a ter baixos padrões de valores morais (LENZENWEGER et al., 2001).

Essa última versão tem sido amplamente utilizada na atualidade em estudos de validade e estudos clínicos, sendo traduzida em muitos países (ELLISON, 2009; ELLISON; LEVY, 2011; LENZENWEGER et al., 2001;). Trata de um inventário autoaplicável, do tipo Likert de 5 pontos (1=nunca verdadeiro, 5=sempre verdadeiro) composto por 83 itens distribuídos nas cinco subescalas.

O IPO tem sido amplamente utilizado em diversas culturas por sua facilidade de aplicação e pelos seus bons indicativos de validade externa, interna e de critério (OLIVEIRA et al., 2015; QUIROGA et al., 2003; LENZENWEGER et al., 2001; IGARASHI et al., 2009). Quiroga salienta para o fato de o IPO ser um instrumento que apresenta seus resultados de forma quanti e qualitativa, possibilitando uma avaliação da sintomatologia clínica, e, principalmente, uma avaliação aprofundada da gravidade da patologia do ponto de vista estrutural e psicanalítico (QUIROGA et al., 2003).

Ancorando-se na tendência e na necessidade atual do diagnóstico dimensional das patologias de personalidade, no contexto do DSM-5 (APA, 2015), o uso do IPO em ampla escala pode acrescentar dados e aprofundar esta reflexão. Os constructos da OP medidos pelo

IPO organizam a observação de distintas qualidades dos processos mentais inconscientes e as quantifica. As modalidades de relações objetivas, a constituição do self, o Teste de Realidade e a modalidade defensiva implicam na forma com que os sujeitos se relacionam com outros e com suas realidades. O IPO, portanto, oportuniza o aprofundamento da avaliação dimensional através da visão estrutural. Pode servir ainda orientar clínicos e pesquisadores na escolha efetiva de indicação de tratamentos psicoterápicos que abordem as questões estruturais e otimizar resultados clínicos, de todos os tipos. Ainda possibilita uma avaliação prognóstica, de adesão e de respostas aos tratamentos.

Até o momento, não existem, na literatura, estudos de sistematização dos resultados acerca do uso do IPO, apesar de seu uso ter sido difundido e consolidado no mundo.

Cabe salientar que por se tratar de um instrumento de auto relato, possui limitações inerentes a este tipo de método de avaliação, particularmente para pacientes com distorções de percepção, como é comumente o caso de pacientes com estruturas borberline.

## **1.6 Avaliação Psicométrica e o Uso da Análise Fatorial**

Cattel, na década de 40, foi o pioneiro no uso de métodos científicos para estudar a teoria dos traços. Desde então, inúmeros pesquisadores têm desenvolvidos metodologias científicas para comprovar e reproduzir os modelos de personalidade vigentes.

Os inventários de personalidade são uma das metodologias de medida mais reconhecidas, práticas e amplamente aplicáveis para pesquisa e para utilização clínica (TABACHNICK; FIDELL; ULLMAN, 2007). Entre outros objetivos, os inventários possibilitam avaliar diferentes dimensões da personalidade. Para que estes instrumentos sejam úteis na prática, eles devem ser confiáveis e válidos (LAROS, 2012).

O estudo das propriedades psicométricas, ou seja, da qualidade de um instrumento, busca avaliar sua capacidade de medir, de forma científica, o fenômeno psíquico ao qual ele se propõe de fato a medir (PASQUALI, 2009). Considerando as respostas individuais ao longo do instrumento, buscam-se padrões que possibilitem a inferência de características específicas para toda a amostra estudada. Portanto, quando são medidos os aspectos manifestos dos comportamentos dos indivíduos (através das respostas aos itens do instrumento), acontece uma inferência da medida da própria característica a ser avaliada. O comportamento ou item é o elemento fenotípico que pode ser medido através de um instrumento (FEIST; FEIST; ROBERTS, 2015). Laros (2012) salienta que construtos como extroversão, agressividade, inteligência e estabilidade emocional não têm existência concreta. São construções hipotéticas

pré-estabelecidas conceitualmente e observadas através do comportamento, que podem se apresentar de inúmeras formas, variando conforme o indivíduo e a situação.

A Análise Fatorial é uma das ferramentas matemáticas utilizadas para detectar variáveis latentes (fatores) subjacentes a um comportamento avaliado por instrumentos. Francis Galton, é considerado o pai da Análise Fatorial. No final do século XIX, ele desenvolveu inúmeras técnicas, como a regressão e a correlação, utilizando seus estudos sobre eugenia como base. O objetivo principal da Análise Fatorial é definir a estrutura inerente entre as variáveis a serem analisadas (HAIR, 2009, p. 101). O método analisa, portanto, a estrutura das correlações de um grande número de variáveis, definindo conjuntos fortemente inter-relacionados. O conjunto de variáveis que apresenta forte correlação em seus construtos teóricos, denomina-se fator. Na Análise Fatorial, é utilizado o princípio da parcimônia, que neste contexto, significa que muitas variáveis observáveis podem ser agrupadas e explicadas por um número menor de variáveis hipotéticas (fatores) (LAROS, 2012).

Conforme descreve Pasquali, a construção do modelo de elaboração de um instrumento psicológico baseia-se em procedimentos teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos) (GORENSTEIN, 2016). Considerando-se o polo teórico, é fundamental o enfoque na determinação dos construtos ou objetos psicológicos para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida. O objeto específico da psicometria são as estruturas ou construtos latentes, os traços psíquicos ou processos mentais. Eles podem ser mensurados através das propriedades ou dos atributos que o caracterizam. Por exemplo, o sistema físico apresenta os atributos massa, comprimento, etc. A estrutura psicológica apresenta processos cognitivos, emotivos, motores, etc. O sistema se constitui como objeto hipotético que é abordado (conhecido) por meio da pesquisa de seus atributos. Dessa forma, o problema específico desse passo consiste em se passar de um objeto psicológico para delimitar os seus aspectos específicos, os quais se deseja estudar e para os quais se quer construir um instrumento de medida (GORENSTEIN, 2016).

A Validade e a Confiabilidade são conceitos de fundamental importância nos estudos das qualidades psicométricas de um instrumento. O objetivo é dimensionar a chance de erros de medida, aleatórios ou sistemáticos e comprovar a validade do instrumento.

A confiabilidade de um instrumento mede características ligadas à sua fidedignidade, ou seja, indica sobre coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade de um construto. As medidas serão confiáveis e muito consistentes em seus valores, quando mais de uma medida for colocada em prática, referindo-se, portanto, ao modo como o construto é medido. (HAIR, 2009, p. 10). Ela pode ser medida através da análise teste-reteste (reavaliação

da mesma variável em momentos de tempo diferentes), através da medida da consistência interna, que mede a inter correlação entre as variáveis ou itens do instrumento e aponta o quanto estão inter-relacionadas ou ainda ser avaliada através do conceito de equivalência (por exemplo, concordância inter avaliadores).

A análise Fatorial pode servir de método para avaliação das validades e da confiabilidade e fornecer informações sobre hipóteses não estabelecidas previamente pela teoria baseada na estatística dos dados de forma exploratória. Neste contexto, os itens pesquisados são agrupados em fatores e, conforme o conteúdo das características dos itens que se agrupam sobre um determinado fator, serão analisados e nomeados posteriormente pelo pesquisador de modo a propor um novo construto latente. Este é o método usado pela Análise Fatorial Exploratória, de Joseph F. Hair (2009, p. 588).

A Análise Fatorial Confirmatória é um método utilizado pelo pesquisador que, mediante análise estatística prévia com dados obtidos, especifica o número de fatores que imagina existir, baseado em um modelo teórico. (HAIR, 2009, p. 589). Aqui, a técnica estatística não tem a função de definir as variáveis ou os fatores, pois pesquisador, a partir de sua conceituação teórica, é o responsável por fazer essa designação antes da obtenção dos resultados.

A consistência interna é aferida por um tipo de medida diagnóstica conhecida como Coeficiente de Confiabilidade. O alfa de Cronbach é a medida mais utilizada (CRONBACH, 1951), porém, é criticada por muitos avaliadores que sugerem o uso de outras medidas, podendo ser estimada por meio de diferentes métodos tais como a correlação média entre os itens (CMI), que é uma medida menos influenciada pelo tamanho da escala (QUILTY et al., 2013). A fidedignidade também pode ser estimada pelo método das seis estimações de Guttman (GUTTMAN, 1945), que pode ser definido como a razão da variância do escore verdadeiro para a variância do escore observado, pelo Ômega Hierárquico de McDonald, definido como a proporção da variância nos escores da escala explicadas pelo fator geral ou ainda pelo ômega hierárquico assintótico, uma medida de generalização dos itens do teste. (REVELLE, 2015).

A Validade é o grau com que um instrumento mede o que ele se propõe a medir. Ou seja, trata-se do grau que uma medida ou que um conjunto de medidas representa adequadamente o conceito estudado. Ainda, a validade refere-se ao grau de confiança para evitar qualquer erro sistemático ou não-aleatório. Em última análise, a validade é referente à qualidade de definição do construto pelas medidas utilizadas no instrumento (HAIR, 2009, p. 101). Os pesquisadores da personalidade investigam principalmente dois tipos de validade dos instrumentos: a validade de construto, validade de critério e a validade de conteúdo.

A avaliação da Validade de Construto é de grande importância quando se utiliza instrumentos de pesquisa que têm a intenção de medir características ou qualidades que, presumivelmente, as pessoas possuem (CAMPBELL, 1959)

Cronbach e Meehl definem o *conceito de validade de constructo*, como as características que um teste deve ter para ser um bom medidor de atributos ou qualidades, definidos previamente por uma teoria. Conforme Cronbach e Meehl (1955) a validade de construto normalmente envolve a interpretação de uma medida como um atributo ou qualidade operacionalmente indefinida. A definição de construtos, para o autor, é entendida como os traços, as aptidões ou as características supostamente existentes e abstraídos de uma variedade de comportamentos que tenham significado dentro do campo a ser estudado (psicologia, educação, ciências sociais, etc). Assim, por exemplo, a fluência verbal, o rendimento escolar, a inteligência, a motivação e a agressividade são exemplos de constructos. A Validade de Construto, portanto, refere-se ao grau de correspondência de um conjunto de itens medidos ao construto teórico que busca ser medidos pelos itens. Pode ser definida como uma medida de precisão. (HAIR, 2009, p. 589).

Para testar hipóteses sobre construtos, é necessário que se faça a verificação de dois tipos de validade: convergente e discriminante (ou divergente).

A convergência, ou validade convergente, avalia a intensidade de correlação entre duas medidas do mesmo conceito (CAMPBELL; FISKE, 1959). O objetivo é procurar medidas alternativas pré-existentes e consolidadas de um conceito teórico e relacioná-las às variáveis do instrumento a ser validado. Portanto, a convergência é verificada através de evidências coletadas por diferentes instrumentos que indicam um significado igual ou semelhante. A correlação elevada indica boa validade.

A discriminância, ou validade divergente, refere-se à eficácia do instrumento em diferenciar um construto teórico de outros construtos semelhantes e de verificar construtos que não estão correlacionados (KERLINGER, 1973). É o grau de distinção entre dois conceitos similares (CAMPBELL; FISKE, 1959). Os valores de correlação, portanto devem ser baixos para uma adequada discriminância.

A validação de construtos, portanto, vai além dos limites de uma validação empírica. Ela constata a correlação com critérios, aponta a separação entre os indivíduos que possuem alto ou baixo grau de uma característica e, além disso, explica seus motivos (VIANNA, 1970).

A Validade de Critério refere-se ao grau de eficácia do instrumento em prever um desempenho individual ou de um grupo específico da amostra, ou seja, está relacionado à capacidade do instrumento em discriminar grupos (EBEL, 1961). Pode ser também entendida

como a habilidade ou eficácia dos fatores em confirmar as diferenças esperadas em variáveis distinta. (HAIR, 2009, p. 453). A validade de critério, portanto, pode prever o grau com que o resultado de um teste (ou medida) determina um comportamento futuro.

É possível distinguir dois tipos de validade de critério: a Validade Preditiva e a Validade Concorrente. A diferença fundamental entre estes os dois tipos está relacionada ao tempo entre a coleta da informação pelo teste e a coleta da informação sobre o critério determinado. Conforme Cronbach e Meehl (1955), caso o critério seja obtido após o teste, o estudo será referente à validade preditiva. Caso o escore do teste e o escore do critério forem estabelecidos ao mesmo tempo, o estudo refere-se à validade concorrente.

A fidedignidade ou a precisão de um teste, diz respeito às características necessárias para medir, com menor erro possível, o construto a ser medido (GULLIKSEN, 2013). Medir sem erros significa que o mesmo teste, que mede os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes, ou que testes similares, que medem os mesmos sujeitos na mesma ocasião, produzem resultados idênticos. Em termos numéricos e em testes totalmente livres de erro, a correlação entre as duas medidas seria 1 (PASQUALI, 2004, p. 194).

## 2 OBJETIVOS

O objetivo principal desta revisão é averiguar as evidências científicas, disponíveis na literatura, da utilização do IPO como instrumento clínico e de pesquisa. Até o presente momento, não foram detectadas revisões que sistematizam os resultados sobre propriedades psicométricas ou sobre uso clínico do IPO. Busca-se, portanto, estudos em populações de maiores de 18 anos, não casais, que utilizaram o IPO, independentemente do motivo e objetivo de sua utilização e do tipo de estudo, como medida da Organização da Personalidade, como instrumento de avaliação dos resultados tratamento, prognóstico e predição de desfechos.

Estes dados são relevantes na prática clínica, pois o nível estrutural de OP pode, entre outros aspectos, indicar necessidades específicas de abordagem psicoterápicas em tratamentos psicológicos, clínicos, psiquiátricos e mesmo, cirúrgicos, como no caso da cirurgia bariátrica.

Como objetivos específicos que apontem para possíveis pesquisas futuras, buscamos:

1. Identificar as metodologias utilizadas e evidências de replicação da estrutura fatorial encontrada, a partir da busca sistemática de estudos de tradução e validação psicométricas
2. Averiguar a validade, a confiabilidade das diversas versões do IPO, além de evidências de normatização.
3. Investigar as evidências da relevância do uso do IPO na atualidade como instrumento de avaliação de diagnóstico dimensional e estrutural, considerando sua ampla utilização mundial.
4. Averiguar o quanto o IPO pode servir como preditor de determinados comportamentos, desfechos psiquiátricos ou clínicos
5. Verificar a utilização do Inventário para aferir a efetividade de diferentes técnicas de intervenção que visem abordar os aspectos disfuncionais da OP.

Os objetivos específicos são apontados como indicativos de perspectivas na direção de pesquisas futuras.

### **3 METODOLOGIA**

#### **Revisão Sistemática**

A metodologia da pesquisa utilizada foi a revisão sistemática. Abaixo são descritas as etapas.

#### **3.1 Protocolo e registro da revisão sistemática**

O protocolo desta revisão sistemática foi registrado no PROSPERO (CRD42017068009) e está disponível no site do programa HTA, NIHR (<http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO>).

Critério de elegibilidade dos estudos foram de estudos de delineamentos não especificado que aplicaram o IPO em uma população de maiores de 18 anos, não-casal, sem data restritiva inicial e que foram publicados até março de 2019.

Os critérios de inclusão foram:

1. Estudos que aplicaram o IPO em uma população de adultos, maiores de 18 anos, não casais.
2. Estudo que apresentaram pelo menos um dos descritores no título ou no resumo.

Os critérios de exclusão utilizados foram:

1. Artigos e teses/dissertações que aplicaram o IPO, entre outros instrumentos em sua pesquisa, porem não descreveram adequadamente seus resultados.
2. Estudos que utilizam o termo IPO em seu título ou resumo, porém sua sigla refere-se a outra expressão que não o Inventário de Organização da Personalidade
3. Duplicatas

#### **3.2 Estratégia de busca**

Após um estudo de artigos relevantes sobre o tema, selecionamos os descritores mais adequados, a saber, “IPO”, “Inventory of Personality Organization” e “personality organization”. Os descritores foram identificados na base na base dos descritores em ciências da saúde.

As bases de dados eletrônicas mais relevantes e abrangentes da área foram selecionadas: MEDLINE (acessado pelo PubMed), EMBASE, Psycanalytic Eletronic Publishing (PEP) e PsycINFO (acessada através do servidor EBSCO, disponível através do periódico CAPES). Não houve restrição de campos de pesquisa ou de línguas, não foi pré-estabelecida data inicial e a data-limite utilizada foi março de 2019. Em todas as bases, foram utilizados os mesmos descritores, conforme a estratégia de busca descrita no Tabela 1. Os termos foram utilizados em inglês, considerando que, em sua grande maioria, os resumos dos artigos são publicados nesta língua. Ainda, artigos potencialmente elegíveis, mas que não foram encontrados pela estratégia de busca, foram procurados nas referências bibliográficas dos artigos de reconhecida relevância nesta área de pesquisa.

Para obtenção dos artigos ou teses/dissertação não disponíveis on-line, o contato foi feito via e-mail com os autores, para averiguar possibilidade de envio do material.

### 3.3 Seleção dos estudos

Numa primeira etapa, dois revisores independentes realizaram buscas independentes dos estudos, utilizando os *Mesh Terms* escolhidos nos bancos de dados selecionados, considerando a identificação dos termos nos textos completos.

Os títulos e resumos recuperados foram analisados por cada um dos dois revisores que identificaram se: 1. o estudo aplicou o IPO em uma população ou 2. o estudo apresentou pelo menos um dos descritores no título ou no resumo. Após esta etapa, então, todos os artigos pré-selecionados foram analisados na sua íntegra e classificados pela legenda: 1. Duplicata; 2. Excluído; 3. Incluído e 4. Dúvida. Quando surgiam dúvidas ou discordâncias sobre a inclusão de artigos, um terceiro revisor foi responsável pela decisão. A concordância entre os dois revisores foi avaliada por meio do coeficiente Kappa de Cohen, considerando o número total de artigos identificados nos bancos de dados. (FLEISS, 1981, p. 212-236).

Numa segunda etapa, após a seleção dos artigos da busca e da inclusão de trabalhos relevantes solicitados aos autores por e-mail e a leitura dos textos por completo, os estudos selecionados foram classificados pelos dois revisores, também de forma independente de acordo com os seguintes critérios:

- a) Da tradução e validação: Artigos ou teses/dissertações completos que traduziram ou propuseram uma versão reduzida do IPO em qualquer língua e investigaram a

qualidade da versão prosposta do IPO através da avaliação de suas propriedades psicométricas.

b) Da aplicação clínica: Artigos e teses/dissertações completos que aplicaram o IPO, ou parte dele, para utilizações clínicas diversas.

### **3.4 Extração dos dados**

A Extração dos dados, após a divisão e classificação conforme os critérios acima, ocorreu de forma também independente pelos dois revisores, considerando a seguinte sequência:

Tradução e validação de propriedades psicométricas do IPO: Título, autores, ano, revista/referência, país/língua, objetivos, outros instrumentos utilizados no estudo, versão do IPO utilizada para a tradução, versão do IPO proposta pelo estudo, dados da amostra, método de avaliação da estrutura fatorial, solução fatorial encontrada, confiabilidade teste-reteste, consistência interna, validade concorrente (de critério), validade convergente (de construto) ou divergente, outros resultados e conclusões.

Aplicação clínica do IPO: Título, autores, ano, revista/referência, país/língua, objetivos, outros instrumentos aplicados, versão do IPO utilizada, dados da amostra, metodologia, resultados, conclusões e limitações.

Os passos de cada etapa desta revisão seguiram a recomendação PRISMA - *Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols* (MOHER, 2009; GALVÃO et al., 2015).

Os vieses dos estudos foram descritos conforme o agrupamento dos resultados e são discutidos de forma narrativa devido a ampla variabilidade de desenhos e metodologias utilizadas nos estudos encontrados.

## 4 RESULTADOS

A seguir os resultados da revisão sistemática são relatados.

### 4.1. Estratégia de Busca da Literatura

As bases de dados que retornaram a maior quantidade de artigos foram PubMed e PsycINFO. A tabela 1 apresenta o quantitativo de artigos recuperados por base de dados e as respectivas estratégias de busca empregadas.

**Tabela 1** - Busca dos estudos

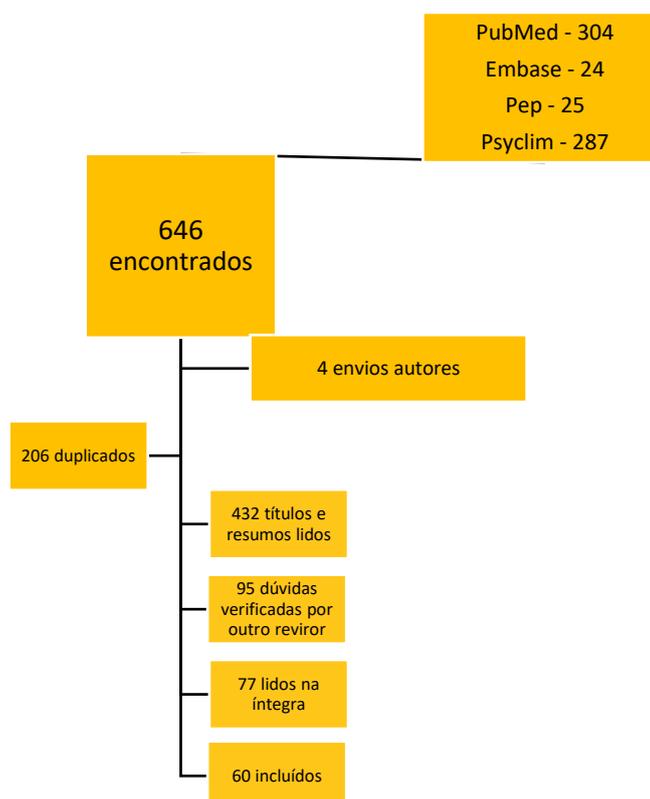
Bancos de Dados	Estratégias usadas em cada base de dados	Nº de estudos
Pubmed	All fields: (IPO OR inventory of personality organization) AND (“personality organization”)	304
Embase	IPO AND personality organization; inventory of personality organization AND personality organization	24
Psycoanalytic Publishing (PeP)	Eletronic “IPO” OR “inventory of personality organization” AND “Personality Organization”	25
Periódicos CAPES/PsycINFO (via EBSCO)	IPO OR “inventory of personality organization” AND “personality organization”	287
Artigos não encontrados na íntegra ou relevantes solicitados por e-mail para os autores	(teses, dissertações e artigos de relevância histórica)	6
<b>Total</b>		<b>646</b>

Fonte: Da autora.

A opção do uso da conjunção "AND" ao invés do "OR" foi em razão desta revisão tratar exclusivamente de estudos que tenham utilizado o IPO como medidor de Organização da Personalidade. Estudos de OP que não fizessem referência ao IPO não eram de interesse nesta busca. Além disso, o uso do termo “IPO”, isoladamente, poderia levar a encontrar inúmeros estudos que utilizam como sigla IPO mas não se referem ao inventário.

Após a identificação das duplicatas (89 automáticas e 99 manuais no CAPES; e 18 no Embase) e do envio pelos autores solicitados (apenas 3 teses e dissertações e 1 artigo foram enviadas , 2 estudos os autores não disponibilizaram), 438 artigos foram avaliados através da leitura do resumo e do título pelos mesmos dois revisores que realizaram a busca. Após esta leitura dos resumos e do desempate por um terceiro revisor (95 estudos), 361 artigos foram excluídos, restando 77 artigos para leitura na íntegra dos textos. Seguindo ainda os critérios de inclusão, restaram, então, 60 estudos. O detalhamento do processo de seleção encontra-se na figura 1.

**Figura 1-** Fluxograma da seleção dos estudos (conforme critérios PRISMA)



Fonte: Da autora.

O coeficiente Kappa de Cohen da concordância entre os revisores foi de 0,731.

## 4.2 Síntese e análise de dados

Esta revisão descreve as evidências científicas do uso do IPO como instrumento clínico e de pesquisa para avaliação da estrutura de organização de personalidade. Os resultados são apresentados em uma síntese narrativa.

## 4.3 Dados Gerais

### 4.3.1 População

Considerando-se a população total dos estudos, o IPO foi aplicado em 25.557 sujeitos (15.564 em estudos de validade e 10.093 em estudos de aplicação clínica).

### 4.3.2 Países de realização dos estudos

Além dos Estados Unidos (19 estudos), local de origem do IPO, o Canadá (NORMANDIN et al., 2002; ENSINK et al., 2017), a Argentina (QUIROGA et al., 2003), a Bélgica (SMITS et al., 2009; EURELINGS-BONTEKOE et al., 2010; KOELEN et al., 2015, LOWYCK et al., 2013, 2015; VERMOTE et al., 2009), a Holanda (BERGHIUS et al., 2009), a Alemanha (ZIMMERMANN et al., 2013; KONIG et al., 2016; SPITZER et al., 2006; SCHRÖDER-PFEIFER et al., 2018, BEUTEL et al., 2005; EULER et al., 2016, 2018; HENKEL et al., 2017; NOPPEL et al., 2018; SCHAEFER et al., 2008; SCHERG et al., 2017; VOGEL et al., 2017), a Itália (PETRI et al., 2015; PRUNAS et al., 2015, 2016), a Croácia (RESTEK-PETROVIĆ et al., 2015), a Áustria (KÄMMERLE et al., 2014; FUCHSHUBER et al., 2018), a Suíça (DAMMANN et al., 2016; SOLLBERGER et al., 2011, 2015; WALTER et al., 2009), o Japão (IGARASHI et al., 2009), o Chile (LÓPEZ et al., 2017), Portugal (BARRETO et al., 2019), a Espanha, Inglaterra (DAGNALL et al., 2018; DENOVAN et al., 2017), Polônia (PILARSKA et al., 2016) e o Brasil (OLIVEIRA 2012, 2015; SILVEIRA et al., 2018) realizaram estudos envolvendo o IPO. O continente com maior número de estudos revisados foi a Europa (32). Observa-se, portanto, a difusão do uso do instrumento em nível mundial, em diferentes culturas e populações.

#### 4.3.3 Período de publicação dos estudos

O artigo mais antigo incluído nesta revisão é de 1998 e aborda mecanismos de defesa e personalidade na depressão (MULLEN et al., 1998). Dos 60 estudos incluídos nesta revisão, 27 (44%) foram publicados nos últimos cinco anos. Apesar da primeira versão do IPO datar de 1985, ou seja, 34 anos atrás, seu uso segue sendo difundido e consolidado no mundo. A figura 2 mostra o número por ano de publicação.

**Figura 2** - Número de estudos publicados por ano



Fonte: Da autora.

#### 4.3.4 Versões do Inventário

Desde 1985, foram desenvolvidas pelos menos três versões em inglês. Treze traduções foram incluídas nesta revisão, entre elas, três versões reduzidas, em alemão, japonês e belga (ZIMMERMANN et al., 2013, HIGARASHI et al., 2009; SMITS et al., 2009). Outras traduções encontram-se em processo de elaboração e foram citadas em estudos da Croácia e da Bélgica, porém não estão publicadas ou não existem suas referências, não sendo possível a disponibilização pelos autores.

A versão mais difundida do IPO é a de 2001 Lenzenweger et al. (2001), que contém 83 itens distribuídos em cinco escalas. Contudo, nesse estudo, Lenzenweger et al. (2001),

analisaram somente as propriedades psicométricas dos 57 itens que compõem as escalas clínicas primárias. O artigo que apresentou os dados preliminares de psicometria não se encontra disponível e não foi disponibilizado pelos autores (FOELSCH et al., 2000).

Dois dos estudos revisados realizaram traduções e adaptações transculturais e utilizando como referência o IPO em sua versão prévia, publicada em 1995 e revisada em 1999. Um deles é o estudo canadense produzido no Quebec e publicado em Francês-Canadense, de Linda Normandin et al. (2002), e o outro foi o de Quiroga et al. (2003), que traduziu e investigou evidências de validade para a língua espanhola-argentina.

Os demais estudos psicométricos (descritos, referenciados e identificados logo abaixo no quadro 1 - 18 estudos) utilizaram como referência a última versão em inglês, de 2001 (LENZENWEGER et al., 2001). Esta versão é composta por 83 itens distribuídos em três escalas chamadas de Escalas Clínicas Primárias: Defesas Primitivas (DP), Difusão da Identidade (DI) e Teste de Realidade (TR), totalizando 57 itens, e duas escalas secundárias, chamadas de Escalas Adicionais: Valores Morais (VM) e Agressividade (A), completando os 26 itens restantes.

Seis estudos (LENZENWEGER et al., 2001; SMITS et al., 2009; ELLISON, 2009; LEVY et al., 2012;; PETRI et al., 2015; BARRETO et al., 2017) utilizaram apenas os itens referentes às três escalas primárias para os estudos de evidências de validade e de propriedades psicométricas. Dagnall et al. (2018) verificou as propriedades psicométricas somente da escala de Teste de Realidade.

Foram criadas versões reduzidas do IPO, as quais foram feitas nas línguas e culturas japonesa (IGARASHI et al., 2009), belga (SMITS et al., 2009) e alemã (Zimmermann et al., 2013). Estas versões apresentaram respectivamente 37, 41 e 16 itens. A versão belga utilizou somente os itens das três escalas clínicas primárias para comporem sua versão reduzida. Os demais utilizaram a versão completa, com os itens cinco subescalas. Dados sobre título, autores, ano, língua e versão utilizado do IPO estão listados na Quadro 1.

**Quadro 1** - Artigos de validação do IPO

<b>Título</b>	<b>Referência</b>	<b>Obra</b>	<b>País /língua</b>	<b>Versão IPO e número de itens</b>
1. The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample	Lenzenweger et al., 2001	Artigo	EUA/Inglês	IPO 2001 57 itens (ECP)
2. Avaliação da validade teórica do Inventário de Organização de Personalidade- Francês	Normandin et al., 2002	Artigo	Canadá/Francês	IPO 1995 155 itens (ECP e RO) (Exceto as subescalas de RO antissocial e histriônico)
3. La evaluación de la estructura de la personalidad: adaptación argentina del Inventario de Organización de la Personalidad (IPO)	Quiroga et al., 2003	Artigo	Argentina/Espanhol	IPO 1995-1999 214 itens (ECP e RO)
4. The Inventory of Personality Organization–Revised: Construction of an abridged version	Smits et al., 2009	Artigo	Bélgica/Holandês	IPO 2001 41 itens (ECP)
5. Factor Structure, measurement equivalence, and criterion relations of the Inventory of Personality Organization (IPO) in two nonclinical samples	Ellison, 2009	Dissertação	EUA/Inglês	IPO 2001 57 itens (ECP)

6. Psychometric properties and validity of the Dutch Inventory of Personality Organization (IPO-NL)	Berghuis et al., 2009	Artigo	Holanda/Holandês	IPO 2001 83 itens (ECP e EA)
7. The Inventory of Personality Organisation: its psychometric properties among student and clinical populations in Japan	Igarashi et al, 2009	Artigo	Japão/japonês	IPO 2001 37 itens (24 itens para ECP e 13 itens para EA)
8. Diagnóstico estrutural da personalidade: adaptação e validação do Inventory of Personality Organization para a cultura brasileira	Oliveira, 2012	Dissertação	Brasil/Português	IPO-Br 83 itens (ECP e EA)
9. Factor structure of the Primary Scales of the Inventory of Personality Organization in a nonclinical sample using exploratory structural equation modeling	Ellison et al., 2012	Artigo	EUA/Inglês	IPO 2001 57 itens (ECP)
10. Padronização da versão em alemão de 16 itens do Inventário da Organização de Personalidades (IPO-16)	Zimmermann et al., 2013	Artigo	Alemanha/Alemão	IPO 2001 16 itens (ECP)
11. Validierung einer deutschsprachigen 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16)	Zimmermann, et al., 2013	Artigo	Alemanha/Alemão	IPO 2001 16 itens (ECP)
12. Facets of identity: personality pathology assessment through the Inventory of Personality Organization	Preti et al., 2015	Artigo	Itália/Italiano	IPO 2001 57 itens (ECP)

13. Avaliação estrutural e dimensional da personalidade: estudos psicométricos e de aplicação clínica	Oliveira, 2015	Tese	Brasil/Português	IPO 2001 83 itens (ECP e EA)
14. Inventário de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br): evidências de validade entre amostras clínica e não clínica	Silveira, 2015	Dissertação	Brasil/Português	IPO 2001 83 itens (ECP e EA)
15. Kreuzvalidierung von drei Fragebögen zur Strukturdiagnostik: BPI, IPO und OPD-SF	König et al., 2016;	Artigo	Áustria/ Alemanha/Alemão	IPO alemão 2001, não publicada a tradução
16. Uncovering personality structure with the Inventory of Personality Organization: an exploration of factor structure with a Portuguese sample	Barreto et al., 2017	Artigo	Portugal/Português	IPO 2001 57 itens (ECP)
17. Evidências de Validade do inventario de Organização da Personalidade – Brasil (IPO-Br): Relação com o Modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade	Silveira et al., 2018	Artigo	Brasil/Português	IPO 2001 83 itens (ECP e EA)
18. Confirmatory Factor Analysis of the Inventory of Personality Organization-Reality Testing Subscale	Dagnall et al., 2018	Artigo	Inglaterra/Inglês	IPO 2001 20 itens (TR)

Nota: ECP = escalas clínicas primárias; EA = escalas adicionais; RO = escalas de relações objetivas; TR = Teste de realidade –

Fonte: Da autora.

## 4.4 Dados psicométricos

### 4.4.1 Estrutura Fatorial e Soluções de Fatores Encontrada

A estrutura fatorial do IPO foi avaliada por métodos variados nos estudos. Contudo, essa variação parece refletir três vieses metodológicos: (a) o tipo de técnica de análise empregado; (b) a inclusão ou não dos itens das Escalas Adicionais (VM e AG) nas análises; e (c) a redução ou não do número de itens. Foram utilizadas três técnicas de análise para avaliar as estruturas fatoriais: Análise Fatorial Confirmatória (CFA) (LEZENWENGER et al., 2001; NORMANDIN et al., 2002; LEVY et al., 2009; SMITS et al 2009; OLIVEIRA, 2012; IGARASHI et al., 2009; BARRETO et al., 2017), Análise Fatorial Exploratória (EFA) (BARRETO et al., 2017; IGARASHI et al., 2009; NORMANDIN et al., 2002) e Equação de Modelo Estrutural Exploratório (ESEM) (ELLISON; LEVY, 2012; OLIVEIRA, 2016) e da Análise de Componentes Principais (PCA) (BERGHUIS et al., 2009; QUIROGA et al., 2003). A Tabela 2 apresenta um sumário dos métodos e resultados encontrados acerca da estrutura fatorial do IPO.

Tabela 2 - Estruturas fatoriais

Referência	Amostra	Versão IPO e número de itens	Estrutura Fatorial	
			Tipo de Análise	Método e Resultado (considerado melhor ajuste pelos autores)
Lenzenweger et al., 2001	264 universitários, idade média de idade 19,67 anos, 61,74% mulheres	IPO 2001 57 itens (ECP)	CFA	Método: comparou modelos de 1, 2 e 3 fatores (CPS) Resultado: 2 fatores (ID/PD e RT)
Normandin et al., 2002	845 universitários e população em geral, média de idade de 28 para mulheres e 33 para homens, eram 71,47% mulheres	IPO 1995 155 itens (ECP e RO) (Exceto as subescalas de RO antissocial e histriônico)	EFA e CFA	Método: testou modelo de 3 fatores (CPS) Resultado: dados adequados (ID e PD e RT)
Quiroga et al., 2003	105 universitários, média de idade de 21.03, 70% mulheres.	IPO 1995-1999 214 itens (ECP e RO)	PCA	Método: explorou os dados com os totais das escalas Resultado: 3 fatores
Smits et al., 2009	411 universitários- média de 18 anos e 70% mulheres	IPO 2001 41 itens (ECP)	CFA	Método: testou modelos de 1, 2 e 3 fatores (CPS) Resultado: 2 fatores (ID/PD e RT)
Ellison, 2009	2.775 universitários (1381 responderam presencialmente, com idade média de 20,83 e 74,5% mulheres) e 1394 população geral (via Internet, 19.05 media de idade e 66,2% mulheres)	IPO 2001 57 itens (ECP)	CFA	Método: testou modelos de 2 e 3 fatores (CPS) Resultado: 3 fatores (ID e PD e RT)

Berghuis et al., 2009	552 indivíduos. 371 pacientes psiquiátricos (internados e ambulatoriais, 68% mulheres, idade média de 34 anos (DP = 11,6, variação = 17-64) e 181 controles (passageiros de trem (n = 91), membros de um coral amador (n = 59) e psicólogos clínicos em treinamento, com 69% mulheres e idade média de 41,3 anos (DP = 16,8; intervalo = 18-80).	IPO 2001 83 itens (ECP e EA)	PCA	Método: explorou a estrutura dos 83 itens (CPS e AS) Resultado: 4 fatores (GPP, RT, AG, SA)
Igarashi et al., 2009	701 estudantes universitários com média de idade de 19,6 (2,3 DP), randomizados em dois grupos (430 e 271 e responderam diferentes instrumentos- ver Igarashi et al., 2009), sendo 75,4% mulheres e 138 pacientes ambulatoriais (59,4%) mulheres	IPO 2001 37 itens (24 itens para ECP e 13 itens para EA)	EFA e CFA	Método: explorou a estrutura dos 57 itens das CPS e os 26 itens das AS separadamente. Depois testou o modelo resultante em outra amostra por CFA Resultado: 3 fatores para CPS (ID e PD e RT) e 2 fatores para EA (AG e MV)
Oliveira, 2012	1.248 adultos da população em geral com média de idade de 29,1 (DP=11,4)	IPO-Br 83 itens (ECP e EA)	CFA	Método: comparou modelos de 1, 2 e 3 fatores para as CPS e modelos de 1 e 2 fatores para AS

				Resultado: 2 fatores para CPS (ID/PD e RT) e 2 fatores para AS (AG e MV)
Ellison et al., 2012	1.260 universitários idade média de 18,9, (DP = 1,3) e 70,6% mulheres	IPO 2001 57 itens (ECP)	ESEM	Método: explorou a estrutura dos 57 itens das CPS Resultado: 4 fatores (ISO, IB, IG, PSY)
Zimmermann et al., 2013	1.300 divididos em três amostras: A1-1036 pessoas que buscavam assistência terapêutica psicanalítica, A2-157 pessoas recrutadas em três projetos de pesquisa e a A3-107 pacientes em tratamento psicoterapêutico hospitalar.	IPO 2001 16 itens (ECP)	CFA	Método: testou modelo de 3 fatores em versão reduzida (CPS: ID 6 itens; PD 5 itens; RT 5 itens) Resultado: 3 fatores (ID e PD e RT), contudo dada a alta correlação entre fatores, sugeriu-se uma escala unidimensional (SD)
Verreault et al., 2013		IPO 2001 16 itens (ECP)	CFA	Método: testou modelo de 3 fatores em versão reduzida (CPS: ID 6 itens; PD 5 itens, RT 9 itens*) Resultado: 3 fatores (ID e PD e RT)
Preti et al., 2015	696 voluntários não clínicos, a idade média foi 36,51 anos, 63% mulheres (falta de dados sobre o sexo para 48 participantes) e 121 pacientes psiquiátricos de um centro público de saúde mental.	IPO 2001 57 itens (ECP)	CFA	Método: comparou modelos de 1, 2, 3 e 4 fatores (CPS) Resultado: 4 fatores (ISO, IB, IG, PSY)

Oliveira, 2015	1.704 indivíduos no total com idade média de 29,8 ( <i>DP</i> = 10,5), 71,8% mulheres. (87,6%) respondeu ao protocolo de pesquisa por meio de um sistema <i>online</i> . 921 sem indicadores de psicopatologia, 380 participantes que estavam em atendimento em instituições de saúde mental e/ou que relataram ter algum diagnóstico psiquiátrico e 403 participantes que não relataram possuir quaisquer transtornos psiquiátricos, mas que apresentaram escores críticos nas escalas de Risco de Suicídio da Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.; escores $\geq 6$ ) e de sintomatologia psiquiátrica do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20; escore $\geq 8$ )	IPO 2001 83 itens (ECP e EA)	ESEM	Método: explorou a estrutura dos 57 itens das CPS e dos 26 itens das AS separadamente Resultado: 4 fatores para CPS (ISO, IB, IG, PSY) e 3 fatores para AS (SDA, DMV, SA)
Barreto et al., 2017	convite por e-mail. 1.172 indivíduos,	IPO alemão 2001, não publicada a tradução	CFA e EFA	Método: comparou modelos de 1, 2, 3 e 4 fatores para as CPS e

	72,2% do sexo feminino, media de 27,05 (DP = 9,56). no formato on-line, 89 dos participantes estavam atualmente recebendo ajuda psicológica e / ou psiquiátrica.			depois explorou os 57 itens das CPS Resultado: CFA – 4 fatores (ISO, IB, IG, PSY) e EFA – 5 fatores (IS, IG, DP, MT, PSY)
Dagnall et al., 2018	652 indivíduos derivada da aplicação do IPO para outros estudos (recrutamento via e-mail para funcionários e estudantes graduação e pós-graduação matriculados em programas de saúde), com idade média da amostra de 28,63 anos (DP = 12,41), 62% eram do sexo feminino	IPO 2001 20 itens (TR)	CFA	Método: comparou 7 modelos para RT (1 fator, 4 fatores, segunda ordem e modelo bifator, variando com correlação entre erros ou não) Resultado: modelo bifator com correlação entre erros (fator geral RT e fatores específicos (C, AVH, DT, SD)

Nota: CFA = confirmatory factor analysis; EFA = exploratory factor analysis; ESEM = exploratory structural equation modeling; PCA = principal component analysis; CPS = clinical primary scales; AS = additional scales; ID = identity diffusion; PD = primitive defenses; RT = reality testing; AG = aggression; MV = moral values; GPP = general personality pathology; SA = sadistic aggression; ISO = instability of self/others; IB = instability of behavior; IG = instability of goals; PSY = psychosis; SDA = self-directed aggression; DMV = distortion of moral values; SD = structural deficit; IS = instability of self; IG = instability of goals; DP = dependency; MT = mistrust; C = confusion; AVH = auditory and visual hallucinations; DT = delusional thinking; SD = social deficits; \* = para essa análise, os nove itens da escala RT foram colapsados em três tríades de itens, resultando, dessa forma, em três indicadores de RT; \*\* não se calcula o omega de McDonald para escalas com dois indicadores.\*\*\*Siglas utilizadas conforme os estudos da coluna 1

Fonte: Da autora.

Os estudos que utilizaram CFAs, testaram o ajuste dos dados a modelos de um, dois, três ou quatro fatores para os itens das Escalas Clínicas Primárias. O modelo de um fator compreende os 57 itens das Escalas Clínicas Primárias carregando em uma única dimensão. Por sua vez, o modelo de dois fatores compreende os itens das escalas de DI e DP carregando juntos em um único fator (LEZENWENGER et al., 2001) e os itens de TR carregando em um fator separado. O modelo de três fatores corresponde às três escalas primárias (DI, DP e TR), conforme a postulação teórica de Kernberg (1995). Por fim, o modelo de quatro fatores compreende o modelo encontrado no estudo de Ellison e Levy (2012), o qual, por meio de uma ESEM, identificou as dimensões: Instabilidade do Self/Outros (ISO), Instabilidade do Comportamento (IC), Instabilidade nos Objetivos (IO) e Psicose (PSI). Os resultados das CFAs em estudos subsequentes indicaram que quando o modelo de quatro fatores era incluído na investigação, esse foi o que apresentou melhor ajuste aos dados (BARRETO et al., 2017; PRETTI et al., 2015). Vale apontar que no estudo de Barreto et al. (2017), apesar de o modelo de quatro fatores ter apresentado melhor ajuste aos dados, os indicadores de ajuste não atingiram os critérios mínimos de adequação (CFI e TLI = .86). Nos estudos que testaram os modelos de um, dois e três fatores, os modelos de dois e de três fatores alternaram entre aqueles que apresentaram melhores ajustes aos dados. Lezenwenger et al. (2001), Smits et al. (2009) e Oliveira (2012) encontraram adequação para as soluções de dois e três fatores, tendo sido a solução de dois fatores a mais parcimoniosa nesses estudos. Ellison (2009) encontrou melhor ajuste dos dados para o modelo de três fatores, mesmo tendo observado uma correlação de 0,98 entre os fatores DI e DP.

Normandin et al. (2002), Zimmermann et al. (2013) e Igarashi et al. (2009) não compararam modelos, tendo testado, por meio de CFA, apenas o modelo de três fatores em versões reduzidas do IPO (variando entre 16 e 24 itens) e os resultados sugeriram a adequação do modelo testado. Particularmente, no estudo de Zimmermann et al. (2013), as correlações entre fatores foram muito altas tendo sido sugerido que o IPO-16 fosse usado de forma unidimensional.

Quando utilizadas as técnicas exploratórias (i.e., EFA, PCA e ESEM) para análise da estrutura interna do IPO, os resultados também se mostraram relativamente inconsistentes. Os dois estudos que utilizaram PCAs têm as peculiaridades de ou incluir os itens das Escalas Adicionais na análise (BERGHUIS et al., 2009) ou de ter feito a análise com o somatório dos fatores da versão do IPO de 1995-1999 (QUIROGA et al., 2003). O estudo de Berghuis et al. (2009) encontrou, incluindo todos os itens do IPO, uma solução de quatro fatores denominados: Patologia Geral da Personalidade (com 52 itens), Vulnerabilidade Psicótica ou Teste de

Realidade (com 13 itens), Agressão (com 13 itens), e Sadismo ou Agressão Sádica (com 3 itens). Por sua vez, o estudo de Quiroga et al. (2003) não possibilitou um entendimento acerca da estrutura do IPO considerando os seus itens, uma vez que para a PCA foram utilizados os escores das escalas e não dos itens em si. Além disso, as escalas que compuseram a PCA não fazem mais parte da última versão do IPO.

Os três estudos que utilizaram EFAs (BARRETO et al., 2017; IGARASHI et al., 2009; NORMANDIN et al., 2002) apresentaram métodos bem distintos de abordagem aos dados. Igarashi et al. (2009) e Normandin et al. (2002) usaram as EFAs para selecionar os itens que carregaram apropriadamente em seus respectivos fatores. Após essa seleção, foram aplicadas CFAs para testar os modelos resultantes em outra amostra. Esse procedimento visou a encontrar a mesma estrutura teoricamente definida para o IPO. Por outro lado, Barreto et al. (2017) fizeram o caminho inverso. Os autores primeiro compararam os modelos existentes (de um, dois, três e quatro fatores) por meio de CFAs e, com base no resultado de pobre ajuste dos dados aos modelos, eles investigaram a estrutura fatorial de forma exploratória. Para tanto, eles conduziram EFAs extraíndo entre um e cinco fatores (conforme indicação do método de análises paralelas). Os cinco fatores encontrados por Barreto et al. (2017) (Instabilidade de self, instabilidade de objetivos, dependência, desconfiança e psicose) se assemelham em algum ponto com o modelo de quatro fatores de Ellison e Levy (2012), mas também se diferenciam da literatura da área, uma vez que não se tem conhecimento de modelos correlatos. e os autores consideraram uma solução de três fatores (dimensões rotuladas como Instabilidade do Eu, Instabilidade dos Outros e Psicose) como mais adequada.

Por fim, os estudos que usaram de ESEM para verificar a estrutura fatorial do IPO apresentaram resultados muito semelhantes. No estudo de Ellison e Levy (2012) é reportado um modelo de quatro fatores mencionados anteriormente (ISO, IB, IO e PSY), os quais foram praticamente replicados no estudo brasileiro de Oliveira (2016). Adicionalmente, Oliveira (2016) aplicou a mesma técnica (i.e. ESEM) para investigar a solução fatorial das escalas adicionais e os resultados indicaram a existência de três fatores correlacionados, os quais foram nomeados de Agressividade Autodirigida, Distorção dos Valores Morais e Agressividade Sádica.

Alguns estudos investigaram a invariância dos fatores do IPO em relação ao sexo (PRETI et al., 2015; OLIVEIRA, 2012; VERREAULT et al., 2013) e à cultura relacionada à região de moradia (ELLISON, 2009; OLIVEIRA, 2012). Os resultados, de forma geral, sugeriram invariância quanto a esses critérios, indicando que os fatores do IPO são os mesmos para os homens e para as mulheres e para culturas em geral. Foram verificadas variâncias quanto

a estrutura fatorial testada em populações clínicas e não clínicas como nos estudos de Smits et al. (2009), Hiragashi et al. (2009), Berghius et al. (2009), Zimmermann et al. (2013), Petri et al. (2015). Em geral, a invariância também foi confirmada considerando-se critérios clínicos.

Ainda, vale notar que dois estudos buscaram averiguar a estrutura fatorial exclusivamente da subescala TR (DAGNALL et al., 2017; 2018). Dagnall et al. (2017) realizaram EFA com a subescala RT (20 itens) e encontraram uma solução de quatro fatores: Alucinações Auditivas e Visuais, Pensamento Delirante, Déficits Sociais e Confusão Sensorial/Perceptual. Dagnall et al. (2018), testaram essa estrutura por meio de uma série de CFAs e foi concluído que o fator geral de RT é o mais adequado, uma vez, que um modelo bifator foi o que apresentou melhor ajuste dos dados. Denovan et al. (2017) também realizou EFA na subescala do teste de realidade. Os resultados compreenderam os mesmos quatro fatores encontrados por Dalagnoll et al. (2017).

#### 4.4.2 Confiabilidade (Consistência Interna)

A Padronização para Testes Educacionais e Psicológicos da APA (American Educational Research Association, American Psychological Association, e National Council on Measurement in Education, 2014) sugere diferentes formas de examinar a confiabilidade dos dados coletados por meio de instrumentos psicológicos. Entre elas, estão os métodos de medida da consistência interna (como o alfa de Cronbach, o ômega de McDonald, o método das metades), de estabilidade temporal (teste-reteste) e de consistência entre avaliadores (medidas de concordância). Para medidas de consistências internas de uma escala, as diretrizes gerais sugerem que as estimativas para o alfa de Cronbach devem estar acima de 0,70, considerando fortes entre 0,80 e 0,95 (NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994; Streiner, 2003). Considera-se que estimativas muito elevadas (acima de 0,95) podem ser indicativas de redundância em vez de propriedades psicométricas aceitáveis.

Na tabela 3 encontram-se os valores de confiabilidade encontrados nos estudos de validação.

Tabela 3 – Confiabilidade

Referência	Confiabilidade	
	Consistência Interna	Teste-reteste
Lenzenweger et al., 2001	ID $\alpha = 0,88$ PD $\alpha = 0,81$ RT $\alpha = 0,88$	Intervalo: 1 mês ( $n = 49$ ) ID = 0,78 PD = 0,72 RT = 0,73
Normandin et al., 2002	Variou de 0,64 a 0,79 (sem especificar as escalas)	Intervalo: 21 a 37 dias ( $n = 98$ ) ID = 0,60 PD = 0,78 RT = 0,61
Quiroga et al., 2003	ID $\alpha = 0,80$ PD $\alpha = 0,77$ RT $\alpha = 0,81$	-
Smits et al., 2009	ID/PD $\alpha = 0,90-0,90$ RT $\alpha = 0,85-0,83$ (Duas amostras clínica e não clínica)	-
Ellison, 2009	DI $\alpha = 0,88-0,86$ PD $\alpha = 0,82-0,79$ RT $\alpha = 0,87-0,84$ (Duas amostras de universitários)	-
Berghuis et al., 2009	DI $\alpha = 0,93$ PD $\alpha = 0,91$ RT $\alpha = 0,91$ AG $\alpha = 0,85$ MV $\alpha = 0,78$	Intervalo: 1 mês ( $n = 76$ ) ID = 0,86 PD = 0,82 RT = 0,85 AG = 0,80 MV = 0,75
Igarashi et al., 2009	Não reportam	-
Oliveira, 2012	ID/PD $\alpha = 0,93$ TR $\alpha = 0,88$ AG $\alpha = 0,79$ MV $\alpha = 0,79$	Intervalo: 3-4 semanas ( $n = 61$ ) ID/PD = 0,81 TR = 0,72 AG = 0,76 MV = 0,69
Ellison et al., 2012	Não reportam	-
Zimmermann et al., 2013	IPO-16 $\alpha = 0,91$	Intervalo: 2 meses IPO-16 = 0,85 Intervalo: 4 meses IPO-16 = 0,79
Verreault et al., 2013	Não reportaram	-
Preti et al., 2015	ISO $\alpha = 0,93-0,91$ IG $\alpha = 0,81-0,72$ PSY $\alpha = 0,84-0,79$ IB $\alpha = 0,80-0,81$ (Duas amostras: clínica e não clínica)	Intervalo: 1 mês ( $n = 53$ ) ISO = 0,92 IG = 0,68 PSY = 0,88 IB = 0,83
Oliveira, 2015	ISO $\alpha = 0,94$ e $\omega = 0,94$	

	IB $\alpha = 0,90$ e $\omega = 0,91$ IG $\alpha = 0,86$ e $\omega^{**}$ PSY $\alpha = 0,84$ e $\omega = 0,88$ SDA $\alpha = 0,70$ e $\omega = 0,82$ DMV $\alpha = 0,79$ e $\omega = 0,82$ SA $\alpha = 0,80$ e $\omega = 0,88$	-
Silveira, 2015	ID/PD $\alpha = 0,94$ TR $\alpha = 0,91$ AG $\alpha = 0,84$ MV $\alpha = 0,72$	-
Barreto et al., 2017	IS $\alpha = 0,87$ IG $\alpha = 0,88$ DP $\alpha = 0,89$ MT $\alpha = 0,74$ PSY $\alpha = 0,91$ IPO $\alpha = 0,95$	Intervalo ( $n = 72$ ) IS = 0,79 IG = 0,62 DP = 0,82 MT = 0,69 PSY = 0,76 IPO = 0,81
Silveira et al., 2018	AS $\alpha = 0,94$ IB $\alpha = 0,87$ IG $\alpha = 0,77$ PSY $\alpha = 0,88$ AS $\alpha = 0,73$ DMV $\alpha = 0,72$ AS $\alpha = 0,74$	-
Dagnall et al., 2018	RT - $\alpha = 0,90$ e $\omega = 0,93$ AVH - $\alpha = 0,83$ e $\omega = 0,84$ DT - $\alpha = 0,80$ e $\omega = 0,83$ SD - $\alpha = 0,73$ e $\omega = 0,82$ C - $\alpha = 0,73$ e $\omega = 0,74$	-

De acordo com estudos revisados, as escalas do IPO tendem a estimar com adequada confiabilidade os construtos referentes a Organização de Personalidade, independente do formato da escala e da população avaliada (ver Tabela 2). Este resultado indica que as versões do questionário existentes na atualidade apresentam bons indicativos de confiabilidade.

#### 4.4.3 Validade

Conforme os estudos revisados, a validade de construto do IPO foi averiguada através das validades concorrente, convergente e divergente, e buscaram, ainda, indícios de validade preditiva. Os instrumentos utilizados nas validações variaram conforme o interesse e o entendimento dos autores sobre as referências teóricas do modelo estrutural do Kernberg (KERNBERG,1995). Eles encontram-se especificados no Quadro 2. Entre eles, estão instrumentos que medem diagnósticos clínicos, rastreamento de sintomas, avaliação da personalidade (transtornos, traços e aspectos específicos), qualidade das relações interpessoais,

apego, traumas, estabilidade dos afetos e regulação das emoções, bem-estar, agressividade, características psicóticas, mecanismos de defesa, coerência e clareza de autoconceito. Além destes, alguns estudos fizeram uso de instrumentos de desejabilidade social.

Os instrumentos utilizados em cada estudo estão listados no Quadro 2:

**Quadro 2** - Instrumentos utilizados para medição de validade Concorrente/Discriminante do IPO

<b>Estudos</b>	<b>Instrumentos utilizados</b>
Lenzenweger et al. (2001)	Inventário de Afetos Positivos e Negativos (PANAS, WATSON et al., 1988, ver também WATSON; TEUEGEN, 1985); Inventário de Buss-Durkee para avaliar hostilidade (Aggressive dyscontrol) (BUSS; DURKEE, 1957); Escala de Aberração Perceptual (PAS et al., 1978), Escala de Ideação Mágica (MIS; ECKBLAD; CHAPMAN, 1983), Escala de esquizofrenia paranoide (Pz; ROSEN 1952,1962) Escala de Pensamento Referencial (REF et al., 1997), Escala de Auto monitoramento (SNYDER, 1974; ver também GANGESTAD ; SNYDER, 1985), Escala de autoconsciência (FENIG- STEIN; SHEIER; BUSS, 1975), Escala de desabilidade social (SDS; CROWNE ; MARLOWE, 1964), Inventário de depressão de Beck (BDI; BECK et al., 1961), Inventário de estado e traço de ansiedade (STAI- Form Y; SPIELBERGER, 1983)
Normadin et al. (2002)	não utilizou
Quiroga; Solnano; Fontao (2003)	Inventário de depressão de Beck (BDI; BECK et al., 1961), Inventário de estado e traço de ansiedade (STAI-Form Y; SPIELBERGER, 1983)
Smits et al. (2009)	Dados Demográficos e diagnóstico clínicos baseados no DSM-IV (de eixo I e II separados em cluster A, B e C)
Ellison (2009)	Questionário de Estilos Defensivos (DSQ-40; ANDREWS; SINGH; BOND, 1993), Escala de Cisão (GERSON, 1984), Escala de Clarificação de Auto-conceito (SCCS- CAMPBELL et al., 1996), Inventário de Personalidade Borderline (BPI), Escala de Labilidade Afetiva (ALS, HARVEY; GREENBERG; SERPER, 1989), Medida de Intensidade Afetiva (AIM, LARSEN; DIENER; EMMONS, 1986), Inventário de Auto dano Deliberado (DSHI), Questionário de Comportamento Imprudente (RBQ), Auto Complexidade de Ziller-SCM, Escala de Estabilidade do Self (SSS; ROSENBERG, 1965), Inventário de Problemas de Vida (LPI; RATHUS; MILLER, 1995) e Inventário de Diferenciação do Self (DSI)
Berghuis et al. (2009)	Lista de Checagem de Sintomas (SCL-90; DEROGATIS, 1994), NEO-Invetário de Personalidade (NEO-PI-R; COSTA; MCCRAE, 1992)

Igarashi et al. (2009)	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), Inventário de Bem-estar psicológico(PWB), Questionário de Relação de Apego em Adulto(AARQ) , Instrumento de Apego Parental (PBI) , Escala de Trauma e Abuso Infantil (CATS), Item de Ideação suicidada da Escala de Autoavaliação de Depressão (SDS), Questionário de Diagnóstico de personalidade-Revisado (PDQ- R), Questionário de Relacionamento (RQ), Escala de Autoeficácia (SES), Escala de Autoavaliação de depressão (SDS)
Oliveira (2012)	Questionário sociodemográfico, Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS) (WATSON; CLARK; TELLEGEN, 1988): Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI) (SPIELBERGER, 1988; 1996; 2003), Inventário Beck de Depressão (BDI) (BECK; STEER, 1993; BECK et al., 1961), Inventário Beck de Ansiedade (BAI) (BECK; STEER, 1990; BECK, et al., 1988), Escala Fatorial de Autoconceito (EFA) (TAMOYO, 1981), Questionário de Estilos Defensivos (DSQ-40) (ANDREWS; SINGH; BOND, 1993; BOND, 1995; BOND et al., 1983), Inventário de Personalidade Borderline (BPI) (LEICHSENBERG, 1999; 2006), Escala de Assertividade de Rathus (RAS; RATHUS, 1973)
Ellison; Levy (2012)	Escala de clareza de autoconceito (SCCS, CAMPBELL et al., 1996), Escala de Estabilidade de Self (SSS, ROSENBERG, 1965) Inventário de Problemas de Vida (LPI; RATHUS; MILLER, 1995), Questionário de Estilo de Defesa-40 (Andrews; SINGH; BOND, 1993), Medida de Intensidade de Afeição (AIM et al., 1986), Escala de cisão (GERSON, 1984), Escala de Labilidade Afetiva (ALS, HARVEY; GREENBERG; SERPER, 1989), Escala de Dificuldades em Emoção (DERS; GRATZ; ROEMER, 2004), Questionário sobre o Regulamento da Emoção (ERQ; GROSS; JOHN, 2003). Escala de Traços de Humor (TMMS, SALOVEY et al., 1995), Inventário de Auto dano deliberado (GRATZ, 2001), Avaliação Cognitiva de Eventos Arriscados (FROMME; KATZ; RIVET, 1997).
Zimmermann <i>et al.</i> (2013)	Inventário de Personalidade Limítrofe (BPI), Lista de verificação de sintomas (SCL-90-R) e Inventário Breve de Sintomas (BSI), Inventário de problemas interpessoais (IIP), Entrevistas clínicas estruturadas para DSM-IV (SKID-I e -II) OPD-2
Preti et al. (2015)	Índices de Severidade de Problemas da Personalidade (SIPP-118; VERHEUL et al., 2008), Checklist de Transtorno de Personalidade Borderline (BPDCL; ARNTZ et. al., 2003), Medidas de Avaliação de Resposta 71 (REM-71; STEINER; ARAUJO; KOOPMAN, 2001) e Checklist de Sintomas 90 – Revised (SCL 90-R; DEROGATIS, 1977)
Oliveira; Bandeira (2015)	Questionário de Dados Sociodemográficos e de Condição de Saúde (QDSCD), Entrevista Estruturada para o DSM-IV Axis II – Questionário de personalidade (SCID-II-PQ), Inventário de Personalidade do DSM-5 (PID-5), Mini Marcadores da Personalidade (MMP), Defense Style Questionnaire (DSQ-40), Escalas de Egocentrismo Maquiavélico, Descontrole e Audácia (EMDA), Temperamento e Personalidade (T&P), Questionário Auto relatado(SRQ-20), Escala de depressão ,

	ansiedade e estresse (DASS-21), Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS), Saúde Mental contínua – reduzido (MHC-SF), Escala de Bem-estar psicológico (PWBS)
Silveira; Bandeira (2015)	Bateria Fatorial da Personalidade (BFP; NUNES; HUTZ; NUNES, 2010), Questionário sociodemográfico; Questionário de Autorrelato (SRQ-20; HARDING et al., 1980):
Barreto et al. (2017)	Escala de Clarificação de Autoconceito (SCCS; CAMPBELL et al., 1996; Portuguese version by BARRETO; CARVALHO; MATOS, 2012); Escala de Dificuldade de Regulação das emoções (DERS; GRATZ; ROEMER, 2004; portuguese version by COUTINHO et al., 2010); Inventário Breve de Sintomas (BSI; DEROGATIS, 1993; portuguese version by CANAVARRO, 1999)
Silveira; Oliveira; Bandeira (2018)	Bateria Fatorial da Personalidade (BFP; NUNES; HUTZ; NUNES, 2010), Questionário sociodemográfico; Questionário de Auto-Relato (SRQ-20; HARDING et al., 1980):
Dagnall et al. (2018)	não utilizou

Fonte: Da autora.

#### a) Diagnóstico Psicopatológicos e Clínicos Psiquiátricos:

Medidas de diagnósticos clínicos foram utilizadas em muitos estudos (LEZENWENGER et al., 2001; QUIROGA et al., 2003; IGARASHI et al., 2009; SMITS et al., 2009; BERGHUIS et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2012, PRETI et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015; BARRETO et al., 2017).

##### -Diagnósticos do Eixo I:

Relações múltiplas e substanciais entre as variáveis do IPO e estados psicológicos de ansiedade, depressão, e transtornos, em geral, do eixo I foram encontradas. Igarashi et al. (2009), encontraram medidas de sintomas ansiosos maiores na amostra clínica do que na população não clínica, mas não para sintomas depressivos. Já, Oliveira (2015) encontrou que todas as subescalas do IPO-Br foram capazes de discriminar o grau de severidade de indicadores depressivos, assim como Smits et al (2009), que encontrou uma discriminação significativa entre os resultados do IPO em populações com diagnósticos do Eixo I, excluindo pacientes psicóticos.

#### b) Avaliação da personalidade

Aspectos variados de personalidade foram explorados (transtornos, traços e aspectos gerais).

Diagnósticos clínicos da personalidade foram correlacionados com o IPO nos estudos de Igarashi et al. (2009), Smits et al. (2009), Petri et al. (2015) e Oliveira (2015). Os resultados, no geral, apontam para adequada validade convergente e concorrente para estes constructos. Considerando os transtornos de personalidade, Igarashi et al. (2009) averiguaram correlações do IPO com escalas de transtornos fronteirços e narcisistas, indicando adequada validade concorrente. Em Smits et al. (2009) e Oliveira (2015) foram comparados os escores de IPO em diferentes amostras de pacientes com transtorno de personalidade do eixo II. O fator de Patologia Geral em Smits et al. (2009) (com um número expressivo de itens das subescalas de DI e DP) diferenciou sujeitos normais dos pacientes com transtornos da personalidade de forma geral. Em Oliveira (2015), o fator instabilidade de self/outros apresentou relações mais fortes com os transtornos de personalidade de base ansiosa e receosa-Cluster C, enquanto que o fator instabilidade de comportamento se relacionou mais com os transtornos de personalidade de base dramática, imprevisível e irregular-Cluster B. O fator Agressividade Autodirigida foi o fator que teve maior associação com os transtornos de personalidade Borderline e Antissocial.

Petri et al. (2015) e Oliveira et al (2015) discutiram em seus trabalhos a concordância da medida estrutural do IPO com a avaliação da personalidade proposta pelo DSM-IV e do DSM-V. O fator instabilidade do self/dos outros foi inversamente associado à medida do funcionamento da personalidade em geral, demonstrando validade discriminante significativa. Após um controle do índice de severidade global de psicopatologia (Índice de Severidade Global do Sintom Check List- SCL-90-R) (BERGHUIS et al., 2009; SMITS et al., 2009), os resultados do IPO apresentaram variância significativa, ou seja, quando o fator sintomatologia clínica foi controlado, o IPO seguiu discriminando entre grupos clínicos e não-clínicos.

#### c) Traços

Correlações do IPO em relação a traços de personalidade foram encontradas. Berghius et al. (2009) e Silveira et al. (2015) investigaram as correlações entre o IPO a medidas de sofrimento psíquico e gravidade da patologia da personalidade. Ambos estudos encontraram fortes correlações significativas principalmente com o fator neuroticismo do modelo dimensional do *Big-five* (vide questionários utilizados no quadro 2).

#### d) Medidas de Afeto e de Emoções e Bem-Estar Psicológico

Considerando-se a significativa instabilidade afetiva de OP do tipo limítrofe, este aspecto foi muito explorado nos estudos. Buscando avaliar o quanto a IPO é capaz de se relacionar com medidas de regulação de afeto e emoções, Lezenwenger et al. (2001), Ellison et al (2009), Levy et al. (2012), Oliveira et al. (2012), Oliveira et al. (2015) e Barreto et al. (2017) exploraram as associações de instrumentos de medidas dos afetos negativos, irritabilidade, intensidade afetiva, labilidade e dificuldades na regulação emocional (ver Apêndice A). Lezenwenger et al. (2010) e Ellison et al. (2009) encontraram forte correlação das subescalas de DP e DI com medidas de afeto negativo. Já Levy et al. (2012) utilizaram o fator Instabilidade de si e outros para relacionar medidas de intensidade afetiva, labilidade e dificuldades na regulação emocional e também encontraram forte correlação, demonstrando validade concorrente dos IPO com este constructo.

Os estudo japonês de Igarashi et al. (2009) e o brasileiro de Oliveira et al. (2015) relacionaram o IPO a medidas de bem-estar psicológico encontrando forte correlação negativa (validade divergente), como era de se esperar.

e) Medidas de diferenciação do self e clareza de autoconceito

Avaliar a capacidade de diferenciar entre aspectos de si e o mundo externo, o grau de desintegração da identidade e a capacidade de ter clareza do conceito de si próprio são objetivos centrais do IPO. A subescalas de DI especificamente se propõe a este fim e medidas que apontem para uma adequada validade destes constructos teóricos são fundamentais nos estudos de propriedades psicométricas.

Lenzenweger et al. (2001), Elison et al. (2009), Levy et al. (2012), Petri et al. (2015), Oliveira et al. (2012) e Barreto et al. (2017) encontraram alguns indicativos conflitantes de validade convergente do IPO americano e medidas de diferenciação do self e clareza de autoconceito (ver quadro 2).

Lenzenweger et al. (2001) não encontraram correlação entre as medidas normativas de autoconceito (ver Apêndice A) e as escalas primárias do IPO americano. Já Ellison et al. (2009), Levy et al. (2012), Petri et al. (2015), Oliveira et al. (2012), Barreto et al. (2017) encontraram que os fatores instabilidade de si e de outros, instabilidade de comportamento ou DI associada à DP mostraram relações consistentes e substanciais com as medidas externas de coerência do autoconceito e integridade da identidade. Lenzenweger et al. (2001) utilizaram instrumentos diferentes dos outros estudos, questionários de medida de normalidade de aspecto. Os demais fatores (Instabilidade de Objetivos e Psicose/Teste de Realidade) também mostraram relações incrementais estatisticamente significativas, associando-se mais fortemente a características

referentes a medidas externas de expressões comportamentais da DI em geral. Este é o caso das subescala de responsabilidade e concordância social do SIPP-118.

A divergência entre os resultados pode ter ocorrido em função do conteúdo medido ser diferentes instrumentos nos estudos citados (de caráter menos patológico no primeiro estudo).

O fator instabilidades de metas encontrados nos estudos de Levy et al. (2012), Barreto et al. (2017) mostrou correlações menos significativas na maioria das validades testadas, fato que corrobora com a discussão deste ser mais um artefato do que um fator em si (foi composto por apenas dois itens).

#### f) Agressividade

Lezenwenger et al. (2001), Ellison et al. (2009), Iragashi et al. (2009), Levy et al (2012), Oliveira (2012) e (2015), verificaram as correlações do IPO a medidas de comportamento autodestrutivo, ideação suicida e descontrole da agressividade.

Lezenwenger et al. (2001), Ellison et al. (2012) encontraram correlações importantes entre medidas de descontrole da agressividade, comportamento de risco e alta incidência de auto danos e os escores das subescalas primárias. Ficou demonstrado que os comportamentos e pensamentos com tendência suicidas estão mais presentes em pessoas com maiores problemas na OP (IRAGASHI et al, 2009; OLIVEIRA, 2015). Ainda, tanto as subescalas de TR como o fator Psicose (LEZENWENGER et al., 2001; ELLISON et al., 2012; IRAGASHI et al., 2009) também mostraram alguma relação independente com medidas de agressividade. Talvez isso tenha ocorrido em função dos aspectos psicóticos ora se apresentarem de forma introspectiva (em pensamento), ora externalizados em forma de comportamentos de risco. Neste sentido da externalização da agressividade, encontra-se o resultado de Ellison et al., (2009), onde a subescala de DP foi o mais forte preditor de pontuações de medidas de comportamento de risco. O indicativo dos dados gerais encontrados parece estar sugerindo que a agressividade pode compor um aspecto global de estruturas primitivas de personalidade, principalmente no caso como das organizações limítrofes. Quando a subescalas adicional de Agressividade foi incluída nas análises (OLIVEIRA, 2015), ela apresentou a maior relevância preditiva para o risco de comportamento suicida, fato que indica boa validade convergente desta subescala adicional.

#### g) Avaliação de Aspectos Psicóticos

Considerando a importância do construto de TR no modelo da OP, os estudos utilizaram medidas de averiguação de aspectos psicóticos para estudar a validade do IPO neste

quesito. Medidas específicas de propensão à psicose foram verificadas (LEZENWENGER et al., 2001; SMITS et al., 2009; ELLISON, 2009; LEVY et al., 2012). Foram utilizadas tanto medidas de diagnósticos clínicos, diagnóstico dimensional, bem como escalas específicas de aspectos psicóticos.

A subescala de TR ou seus fatores correspondentes, mantiveram correlação de moderada à forte com medidas de propensão à psicose de todos os tipos de medida testadas (ver quadro 2 para questionários utilizados) (coeficiente de Person médio de 0,48 nos estudos), evidenciando a validade desta subescala.

Este resultado pode indicar um elemento preditor que a subescala de Teste de Realidade (ou seus fatores correspondentes) pode caracterizar. Lezenwenger et al. (2001), Levy et al. (2012), Oliveira (2015), Petri et al. (2015) separaram os demais construtos dos itens que descrevem a psicose propriamente dita. Na maioria dos estudos, os resultados de validade representaram que TR não se apresenta como um construto unitário e sim como um contínuo de gravidade. Este aspecto foi averiguado e confirmado nos estudos de Dallgnal et al. (2017 e 2018), com análise fatorial específica da subescala do TR.

Um estudo apenas (ELLISON, 2009) encontraram que a DI estava mais fortemente relacionada a fenômenos de cisão (*Splitting Scale*) do que as DP. Esta questão pode salienta aspectos mais relacionados a identidade menos integrada como preditora de fenômenos psicóticos, mas precisa ser melhor investigada.

#### h) Processos Defensivos

Ellison (2009), Levy et al. (2012), Oliveira (2012; 2015), e Prunas et al (2015) verificaram a validade convergente do IPO com medidas de processos defensivos e encontraram associações fortes tanto dos itens correspondentes a subescala de DP quanto DI, indicando que o IPO captura os constructos relacionados à processos defensivos, reforçando sua validade. Ainda Prunas et al. (2015) encontrou a maior associação entre o fator psicose e medidas de defesas imaturas. Como hipótese geral, as subescalas primárias parecem, em conjunto, representarem um construto mais robusto em relação a medição dos processos defensivos, para além da subescalas de DP exclusivamente. Este indicativo pode aludir à uma limitação do instrumento, uma vez que os itens foram concebidos para capturarem diferentes construtos, e acabam parecem capturar um construto mais vago, heterogêneo e, talvez, impreciso. Isso pode denunciar a existência de variância compartilhada de diferentes construtos, comum no uso de escalas de avaliação de auto relato.

i) Aspectos das Relações Interpessoais

Medidas de qualidade das relações interpessoais e relacionamento são aspectos importantes e que geralmente estão alterados em níveis de organização inferiores. Este aspecto foi aferido, com medidas específicas, e relacionado ao IPO nos estudos de Levy et al. (2012), Zimmermann et al. (2013) e de Prunas et al. (2015), com fortes indícios de correlação. Zimmermann et al. (2013) encontrou uma correlação entre a gravidade da deterioração estrutural medida pelo IPO-16 em seu escore total e a gravidade do sofrimento interpessoal (escore  $Z=2,38$ ,  $p < 0,05$ ). O fator Instabilidade de si e de outros dos estudos de Levy et al. (2012) e Prunas et al. (2015) foram coerentes com medidas de auto funcionamento e funcionamento interpessoal, demonstrando validade divergente entre os construtos, como era de se esperar, conforme a teoria.

j) Apego e Trauma na Infância:

A correlação dos construtos do IPO e o Apego, bem como o histórico de traumas na infância foi explorado apenas por Igarashi et al. (2009) que encontrou forte correlação principalmente entre a subescala de DI e negligência ( $r$  de 0.25 com  $p < 0,001$ ). As subescalas de Defesas Primitivas, Teste de Realidade e Agressividade de IPO correlacionaram-se negativamente com cuidado parental. Ainda DP, TR e Valores Morais se correlacionaram positivamente com a superproteção Parental. O fato de apenas um estudo de ter investigado este aspecto da validade, reforça a necessidade de novas investigações.

#### 4.4.4 Normas para Interpretação dos Escores

A investigação normativa do uso do IPO foi investigada e sugerida em alguns estudos (OLIVEIRA, 2015; SILVEIRA, 2015; ZIMMERMANN, et al., 2013). Os estudos de Oliveira (2015) e de Zimmermann et al. (2013) estabeleceram os dados normativos de acordo com a distribuição dos escores em uma amostra representativa. Oliveira (2015) propôs valores normativos para a população brasileira de acordo com os seguintes critérios: sexo, faixa etária, renda familiar e região brasileira de moradia. Zimmermann et al. (2013) propuseram dados normativos com relação ao sexo e faixa etária da população alemã. Os estudos de Silveira (2015) e de Zimmermann et al. (2013) propuseram interpretação dos escores do IPO com base em pontos de corte. Zimmermann et al. (2013) encontraram que o escore maior que 2,38 no

IPO-16 tende a classificar uma pessoa com disfunção estrutural com 83% de sensibilidade e 60% de especificidade. No estudo de Silveira (2015) são estimados pontos de corte para as escalas do IPO para três grupos distintos: 1) não clínico ( $n = 61$ ); 2) com prejuízo leve da personalidade ( $n = 53$ ) e com prejuízo grave da personalidade ( $n = 56$ ). Os pontos de corte entre os grupos não clínico e o grupo grave foram os que apresentaram melhores indicadores de sensibilidade (69% a 89%) e de especificidade (69% a 75%) (considerando a solução fatorial DI/DP, TR, AG e VM). Estes resultados mostram que as normas sugeridas para o IPO são heterogêneas e podem dificultar a padronização nos resultados, como se observa nos estudos de aplicação clínica (ver mais adiante).

#### 4.4.5 Outros Resultados - Avaliação de Gravidade de disfunção da personalidade

A capacidade do IPO de apontar nível de gravidade da patologia estrutural, bem como sua relação com determinados aspectos de psicopatologias diversas foi investigada. Este é um aspecto de forte relevância clínica, e pode indicar a potência preditiva do IPO no contexto de desfechos patológicos. Berghius et al. (2009), Zimmerman et al. (2013) e Silveira et al. (2015) investigaram a correlação do IPO com medidas de severidade da patologia da personalidade, gravidade dos sintomas clínicos e gravidade do sofrimento interpessoal. Berghius et al. (2009) foi o primeiro estudo a propor um Fator Geral da Personalidade que pode servir como indicador de gravidade geral da psicopatologia estrutural. Eles sugerem que este fator, associado a altos escores do fator agressividade, sugere maior gravidade. Portanto, uma pontuação alta nestes dois fatores, segundo os autores, poderia indicar pior prognóstico clínico e servir de preditor de desfechos clínicos diversos. Os resultados de Zimmerman et al. (2013) confirmam este indicativo de avaliação dimensional como fator de gravidade clínica e da gravidade do comprometimento estrutural. No entanto, contrariando os achados prévios, Silveira (2015) averiguou a capacidade do IPO-Br em incrementar a predição ao grupo clínico. A variável que apresentou significância estatística foi Teste de Realidade, mostrando-se associadas à predição dos participantes em pertencer ao grupo clínico.

Um estudo clínico (EURELINGS-BONTEKOE et al., 2010) associou os resultados Inventário Holandês de Personalidade Multifásico Minnessota-MPPI, do Questionário de Personalidade Esquizotípica e do IPO-NL em 190 pacientes ambulatoriais psiquiátricos e observou a existência de duas dimensões: uma da gravidade da patologia estrutural e outra de

introversão/extroversão (96% da variância foi explicada por estas duas dimensões). As subescalas de DP, TR e DI tiveram altas cargas na primeira dimensão. Neste contexto, os autores salientaram a necessidade de se fazer uma distinção entre pacientes neuróticos introvertidos, com conceitos de si e dos outros mais internalizados, baixos escores nas DP e bons padrões morais e pacientes borderlines que também são caracterizados por baixos níveis de extroversão, mas apresentaram altos níveis de patologia dimensional da personalidade, com DP e baixos padrões morais.

#### **4.5. Estudos de Aplicação Clínica do IPO**

As formas e expectativas de uso do IPO variaram nos estudos de aplicação clínica de acordo com os objetivos de cada estudo. Trinta e sete estudos utilizaram o IPO, em suas várias versões e traduções, com objetivos e contextos diversificados, utilizando variadas medida de associação.

O título, o nome dos autores, o ano, os país, a versão do IPO, os objetivos e os demais instrumentos utilizados neste grupo de artigos selecionados estão apresentados no Apêndice A.

Os trabalhos buscaram verificar associações entre OP medida pelo IPO e:

- Resultados ou desfechos de tratamento (farmacológicos e psicoterápicos)
- Predição de desfechos de expressão clínica
- Diagnósticos categóricos e sintomatologia clínica
- Aspectos psicológicos diversos (mecanismos de defesa, identidade, dissociação, comportamento materno negativo, afetividade negativa, auto-estigma, alexitimia, apego, sexualidade, religiosidade, narcisismo, traumas).

Além disso, os estudos utilizaram o IPO como medidor da OP com objetivo de:

- Avaliar o papel da OP como aspecto intermediador no diagnóstico de outras psicopatologias ou patologias clínicas.
- Validar outros instrumentos.
- Verificar o uso de subescalas específicas.

Algumas perguntas foram pensadas para entender o papel do IPO no contexto clínico e de pesquisa e nortear a apresentação dos resultados encontrados nesta revisão:

Qual o papel da Organização de Personalidade e, portanto, do IPO, nos tratamentos investigados? Que tipo de respostas ao tratamento podem sofrer maior influência da OP e se esta especificidade pode ser avaliada com o IPO?

Os constructos que compõem as subescalas, considerados marcadores da patologia estrutural da personalidade, portanto estáveis ao longo do tempo conceitualmente, são suscetíveis a mudanças com tratamentos psicoterápicos?

O inventário é capaz de prever risco de abandono?

O IPO é capaz de prever desfechos ou ser considerado fator de risco nas mais variadas áreas em que ele foi utilizado como medidor da Organização da Personalidade? Quais desfechos?

Alguns constructos específicos (DI, DP, TR, Ag ou VM) correlacionaram-se mais especificamente com algum aspecto de desfecho?

#### 4.5.1 Tratamentos

Foi verificado nos resultados dos artigos de aplicação clínica o papel da Organização de Personalidade, medido através do IPO, nos tratamentos psiquiátricos. Foram encontrados artigos que aplicaram versões do IPO e investigaram associações entre a OP à diversos aspectos do tratamento. Os resultados se referiram tanto a patologias clínicas (psiquiátricas ou não) quanto a modificações dos níveis de OP propriamente dita.

Estes estudos investigaram a associação e influência da OP avaliadas através do IPO especificamente:

- Na resposta e adesão a tratamento farmacológico (MULLEN et al., 1999);
- Nas dificuldades com psicoterapia psicodinâmica de grupo em pacientes psicóticos (RESTEK-PETROVIĆ et al., 2015);
- Nos efeitos da psicoterapia psicodinâmica de longo prazo (em internação ou ambulatorial) em relação à melhora clínica geral, aos níveis de funcionamento da personalidade (LOWYCK et al., 2015; SOLLBERGER et al., 2015; BEUTEL et al., 2005), às relações interpessoais (DAMMANN et al., 2016) e à estabilidade das mudanças (BEUTEL et al., 2005);
- Nos resultados de psicoterapia de curto prazo (4 a 6 semanas) (SCHERG et al., 2017) e nas diferenças entre psicoterapia de curto e de longo prazo em internação (SCHAEFER et al., 2007);

- Como característica dos pacientes envolvidos em psicoterapias psicodinâmicas ou outras técnicas (HENKEL et al., 2017; LEZENWENGER et al., 2012; CALIGOR et al., 2016);
- Como constructos específicos que se modificam com o tratamento, influenciando na velocidade da mudança e no tempo de abandono ao tratamento psicoterápico (HAMILTON WININGER; ROOSE, 2009; LEZENWENGER et al., 2012);
- Na motivação para tratamento psicoterápico (NOPPEL et al., 2018);

Mullen et al. (1999), foi o único estudo que avaliou a influência da OP em desfecho de tratamento farmacológico. Os autores avaliaram a estabilização dos mecanismos de defesas e da OP antes e depois do tratamento medicamentoso por duas semanas em 59 pacientes deprimidos, em acompanhamento ambulatorial. Porém, o fato de a amostra inicial ter tido uma perda de mais de 50% (apenas nove indivíduos responderam ao IPO após o tratamento) inviabilizou a análise dos resultados de forma consistente. Apontamos apenas estes como um uma área ainda que merece ser investigada.

Restek-Petroviç et al. (2015), averiguaram a qualidade do envolvimento de pacientes psicóticos (já em tratamento individual, em média 4,5 anos) em psicoterapia de grupo, considerando a influência das características da OP neste contexto. Este foi o único estudo que avaliou este tipo de população especificamente (40 pacientes). Os resultados deste estudo identificaram que os três constructos de OP (DP, DI e TR) relacionam-se fortemente à auto-estigmatização, caracterizando uma validade convergente com este constructo.

Mudanças na OP, considerando tratamentos psicoterápicos diversos, foi foco de investigação através do uso do IPO, nos últimos anos (LOWYCK et al. 2015; SOLBERGER et al., 2015; SCHERG et al., 2017; DAMMANN et al., 2016).

Lowyck et al. (2015), observaram a resposta em longo prazo de psicoterapia psicodinâmica ambulatorial (média de tratamento = 51 semanas) quanto a melhora dos sintomas clínicos, das características de personalidade (OP) e do funcionamento global em pacientes diagnosticados com transtornos de personalidade diversos (35 pacientes). Para o resultado do IPO, foi utilizada a soma das três subescalas primárias como escore total da OP. Os resultados mostraram um efeito positivo, significativo, crescente e duradouro da psicoterapia ao longo do tempo em relação à OP. Os escores do IPO nos quatro tempos (internação alta, um e cinco anos após a alta), respectivamente, 134.47; 124.23; 115.62 e 99.35 demonstram a redução dos aspectos disfuncionais da organização da personalidade. Dos pacientes avaliados, 90% dos pacientes buscaram tratamentos adicionais após o término ou ainda durante o tratamento

psicoterápico. Notam-se algumas limitações importantes no estudo: ausência de grupo controle, adesão não quantificada e intervenções diversificadas (individuais e em grupo). Talvez, neste contexto seja impossível determinar se os efeitos observados foram realmente devidos à orientação psicodinâmica do tratamento.

O estudo de Sollberger et al. (2015) também investigou mudanças, particularmente em sintomas do transtorno de personalidade borderline (aspectos afetivos e DI) durante tratamento em internação estruturado (Terapia Focada na Transferência-TFP- Clarkin et al., 1999). Este estudo utilizou dois grupos de intervenção. Um grupo com 32 pacientes que recebeu a intervenção específica outro que recebeu intervenção usual (12 pacientes). O tratamento usual consistia no manejo clínico (tratamento de suporte, psiquiatria social e psicofarmacoterapia) dos serviços psiquiátricos locais. Os pacientes desse grupo compareciam a uma sessão psicoterapêutica inespecífica por semana com um psiquiatra, recebiam psicoeducação em terapia de grupo, participavam de conversas de apoio com enfermeiras da equipe e realizavam uma sessão por semana com uma assistente social. Uma vez por semana, o médico sênior da unidade supervisionava a equipe. Todos os membros da equipe tinham experiência no tratamento de pacientes com TPB, mas não eram treinados em tratamentos especializados baseados em evidências para TPB. Já o tratamento hospitalar específico para transtorno Borderline combinou sessões individuais de TFP duas vezes por semana (de acordo com o manual de tratamento da TFP; ver Clarkin et al., 2006) com um terapeuta treinado em TFP, juntamente com terapia psicodinâmica em grupo, duas vezes por semana com enfermeiros e uma assistente social (semelhante às sessões da abordagem convencional), bem como reuniões semanais de supervisão e consulta para os terapeutas. Além disso, os pacientes da unidade de horário de verão participavam de grupos semanais de treinamento de habilidades baseados em DBT, conduzidos por enfermeiras treinadas para aumentar o tratamento da TFP.

Na comparação pré e pós-teste, após 12 semanas de internação, o grupo que recebeu tratamento específico para DI- grupo intervenção (TFP) mostrou uma diminuição significativa dos sintomas ( $p < 0,006$ ) e melhorias na instabilidade de si e dos outros ( $p < 0,008$ ). No grupo controle, não houve melhora significativa. Porém a não-randomização dos pacientes pode ter enviesado os resultados. Além disso, o estudo teve um pequeno tamanho da amostra, particularmente no grupo com abordagem convencional de tratamento (12 pacientes).

Com um desenho muito próximo ao estudo de Solberger et al. (2015), o estudo Austríaco de Dammann et al. (2016), também investigou os efeitos do tratamento na OP, considerando a associação com duas técnicas de psicoterapia combinadas (ver Apêndice A) em pacientes com transtorno de personalidade Borderline internados. Foram investigadas

melhorias nos problemas interpessoais (com a OP considerada como um marcador deste comportamento) e na psicopatologia. O escore médio da subescala do IPO (foram utilizados escores para cada subescala em separado) que mais variou significativamente após a intervenção foi a DI (de 62,57 para 58,27;  $p < 0,007$ ). Vale salientar que apesar de significativo para o  $p$ , a variação foi de apenas 4 pontos na média da subescala DI, que apresentou desvio padrão de 12,90. As limitações incluíram deste estudo o tempo relativamente curto para mudanças nos construtos da personalidade (12 semanas) e a ausência de grupo controle.

A influência da OP medida pelo IPO como preditor de resposta a tratamentos psicoterápicos também foi um foco de estudo (SCHAEFER et al., 2007; VERMOTE et al., 2009; BEUTEL et al., 2015; HENKEL et al., 2017). Comparações entre tempos diferentes de psicoterapias hospitalar (SCHAEFER et al., 2007), diferentes trajetórias de resultados no tratamento baseado em hospitalização psicanalítica (VERMOTE et al., 2009), resultados de psicoterapia psicodinâmica de curto prazo (4 semanas) em ambiente de internação na perspectiva dos pacientes e dos terapeutas (BEUTEL et al., 2015), comparação entre características dos pacientes em quatro tipos diferentes de tratamentos psicodinâmicos, (HENKEL et al., 2017) foram investigadas.

A OP, de forma geral, foi capaz de prever resultados negativos quando relacionada de funcionamento global dos sintomas (SCHAEFER et al., 2007), tanto nos pacientes em regime de tratamento de curto prazo quanto no regime de internação prolongada. Porém, quando a OP foi associada à velocidade de resposta ao tratamento, foi encontrada uma correlação inversa entre paciente sintomáticos clínicos mais graves e menos graves, apresentando os primeiros, resposta mais rápida (VERMOTE et al., 2009). A OP foi preditora também de uma avaliação negativa do relacionamento terapêutico e maior sofrimento durante o tratamento (BEUTEL et al., 2015) e DI teve alta correlação com a taxa de mudança em relação ao ajuste social e a auto aceitação e medidas descontroladas da agressividade. DP, TR e Ag do IPO também estavam correlacionadas com taxas de mudança na agressividade (LEZENWENGER et al., 2012).

Porém, quando comparadas diferentes formas de psicoterapia analítica (psicoterapia psicodinâmica de curta duração, psicoterapia psicodinâmica, psicoterapia analítica em ambiente de divã e psicoterapia analítica em ambiente face a face) não foram encontradas diferenças significativas entre o tipo de psicoterapia e a OP. Os escores do IPO não foram capazes de prever o porquê de alguns pacientes terem recebido indicação para análise e outros não (CALIGOR et al., 2016). Os autores compararam os resultados referentes às dimensões da psicopatologia e das funções psicológicas (conforme instrumentos descritos no Apêndice A), incluindo tanto a OP medida tanto pelo IPO-2001 quanto pela STIPO (STERN et al., 2012).

Portanto, o IPO não foi preditor deste tipo de desfecho, diferente da STIPO, segundo os autores. Ainda uma investigação sobre abandono de análise, não mostrou diferença entre desistentes e aqueles que continuaram na análise considerando a OP. Este artigo não apresenta os números referentes ao IPO (HAMILTON et al., 2009) fato que torna sua interpretação de resultados impossibilitada.

#### 4.5.2 Desfechos de Expressão Clínica

O IPO foi utilizado também como medida da OP na investigação de predição de desfechos em contextos diversos: Na presença de dor no pós-operatório de Artroplastia de Joelho (VOGEL et al., 2017), na presença de comportamentos maternos negativos (EINSENK et al., 2017), na predição de comportamento externalizado nos filhos de mãe com características limítrofes (GOODMAN et al., 2013), como fator de risco para distúrbios sexuais (PRUNAS et al. 2015 e 2016).

Questionamos se o IPO é capaz de prever desfechos ou pode ser considerado um fator de risco nos contextos de diversas expressões clínicas e em quais os desfechos são passíveis de predição pelo inventário.

O artigo de Einsenk et al. (2017), que investigou mulheres no último trimestre de gravidez e seu comportamento materno após o nascimento dos bebês, encontrou que mães com histórias de abuso tiveram valores médios significativamente mais altos nas subescalas de DI e de DP em comparação às mães sem história de abuso, mas não houve diferença entre os grupos com e sem história de abuso na subescala do Teste de Realidade. Vogel et al., 2017 investigaram associação entre artrose de joelho e OP como preditor de dor no pós-operatório de artroplastia. Os resultados foram medidos conforme os níveis de dor no pré e no pós-operatório e a mudança absoluta na dor e apontaram uma relação inversa entre DI e dor, com DI prevendo menos dor. Os autores atribuíram este resultado ao entendimento de que organizações Borderline podem apresentar menor sensibilidade para estímulos dolorosos agudos, juntamente com uma maior sensibilidade à dor crônica, considerando como “o paradoxo da dor na DBP”. Este estudo baseou-se em uma pequena amostra e os diagnósticos psiquiátricos não foram confirmados por meio de entrevista clínica estruturada. Goodman et al., 2013 utilizaram as três subescalas primárias do IPO americano em uma amostra de 56 mães de crianças de 5 a 10 anos. Como resultado, a DI identificada nas mães correlacionou-se fortemente com o comportamento externalizante, agressivo e delinquente das crianças. O estudo realizou ainda regressão múltipla e a variável DI seguiu correlacionada fortemente com o comportamento delinquente. Dois estudos de Prunas et al., em 2015 e em 2016 aplicaram o IPO italiano para investigar questões

relacionadas à sexualidade em homens e mulheres. A presença de disfunções sexuais e a presença de interesses parafilicos clinicamente relevantes foram associadas com pontuações mais altas em três subescalas de IPO italiano: Instabilidade de Si/Outros, Instabilidade de Comportamento e Psicose. Além disso, as dimensões do funcionamento sexual que apresentaram maior correlação com a OP foram a qualidade da vida sexual ( $p < 0,001$ ) e as parafilias ( $p < 0,001$ ). Tanto a satisfação geral como a qualidade de vida foram especificamente associadas à instabilidade do eu /dos outros, inversamente. Apenas parafilias e a OPB quando comparadas, não atingiram significância estatística, mas os autores (PRUNAS et al., 2016) referiram que este resultado pode estar ligado às limitações do instrumento adotado para a avaliação das parafilias.

Koelen et al. (2015) e Fuchshuber et al. (2018), investigaram o papel do IPO como mediador (ou fator de confusão) em desfecho entre outros constructos: 1) na associação entre apego inseguro e alexitimia (cognitiva e afetiva) em uma amostra de pacientes somatoformes, como fator de confusão na avaliação da afetividade negativa e 2) na relação entre o trauma na infância e a carga de sintomas psiquiátricos na vida adulta. A afetividade negativa foi demonstrada como intrinsecamente relacionada à organização de personalidade de nível inferior (WALTER et al., 2009; SOLLBERGER et al., 20015 e LENZENWEGER et al., 2001). Escores mais elevado no IPO, representaram uma diferença adicional significativa de 5% na pontuação da alexitimia cognitiva, indicando que uma maior gravidade da patologia da personalidade previu mais alexitimia cognitiva. Interessante observar que a contribuição da afetividade negativa isoladamente (medida pelo MMPI) não se mostrou significativa (3%-variância marginal) (KOELEN et al., 2015). Em Fuchshuber et al. (2018), uma modelagem de equações estruturais (SEM) foi aplicada para investigar as relações entre as variáveis latentes de Trauma da Infância, o Déficit Estrutural, Desespero, sintomas de dependência e depressão. O modelo de medida consistiu de cinco variáveis latentes (Comportamentos Aditivos, Sintomas Depressivos, Trauma na Infância, Desespero e Déficit Estrutural da personalidade). A influência do Trauma na Infância em Comportamentos Aditivos foi mediada pelo Déficit Estrutural ( $p < 0,01$ ). Diretamente, o déficit estrutural predisse positivamente os comportamentos aditivos, o desespero, mas não os sintomas depressivos.

O IPO foi ainda utilizado como medidor da OP no contexto da sintomatologia clínica: como mediador entre trauma e sintomatologia clínica, relacionado a sintomas depressivos (LOPEZ et al., 2017). As subescalas primárias (TR, DI e DP) e as subescalas secundárias (AG e VM) explicaram 28% da variância da depressão ( $p < 0,01$ ), 20% da ansiedade e 22% do

estresse. Além disso, os autores encontraram que DP e DI foram as dimensões que mais contribuíram para o modelo explicativo.

#### 4.5.3 Construtos individuais como preditores específicos de desfechos

Estudos encontraram correlações individualizadas dos constructos da OP (DI, DP, TR, Ag ou VM) com desfechos específicos.

No modelo de estrutura de personalidade, a DI apresenta-se como um elemento central na avaliação da OP. Alguns artigos utilizaram este constructo isoladamente com objetivos diversos ou encontraram resultados específicos em relação a ele: A relação da DI com as emoções negativas (WALTER et al., 2009; LENZENWEGER et al., 2012; LOWYCK et al., 2013); DI como dimensão de gravidade (WALTER et al., 2009; SOLLBERGER et al., 2012), DI como preditor de sintomas clínicos gerais mais significativos (CRITCHFIELD et al., 2008a; LOWYCK et al., 2013); relação da DI com o nível de relacionamento objetal<sup>7</sup> (LOWYCK et al., 2013) e com um conceito denominado Construto Esforço de Controle (HOERMANN et al., 2005).

Nos estudos de Walter et al. (2009), Sollberger et al. (2012) e Lenzenweger et al. (2012), a DI foi reconhecida como um marcador de afetividade negativa, principalmente nas amostras de pacientes com transtornos clínicos de personalidade. Walter et al. (2009), no entanto, observaram que os pacientes com TPB, quando comparados a pacientes depressivos sem transtorno de personalidade, não apresentavam diferenças significativas nos afetos negativos, quando estes foram medidos através da verbalização, em entrevista estruturada (gravadas em áudio e analisadas por software). Cabe ressaltar a pequena amostra utilizada neste estudo (doze pacientes em cada grupo). Estes achados foram interpretados como a DI correspondendo à uma dimensão do TPB, correspondendo à expressão de gravidade da patologia. Porém o fato de todas as subescalas do IPO terem tido escores elevados nos mesmos grupos, parece limitar esta conclusão. O estudo de Lenzenweger et al. (2012), também investigou as relações entre emoções negativas e os construtos psicodinâmicos medidos pelo IPO, em pacientes borderline, porém utilizando medida de emoções negativa baseadas em traços (MPQ - *Multidimensional Personality Questionnaire*). Os resultados mostraram que as escalas do MPQ de Alienação, Agressão e Assimilação (Absorption) apresentaram correlação relativamente forte com as três escalas primárias do IPO, sendo que as DP e a DI estavam fortemente relacionados com construções específicas da emocionalidade negativa. Vale ressaltar que o mesmo conjunto de preditores de MPQ foi relacionado tanto às DP quanto à DI e os resultados mostraram igualmente significativos para as duas subescalas do IPO. Ainda a

Difusão da Identidade foi investigada no seu potencial como marcador específico de gravidade da patologia clínica: Lowyck et al., (2013), Critchfield et al. (2008a). A DI foi um preditor positivo de sintomas gerais e problemas no funcionamento interpessoal. As DP não foram significativamente associadas aos índices de funcionamento clínico nem interpessoal (LOWYCK et al., 2013). Ainda um nível médio a elevado de patologias comórbidas do Eixo II, independentemente do tipo, foi associado a problemas mais graves de DI. (CRITCHFIELD et al., (2008a).

As subescalas adicionais de Valores Morais e Agressividade também foram investigadas isoladamente (CRITCHFIELD et al., 2008b; DENOVAN et al., 2017) em contextos diferentes.

Critchfield et al. (2008b) exploraram o grau em que as dimensões subjacentes de apego, de ansiedade e de evitação de relacionamento estão associadas na TPB, considerando formas diversas de hostilidade, utilizando as subescalas de Ag e VM do IPO. As duas subescalas foram divididas em facetas: Agressão autodirigida (Parassuicidabilidade e Suicídio), Agressão Dirigida aos outros, Agressão Reativa; e Valores Morais Antissociais. Enquanto o IPO normalmente combina essas facetas de agressão em um valor, este estudo considerou separadamente cada fator, com base na hipótese de que elas podem ter diferentes conexões com modelos de funcionamento interno de apego em pacientes Borderlines. Um modelo fatorial semelhante foi sugerido no estudo de Dallagnol et al. (2018) em relação a subescala do Teste de Realidade. Valores de consistência interna (alpha de Cronbach) para as três facetas da agressividade foram 0,83, 0,78 e 0,84, respectivamente, com correlações entre as escalas facetarias todas abaixo de  $r = 0,540$ , sugerindo ainda distinção adequada entre elas. A subescala de Valores Morais do IPO teve o Alfa de Cronbach na presente amostra de 0,78. Os fatores (ou facetas) sugeridos pelo estudo apresentaram forte correlação com o estilo de relacionamento ansioso, porém uma correlação mais fraca com estilo de apego evitativo. Portanto, a agressão de vários tipos mostrou uma tendência maior a ocorrer entre pacientes com TPB que experimentam níveis mais elevados de ansiedade e evitação em seus relacionamentos íntimos. Este estudo teve limitações estatística em função do tamanho da amostra ser pequeno demais para conduzir uma análise fatorial conclusiva das várias medidas relacionadas à agressão. Os autores sugerem que mais trabalhos são necessários para desenvolver medidas de agressão suficientemente sensíveis ao contexto relacional para testar as divisões conceituais utilizadas. Importante salientar que este estudo envolve o uso de uma amostra predominantemente feminina, bem-educada e motivada para o tratamento e pode ter influenciado nas conclusões referentes a perfis de agressividade.

O Teste de Realidade também foi utilizado como preditor de desfechos separadamente das demais subescalas (DENOVAN et al., 2017; SPITZER et al., 2006; DAGNALL et al., 2017). O grau em que o desempenho de raciocínio probabilístico e o estilo de pensamento que influenciaram na percepção de risco e níveis auto relatados de mudança de comportamento relacionada ao terrorismo foram investigados em um estudo (DENOVAN et al., 2017). A preferência por um estilo de pensamento intuitivo (os autores consideraram como um reflexo da alteração no teste de realidade medido pelo IPO-RT) melhor explicou a mudança de comportamento relacionada ao terrorismo. Porém, não houve associação significativa entre percepção de risco e TR. Este estudo também utilizou um modelo de 4 fatores para a subescala do TR como Dagnall et al. (2017, 2018), revelando uma estrutura fatorial com quatro fatores. A associação entre aspectos da dissociação e a OP também foram investigados em um estudo controlado com pacientes clínicos e não-clínicos (SPITZER et al., 2006). Contrariando expectativas, os dissociadores elevados obtiveram valores significativamente maiores de DP e do TR, mas não houve diferença na DI e a magnitude relativa foi pequena. O TR e o sofrimento psicopatológico geral, portanto, emergiram como preditores muito fortes para todas as facetas da dissociação.

DAGNALL et al., realizou AFE para extrair a estrutura fatorial da subescala TR do IPO, como descrito nos resultados psicométricos (vide página 46, DAGNALL et al., 2017). Além disso, DAGNALL et al. em 2018, em outro estudo, avaliaram a intensidade de predição do TR como preditor de "crenças anômalas" (endossamento de lendas urbanas-ULs e crença em paranormalidade). As correlações intervariáveis de ordem zero indicaram que os déficits TR se correlacionaram significativamente com o endossamento de UL e com a presença de crenças no paranormal e crenças anômalas (medidas pelos instrumentos citados no quadro 2), apoiando a noção do TR parece ser preditor do endosso Lendas Urbanas e crença no paranormal.

#### 4.5.4 Validação ou comparação com outros instrumentos

O IPO foi utilizado em associação e na validação de instrumentos que medem constructos diversos e da própria OP, o que mostra o reconhecimento do inventário, no meio científico, como instrumento consolidado da medida do OP:

Na validação da Entrevista Semiestruturada de Organização da Personalidade (STIPO; Stern et al., 2010)

Na validação do Inventário do Narcisismo Patológico-PNI (PINCUS et al., 2009)

E como medida da OP (como marcador de qualidade de saúde mental) no contexto do senso de identidade pessoal medido pelo Questionário Multidimensional de Identidade-MQI (PILARSKA; SUCHAŃSKA, 2012).

As correlações dos instrumentos com o IPO mostraram a capacidade do IPO em se relacionar fortemente com aspecto do narcisismo patológico, do senso de identidade, e confirmar o diagnóstico estrutural da OP.

Pincus et al. (2009) utilizaram o IPO para validação do Inventário de Narcisismo Patológico (PNI). Moderadas correlações foram encontradas ( $r$  de 0,60 e 0,62 em DP e DI). No estudo de Stern et al. (2010), o inventário foi utilizado para o estudo dos aspectos psicométricos da STIPO, sendo considerado uma medida paralela. Para medidas da subescala de agressão no IPO, verificou-se que o domínio das defesas primitivas do STIPO contribuía de maneira exclusiva com porções significativas de variação explicadas. Quando os domínios STIPO foram testados num modelo de regressão múltipla, um incremento estatisticamente significativo na variância explicadas acima e para além das variáveis demográficas, foram observadas: 24% para a subescala do teste de realidade ( $p < 0,001$ ).

Pilarska e Suchańska (2016) investigaram em amostra clínica e normal a utilidade das dimensões centrais da OP e os aspectos básicos do senso de identidade pessoal como critérios de saúde mental na validação do MQI. Revelaram-se diferenças significativas nos níveis de OP e no senso de identidade pessoal (entre a população geral e os pacientes psiquiátricos). O grupo clínico pontuou significativamente mais alto em todas as dimensões da personalidade. Além disso, os resultados confirmaram o papel do nível de OP como fator responsável pelas diferenças na força do sentido de identidade. O cluster de personalidade mais maduro (cluster 3 no estudo) foi composto, na grande maioria (82,20%), de indivíduos do grupo não-clínico.

#### 4.5.5 Narcisismo

Pouco se sabe sobre as relações do narcisismo e patologia de personalidade limítrofe. No entanto, é relevante o interesse por esta associação, já que elementos psíquicos e sintomatologia clínica se assemelham nos dois tipos de patologia (GUNDERSON, 2011). Em relação a OP, não é diferente. Alguns estudos foram revisados e averiguaram correlações entre diferentes aspectos do narcisismo, tais como narcisismo patológico, vulnerável, grandioso, transtorno de personalidade narcisista e conceitos diferentes de narcisismo medidos por diferentes instrumentos e os constructos do IPO. (EULER et al., 2018; ROCHE et al., 2013; NOPPEL et al., 2018; KÄMMERLE et al., 2014).

Os estudos apontaram resultados conflitantes nas correlações do comprometimento da OP com o narcisismo patológico. Dois estudos encontraram resultados significativos com forte associação da OP com o narcisismo patológico e narcisismo vulnerável (EULER et al., 2018; ROCHE et al., 2013). As associações com de narcisismo saudável (NPI-16) foram próximas a zero (ROCHE et al., 2013). Outros dois estudos tiveram resultados não significativos nestas mesmas associações (NOPPEL et al., 2018; KÄMMERLE et al., 2014).

Algumas limitações importantes devem ser consideradas. Euler et al. (2018) não encontraram associações entre o narcisismo patológico e a OP quando a amostra de pacientes com TPB foi controlada para o sexo. Roche et al (2013) entenderam que os instrumentos de auto relato podem ser uma limitação com populações, pois poderia representar uma motivação para os indivíduos se apresentarem de uma maneira excessivamente positiva. Ainda, pacientes com fortes tendências narcisistas tendem a se apresentar com "saúde mental ilusória", como discute Eurelings-Bontekoe et al. (2010), com baixas pontuações em questionários de auto relato, portanto seria uma população menos propensa a ser avaliados por este tipo de instrumento. Roche et al (2013) discutem que a abordagem explicativa deste fenômeno, conforme anteriormente já abordado por Kernberg et al. (2006) e Caligor et al., (2013), onde pacientes com distúrbios narcísicos leves podem parecer mais altamente estruturados do que realmente são. Uma análise aprofundada das perversões existentes, bem como um registro mais diferenciado do nível estrutural usando o procedimento de entrevista STIPO (CLARKIN et al., 2004) poderia fornecer informações adicionais. Talvez estudos que possam combinar instrumentos que avaliem aspectos do narcisismo especificamente e podem contribuir neste contexto. Pode ser que instrumentos como entrevistas estruturadas possam avaliar as nuances de comunicação não-verbal de forma mais adequada nesta população, não sendo o auto relato os instrumentos mais adequados.

#### 4.5.6 Trauma e Organização da Personalidade

Yalch et al. (2014) investigaram a relação entre o trauma com alto grau de traição e as dimensões de organização da personalidade borderline em uma amostra de 491 universitários usando uma abordagem bayesiana da regressão múltipla (ALBERT, 2009). O conceito de trauma com alto grau de traição refere-se à um evento ou sucessão de eventos traumáticos intencionalmente perpetrado no contexto de uma relação íntima de cuidado que produz uma sensação intensa de traição (FREYD, 1998). Em modelo variados de regressão múltipla, a dimensão de OP (medida pelas três escalas primárias do IPO 2001 americano) foi regredida nos três níveis de experiência traumática medidas pelo *The Brief Betrayal Trauma Survey* (BBTS;

GOLDBERG; FREYD, 2006), ou seja, o trauma de alta, média e baixa traição em um único bloco, permitindo testar o efeito de trauma de cada nível de traição.

Os resultados indicaram que traumas com alto grau de traição estavam fortemente associados a cada dimensão do IPO (beta parcial de DP=0,143, DI=0,137 e TR=0,132). Os traumas de média traição foram associados especificamente ao TR (beta parcial = 0,183) e traumas de baixa traição estavam associados exclusivamente às DP (beta parcial = 0,113). Além disso, foi observado que esses efeitos diferiram por gênero. Para os homens, apenas os traumas de alta traição exibiram um efeito na OPB, especificamente no TR. Para as mulheres, traumas de alta traição exerceram efeitos sobre as DP e, em menor escala, na DI.

Os autores salientaram que os resultados deste estudo mostraram uma associação mais sutil entre trauma de traição e patologia borderline do que em estudos prévios. Especificamente, a descoberta de que traumas de altos graus de traição estão associados a diferentes dimensões da patologia borderline entre mulheres e homens pode examinar os efeitos diferenciais do trauma nas dimensões do funcionamento patológico, em vez de simplesmente focar no número de sintomas. Neste sentido, pensar os efeitos diferenciais dos tipos de trauma levantam questões sobre as diferentes maneiras em que o trauma pode influenciar a organização da personalidade.

## 5 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados por esta revisão trouxeram resultados abrangentes acerca tanto dos dados de psicometria quanto da utilização clínica do Inventário de Organização da Personalidade.

### 5.1 Estudos Psicométricos

De forma geral, os resultados referentes aos dados psicométricos e estudos de confiabilidade e validade do IPO, mostraram-se consistente e os estudos apresentaram metodologias relativamente adequadas para estas medidas. Porém, como mesmo os autores apontam em suas limitações, a ausência de grupo controle, de randomização, o uso de amostras pequenas, o escasso controle dos fatores de confusão pode tornar os resultados ainda questionáveis.

Apesar da maioria das medidas psicométricas terem se mostrado relativamente consistentes, observou-se uma ausência de padronização e divergências nos resultados referentes aos modelos fatoriais mais adequados para representar os construtos da OP medido pelo IPO. Este resultado pode ser explicado através de hipóteses que refletem vieses metodológicos como, por exemplo, a utilização de diferentes de técnica de análise, a inclusão ou não dos itens das Escalas Adicionais (VM e AG) nas análises e a redução ou não do número de itens. Ainda, outros elementos podem ser considerados neste contexto de diversidade das equações fatoriais. Um aspecto já apontado por Levy et al. (2012) é o fato de algumas perguntas apresentarem conteúdo de alta complexidade tais como “Receio que as pessoas importantes de repente mudem seus sentimentos em relação a mim”, “É difícil ter certeza do que os outros pensam de mim, mesmo as pessoas que me conhecem muito bem” e ainda “Eu me vejo de maneiras totalmente diferentes em diferentes momentos”. Estas são questões compostas por conteúdos subjetivos e podem induzir a um desempenho variável destes itens nos resultados e no carregamento de fatores, por exemplo, pois podem ser interpretados forma muito diferentes por cada indivíduos. Este fato pode enfraquecer o poder do instrumento em ser capaz de replicar os dados. Estes itens, ainda podem fazer referência a fatores que não correspondem inteiramente ao construto que o item inicialmente se propõe a medir. Por outro lado, a subjetividade e complexidade de constructos como a DI e DP pode não ser passível de medição através de itens diretos. Pelo contrário, podem necessitar de um número ainda maior de questões que abranjam as diversas facetas de seu conteúdo teórico.

Independentemente das estruturas fatoriais e dos métodos estatísticos se mostrarem muito diversificados nos estudos psicométricos do IPO, parece haver uma tendência atual a escolha de modelos que apresentem um Fator de Geral de Patologia como mais adequado. Este indicativo pode ser entendido considerando-se várias prerrogativas. A possibilidade do agrupamento dos itens que compõem as subescalas de DI e DP em um fator geral podem funcionar como um marcador da gravidade da patologia estrutural, como sugere Berghius et al. (2009). Além disso, a agressividade mostrou-se um elemento correlacionado, de forma geral, a todas as subescalas do IPO quando instrumentos foram associados. Portanto, parece ser um elemento que fornece indícios gerais de gravidade. Porém apenas um estudo (Oliveira, 2012) avaliou o poder preditivo especificamente da subescalas dos componentes de agressividade (Autodirigida e Sádica). A replicação destes achados pode fornecer uma compreensão maior sobre o papel da agressividade.

Outro dado que pode corroborar com a ideia de um fator geral de patologia é o fato dos itens das subescalas de DI e DP se agruparem, na grande maioria das soluções fatoriais encontradas nos estudos, independente da metodologia empregada. Este dado parece confirmar a intrínseca conexão teórica destes construtos. Esta observação parece ter sido comprovada na medida em que foram encontradas correlações de Pearson mais altas (de 0,83 ou mais) entre as subescalas referida. Ainda, estes resultados podem estar relacionados a maneira como o construto DI se manifesta. Ou seja, o senso de identidade decorre da relativa percepção e reconhecimento de si mesmo e do mundo externo (existência do outro e reconhecimento do ambiente como algo separado). De acordo com a teoria psicanalítica, a expressão do uso predominante de DP tais como cisão, identificação projetiva, formações reativas e negação maciça impactam significativamente na percepção da realidade e na percepção de si mesmo e dos outros, resultando na alteração do comportamento manifesto. Estes aspectos são representados pela manifestação direta do senso de identidade alterado e podem aparecer nos itens do inventário como a sensação de sentir-se cindido, a negação de aspectos de si mesmo e idealizações. Lenzewenger et al. (2001), lembram que principalmente na Organização de Personalidade Borderline, a DI e as DP estão quase fusionadas, estando a identidade difusa e inconsciente. Portanto, os constructos teóricos da DI e das DP estão conceitualmente e intimamente tão interligados, que um questionário de auto relato como o IPO pode ser pouco capaz de identificá-los separadamente, sem carregar fortes aspectos de colinearidade. A cisão parece impossibilitar o desenvolvimento de pensamentos mediadores de emoções intensas, estando a DI e as DP, portanto num “círculo vicioso” (KERNBERG, 1975, p. 29).

Ainda, considerando os resultados das correlações extremamente altas entres os itens das subescalas clínicas de DI e DP, é cabível questionar se os itens podem estar se repetindo ou identificam o mesmo tipo de variável, portanto, podem ser considerados redundantes. A análise qualitativa de cada item do IPO nas várias versões e traduções pode ajudar a verificar o que acontece. Outra possibilidade seria a união das duas subescalas em uma única composta por DI e DP, normatizando seu uso nos estudos de aplicação clínica com objetivo de potencializar os resultados do IPO em medir adequadamente a Organização da Personalidade. Talvez o uso independente dos itens das subescalas poderia diminuir o poder do instrumento e pode não ser recomendado. Este parece ainda mais evidente quando os resultados em relação a validade de medidas de autoconceito e integridade da identidade apontaram para uma associação mais forte quando as duas subescalas estavam juntas (LENZENWEGER et al., 2001; ELISSON, 2009; LEVY et al., 2012; PETRI et al., 2015; OLIVEIRA, 2012 e BARRETO et al., 2017). Ainda, Ellison (2009), Levy et al. (2012), Oliveira (2012, 2015) e Prunas et al. (2015) verificaram a validade convergente do IPO com medidas de processos defensivos e encontraram fortes indícios de validade tanto dos itens correspondentes a subescala de DP quanto DI, reforçando a associação destes elementos.

Considerando a totalidade das investigações de validades dos constructos do IPO, os resultados encontrados foram expressivos, mostrando que o IPO corresponde às expectativas de medição dos construtos da OP que se propõe a medir. As fortes correlações encontradas entre os escores do IPO e medidas de diagnósticos clínicos, rastreamento de sintomas, avaliação da personalidade (transtornos, traços e aspectos específicos), qualidade das relações interpessoais, apego, traumas, estabilidade dos afetos e regulação das emoções, bem-estar, agressividade, características psicóticas, mecanismos de defesa, coerência e clareza de autoconceito apontaram para adequadas validades convergentes, discriminantes ou concorrentes do inventário. No entanto, cabe salientar o aspecto relevante referente à variância compartilhada de diferentes domínios em psicopatologia. Isto é, as medidas positivas e negativas tendem a se correlacionar entre si, independentemente do construto. Este aspecto pode limitar a interpretação sobre a independência (ou mesmo existência real) de diferentes construtos.

As fortes correlações encontradas entre os diagnósticos clínicos do eixo I e os escores do IPO, principalmente em relação aos transtornos de ansiedade, parecem confluir com os aspectos da teoria psicanalítica sobre as organizações limítrofes, descritas como manifestas concomitantemente uma gama de sintomatologia clínica. Porém, resultados quanto aos

sintomas depressivos especificamente foram conflitantes. Os aspectos depressivos e sua relação com a OP, certamente, necessitam ser melhor investigados.

No que se refere às correlações do IPO com medidas dos traços de personalidade, apenas dois estudos utilizaram esta medida de comparação, encontrando forte associação dos construtos do IPO com neuroticismo (BERGHIUS et al. 2009; SILVEIRA, 2015). Neuroticismo é a tendência do sujeito para vivenciar emoções negativas, como raiva, ansiedade ou depressão. Pessoas com um grau elevado de neuroticismo são emocionalmente reativos e vulneráveis às situações de pressão. Situações supostamente normais são vivenciadas como ameaçadoras. Este aspecto claramente relaciona-se à tendência que as organizações limítrofes apresentam em vivenciar emoções de forma intensa, principalmente quando predominam defesas que tendem a cisão e uma percepção de si mesmo e dos outros extremadas.

Quanto aos transtornos de personalidade, foram encontradas fortes correlações com os escores do IPO, como era de se esperar. Apesar do inventário avaliar estruturalmente a personalidade, populações com diagnósticos de personalidade têm uma tendência a apresentar problemas com a sua identidade e defesas mais primitivas, independente do tipo de transtorno (principalmente dos clusters A ou B), fato confirmado pelos resultados desta revisão.

Questões referentes heterogeneidade das amostras ainda pode ser consideradas limitações importantes para conclusões mais sólidas sobre o uso do IPO. Populações muito diversificadas foram utilizadas nos estudos sendo algumas clínicas e de diferentes gravidades e cenários, algumas comunitárias, outras de pacientes jovens ou predominantemente mulheres. O viés amostral pode ser determinante para a impossibilidade de comparação entre os estudos.

## **5.2 Aspectos Clínicos**

O IPO apresentou relevância e aplicabilidade clínica diversificada nos estudos revisados. Sobre qual o papel da Organização de Personalidade e, portanto, do IPO em prever resultados de tratamento, algumas dúvidas ainda precisam ser respondidas.

Um estudo de Kolen et al. (2012), uma revisão sistemática não incluída neste trabalho pois não corresponde aos critérios de inclusão (aplicar o IPO em uma população), que investigou a relação da Organização de Personalidade (medida por diversos instrumentos) e a resposta ao tratamento, encontrou que pacientes com níveis mais altos de OP no início do tratamento geralmente respondem melhor à psicoterapia. Ainda, foi questionado a capacidade dos instrumentos de auto relato em captarem a complexidade dos elementos que compõem a

patologia estrutural. Porém, este estudo não se refere há validade incremental oferecida pelo IPO. função.

Um único estudo investigou a OP e a resposta a tratamento medicamentoso (MULLER et al., 1999). Esta é uma área em que futuras pesquisa podem responder às dúvidas sobre o papel da OP junto a tratamentos medicamentosos tanto na adesão quanto na melhora de sintomas clínicos. Novas investigações poderiam incluir grupos controle, tratamentos combinados de psicoterapia e medicação por um período prolongado de pelo menos 6 meses. Ainda o papel da OP no tratamento de pacientes psicóticos pode ser mais bem explorado. No estudo que investigou esta população (RESTEK-PETROVIĆ et al., 2015) a amostra era composta por pacientes psicóticos em tratamento no seu "período crítico" (intervenção precoce) e as médias das subescalas do IPO nesta população foram semelhantes aos resultados do artigo de validação de Berghuis et al. (2009) (DI = 50, TR = 37, DP = 37), com população não-psicótica (foram excluídos os pacientes com transtornos psicóticos no estudo de Berghuis e colaboradores). A investigação da OP em pacientes psicóticos remete a uma discussão particularmente interessante. A OP refere-se a construções psíquicas complexas que perpassam a percepção clínica dos quadros psiquiátricos. Investigações quanto à diferentes classes de pacientes psicóticos podem ser decisivas na escolha da melhor abordagem de tratamento nesta população. Compreender a Influência da OP na adesão ao tratamento, inclusive medicamentosos em psicóticos pode ser de grande utilidade.

Considerando os resultados do IPO na avaliação terapias de longo prazo, Lowyck et al. (2015) e Solberger et al. (2015) concluíram que o tratamento psicodinâmico específico para patologia limítrofe pode trazer benefícios e está associada a melhorias sustentadas e ainda maiores após a conclusão do tratamento, inclusive em modificações na OP. Este resultado é significativo, mas necessita de maior investigações para ser mais bem compreendido e para auxiliar na abordagem e no planejamento de intervenção na prática clínica. Considerações e resultados a cerca de técnicas eficazes na abordagem das problemáticas decorrente da estrutura de OP, consideradas estável e perene na teoria, são de extrema utilidade prática. Porém, nestes trabalhos, o grupo controle era pequeno ou não existia. Portanto, o uso de grupo controle em estudos futuros pode consolidar este conhecimento.

Henkel et al. (2017), Daman et al. (2016), Lezenwenger et al. (2012), concluíram que os resultados do tratamento parecem depender mais da díade paciente-terapeuta do que das características do paciente ou da técnica em si. Estes achados apontam para um campo de discussão muito rico sobre a importância da capacidade continente dos terapeutas em lidarem com aspectos defensivos muito primitivos. Os resultados de Caligor et al., 2016 reforçam este

indicativo quando mostraram que OP de nível inferior medidos pela STIPO influenciam na seleção, por parte dos terapeutas, de pacientes para o tratamento analítico. Porém, os resultados em relação ao IPO foram inconclusivos neste estudo. Ainda Hamilton et al. (2009) não encontraram diferenças significativas nos níveis de OP entre os pacientes que abandonaram o tratamento psicanalítico e os que permaneceram. Esta pode ser uma área em que futuras pesquisas possam explorar quais habilidades terapêuticas são de fundamental relevância para uma resposta mais positiva em relação a populações com organizações estruturais limítrofes. Além disso, investigações que visem controlar este fator confusional de resultado de tratamento pode ser fundamental para se considerar um resultado mais fidedigno referente as diferenças entre as técnicas psicoterápicas.

A capacidade do IPO em prever desfechos ou ser considerado um fator de risco, em diversos contextos clínicos, foi apontada por vários estudos. Porém, o número reduzido (de um a dois artigos) para cada desfecho investigado tornam estes achados, do ponto de vista científico, ainda especulativos e necessitam ser replicados.

No entanto, a presença de vários estudos em áreas diferentes (na presença de dor no pós-operatório de Artroplastia de Joelho, na presença de comportamentos maternos negativos, na predição de comportamento externalizado nos filhos de mãe com características limítrofes, quanto a aspectos da vida sexual) pode estar sinalizando para uma ampla utilização do inventário. Por sua fácil aplicação, o IPO pode ser amplamente divulgado e utilizado em diversos contextos como sinalizador de patologia estrutural, ou mesmo, como fator intermediador para outras patologias, como sugere Koelen et al. (2015). Por exemplo, no contexto das disfunções sexuais, conforme os resultados de Prunas et al. (2015;2016), a representação instável dos outros poderia levar a percepção dos parceiros sexuais como julgadores, críticos ou difíceis de agradar. Neste sentido, salientamos a possibilidade de o IPO servir como instrumento de diagnóstico para detectar causas de outras disfunções possíveis do ponto de vista da OP, participando de uma gama de disfunções sexuais em populações gerais. Desse modo, o IPO pode estar fornecendo informações privilegiadas sobre comportamentos previsíveis que influenciam no prognóstico e na escolha do tratamento. Porém, afirmativas a este respeito ainda merecem maiores investigações.

No contexto do tratamento da obesidade mórbida, por exemplo, pode ser válido identificar o nível de funcionamento estrutural de personalidade para compreender o risco de intervenções mais ou menos restritivas de ingestão de alimentos ou de necessidade de adesão continuada ao tratamento, como é o caso de uma cirurgia bariátrica, por exemplo. Após uma

psicoterapia voltada também para estes aspectos estruturais, os pacientes poderiam ter melhores resultados clínicos a longo prazo. No entanto, pesquisas nesta área ainda não foram realizadas.

Os resultados obtidos com esta revisão sistemática da literatura sobre o IPO têm implicações importantes para a prática clínica. A abordagem de expressões clinicamente detectáveis e disfuncionais, quando guiados pelo entendimento mais amplo e profundo do comportamento humano, a saber da OP, pode ser otimizado e apresentar melhores respostas em âmbito geral.

Assim, pensar sobre abordagens específicas para comprometimento da OP pode estar indicado por várias expressões clínicas: pela tendência ao isolamento ou idealização (pela cisão objetal), pela presença de relações interpessoais disfuncionais, pela capacidade de reflexão diminuída sobre seus estados internos e sobre a relação com o mundo, pela tendência à dissociação e pela baixa capacidade de verbalizar sobre emoções negativas. Ainda como sugere Lopez et al. (2016), o reconhecimento precoce dos aspectos de Organização da Personalidade pode auxiliar no planejamento de ações preventivas das doenças psiquiátricas ou ainda, doenças em geral.

Algumas importantes reflexões se fazem necessárias em relação aos estudos que extraem itens das subescalas específicas do IPO. Os estudos da DI isoladamente dos demais construtos da organização da personalidade, tanto com entrevista quanto com questionários autoaplicáveis, podem contribuir com informações e entendimentos importantes sobre o comportamento dos pacientes. Se considerarmos a difusão da identidade como uma medida de vulnerabilidade, abordagens terapêuticas que foquem na integração e na internalização dos aspectos cindidos da identidade podem ser de grande utilidade.

Porém, como discutido anteriormente no item de propriedades psicométricas, houve uma tendência dos modelos fatoriais em apontar melhores validades quando os itens de DI e DP estavam agrupados. Isto ocorre provavelmente devido ao fato de que os construtos DI e DP apresentarem um maior poder explicativo dos fenômenos psíquicos condizentes com as organizações limítrofes.

A relação direta entre difusão de identidade e psicopatologia ainda permanece obscura. No entanto, nos estudos de validação, a DI foi fortemente associada a diversos marcadores de psicopatologia o que pode significar, assim, ela mesma ser um marcador de psicopatologia (pelo menos como medida pelo IPO). Na teoria das relações de objeto, as representações desintegradas do self apresentam-se como algo precedente a psicopatologia. No entanto, conclusões sobre a DI poder funcionar como preditor de psicopatologia ainda precisam ser melhor investigadas. Talvez, pelos resultados apresentados, a DI possa ter um papel decisivo

em relação aos problemas interpessoais e este possa ser um foco específico de abordagem terapêutica, como mostrou o estudo Austríaco de Dammann et al. (2016), que encontrou melhoras após tratamento com TFP especificamente na DI.

Ainda os itens correspondentes às escalas adicionais Ag e os VM foram utilizados separadamente em apenas um estudo (CRICHFIELD, 2008b). Agressividade de vários tipos mostrou uma tendência maior a ocorrer entre pacientes com TPB que experimentam níveis mais elevados de ansiedade e evitação em seus relacionamentos íntimos. Este estudo teve limitações estatística em função do tamanho da amostra limitado para conduzir uma análise fatorial conclusiva das várias medidas relacionadas à agressão. Mais pesquisas podem expandir esta discussão.

A subescala Teste de Realidade foi explorada nos estudos e funcionou como um sinalizador para aspectos de gravidade da patologia estrutural, conforme o modelo de Kernberg. Estes resultados foram apontados em expressões manifestas tais como crenças paranormais e lendas urbanas, onde o TR prejudicado estava a fenômenos dissociativos. Assim, em termos de conteúdo, a subescala TR parece capturar tantos aspectos mais patológicos da OP, a saber fenômenos dissociativos manifestos, quanto aspectos mais leves ou transitórios, que mantêm relação mais firme na realidade.

## 6 CONCLUSÃO

Uma gama de possibilidades de aplicação do IPO foi encontrada e descrita, tanto na prática clínica quanto para fins de pesquisa. O número expressivo de estudos encontrados na literatura, por um período significativo (21 anos) aparece como um indicativo da difusão do IPO no mundo. Por medir, com boas qualidades psicométricas, os constructos estruturais da Organização de Personalidade, conforme o modelo psicanalítico de Kernberg, o inventário mostrou-se consistente e útil. Além disso, por tratar de constructos (DP, DI, TR, Ag e VM) baseados na teoria das relações de objeto, o IPO torna-se um instrumento rico em seu poder amplificador do entendimento da patologia limítrofe em diversos contextos clínicos. Notavelmente muitas dúvidas, principalmente acerca dos seu poder preditor em relação a desfechos variados (clínicos ou fenomenológicos) e o modelo fatorial melhor indicado para representar de forma consistente a expressão do conteúdo dos seus itens ainda precisa ser mais investigada. O uso do inventário associado a entrevistas estruturadas e outros instrumentos de medidas psicológicas validados pode acrescentar um aprofundamento no entendimento da forma de reagir dos pacientes, enriquecendo e otimizando tratamentos em cenários variados da prática clínica.

Neste contexto, portanto, considerar o papel do IPO como instrumento de *screening* para detectar precocemente situações em que Organização da Personalidade, pode ser considerado útil. A avaliação da OP medida pelo IPO poderia ajudar na tomada de decisões relacionada a condutas clínicas, com possível papel nos desfechos.

## REFERÊNCIAS

- ALBERT, J. **Bayesian computation with R**. New York: Springer Science & Business, 2009.
- ALDEN, L. E.; WIGGINS, J. S.; PINCUS, A. L. Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. **Journal of Personality Assessment**, London, v. 55, n. 3-4, p. 521-536, 1990.
- ALEXANDER, F. The neurotic character. **International Journal of Psycho-Analysis**, London, v. 11, p. 292-311, 1930.
- ALLPORT, G. W. Concepts of trait and personality. **Psychological Bulletin**, Washintgon, v. 24, n. 5, p. 284, 1927.
- AMERICAN ASSOCIATION FOR RESEARCH INTO NERVOUS AND MENTAL, D.; POSNER, M. I.; ROTHBART, M. K. Attention, self-regulation and consciousness. **Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences**, London, v. 353, n. 1377, p. 1915-1927, 1998.
- AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH et al. **Standards for educational and psychological testing**. Washington: American Educational Research Association, 1999.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR**. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-IV**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 1996.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AMES, D. R.; ROSE, P.; ANDERSON, C. P. The NPI-16 as a short measure of narcissism. **Journal of research in personality**, v. 40, n. 4, p. 440-450, 2006.
- ANDREWS, G.; SINGH, M.; BOND, M. The Defense Style Questionnaire. **Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v. 181, p. 246-256, 1993.

ARNTZ, A.; BERNSTEIN, D. Can personality disorders be changed? **Netherlands Journal of Psychology**, Houten, v. 62, p. 8-18, 2006.

BARON, R. M.; KENNY, D. A. The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. **Journal of personality and social psychology**, Washington, v. 51, n. 6, p. 1173, 1986.

BARRETO, J. F. et al. Uncovering personality structure with the inventory of personality organization: an exploration of factor structure with a Portuguese sample. **Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology**, Paris, v. 67, n. 5, p. 247-257, 2017.

BARRETO, J. F.; CARVALHO, H. M.; MATOS, P. M. **(Self-concept clarity scale) Escala de Clareza do Auto-Conceito**. Porto, Portugal: Center for Psychology at University of Porto, University of Porto, 2012. (Unpublished manuscript).

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 4, p. 561-571, 1961.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 56, p. 893-897, 1988.

BECK, A. T.; STEER, R. A. Beck Depression Inventory. San Antonio: Psychological Corporation, 1993.

BERGHUIS, H. et al. Psychometric properties and validity of the Dutch Inventory of Personality Organization (IPO-NL). **Bulletin of the Menninger Clinic**, New York, v. 73, n. 1, p. 44-60, 2009.

BEUTEL, M. E. et al. Who benefits from inpatient short-term psychotherapy in the long run? Patients' evaluations, outpatient after-care and determinants of outcome. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, Hoboken, v. 78, n. 2, p. 219-234, 2005.

BIRCHWOOD, M.; TODD, P.; JACKSON, C. Early intervention in psychosis: the critical period hypothesis. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 172, n. S33, p. 53-59, 1998.

BOND, M. P. The development and properties of the Defense Style Questionnaire. In: Conte, H. R.; Plutchik, R. (eds.). **Ego defenses: theory and measurement**. New York: Wiley, 1995. p. 202-220.

BOND, M., et al. Empirical study of self-rated defense styles. **Archives of General Psychiatry**, Washington, v. 40, p. 333-338, 1983.

BURSTON, D. **The legacy of Erich Fromm**. Harvard: Harvard University Press, 1991.

BUSS, A. H.; DURKEE, A. An inventory for assessing different kinds of hostility. **Journal of Consulting Psychology**, Washington, v. 21, n. 4, p. 343, 1957.

CALDAS, A. C. **A herança de Franz Joseph Gall: o cérebro ao serviço do comportamento humano**. Lisboa: McGraw Hill, 1999.

CALIGOR, E. Narcissism in the Psychodynamic Diagnostic Manual. In: OGRODNICZUK, J. S. (ed.). **Understanding and treating pathological narcissism**. Washington: APA, 2013. p. 63-79, 2013.

CALIGOR, E. X. **Psicoterapia dinâmica das patologias leves de personalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CALIGOR, E.; KERNBERG, O. F.; CLARKIN, J. F. **Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology**. Washington: APA, 2007.

CAMPBELL, D. T.; FISKE, D. W. Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. **Psychological bulletin**, Washington, v. 56, n. 2, p. 81, 1959.

CAMPBELL, J. D. et al. Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 70, p. 141-156, 1996.

CANAVARRO, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In: SIMÕES, M. R.; GONÇALVES, M.; ALMEIDA, L.S. (ed.). **Testes e provas psicológicas em Portugal**. Braga: SHO/APPORT, 1999. v. 2. p. 87-109.

CATTELL, H. E. P.; MEAD, A. N. D. The sixteen-personality factor questionnaire (16PF). In: BOYLE, G. J.; MATTHEWS, G.; SAKLOFSKE, D. H. (ed.). **The Sage handbook of personality theory and assessment**. London: Sage, 2008. v. 2. p. 135-178.

CLARKIN, J. F. et al. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. **American Journal of Psychiatry**, Washington, v. 164, n. 6, p. 922-928, 2007.

CLARKIN, J. F.; et al. **STIPO - Structural Interview of Personality Organization**. New York: [s.n.], 2002. (Unpublished manual).

CLARKIN, J. F.; YEOMANS, F. E.; KERNBERG, O. F. **Psychotherapy for borderline personality**. New York: John Wiley & Sons, 1999.

CLARKIN, J.; FOELSCH, P.; KERNBERG, O. **Manual for the inventory of Personality Organization (IPO)**. The Personality Disorders Institute, Department of Psychiatry, Cornell University Medical College, 1995.

COSTA, P. T.; MCCRAE, R. R. **The NEO Personality Inventory manual**. Odessa: Psychological Assessment Resources, 1985.

COSTA, P. T.; MCCRAE, R. R. The revised neo personality inventory (neo-pi-r). In: BOYLE, G. J.; MATTHEWS, G.; SAKLOFSKE, D. H. (ed.). **The Sage handbook of personality theory and assessment**. London: Sage, 2008. v. 2. p. 179-198.

COSTA, P.T.; MCCRAE, R.R. **Revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and the five factor inventory (NEO-FI): professional manual**. Odessa: Psychological Assessment Resources, 1992.

COUTINHO, J., et al. Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos [The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms]. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, p. 145-151, 2010.

CRITCHFIELD, K. L. et al. Organization of co-occurring Axis II features in borderline personality disorder. **British Journal of Clinical Psychology**, Hoboken, v. 47, n. 2, p. 185-200, 2008a.

CRITCHFIELD, K. L. et al. The relational context of aggression in borderline personality disorder: Using adult attachment style to predict forms of hostility. **Journal of Clinical Psychology**, Hoboken, v. 64, n. 1, p. 67-82, 2008b.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, Research Triangle Park, v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951.

CRONBACH, L. J.; MEEHL, P. E. Construct validity in psychological tests. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 52, n. 4, p. 281-302, 1955.

CROWNE, D. P.; MARLOWE, D. **772\* approval motive: studies in evaluative dependence**. New York: Wiley, 1964.

DAGNALL, N. et al. Confirmatory factor analysis of the Inventory of Personality Organization-Reality Testing subscale. **Frontiers in psychology**, Pully, v. 9, n. 1116, 2018. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6041939/>. Acesso em: 20 maio 2018.

DAGNALL, N. et al. Urban legends and paranormal beliefs: the role of reality testing and schizotypy. **Frontiers in Psychology**, Pully, v. 8, p. 942, 2017.

DAMMANN, G. et al. Impact of interpersonal problems in borderline personality disorder inpatients on treatment outcome and psychopathology. **Psychopathology**, New York, v. 49, n. 3, p. 172-180, 2016.

DAMMANN, G.; SMOLE-LINDINGER, S.; BUCHHEIM, P. **Inventar der Persönlichkeitsorganisation (IPO)**. Dissertation - Unveröffentlichtes Manuskript, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin. Psychotherapie und Medizinische Psychologie, Technische Universität München, 2000.

DAMMANN, G.; SMOLE-LINDINGER, S.; BUCHHEIM, P. **IPO-Inventar der Persönlichkeitsorganisation**. München: [s.n.], 2002. p. 217-221.

DE MEULEMEESTER, C. et al. Mentalizing and interpersonal problems in borderline personality disorder: The mediating role of identity diffusion. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 258, p. 141-144, 2017.

DENOVAN, A. et al. Perception of risk and terrorism-related behavior change: dual influences of probabilistic reasoning and reality testing. **Frontiers in psychology**, Pully, v. 8, p. 1721, 2017.

DEROGATIS, L. R. **BSI: Brief Symptom Inventory**. 3rd ed. Minneapolis: National Computers Systems, 1993.

DEROGATIS, L. R. **SCL-90: Administration, scoring and procedures manual-I for the R(evised) version and other instruments of the psycho-pathology rating scale series**. Baltimore: Clinical Psychometrics Research Unit, Johns Hopkins University School of Medicine, 1977.

DEROGATIS, L. R. **SCL-90-R: Administration, scoring & procedures manual-II for the (revised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series**. 2nd ed. Towson: Clinical Psychometric Research, 1992. p. 1-16.

DEROGATIS, L.R. **SCL-90-R: administration, scoring and procedures manual**. 3rd ed. Minneapolis: National Computer Systems, 1994.

EBEL, R. L. Must all tests be valid? **American Psychologist**, Washington, v. 16, n. 10, p. 640-647, 1961.

ECKBLAD, M. ; CHAPMAN, L. J. Magical ideation as an indicator of schizotypy. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 51, p. 215- 225, 1983.

ELLISON, W. D. **Factor structure, measurement equivalence, and criterion relations of the Inventory of Personality Organization (IPO) in two nonclinical samples**. 2009. Tesis (Master of Science) – The Pennsylvania State University, University Park, 2009.

ELLISON, W. D.; LEVY, K. N. Factor structure of the primary scales of the Inventory of Personality Organization in a nonclinical sample using exploratory structural equation modeling. **Psychological Assessment**, Washington, v. 24, n. 2, p. 503-517, 2012.

ENSINK, K. et al. Reflective functioning and personality organization: associations with negative maternal behaviors. **Infant Mental Health Journal**, New York, v. 38, n. 3, p. 351-362, 2017.

ESPINOSA, A.; RUDENSTINE, S. Trait emotional intelligence, trauma and personality organization: analysis of urban clinical patients. **Personality and Individual Differences**, New York, v. 123 p. 176–181, 2018.

ETTEMA, J. H. M.; ARRINDELL, W. A. **SCL-90**. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2003.

EULER, S. et al. Grandiose and vulnerable narcissism in borderline personality disorder. **Psychopathology**, New York, v. 51, n. 2, p. 110-121, 2018.

EURELINGS-BONTEKOE, E. H. M. et al. The relationship between personality organization as assessed by theory-driven profiles of the Dutch Short Form of the MMPI and self-reported features of personality organization. **Journal of Personality Assessment**, London, v. 92, n. 6, p. 599-609, 2010.

EYSENCK, H. J. **A model for personality**. New York: Springer Science & Business Media, 2012.

EYSENCK, H. J.; EYSENCK, S. B. G. **Personality structure and measurement (Psychology Revivals)**. London: Routledge, 2013.

EYSENCK, M. W. Learning, memory and personality. In: (Ed.). **A model for personality**: New York: Springer, 1981. p.169-209.

FEIST, J.; FEIST, G. J.; ROBERTS, T.-A. **Teorias da personalidade**. 8. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

- FENIGSTEIN, A.; SHEIER, M. F.; BUSS, A. H. Public and private self-consciousness: assessment and theory. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 43, p. 522-527, 1975.
- FIRST, M. B. et al. **Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorders, research version, patient edition**: SCID-I/P New York: New York State Psychiatric Institute, 2002.
- FIRST, M. B. **Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders**. Washington: APA, 1997.
- FLEISS, J. L.; LEVIN, B.; PAIK, M. C. **Statistical methods for rates and proportions**. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons, 2013.
- FOELSCH, P. A. et al. **The Inventory of Personality Organization**: initial psychometric properties. [S.l.: s.n.], 2000. (Unpublished manuscript).
- FONAGY, P.; TARGET, M. The mentalization-focused approach to self-pathology. **Journal of Personality Disorders**, New York, v. 20, n. 6, p. 544-576, 2006.
- FREUD, A. **O ego e seus mecanismos de defesa**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- FREUD, S. (1900). A interpretação de sonhos. In: FREUD, S. **Obras psicológicas completas**. Rio de Janeiro: Imago, 2001. (Edição Standard Brasileira, 5).
- FREUD, S. (1901-1905). **Três ensaios sobre a sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos**. Tradução de Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. (Obras completas, 6)
- FREUD, S. (1923). O Ego e o Id. In: FREUD, S. **Obras psicológicas completas**. (Vol. 19, p.11-83). Rio de Janeiro: Imago, 1990. (Edição Standard Brasileira, 19).
- FREYD, J. J. **Betrayal trauma**: the logic of forgetting childhood abuse. Harvard: Harvard University Press, 1998.
- FROMME, K.; KATZ, E. C.; RIVET, K. Outcome expectancies and risk-taking behavior. **Cognitive Therapy and Research**, New York, v. 21, p. 421-442, 1997.
- FUCHSHUBER, J. et al. Depressive symptoms and addictive behaviors in young adults after

childhood trauma: the mediating role of personality organization and despair. **Frontiers in Psychiatry**, Switzerland, v. 9, p. 318, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6054985/>

GAGNIER, J. J. et al. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. **Global advances in health and medicine**, Portland, v. 2, n. 5, p. 38-43, 2013.

GALTON, F. Measurement of character. **Fortnightly Review**, London, v. 36, n. 212, p. 179-185, 1884.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. D. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n.2, p. 335-342, 2015.

GANGESTAD, S.; SNYDER, M. "To carve nature at its joints": on the existence of discrete classes in personality. **Psychological Review**, Washington, v. 92, p. 317-349, 1985.

GEORGE, C.; KAPLAN, N.; MAIN, M. **Adult attachment interview**. Berkeley: University of California, 1996. (Unpublished manuscript).

GERSON, M.-J. Splitting: The development of a measure. **Journal of Clinical Psychology**, Hoboken, v. 40, p. 157-162, 1984.

GIBBON, M. et al. **Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II)**. New York: Springer, 1997.

GOLDBERG, L. R. An alternative" description of personality": the big-five factor structure. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 59, n. 6, p. 1216, 1990.

GOLDBERG, L. R.; FREYD, J. J. Self-reports of potentially traumatic experiences in an adult community sample: Gender differences and test-retest stabilities of the items in a brief betrayal-trauma survey. **Journal of Trauma & Dissociation**, Philadelphia, v.7, n. 3, p. 39-63, 2006.

GOODMAN, G.; BARTLETT, R. C.; STROH, M. Mothers' borderline features and children's disorganized attachment representations as predictors of children's externalizing behavior. **Psychoanalytic Psychology**, Washington, v. 30, n. 1, p. 16-36, 2013.

GORENSTEIN, C.; WANG, Y.-P.; HUNGERBÜHLER, I. **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

GRATZ, K. L. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, New York, v. 23, p. 253-263, 2001.

GRATZ, K. L.; ROEMER, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, New York, v. 26, p. 41-54, 2004.

GREEN, A. The borderline concept: a conceptual framework for the understanding of borderline patients. In: GREEN, A. **On private madness**. London: Karnac Books, 1986. p. 60-83. (Trabalho original publicado em 1977).

GROSS, J. J.; JOHN, O. P. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 85, p. 348-362, 2003.

GULLIKSEN, H. **Theory of mental tests**. New York: John Wiley & Sons, 1950.

GUNDERSON, J. G. Borderline personality disorder. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 364, n. 21, p. 2037-2042, 2011.

GUTTMAN, Louis. A basis for analyzing test-retest reliability. **Psychometrika**, v. 10, n. 4, p. 255-282, 1945.

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HAMILTON, M.; WININGER, L.; ROOSE, S. P. Dropout rate of training cases: who and when. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, Thousand Oaks, v. 57, n. 3, p. 695-702, 2009.

HARDING, T. W., et al. Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, v. 10, n. 2, p. 231-241, 1980.

HARVEY, P. D.; GREENBERG, B. R.; SERPER, M. R. The Affective Lability Scales: Development, reliability, and validity. **Journal of Clinical Psychology**, Hoboken, v. 45, p. 786 -793, 1989.

HAUTZINGER, M. et al. **Beck-depressions-inventar (BDI)**. Bern: Huber, 1994.

HÉBERT, É. et al. The Personality Organization Diagnostic Form (PODF): A preliminary report

on its validity and interrater reliability. **Psychotherapy Research**, Washington, v. 13, n. 2, p. 243-254, 2003.

HENKEL, M. et al. Patient characteristics in psychodynamic psychotherapies. **Psychoanalytic Psychology**, Washington, v. 36, n. 1, p. 1-8, 2019.

HOERMANN, S. et al. The construct of effortful control: an approach to borderline personality disorder heterogeneity. **Psychopathology**, New York, v. 38, n. 2, p. 82-86, 2005.

HORNEY, K. Culture and neurosis. **American Sociological Review**, Thousand Oaks, v. 1, n. 2, p. 221-230, 1936.

IGARASHI, H. et al. The Inventory of Personality Organisation: its psychometric properties among student and clinical populations in Japan. **Annals of General Psychiatry**, London, v. 8, n. 1, article 9, 2009.

IZDEBSKA, A. Assessment of personality according to Otto Kernberg's conception. **Current Issues in Personality Psychology**, Poznań, v. 3, n. 2, p. 65-83, 2015.

JOHN, O. P.; ANGLEITNER, A.; OSTENDORF, F. The lexical approach to personality: A historical review of trait taxonomic research. **European Journal of Personality**, New York, v. 2, n. 3, p. 171-203, 1988.

KÄMMERLE, M. et al. Dimensions of religious/spiritual well-being and the dark triad of personality. **Psychopathology**, New York, v. 47, n. 5, p. 297-302, 2014.

KATON, W. et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines: impact on depression in primary care. **JAMA**, Chicago, v. 273, n. 13, p. 1026-1031, 1995.

KENDLER, K. S.; JABLENSKY, A. Kraepelin's concept of psychiatric illness. **Psychological medicine**, London, v. 41, n. 6, p. 1119-1126, 2011.

KERLINGER, F. N. **Multiple regression in behavioral research**. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1973.

KERNBERG, O. F. El síndrome. In: KERNBERG, O. F. (ed.). **Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico**. Buenos Aires: Paidós, 1975. p. 19-56.

KERNBERG, O. F. **Object relations theory and clinical psychoanalysis**. Lanham: Jason

Aronson, 1995.

KERNBERG, O. F. **Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies**. New Haven: Yale University Press, 1993.

KERNBERG, O. F. The almost untreatable narcissistic patient. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, Thousand Oaks, v. 55, n. 2, p. 503-539, 2007.

KLEIN, M. A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. **International Journal of Psycho-Analysis**, New York, v. 16, p. 145-174, 2009. (Trabalho original publicado em 1935).

KOELLEN, J. A. et al. Insecure attachment strategies are associated with cognitive alexithymia in patients with severe somatoform disorder. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, Los Angeles, v. 49, n. 4, p. 264-278, 2015.

KOLEN, J. A. et al. The impact of level of personality organization on treatment response: a systematic review 2012. **Psychiatry**, Washington, v. 75, n. 4, p. 355-374, 2012.

KÖNIG, K. et al. Kreuzvalidierung von drei Fragebögen zur Strukturdiagnostik: BPI, IPO und OPD-SF. **Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**, Göttingen, v. 62, n. 2, p. 177-189, 2016.

LAROS, J. A. O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. In: PASQUALI, L. (org.). **Análise Fatorial para pesquisadores**. Brasília: LabPAM, 2005. (v. 1). p. 145.

LARSEN, R. J.; DIENER, E.; EMMONS, R. A. Affect intensity and reactions to daily life events. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v. 51, p. 803-814, 1986.

LEICHSENDRING, F. Correction to "Development and First Results of the Borderline Personality Inventory: A Self-Report Instrument for Assessing Borderline Personality Organization". **Journal of Personality Assessment**, London, v. 86, p. 117, 2006.

LEICHSENDRING, F. Development and First Results of the Borderline Personality Inventory: A Self-Report Instrument for Assessing Borderline Personality Organization. **Journal of Personality Assessment**, London, v. 73, p. 45-63, 1999.

LENZENWEGER, M. F. et al. Predicting domains and rates of change in borderline personality disorder. **Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment**, Washington, v. 3, n. 2, p. 185-195, 2012.

LENZENWEGER, M. F. et al. The inventory of personality organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. **Psychological Assessment**, Arlington, v. 13, n. 4, p. 577-591, 2001.

LENZENWEGER, M. F.; CLARKIN, J. F. **Major theories of personality disorder**. London: Guilford, 2005.

LÓPEZ, R. B.; NAVARRO, N. M.; ASTORGA, A. C. Relación entre organización de personalidad y prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés entre universitarios de carreras de la salud en la Región de Coquimbo, Chile. **Revista Colombiana de Psiquiatría**, Bogota, v. 46, n. 4, p. 203-208, 2017.

LORANGER, A. W. **International Personality Disorder Examination: IPDE; DSM-IV and ICD-10; Interviews**. Lutz: PAR, 1999.

LOWYCK, B. et al. Hospitalization-based psychodynamic treatment for personality disorders: a five-year follow-up. **Psychoanalytic Psychology**, Washington, v. 32, n. 3, p. 381, 2015.

LOWYCK, B. et al. Levels of personality functioning and their association with clinical features and interpersonal functioning in patients with personality disorders. **Journal of Personality Disorders**, New York, v. 27, n. 3, p. 320-336, 2013.

MALTA, M. et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 559-565, 2010.

MARTINS, L. A.-C. P.; DA SILVA, P. J. C.; MUTARELLI, S. R. K. A teoria dos temperamentos: do corpus hippocraticum ao século XIX. **Memorandum: Memória e História em Psicologia**, Belo Horizonte, v. 14, p. 9-24, 2008.

MCWILLIAMS, N. **Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process**. London: Guilford, 2011.

MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 151, n. 4, p. 264-269, 2009.

MULLEN, L. S. et al. Defense mechanisms and personality in depression. **Depression and Anxiety**, New York, v. 10, n. 4, p. 168-174, 1999.

NAUD, C et al. How attachment and excessive self-sacrificing depressive dynamics are related to couple relationship satisfaction over time. **Couple and Family Psychology: Research and Practice**, Washington, v. 2, n. 1, p. 14-33, 2013.

NELSON, B. et al. Moving from static to dynamic models of the onset of mental disorder: a review. **JAMA psychiatry**, Chicago, v. 74, n. 5, p. 528-534, 2017.

NOPPEL, N. et al. Personality and therapy motivation of child sexual offenders/Personlichkeit und Therapiemotivation von Sexualstraftatern mit kindlichen Opfern. **Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**, Göttingen, v. 64, n. 4, p. 350-365, 2018.

NORMAN, W. T. Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. **The Journal of Abnormal and Social Psychology**, Albany, v. 66, n. 6, p. 574-583, 1963.

NORMANDIN, L. et al. Évaluation de la validité théorique de l'Inventaire de l'organisation de la personnalité. **Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement**, Old Chelsea, v. 34, n. 1, p. 59-65, 2002.

NUNES, C. H. S. S.; HUTZ, C. S.; NUNES, M. F. O. **Bateria Fatorial de Personalidade (BFP)** - Manual técnico. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

NUNNALLY, J. C.; BERNSTEIN, I. H. **Psychometric theory**. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1994.

OLDHAM, J. et al. A self-report instrument for borderline personality organization. In: MCGLASHAN, T. H. (ed.). **The borderline: current empirical research**. Washington: American Psychiatric Association, 1985. p. 3-18.

OLIVEIRA, S. E. S. **Avaliação estrutural e dimensional da personalidade: estudos psicométricos e de aplicação clínica**. 2016. 331 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

OLIVEIRA, S. E. S. **Diagnóstico estrutural da personalidade: adaptação e validação do Inventory of personality organization para a cultura brasileira**. 2012. 199 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

OUT, D.; BAKERMANS-KRANENBURG, M. J.; VAN IJZENDOORN, M. H. The role of disconnected and extremely insensitive parenting in the development of disorganized attachment: Validation of a new measure. **Attachment & Human Development**, London, v. 11, n. 5, p. 419-443, 2009.

PASQUALI, L. P. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, p. 992-999, 2009.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes, 2017.

PILARSKA, A.; SUCHAŃSKA, A. Personality organization and sense of identity across clinical and non-clinical populations. **Current Issues in Personality Psychology**, Poznań, v. 4, n. 1, p. 31-40, 2016.

PINCUS, A. L. et al. Initial construction and validation of the pathological narcissism inventory. **Psychological assessment**, Arlington, v. 21, n. 3, p. 365, 2009.

PINCUS, A. L. The pathological narcissism inventory. In: OGRODNICZUK, J. S. (ed.). **Understanding and treating pathological narcissism**. Washington: American Psychological Association, 2013. p. 93-110.

PRETI, E. et al. The facets of identity: personality pathology assessment through the Inventory of Personality Organization. **Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment**, Washington, v. 6, n. 2, p. 129-140, 2015.

PRUNAS, A.; BERNORIO, R. Dimensions of personality organization and sexual life in a community sample of women. **Journal of Sex & Marital Therapy**, London, v. 42, n. 2, p. 158-164, 2016.

PRUNAS, A.; DI PIERRO, R.; BERNORIO, R. The relationship between personality organization and sexual life in a community sample of men. **Psychoanalytic Psychotherapy**, London, v. 30, n. 4, p. 345-358, 2016.

QUILTY, Lena C. et al. The psychometric properties of the Personality Inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 field trial sample. **Assessment**, v. 20, n. 3, p. 362-369, 2013.

QUIROGA, S. E.; CASTRO SOLANO, A.; FONTAO, M. I. X. La evaluación de la estructura de la personalidad: adaptación argentina del inventario de organización de la personalidad (IPO). **Subjetividad y procesos cognitivos**, Buenos Aires, n. 3, p. 188-219, 2003.

RABELLO, E.; PASSOS, J. S. **Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento**. 2008. Disponível em: <http://www.josesilveira.com>. Acesso em: 10 jun. 2019.

RATHUS, J. H.; MILLER, A. L. **Life problems inventory**. New York: Montefiore Medical Center/Einstein College of Medicine, 1995. (Unpublished manuscript).

RATHUS, S. A. A 30-item schedule for assessing assertive behavior. **Behavior Therapy**, New York, v. 4, p. 398-406, 1973.

REICH, W. **Character Analysis**. New York: Farrar, Straus and Giroux, c1945.

RESTEK-PETROVIĆ, B. et al. Early intervention program for psychotic disorders at the Psychiatric Hospital "sveti Ivan. **Psychiatria Danubina**, Zagreb, v. 24, n. 3, p. 323-332, 2012.

RESTEK-PETROVIĆ, B. et al. Personality characteristics of psychotic patients as possible motivating factors for participating in group psychotherapy. **Psychiatria Danubina**, Zagreb, v. 27, p. S364-70, 2015.

REVELLE, William; CONDON, David M. A model for personality at three levels. **Journal of Research in Personality**, v. 56, p. 70-81, 2015.

RITSHER, J. B.; OTILINGAM, P. G.; GRAJALES, M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. **Psychiatry research**, Amsterdam, v. 121, n. 1, p. 31-49, 2003.

ROCHE, M. J. et al. An integrative approach to the assessment of narcissism. **Journal of Personality Assessment**, London, v. 95, n. 3, p. 237-248, 2013.

ROSEN, A. **Development of some new MMPI scales for differentiation of psychiatric syndromes within an abnormal population**. Dissertation. (Doctoral dissertation) - University of Minnesota, Minneapolis, 1952. Dissertation Abstracts International, v. 12, n. 785A, 1952.

ROSEN, A. Development of the MMPI scales based on a reference group of psychiatric patients. **Psychological Monographs**, Washington, v. 76, n. 8, Whole n. 527, 1962.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton: Princeton University Press, 1965.

SALANDE, J. D.; HAWKINS, R. C. Psychological flexibility, attachment style, and personality organization: Correlations between constructs of differing approaches. **Journal of Psychotherapy Integration**, Washington, v. 27, n. 3, p. 365-380, 2017.

- SALOVEY, P., et al. Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In: PENNEBAKER, J. W. (ed.). **Emotion, disclosure, and health**. Washington: American Psychological Association, 1995. p. 125-154.
- SCHAEFER, A. et al. Long-term outcomes of short-term and long-term psychosomatic inpatient treatment and their predictors. **Journal of Psychosomatic Research**, London, v. 65, n. 4, p. 329-336, 2008.
- SCHERG, N. et al. Does Personality Organization Influence Day Clinic Treatment Success? Results of a Longitudinal Study. **Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie**, Stuttgart, v. 67, n. 11, p. 491-494, 2017.
- SCHWENKMEZGER, P.; HODAPP, V.; SPIELBERGER, C. **Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI)**. [S. l.]: Huber, 1992.
- Secaucus, v. 10, n.4, p. 1096-1107, 2015.
- SIEGEL, A.M. **Heinz Kohut e a psicologia do self**. 2. ed. Rio de Janeiro: ABEPSS, 2017.
- SILVEIRA, L. B. **Inventário de Organização da Personalidade-Brasil (IPO-Br):** evidências de validade entre amostras clínica e não-clínica. 2015. 89 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.
- SILVEIRA, L. B.; DE OLIVEIRA, S. E. S.; BANDEIRA, D. R. Evidências de Validade do Inventário de Organização da Personalidade–Brasil (IPO-Br): relação com o Modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 4, p. 1875-1889, 2018.
- SMITS, D. J. M. et al. The inventory of personality organization–revised: construction of an abridged version. **European Journal of Psychological Assessment**, Bern, v. 25, n. 4, p. 223-230, 2009.
- SNYDER, M. Self-monitoring of expressive behavior. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washintgon, v. 30, p. 526-537, 1974.
- SOLLBERGER, D. et al. Change in identity diffusion and psychopathology in a specialized inpatient treatment for borderline personality disorder. **Clinical psychology & psychotherapy**, v. 22, n. 6, p. 559-569, 2015.
- SPIELBERG, C. D. **State-Trait Anger Expression Inventory: professional manual**. Odessa: Psychological Assessment Resources, 1996.
- SPIELBERGER, C. D. **Manual do Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI)**. São Paulo: Vetor, 2003.

SPIELBERGER, C. D. **Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)**. Odessa: Psychological Assessment Resources, 1988.

SPIELBERGER, C. D. **Manual for the state-trait anxiety inventory**. Palo Alto: Consulting Psychologists, 1983.

SPIELBERGER, C. D. STAI manual. **Calif**: Consulting Psychologist, 1970.

SPIELBERGER, C. D., GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. **STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory**. Palo Alto: Consulting Psychologists, 1970.

SPINHOVEN, P. et al. The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. **Journal of consulting and clinical psychology**, Washington, v. 75, p. 104-115, 2007.

STEINER, H.; ARAUJO, K. B.; KOOPMAN, C. The response evaluation measure (REM-71): A new instrument for the measurement of defenses in adults and adolescents. **The American Journal of Psychiatry**, Washington, v. 158, p. 467-473, 2001.

STERN, B. L. et al. Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. **Journal of Personality Assessment**, London, v. 92, n. 1, p. 35-44, 2010.

SULLIVAN, H. S. **The interpersonal theory of psychiatry**. New York: WW Norton, 1953.

TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S.; ULLMAN, J. B. **Using multivariate statistics**. Boston: Pearson, 2007.

TAMAYO, A. EFA: Escala Fatorial de Autoconceito. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 87-102, 1981.

TELLEGEN, A.; WALLER, N. G. Exploring personality through test construction: Development of the Multidimensional Personality Questionnaire. In: BOYLE, G. J.; MATTHEWS, G.;

SAKLOFSKE, D. H. (ed.). **The Sage handbook of personality theory and assessment**. London: Sage, 2008. (v. 2). p. 261-292.

TUPES, E. C.; CHRISTAL, R. E. Recurrent personality factors based on trait ratings. **Journal of Personality**, v. 60, n. 2, p. 225-251, 1992.

UNTERRAINER, H. -F. et al. White matter integrity in polydrug users in relation to attachment and personality: a controlled diffusion tensor imaging study. **Brain Imaging and Behavior**, Secaucus, v. 10, n. 4, p.1096-1107, 2016.

UNTERRAINER, H.-F. et al. Different types of religious/spiritual well-being in relation to personality and subjective well-being. **The International Journal for the Psychology of Religion**, Hillsdale, v. 21, n. 2, p. 115-126, 2011.

VERHEUL, R., et al. Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): development, factor structure, reliability, and validity. **Psychological Assessment**, Washington, v. 20, p. 23-34, 2008.

VERMOTE, R. et al. Outcome and outcome trajectories of personality disordered patients during and after a psychoanalytic hospitalization-based treatment. **Journal of Personality Disorders**, New York, v. 23, n. 3, p. 294-307, 2009.

VERREAULT, M. et al. Assessment of personality organization in couple relationships: factorial structure of the inventory of personality organization and incremental validity over neuroticism. **Journal of Personality Assessment**, London, v.95, n. 1, p. 85-95, 2013

VIANNA, H. M. Validade de construto em testes educacionais. **Educação e seleção**, São Paulo, n. 8, p. 35-44, 2013.

VOGEL, M. et al. Using borderline personality organization to predict outcome after total knee arthroplasty. **Psychotherapy and psychosomatics**, v. 86, n. 3, p. 183-184, 2017.

WALTER, M. et al. The lack of negative affects as an indicator for identity disturbance in borderline personality disorder: preliminary report. **Psychopathology**, Basel, v. 42, n. 6, p. 399-404, 2009.

WATSON, D.; CLARK, L. A.; TELLEGEN, A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washintgon, v. 54, p. 1063-1070, 1988.

WATSON, D.; TELLEGEN, A. Toward a consensual structure of mood. **Psychological Bulletin**, Washintgon, v. 98, p. 219-235, 1985.

WATSON, J. B. Psychology as the behaviorist views it. **Psychological Review**, Washington, v. 20, n. 2, p. 158-177, 1913.

WIDIGER, T. A.; TRULL, T. J. Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. **American Psychologist**, Washington, v. 62, n. 2, p. 71-83, 2007.

WINGENFELD, K. et al. Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten. **PPmP-Psychotherapie Psychosomatik-Medizinische Psychologie**, Stuttgart, v. 60, n. 11, p. 442-450, 2010.

YALCH, M. M.; LEVENDOSKY, A. A. Betrayal trauma and dimensions of borderline personality organization. **Journal of Trauma & Dissociation**, Philadelphia, v. 15, n. 3, p. 271-284, 2014.

YUN, R. J. et al. Refining personality disorder subtypes and classification using finite mixture modeling. **Personality disorders**, Washington, v.4, n. 2, p. 121-128, 2013.

ZILBOORG, G. (1956). The problem of ambulatory schizophrenia. **The American Journal of Psychiatry**, 113(6), 519-525

ZIMMERMANN, J. et al. Validierung einer deutschsprachigen 16-item-version des inventars der persönlichkeitsorganisation (IPO-16). **Diagnostica**, Göttingen, v. 59, n. 1, p. 3-16, 2013.

**ANEXO A: PARECER APROVAÇÃO CEP**

**SIPESQ**  
Sistema de Pesquisas da PUCRS

---

Código SIPESQ: 8055

Porto Alegre, 26 de outubro de 2017.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica da ESCOLA DE MEDICINA da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "INVENTÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DA PERSONALIDADE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA".

Atenciosamente,

Comissão Científica da ESCOLA DE MEDICINA

## ANEXO B: ACEITE SUBMISSÃO ARTIGO

Estudos de Psicologia (Campinas)



### "Personalidade: Perspectivas do Diagnóstico Estrutural"

Journal:	<i>Estudos de Psicologia (Campinas)</i>
Manuscript ID	ESTPSI-19-0081
Manuscript Type:	Theoretical article
Keyword - Click <a href="http://newpsi.bvs-psi.org.br/cgi-bin/wxis1660.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&amp;lang=P&amp;base=TERMINOLOGIA" target="_blank">here</a> to find the list of keywords.:	Personalidade, Teste de Realidade, Processos de Personalidade

SCHOLARONE™  
Manuscripts

## ANEXO C: ARTIGO SUBMETIDO

“Personalidade: Perspectivas do Diagnóstico Estrutural”

“Personality: Perspectives of Structural Diagnosis”

Títulos Abreviados:

“Personalidade: Diagnóstico Estrutural”

“Personality: Structural Diagnosis”

Autores e Afiliações:

- Juliana Tainski de Azevedo; Psiquiatra, Mestranda, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Escola de Medicina, Programa de Programa de Pós-graduação em Medicina e Ciências da Saúde, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, [jutainski@gmail.com](mailto:jutainski@gmail.com), (51) 997985565 (pesquisadora responsável e redatora; researcher responsible and copywriter), <https://orcid.org/0000-0002-4042-4807>
- Cesar Luís de Souza Brito; Doutor, Psiquiatra, Psicanalista, Professor Titular da Escola de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Centro de Obesidade e Síndrome Metabólica do Hospital São Lucas, [britopsych@gmail.com](mailto:britopsych@gmail.com), (51) 999593245 (co-orientador; mentor), <https://orcid.org/0000-0002-2509-7270>
- Luciano Billodre Luiz, Psiquiatra, Doutorando, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Escola de Medicina, Programa de Programa de Pós-graduação em Medicina e Ciências da Saúde, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, [lbluiz@terra.com.br](mailto:lbluiz@terra.com.br), (51)992152150, (responsável pela pesquisa teórica; theoretical research), <https://orcid.org/0000-0002-0060-3325>

- Carolina Goldman Bergmann, Psiquiatra, Mestranda, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Escola de Medicina, Programa de Pós-graduação em Medicina e Ciências da Saúde, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, [carolinagbergmann@gmail.com](mailto:carolinagbergmann@gmail.com), (51)998657449, (Formatação e referências; Formatting and references), <https://orcid.org/0000-0001-7664-0316>
- Alberto Fonseca Kerber, Psicólogo, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Colaborador no Centro de Obesidade e Síndrome Metabólica do Hospital São Lucas, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, [alberto.kerber@gmail.com](mailto:alberto.kerber@gmail.com), (51)991805981, (Colaborador da pesquisa bibliográfica, research collaborator), <https://orcid.org/0000-0002-3730-8573>
- Luiza Schmidt Heberle, Psiquiatra, Mestre, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Escola de Medicina, Preceptora no Centro de Obesidade e Síndrome Metabólica do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, [luizaheberle@yahoo.com.br](mailto:luizaheberle@yahoo.com.br), (51) 999193044 (colaborador da pesquisa bibliográfica; research collaborator), <https://orcid.org/0000-0002-8988-3887>
- Karin Daniele Mombach, Psiquiatra, Mestre, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Escola de Medicina, Preceptora no Centro de Obesidade e Síndrome Metabólica do Hospital São Lucas, [karindm@gmail.com](mailto:karindm@gmail.com), (research collaborator), <https://orcid.org/0000-0002-2456-8894>
- Lívia Nora Brandalise, Psiquiatra, Mestre, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Escola de Medicina, Preceptora no Centro de Obesidade e Síndrome Metabólica do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, [liviabrandalise@hotmail.com](mailto:liviabrandalise@hotmail.com), (51)92887737, (research collaborator), <https://orcid.org/0000-0001-6654-9475>

- Sérgio Eduardo Silva de Oliveira, Psicólogo, Doutor, Universidade de Brasília, [sergioeduardos.oliveira@gmail.com](mailto:sergioeduardos.oliveira@gmail.com), (61) 81113738, <https://orcid.org/0000-0003-2109-4862>, (research collaborator)
- Claudio Corá Mottin, Médico Cirurgião Bariátrico, Doutor e Professor titular da Escola de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Programa de Pós-graduação em Medicina e Ciências da Saúde, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, [claudio.mottin@pucrs.br](mailto:claudio.mottin@pucrs.br), (51) 99979941, (orientador; mentor), <https://orcid.org/0000-0002-1638-2248>

Correspondência: Av. Ipiranga, 6681, Partenon, Porto Alegre - RS, cep-90619-900

(51) 3320-3500; e-mail para correspondência - [claudio.mottin@pucrs.br](mailto:claudio.mottin@pucrs.br)

Artigo oriundo de Dissertação com o título: “Inventário de Organização da Personalidade: uma Revisão Sistemática”, de autoria de Juliana Tainiski de Azevedo, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, ainda em etapa de conclusão (não entregue). A pesquisadora responsável recebeu bolsa de estudos financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio do Programa de Excelência Acadêmica (PROEX) no período de 01/02/2017 a 28/02/2018 com Número do Processo: 88887.168965/2018-00

Os pesquisadores declaram não apresentar nenhum tipo de conflitos de interesse

Resumo: O estudo da personalidade é um tema de relevância nas ciências dedicadas ao psiquismo. Cada vez mais, clínicos e pesquisadores demonstram interesse por avaliações

dimensionais do funcionamento psíquico, para estabelecer diagnóstico e avaliar a evolução dos quadros psicopatológicos. Apresentamos uma breve revisão do modelo psicanalítico de Organização da Personalidade, de Otto Kernberg, como importante modelo de avaliação dimensional e dinâmico da estrutura da personalidade. A avaliação das dimensões Difusão de Identidade, Defesas Primitivas e Teste de Realidade, bem como Agressividade e Valores Moraes, possibilita ao clínico uma gama útil de informação, detecção e compreensão dos matizes de gravidade sintomática. O Inventário de Organização da Personalidade tem se mostrado um instrumento capaz de medir estes construtos, porém revisões sobre seus resultados clínicos e psicométricos ainda não foram publicadas.

Palavras-chave: *Personalidade; Teste de Realidade; Processos da Personalidade*

Abstract: The study of personality is a subject of relevance in the sciences dedicated to the psyche. Increasingly, clinicians and researchers are interested in dimensional assessments of psychic functioning in order to establish a diagnosis and evaluate the evolution of psychopathological conditions. We present a brief review of the psychoanalytic model of Otto Kernberg's Personality Organization as an important model of dimensional and dynamic evaluation of personality structure. The evaluation of the Identity Diffusion, Primitive Defenses and Reality Test, as well as Aggressiveness and Moral Values, allows the clinician a useful range of information, detection and comprehension of the symptomatic gravity nuances. The Personality Organization Inventory has been shown to be an instrument capable of measuring these constructs, but revisions of their clinical and psychometric results have not yet been published.

Keywords: *Personality; Reality Test; Personality Processes*

Há tempos, existe uma busca pela compreensão dos mecanismos e pelas motivações subjacentes ao comportamento humano. Na literatura especializada, existem diferentes definições conceituais da personalidade, pois os teóricos procuram compreendê-la a partir de premissas distintas. Ainda que diferentes teorias tenham pontos de partida diversificados, há um razoável consenso de que o conceito de personalidade se refere a um conjunto de características do indivíduo, que mantém seu comportamento relativamente estável e, conseqüentemente, o torna um ser com características únicas (Feist, Feist, & Roberts, 2015).

Os modelos teóricos são hipóteses baseadas em achados observáveis. Uma característica dos modelos é a capacidade de sintetização e estruturação de aspectos da teoria que podem ser referendados ou, eventualmente, comprovados por hipóteses testáveis através de pesquisa científica (Pasquali, 2009). Os primeiros estudos sobre a personalidade aconteceram ainda na Grécia Antiga. Hipócrates, em 370 a.C., sugeriu que existem pares de temperamentos. Estes pares se comportam como gradiente (quente-frio e úmido-seco) e a combinação entre eles resulta em quatro tipos de humores. As diferenças de personalidade se desenvolvem, portanto, em decorrência da combinação destes humores (Martins, da Silva, & Mutarelli, 2008).

No século XVIII, Franz Josef Gall desenvolveu a Frenologia, uma teoria sustentada pela ideia de o formato da cabeça do indivíduo ser o determinante das características de sua personalidade (Caldas, 1999). Esta teoria afastou, substancialmente, a personalidade dos conceitos da Filosofia e a impulsionou como um estudo da Ciência Psíquica.

Francis Galton, no século XIX, foi o pioneiro na compreensão da personalidade, a partir da hipótese lexical, que parte de duas premissas básicas. A primeira sustenta a ideia que as características de personalidade que são importantes para um grupo de pessoas acabarão por se tornar parte da linguagem desse grupo. Já a segunda defende a ideia de que as características de personalidade mais importantes têm maior probabilidade de serem codificadas na linguagem

como uma única palavra. (John, Angleitner, & Ostendorf, 1988). Assim, é possível recuperá-las a partir da coleta de palavras e expressões no idioma (Galton, 1884).

Posteriormente, os estudos de Galton foram ampliados, destacando-se, então, as conclusões de Gordon Allport e de seus colaboradores. Na segunda década do século XX, este grupo de pesquisadores foi responsável pelo desenvolvimento de estudos científicos, que tinham como foco o uso de escalas de medição da personalidade. O principal, e mais conhecido modelo desenvolvido a partir destas hipóteses teóricas, foi o Modelo dos Cinco Grandes Fatores (Big Five), muito utilizado em pesquisas sobre a personalidade na atualidade (Feist, 2015).

Gordon Allport e seus seguidores (Raymond Cattell, na década de 1940 e Tupes, Christal e Warren Norman, na década de 1960), desenvolveram uma vertente extensa, referente ao Estudo dos Traços de Personalidade (Caligor, 2005). Allport foi um dos pioneiros no entendimento de que existem traços em comum nas pessoas, mas afirmava que a forma de sobreposição deles seria a explicação para o comportamento individual. Allport identificou no dicionário palavras que poderiam descrever traços de personalidade, contabilizando cerca de 18 mil vocábulos (Allport, 1927).

Raymond Cattell reduziu a lista de palavras identificadas por Allport a um conjunto menor, por meio de diversas metodologias científicas. A mais conhecida delas é a Análise Fatorial (Cattell & Mead, 2008). Hans Eysenck, outro teórico importante do estudo dos traços, propôs um modelo baseado em três grandes características universais (fatores), determinantes das dimensões da personalidade (Eysenck & Eysenck, 2013). Estes três fatores universais seriam suficientes para explicar todas as dimensões de personalidade e foram nominados de Psicoticismo, Extroversão e Neuroticismo. Eysenck, assim como Cattell, utilizou a Análise Fatorial como modelo estatístico para inferir fatores e inventários de personalidade para extrair os dados. Entre as suas contribuições mais importantes para os estudos da personalidade

moderna, estão os três critérios utilizados na seleção dos fatores mais adequados para definir construtos da personalidade durante uma Análise Fatorial:

- 1- Ser replicável em outros estudos;
2. Ser um componente da essência indivíduo, e não da aprendizagem do mesmo
3. Estar baseado em uma teoria (Eysenck, 2012).

O primeiro critério instigou o desenvolvimento de modernas técnicas para os estudos analíticos de fatores da personalidade, que possibilitam que dados sejam replicáveis em diferentes amostras e, talvez, até entre culturas.

Tupes e Christal foram pioneiros em analisar novamente os dados de Cattell e em encontrar cinco fatores em todas as suas testagens (Tupes & Christal, 1992). Estas descobertas foram notadas por Warren Norman, que as divulgou na comunidade científica (Norman, 1963). Norman rotulou os cinco fatores como Extroversão (extraversion), Amabilidade (agreeableness), Conscienciosidade (conscientiousness), Estabilidade Emocional (neuroticism) e Cultura. Lew Goldberg continuou a replicar as descobertas de Norman com diferentes métodos, encontrando os mesmos cinco fatores, sucessivamente. O quinto fator foi renomeado de intelecto (Intellect), ao invés de cultura. Goldberg, então, cunhou o termo "Big Five" para os cinco fatores recorrentes da personalidade com base na teoria lexical (Goldberg, 1990).

Uma parte importante da história do Big Five pode ser compreendida por meio do estudo dos questionários de personalidade. Raymond Cattell construiu o Questionário de 16 Fatores da Personalidade (16PF), que incluiu 16 escalas diferentes (Cattell & Mead, 2008). Paul T. Costa Jr. e Robert R. McCrae analisaram os itens do 16PF e encontraram três fatores que chamaram de Neuroticismo, Extroversão e Abertura à Experiência. Os dois construíram um inventário de

personalidade para medir esses domínios e o chamaram de Inventário de Personalidade do NEO (Costa & McCrae, 1985). Mais tarde, adicionaram uma escala de conformidade e consciência e renomearam o instrumento como NEO PI-R (Costa & McCrae, 2008).

A Teoria Psicanalítica e outras teorias da personalidade:

A Psicanálise possui uma longa tradição e pode ser considerada uma das principais fontes de teorias modernas da personalidade. Apesar de Sigmund Freud, no início do século XX, ter iniciado observações sobre a personalidade, ele não chegou a desenvolver uma teoria da personalidade propriamente dita. Porém, os conceitos psicanalíticos básicos serviram de ponto de partida para inúmeras teorias modernas da personalidade. O estudo da Psicanálise desenvolvido por Freud, diferentemente da construção de outras teorias baseadas em observações em grande escala, foi realizado por observações e formulações teóricas baseadas em casos clínicos, nas observações de seus e de outros e nas suas próprias experiências pessoais (Feist, 2015).

As contribuições de Freud para a Teoria da Personalidade se deram, principalmente, por meio da investigação, da compreensão dos mecanismos inconscientes e se concentraram no desenvolvimento da primeira infância (Freud, 1900/2001). Os níveis da vida mental (consciente, pré-consciente e inconsciente) e as instâncias da mente (id, ego e superego) são os responsáveis pela estruturação da personalidade, conforme a teoria psicanalítica (Freud, 1923/2001). Os impulsos, as necessidades libidinais e de descarga da ansiedade são os princípios que motivam as ações de cada indivíduo (Freud, 1905/2016). A energia psíquica surge por meio destes impulsos básicos e direciona o comportamento. Portanto, o modo como o sujeito lida inconscientemente com a resolução do conflito entre a gratificação da pulsão e a interação com a realidade se expressa em sintomas e/ou características da personalidade. Posteriormente, discípulos da psicanálise ampliaram os aspectos teóricos sobre a personalidade. Anna Freud,

com a Psicologia do Ego e os mecanismos de defesa (1946/2006) e Melanie Klein, com a Teoria das Relações Objetivas (1934-1943/1997), entenderam a personalidade como um resultado da relação precoce mãe-bebê. No entendimento das autoras, a experiência interpessoal mais precoce da vida do indivíduo fornece um protótipo para o desenvolvimento das relações interpessoais por toda a vida, mantendo-se estável e no mesmo padrão. Ainda, Heinz Kohut, com a Psicologia do Self (Siegel, 2017), Margaret Mahler e John Bowlby ampliaram estes temas, aprofundando os estudos sobre a importância das primeiras relações.

#### A Psicopatologia da Personalidade:

Desde o século XVIII, áreas da Filosofias e das Ciências Médicas, especialmente a Psiquiatria e a Neurologia, vêm desenvolvendo percepções sobre as diferenças entre a normalidade e a patologia no Estudo da Personalidade. Entre outros, Pinel, Esquirol, Tuke, Maudslay, Jackson, Rush, Meiyer, Griesinger, Meynert, Wernicke e Kraepelin, foram pioneiros em trabalhar com a percepção de continuidade entre o normal e a patologia (Bergeret, 1988/1991).

O modelo clássico Kraepeliano exerceu forte influência no mundo da ciência médica (Kendler & Jablensky, 2011). Apesar de Kraepelin ter descrito de forma muito perspicaz diversas condições temperamentais, sugerindo uma existência dimensional das patologias, foi a sua consideração sobre os sintomas como o fundamento das doenças mentais que serviu, inicialmente, como base para o desenvolvimento de manuais de padronização pela Associação Americana de Psiquiatria. Este modelo foi desenvolvido como base essencialmente na fenomenologia e ficou reconhecido amplamente como o modelo categórico. Neste contexto, foi proposta uma classificação diagnóstica baseada nos aspectos descritivos fenomenológicos da personalidade, estabelecendo-se categorias diagnósticas com o advento do Manual Diagnóstico

das Doenças Mentais lançado em 1980-DSM- III. (American Psychiatric Association [APA], 1989)

O modelo do DSM-III recebeu inúmeras críticas por sua incapacidade de distinguir níveis de gravidade, por não discriminar as sobreposições de categorias e pelo número significativo de diagnósticos que se limitam ao item "não especificado". A insuficiência do modelo categórico, portanto, levou a comunidade médica a buscar novos modelos de avaliação da psicopatologia (APA, 2015)

O conceito de dimensionalidade foi proposto como possibilidade de ampliação, aprofundamento e assertividade dos diagnósticos. Já na DSM-IV (APA, 1996) e na DSM-IV-R (APA, 2000) iniciou uma longa discussão sobre critérios para a avaliação dimensional, consolidada com o advento da Quinta Edição do Manual-DSM-5 (APA, 2013). Neste contexto dos manuais de classificação e da diversificação dos estudos da personalidade, outros modelos surgiram, principalmente no âmbito clínico-patológico. Com a Teoria Psicanalítica, não foi diferente (Caligor, 2005)

Com a introdução da psicanálise, no início do século XX, Freud foi o responsável por uma grande ampliação no modo de pensar da psicopatologia. As concepções acerca do normal e do patológico mudaram radicalmente, influenciadas por seu pensamento teórico e por suas observações clínicas. Como afirma Bergeret, o entendimento do funcionamento psíquico era dividido em duas grandes categorias: os "normais" e os "doentes mentais" (Bergeret, 1988/1991), apesar do modelo Kraepeliniano também defender a existência dimensional de temperamentos, que predispuham a psicopatologia. Freud foi um dos grandes responsáveis por mostrar que não existe uma solução de continuidade entre os funcionamentos mentais "normais" e "neuróticos". A grande diferença entre normalidade e patologia, para Freud, estaria na adequação e na flexibilidade destes mecanismos. Ideias sobre as estruturas de personalidade

estenderam-se, ampliando a discussão sobre a continuidade entre neurose e psicose (McWilliams, 2014). Adolph Stern, em 1938, em um artigo intitulado “Psychoanalytic Investigation of Therapy in the Borderline Group of Neuroses” descreveu quadros que pareciam estar entre a neurose e a psicose e não respondiam adequadamente ao tratamento psicanalítico padrão. (Stern, 1938)

### **O Modelo de Organização da Personalidade de Otto Kernberg:**

A concepção de personalidade de Kernberg inspira-se no trabalho de psicanalistas reconhecidos (Izdebska, 2015). Influências como a Teoria da Libido de Freud (1950), a Psicologia do Ego de Jacobson (1964), as Funções do Ego de Hartmann (1958), a Teoria de Relações de Objeto de Mahler (1972) e a Teoria das Relações Objetais de Melanie Klein (1946) embasaram seu modelo de personalidade.

Otto Kernberg, um dos grandes estudiosos sobre os conceitos e técnicas de trabalho com pacientes Borderline ou de personalidade limítrofe, propôs o modelo estrutural para descrever a complexidade e os incontáveis fenótipos dos pacientes com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), descrito no DSM-III (McWilliams, 2014). Kernberg e seus colaboradores basearam suas pesquisas na experiência clínica com pacientes com transtornos de personalidade Borderline e elaboraram uma proposta diagnóstica, integrando os modelos categorial e dimensional, por meio do uso do conceito de estrutura (Kernberg, 1995; Widiger & Trull, 2007). Kernberg entende a estrutura como o padrão interno de organização dos processos mentais que são revelados por meio da expressão de traços e de comportamentos (Kernberg, 1975). Portanto, a Organização da Personalidade (OP) é o "produto" da interação entre vivências pessoais, fatores hereditários e constitucionais e experiências infantis. Para descrever o processo de desenvolvimento da mente, o modelo estrutural da OP baseia-se, principalmente, na Teoria das Relações Objetais (Kernberg, 1975). As modalidades de relação da criança com as figuras

importantes da sua vida são os elementos que formam a base da estrutura mental durante o processo de internalização. Os objetos são submetidos à internalização na forma de díades self-objeto e moldam o comportamento. Esta díade é responsável pela organização dinâmica, porém estável, de padrões de comportamento, cognição, emoção, motivação e formas de se relacionar com o mundo e com os outros. Tornam-se, portanto, as características mais marcantes de um indivíduo e estruturam a sua personalidade (Caligor, Kernberg, & Clarkin, 2007).

Para descrever a personalidade, Kernberg (1995) elencou elementos centrais descritivos, como a natureza (adaptativa ou não) e o nível de Organização de Personalidade (primitivo ou maduro) Outros elementos, como o grau de flexibilidade da ativação dos traços nas diversas situações da vida, os valores éticos e morais, a presença e a manifestação da agressividade e as respectivas formas de adaptação aos eventos psicossociais de cada um destes elementos são considerados construtos componentes desta organização (Caligor, 2009). O diagnóstico estrutural da personalidade considera, portanto, o ego como uma estrutura geral, que integra subestruturas e funções. Em conjunto, a análise dos elementos que compõe as estruturas provenientes das relações objetais internalizadas é fundamental para o entendimento desta forma de psicopatologia. (Kernberg, 1975).

Para a caracterização e classificação desta estrutura, Kernberg propõe a identificação de Níveis de Organização da Personalidade (Kernberg, 1995). Os níveis referem-se à gravidade da patologia estrutural e são determinados pelo estágio alcançado do desenvolvimento psíquico do sujeito, ou pela falta deste. Eles determinam o funcionamento intra e interpessoal, incluindo as possíveis formas de psicopatologia (Kernberg, 1993; Lenzenweger & Clarkin, 2005) e diferem, principalmente, em relação às suas propriedades estruturais (Kernberg, 1996). É possível caracterizá-los por meio da identificação de construtos do diagnóstico estrutural, através da observação das seguintes funções básicas:

- Do grau de Difusão da Identidade (DI), que se refere à capacidade do indivíduo de ter percepção de si e dos outros como "separados e inteiros";
- Dos tipos de defesas psicológicas predominantes, que podem ser Primitivas (DP), tais como cisão e seus derivados, ou maduras, tais como repressão, negação e racionalização;
- Da integridade do Teste de Realidade (TR), que significa a capacidade de diferenciar as fontes internas e externas de estímulos e de avaliar adequadamente o próprio funcionamento (intrapessoal e interpessoal), em relação à critérios da realidade;

Baseado nestes três construtos, Kernberg (1996) identificou e descreveu a diferenciação entre quatro níveis estruturais de organização: Normal, Neurótico, Limítrofe e Psicótico.

As principais características de uma Organização de Personalidade Normal são a presença de uma percepção de identidade bem integrada, da predominância do uso de mecanismos de defesa maduros (supressão, sublimação, altruísmo, antecipação, humor) e da existência de um Teste de Realidade intacto.

O nível Neurótico de Organização da Personalidade inclui indivíduos com traços de personalidade obsessivos-compulsivos, depressivos e histéricos. Nestes, as defesas psicológicas são menos adaptativas em comparação aos indivíduos com organização normal. No entanto, a Identidade e o Teste de Realidade encontram-se ainda bem íntegros e preservados. Os sujeitos que funcionam neste nível estrutural apresentam uma rigidez e uma restrição no seu funcionamento, assumindo, principalmente, a inibição do desejo. Mesmo assim, é possível integrar os aspectos libidinais e agressivos do Eu e do objeto, resultando, portanto, em uma identidade estável.

O Nível de Organização de Personalidade Limítrofe ou Borderline tem origem em deficiências na diferenciação self-objeto. Os aspectos libidinais e agressivos de self e do objeto

são mantidos no estado de cisão. Isso resulta em uma alteração importante na percepção de si e dos outros, com significativa Difusão da Identidade. Neste contexto, os mecanismos de defesa mais primitivos, como cisão e identificação projetiva predominam maciçamente. No entanto, um Teste de Realidade relativamente intacto é mantido.

No nível mais grave, encontra-se a Organização da Personalidade Psicótica, que inclui os indivíduos paranoides, esquizoides, esquizotípicos e esquizofrênicos. Nestes, além de Difusão de Identidade e do predomínio do uso de Defesas Primitivas, o Teste de Realidade encontra-se prejudicado. O Nível de Organização da Personalidade Psicótico tem origem nas deficiências no período primário do desenvolvimento, antes mesmo de haver uma diferenciação self-objeto e têm consequências adaptativas mais graves. Ocorrem falhas na diferenciação das representações do self e do objeto, formando-se constelações não diferenciadas, que resultam na percepção alterada da realidade (entre o mundo de experiências internas e a realidade externa).

A avaliação da Organização da Personalidade é tradicionalmente realizada por meio de entrevistas clínicas (Kernberg, 1996). Nas últimas décadas do século XX, outros métodos foram desenvolvidos, visando o estudo sistemático deste modelo. Inicialmente, foi desenvolvida a Entrevista Estruturada Psicodinâmica (Kernberg, 1985) e posteriormente, um instrumento de auto relato - Inventory of Personality Organization - IPO (Clarkin, Foelsch, & Kernberg, 1995; Foelsch et al., 2000), um instrumento para avaliação clínica - The Personality Organization Diagnostic Form - PODF (Gamache, Diguer, Hébert, Larochelle, & Descôteaux, 2009), a Entrevista Estruturada da Organização de Personalidade e sua versão revisada (STIPO e STIPO-R) (Clarkin et al., 2002; Stern et al., 2010).

Destes quatro métodos de avaliação, o questionário de auto relato (IPO) é considerado de aplicação simples e um método facilitador da coleta e replicação dos dados em diferentes

populações (Ellison & Levy, 2012). O inventário cumpre um papel importante na validação de teorias e modelos clínicos, quando grandes amostras são necessárias. Além disso, pode ser muito útil no *screening* de amostras em contextos de pesquisa ou mesmo na prática clínica, pois auxilia na seleção de sujeitos com perfil adequado para a aplicação das entrevistas. O IPO é tradicionalmente composto por três subescalas primárias (DP, TR e DI) com 20, 21 e 16 itens, respectivamente, subescalas adicionais para avaliar dimensões de Agressividade (AG) e de Valores Morais (VM). O inventário tem sido amplamente utilizado em diversas culturas por sua facilidade de aplicação e pelos seus bons indicativos de validade externa, interna e de critérios (Oliveira, 2015; Quiroga, Castro Solano, & Fontao, 2003; Lenzenweger, Iarkin, Kernberg, & Foelsch 2001; Igarashi et al., 2009). Quiroga e colaboradores salientam para o fato de o IPO ser um instrumento que apresenta seus resultados de forma quantitativa e qualitativa (Quiroga et al., 2003). Esta característica possibilita uma avaliação aprofundada da gravidade da patologia do ponto de vista estrutural e psicanalítico, além dos indicativos clínicos. Ancorando-se, portanto, na tendência e na necessidade atual do diagnóstico dimensional das patologias de personalidade, no contexto do DSM-5 (APA, 2014), o uso do IPO em ampla escala pode acrescentar dados e aprofundar esta reflexão. Os constructos da OP medidos pelo IPO organizam a observação de distintas qualidades dos processos mentais inconscientes e as quantificam. No contexto da prática clínica, o inventário pode servir para orientar na escolha efetiva de indicação de tratamentos psicoterápicos que abordem as questões estruturais e otimizar resultados clínicos ou cirúrgicos, de todos os tipos. Ainda, possibilita uma avaliação prognóstica, de adesão e de respostas aos tratamentos.

Koelen e colaboradores, em 2012, realizaram uma revisão sistemática para entender o papel dos Níveis de Organização da Personalidade na resposta aos tratamentos psicoterápicos. Os resultados desta revisão sugeriram que níveis iniciais mais elevados de OP estão associados a melhores resultados de tratamento. Porém, o número limitado de estudos disponíveis e a

heterogeneidade das medidas usadas para avaliar a OP apontaram para a necessidade de novas pesquisas nesta área.

Por fim, resta saber o quanto a OP, medida através dos instrumentos consolidados na literatura, pode servir como preditora de risco para desfechos clínicos psicopatológicos, em quais desfechos sua previsão pode ser decisiva para interferir em prognósticos e quais técnicas psicoterápicas podem ser mais eficazes e apropriadas para esta população.

Considerando a importância de novas pesquisas, os benefícios para prática clínica são indiscutíveis. O diagnóstico de organização estrutural identifica dinâmicas da mudança dos sistemas como, por exemplo, o início abrupto ou gradual de sintomas, e pode auxiliar e direcionar a determinação dos fatores sensíveis (Nelson, McGorry, Wichers, Wigman, & Hartmann, 2017). Futuras pesquisas com enfoque tanto em revisar os dados já existentes, quanto em investigar o papel da OP na predição de desfechos, podem contribuir significativamente neste contexto.

## Referências:

- Alexander, F. (1930). The neurotic character. *International Journal of Psycho-Analysis*, 11, 292-311.
- Allport, G. W. (1927). Concepts of trait and personality. *Psychological Bulletin*, 24(5), 284, 284-293. Recuperado em junho 6, 2019, de <http://dx.doi.org/10.1037/h0073629>
- American Psychiatric Association. (APA). (1996). *DSM-IV: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (APA). (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (APA). (2013). *DSM-V: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bergeret, J. (1991). *Personalidade normal e patológica* (Alceu Edir Fillmann trad.) (2. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada em 1988).
- Burston, D. (1991). *The Legacy of Erich Fromm*. Cambridge: Harvard University Press. Recuperado em junho 9, 2019, de <http://dx.doi.org/10.4159/harvard.9780674731707>
- Caldas, A. C. (1999). *A herança de Franz Joseph Gall: o cérebro ao serviço do comportamento humano*. Lisboa: McGraw-Hill. Recuperado em junho 3, 2019, de

<https://alpha.sib.uc.pt/?q=content/heran%C3%A7-de-franz-joseph-gall-o-c%C3%A9rebro-ao-servi%C3%A7o-do-comportamento-humano>

- Caligor, E. X. (2009). *Psicoterapia dinâmica das patologias leves de personalidade* (Sandra Maria Mallmann da Rosa trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicado em 2001).
- Cattell, H. E. P., & Mead, A. D. (2008). The Sixteen Personality factor questionnaire (16PF). *The SAGE handbook of personality theory and assessment*, 2, 135-178.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., & Kernberg, O. (2002). *STIPO—Structural Interview of Personality Organization*. New York: Unpublished manual.
- Clarkin, J., Foelsch, P., & Kernberg, O. (1995). *Manual for the inventory of Personality Organization (IPO)*. New York: The Personality Disorders Institute, Department of Psychiatry, Cornell University Medical College.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO personality inventory*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2008). The revised neo personality inventory (neo-pi-r). *The SAGE handbook of personality theory and assessment*, 2(2), 179-198.
- Ellison, W. D., & Levy, K. N. (2012). Factor structure of the primary scales of the Inventory of Personality Organization in a nonclinical sample using exploratory structural equation modeling. *Psychological assessment*, 24(2), 503. Recuperado em junho 3, 2019, de <http://dx.doi.org/10.1037/a0026264>
- Eysenck, H. J. (2012). *A model for personality*. London: Springer Science & Business Media.

- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (2013). *Personality structure and measurement* (psychology revivals). New York: Routledge. (Obra original publicada em 1969).
- Feist, J., Feist, G. J., & Roberts, T.-A. (2015). *Teorias da personalidade*. (Sandra Maria Mallmann da Rosa, trad.). (8. ed.). Porto Alegre: AMGH.
- Foelsch, P. A., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., Somavia, J., Normandin, L., & Lenzenweger, M. F. (2000). *The Inventory of Personality Organization: initial psychometric properties*. (Unpublished manuscript).
- Freud, A. (2006). *O ego e os mecanismos de defesa*. (Francisco Settíneri trad.) Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 1946).
- Heinz Kohut e a psicologia psicanalítica do self Capa dura – Edição padrão, 2017  
por Allen M. Siegel (Autor), ABEPPS (Editor),
- Freud, S. (2001). A interpretação de sonhos. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 5). Rio de Janeiro: Imago, 2001. (Obra original publicada em 1900).
- Freud, S. (2016). *Três ensaios sobre a sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos*. (Paulo Cesar de Souza trad.). (Vol. 6). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1901-1905).
- Freud, S. (1990). O Ego e o Id. In: S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. (Vol. 19, p.11-83). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1923).

- Gamache, D., Diguier, L., Hébert, E., Laroche, S., & Descôteaux, J. (2009). The Personality Organization Diagnostic Form – PODF. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(5), 368-77. Recuperado em junho, 3, 2019, de doi: 10.1097/NMD.0b013e3181a20897.
- Galton, F. (1884). Measurement of character. *Fortnightly*, 36(212), 179-185.
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative "description of personality": the big-five factor structure. *Journal of personality and social psychology*, 59(6), 1216. Recuperado em junho 3, 2019, de [http://dx. doi.org/10.1037//0022-3514.59.6.1216](http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.59.6.1216)
- Hinselwood, R. D. (1997). O indefinível conceito de objetos internos (1934-1943): seu papel na formação do grupo kleiniano. *Livro Anual de Psicanálise*, São Paulo, v.13, p. 205-226. (Obra original publicada em 1934-1943).
- Horney, K. (1936). Culture and neurosis. *American Sociological Review*, 1(2), 221-230. Recuperado em junho 3, 2019, de [http://dx. doi.org/10.2307/2084481](http://dx.doi.org/10.2307/2084481)
- Igarashi, H., Kikuchi, H., Kano, R., Mitoma, H., Shono, M., Hasui, C. & Kitamura, T. (2009). The inventory of personality organisation: its psychometric properties among student and clinical populations in Japan. *Annals of General Psychiatry*, v. 8, n. 1, p. 9. Recuperado em junho 3, 2019, de <https://doi.org/10.1186/1744-859X-8-9>
- Izdebska, A. (2015). Assessment of personality according to Otto Kernberg's conception. *Current Issues in Personality Psychology*, 3(2), 65-83. Recuperado em junho 3, 2019, de <http://dx.doi.org/10.5114/cipp.2015.52105>

- John, O. P., Angleitner, A., & Ostendorf, F. (1988). The lexical approach to personality: A historical review of trait taxonomic research. *European journal of Personality*, 2(3), 171-203. Recuperado em junho 3, 2019, de <http://dx.doi.org/10.1002/per.2410020302>
- Kendler, K. S., & Jablensky, A. (2011). Kraepelin's concept of psychiatric illness. *Psychological medicine*, 41(6), 1119-1126. Recuperado em junho 3, 2019, de <https://doi.org/10.1017/S0033291710001509>
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: A. Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1993). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1995). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: A. Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1995). *Transtornos graves de personalidade*. (Rita de Cássia Sobreira Lopes trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kernberg, O. F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. In: J. F. Clarkin, & M. F. Lenzenweger (Eds), *Major theories of personality disorder*. New York: Guilford.
- Koelen, J., Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, L., Diguier, L., Vermote, R. ... Bühring, M. (2012). The impact of level of personality organization on treatment response: a systematic review. *Psychiatry*, 75, p. 355-374.

- Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (2005). *Major theories of personality disorder*. (2nd ed.). New York: Guilford.
- Lenzenweger, M. F., Iarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch P. A. (2001). The inventory of personality organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological assessment*, v. 13, n. 4, p. 577. Recuperado em junho, 10, 2019, de <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.577>
- Martins, L. A.-C. P., da Silva, P. J. C., & Mutarelli, S. R. K. (2008). A teoria dos temperamentos: do corpus hippocraticum ao século XIX. *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, 14, p. 9-24.
- McWilliams, N. (2014). *Diagnóstico psicanalítico: entendendo a estrutura da personalidade no processo clínico*. (2. ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Nelson, B., McGorry, P. D., Wichers, M., Wigman, J. T. W., & Hartmann, J. A. (2017). Moving from static to dynamic models of the onset of mental disorder: a review. *JAMA psychiatry*, 74(5), 528-534.
- Norman, W. T. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66(6), 574.
- Oliveira, S. E. S. (2016). *Diagnóstico estrutural e dimensional da personalidade: Estudos psicométricos e de aplicação clínica* (Tese de doutorado não publicada, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil).

- Pasquali, L. P. (2009). Psicometria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(spe.), 992-999.
- Quiroga, S. E.; Castro Solano, A.; & Fontao, M. I. (2003). La evaluación de la estructura de la personalidad: Adaptación argentina del inventario de organización de la personalidad (IPO). *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, p.188-219.
- Rabello, E., & Passos, J. S. (2008). *Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento*. Recuperado em junho, 3, 2019, de <http://www.josesilveira.com>.
- Siegel, A. M. (2017). *Heinz Kohut e a psicologia psicanalítica do self*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Stern, A. (1938). *Psychoanalytic investigation of therapy in the borderline group of neuroses*. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.
- Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Horz, S., MacCornack, V., . . . Kernberg, O. F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment*, 92(1), 35-44.
- Tupes, E. C., & Christal, R. E. (1992). Recurrent personality factors based on trait ratings. *Journal of personality*, 60(2), 225-251.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62(2),71-83. Recuperado em junho 8, 2019, de <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.71>

**ANEXO D: INVENTÁRIO DE ORGANIZAÇÃO DA PERSONALIDADE – BRASIL  
(IPO-BR)**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Instruções:**

As páginas seguintes contêm afirmativas que as pessoas usam para se descrever. Tente ser o mais honesto e sério possível ao marcar as respostas que descrevam seus sentimentos e atitudes.

Leia cada afirmativa e decida como ela se aplica a você em suas atividades diárias, sentimentos, pensamentos e relacionamentos. Então, **circule** o número que melhor corresponda ao que se passa com você. Se a afirmativa não se aplicar de forma alguma, circule “1” (Nunca verdadeiro). Se a afirmativa se aplicar totalmente a você, circule “5” (Sempre verdadeiro). Se a afirmativa não for “Sempre” ou “Nunca” verdadeira para você, use os números “2”, “3” e “4” para identificar a frequência ou a intensidade com que a afirmativa ocorre em sua vida. Algumas afirmativas podem referir-se a duas coisas; responda com valores mais altos somente se **ambas** as partes da frase se aplicar a você.

Não há limite de tempo para completar esta atividade, mas é melhor preencher o mais rápido que lhe seja confortável. *Seria melhor colocar a primeira resposta que lhe ocorrer.* Por favor, preencha **todos** os itens.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Nunca verdadeiro	Raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Sempre verdadeiro

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

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

34. Eu já machuquei alguém seriamente, mas foi em legítima defesa.	1 2 3 4 5
35. Eu tenho prazer com o sofrimento dos outros.	1 2 3 4 5
36. Não se pode julgar os verdadeiros sentimentos dos outros somente por seu comportamento exterior, porque, o que se vê, pode ser fingimento.	1 2 3 4 5
37. Quando os outros me veem tendo sucesso, eu fico muito feliz e, quando eles me veem fracassando, eu fico arrasado.	1 2 3 4 5
38. Bons amigos terminaram a relação comigo, porque eu não suportava quando não concordávamos na solução de um problema.	1 2 3 4 5
39. Eu não sei dizer se certas sensações físicas que tenho são reais ou se são apenas minha imaginação.	1 2 3 4 5
40. Às vezes, sinto como se tivesse ido a algum lugar ou feito alguma coisa que na verdade não fiz.	1 2 3 4 5
41. Eu não cuido muito de minha saúde física.	1 2 3 4 5
42. Quando estou nervoso ou confuso, parece que as coisas do mundo não fazem sentido.	1 2 3 4 5
43. Sinto que meus desejos ou pensamentos podem se tornar realidade num simples passe de mágica.	1 2 3 4 5
44. Já me disseram que eu gosto de ver outras pessoas sofrendo.	1 2 3 4 5
45. Durante um relacionamento íntimo, eu tenho medo de perder a noção de quem eu sou.	1 2 3 4 5
46. Quando tudo ao meu redor está incerto e confuso eu também me sinto assim por dentro.	1 2 3 4 5
47. Ficar sozinho é difícil para mim.	1 2 3 4 5
48. Eu ajo de modo que parece imprevisível e instável aos outros.	1 2 3 4 5
49. Meus objetivos estão sempre mudando.	1 2 3 4 5
50. As pessoas tendem a me usar se eu não tomar cuidado.	1 2 3 4 5
51. Tenho tendência a iniciar atividades, passatempos e coisas que me interessam, mas, logo depois, abandono-as.	1 2 3 4 5
52. Para mim é difícil confiar nas pessoas, porque elas frequentemente acabam ficando contra mim ou me traindo.	1 2 3 4 5
53. As pessoas dizem que eu tenho dificuldade em ver defeitos naqueles que eu	1 2 3 4 5

admiro.	
54. Sei que não posso dizer aos outros algumas coisas que eu entendo do mundo, porque poderiam pensar que estou louco.	1 2 3 4 5
55. Quando escuto vozes ou vejo coisas, não tenho certeza se é minha imaginação ou se são reais.	1 2 3 4 5
56. Eu tenho preferência por algumas pessoas, às quais não só admiro, mas quase idealizo.	1 2 3 4 5
57. Eu costumo sentir as coisas de formas extremas: ou com grande alegria, ou com intenso desespero.	1 2 3 4 5
62. Já me disseram que eu tento controlar os outros fazendo com que se sintam culpados.	1 2 3 4 5
63. É difícil, para mim, ter certeza do que os outros pensam sobre mim, mesmo as pessoas que me conhecem muito bem.	1 2 3 4 5
64. Eu acho que faço coisas que deixam as pessoas chateadas, mas não sei por que tais coisas as chateiam.	1 2 3 4 5
65. Tem momentos em que meu comportamento está de acordo com o que aprendi ser correto e, em outras vezes, ajo de maneira imoral ou amoral.	1 2 3 4 5
66. De certo modo, eu nunca sei muito bem como me comportar com as pessoas.	1 2 3 4 5
67. Gosto de atividades que os outros consideram perigosas.	1 2 3 4 5
68. Eu acho que as pessoas são essencialmente, ou boas, ou más e que poucas estão no meio termo.	1 2 3 4 5
69. Eu gosto de machucar fisicamente os outros.	1 2 3 4 5
70. Quando me sinto mal, não consigo dizer se é emocional ou físico.	1 2 3 4 5
71. Algumas vezes, sou afetuoso e generoso, mas, em outras, sou frio e indiferente.	1 2 3 4 5
72. As pessoas dizem que eu as provoço ou as engano para obter o que eu quero.	1 2 3 4 5
73. Eu, de propósito, já machuquei alguém seriamente.	1 2 3 4 5
74. A divisão das coisas entre as pessoas é tão injusta que me sinto no direito de 74. pegar coisas que não são minhas, desde que eu não corra risco de ser pego fazendo isso.	1 2 3 4 5
75. Você só consegue obter o que deseja machucando-se ou ameaçando que vai se machucar.	1 2 3 4 5
76. As pessoas pensam que sou grosseiro ou que não me importo com os outros, mas	1 2 3 4 5

não sei por quê.	
77. Eu acredito que as coisas acontecerão simplesmente por pensar nelas.	1 2 3 4 5
78. Já que todos pensam somente em si, é melhor fazer o mesmo e não ser um otário.	1 2 3 4 5
79. Depois de me envolver com as pessoas, fico surpreso ao descobrir como elas realmente são.	1 2 3 4 5
80. Eu não consigo explicar minhas mudanças de comportamento.	1 2 3 4 5
81. Escuto coisas que outras pessoas dizem que não são reais.	1 2 3 4 5
82. Se você quer manter o controle, você tem que garantir que as pessoas tenham medo de você.	1 2 3 4 5
83. Sei e entendo de coisas que ninguém mais é capaz de entender ou saber.	1 2 3 4 5

**APÊNDICE A: ARTIGOS DE APLICAÇÃO CLÍNICA DO IPO**

<b>Título e autores</b>	<b>País</b>	<b>Ano</b>	<b>Objetivo do uso do IPO</b>	<b>Versão do IPO</b>	<b>Outros Instrumentos Utilizados<sup>1</sup></b>
1. Mentalizing and interpersonal problems in borderline personality disorder: The mediating role of identity diffusion  Celine De Meulemeester, Benedicte Lowyck, Rudi Vermoteb, Yannic Verhaestc, Patrick Luytena	Bélgica	-	identificar se a difusão de identidade desempenha um papel mediador na relação entre dificuldades de mentalização e problemas interpessoais,	IPO Belga (somente DI- 21 itens)	Questionário da Função Reflexiva (RFQ)
2. Defense mechanisms and personality in depression  Linda S. Mullen, Carlos Blanco, Susan C. Vaughan, Roger Vaughan, Steven P. Roose	EUA	1999	examinar a estabilidade do funcionamento defensivo e da organização da personalidade ao longo da doença psiquiátrica depressiva maior (MDD) num curso definido de período de tratamento.	IPO americano 1995 - (136 itens) ECP+EA+ RO	Questionário de Estilo de Defesa (DSQ)
3. The Construct of Effortful Control: An Approach to Borderline Personality Disorder Heterogeneity  Simone Hoermann, John F. Clarkin, James W. Hull, Kenneth N. Levy	EUA	2005	investigar a heterogeneidade do diagnóstico do transtorno de personalidade limítrofe (BPD) do DSM-IV (incluindo aspectos de nível estrutural) em função do construto do "controle de esforço".	IPO americano 2001- ECP	Entrevista Clínica estruturada para Distúrbios do Eixo I do DSM-IV (SCID-II), Questionário de temperamento em Adultos Inventário Breve de sintomas, Questionário multidimensional da personalidade

<sup>1</sup> Todas as referências dos instrumentos listados constam nos artigos selecionados, da coluna 1.

<p>4. Who benefits from inpatient short-term psychotherapy in the long run? Patients' evaluations, outpatient after-care and determinants of outcome</p> <p>M. E. Beutel, A. Hoflich, R. A. Kurth, Ch. Reimer</p>	Alemanha	2005	determinar os resultados da psicoterapia de internação psicodinâmica de curto prazo na perspectiva dos pacientes e dos terapeutas, avaliar a estabilidade das mudanças e identificar preditores de resultados em longo prazo.	versão alemã do IPO de 1995-ECP+EA+ RO	Questionários padronizados sobre sintomas, Symptom Checklist (SCL-90R, considerando a escala global de funcionamento-GSI), Inventário de Problemas Interpessoais (IIP-D), lista de Reclamações de Giessen (GIB-24), Questionário da Aliança de Ajuda de Luborsky e a Avaliação Global do Funcionamento (GAF) avaliados pelos terapeutas.
<p>5. Borderline Personality Organization and Dissociation</p> <p>Carsten Spitzer, Sven Barnow, Jan Armbruster, Stefan Kusserow, Harald J Freyberger, Hans Joergen Grabe,</p>	Alemanha	2006	relacionar a dissociação e suas diferentes dimensões com o modelo de organização da personalidade de Kernberg,	IPO de 1995 (102 itens) -ECP	Escala de Experiências Dissociativas (DES), e versão revisada da Lista de Verificação de Sintomas-90 (SCL-90-R)
<p>6. The Therapeutic Alliance in Schema-Focused Therapy and Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder</p> <p>Philip Spinhoven, Richard van Dyck, Josephine Giesen-Bloo, Kees Kooiman</p>	Holanda	2007	Investigar a qualidade e o desenvolvimento da aliança terapêutica como um mediador de mudança na terapia centrada em esquemas (SFT) e psicoterapia focada na transferência (TFP) para transtorno de personalidade limítrofe	IPO Holandês - completo	Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI-IV), Working Alliance Inventory (WAI), Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire—Ten Item Version (DDPRQ-10), Young Schema Questionnaire (YSQ)

<p>7.Organization of co-occurring Axis II features in borderline personality disorder</p> <p>Kenneth L. Critchfield, John F. Clarkin, Kenneth N. Levy, Otto F. Kernberg</p>	EUA	2008	<p>explorar padrões de comorbidade do Eixo II para identificar subtipos de DBP.</p>	<p>IPO em inglês (apenas a subescala de DI)</p>	<p>DBP com base nos critérios do DSM-IV, conforme avaliado pelo International Personality Disorders Examination (IPDE) Inventário de Depressão de Beck-II (BDI- II), Barratt Impulsivity Scale - 11 (BIS), Brief Symptom Inventory (BSI), Escala de Relacionamentos Próximos (ECR), Avaliação Global do Funcionamento (GAF) do DSM-IV), Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII) e a Escala de Ajustamento Social (SAS), o Multidimensional Personality Questionnaire (MPQ).</p>
<p>8.The Relational Context of Aggression in Borderline Personality Disorder: Using Adult Attachment Style to Predict Forms of Hostility</p> <p>Kenneth L. Critchfield, Kenneth N. Levy, John F. Clarkin, Otto F. Kernberg</p>	EUA	2008	<p>ampliar um trabalho anterior explorando o grau em que as dimensões subjacentes de apego da ansiedade e evitação de relacionamento estão associadas na DBP com as seguintes formas de hostilidade: (a) agressão direta (verbal ou física) iniciada em relação aos outros, (b) expectativa / percepção de agressão por parte dos outros (incluindo contra agressão "reativa" quando / se provocada), (c) agressão dirigida ao self na forma de suicidalidade ou parasuicidalidade, e (d) experiência afetiva de irritabilidade ou raiva</p>	<p>IPO inglês (Ag e VM)</p>	<p>Crterios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quarta Edição (DSM-IV), avaliados pelo International Personality Disorders Examination (IPDE), Escala de Experiências em Relacionamentos Próximos (ECR), Multidimensional Personality Questionnaire (MPQ), Assault Questionnaire (AIAQ);, a Escala de Agressividade Modificada para Ambulatório, the Suicide Attempt Self Injury Interview (SASII) e a SCID-I</p>

<p>9.Initial Construction and Validation of the Pathological Narcissism Inventory</p> <p>Aaron L. Pincus, Emily B. Ansell, Claudia A. Pimentel, Nicole M. Cain, Aidan G. C. Wright, Kenneth N. Levy</p>	EUA	2009	Validar o Pathological Narcisism Inventory	IPO americano, 5 subescalas	Rosenberg Self-Esteem Inventory (RSI), Visions of Morality Scale (VMS), the Experience of Shame Scale (ESS), The NPI, The Narcissism-Hypersensitivity Scale (NHS)
<p>10.The Lack of Negative Affects as an Indicator for Identity Disturbance in Borderline Personality Disorder: A Preliminary Report</p> <p>Marc Walter, Hendrik Berth, Joseph Selinger,Urs Gerhard, Joachim Küchenhoff, Jörg Frommere Gerhard Dammann</p>	Alemanha	2009	investigar a associação entre distúrbios de identidade e afetos negativos em TPB e em pacientes deprimidos que não sofrem de TP em uma abordagem combinada com dados de questionários e dados de entrevistas	IPO alemão (subescala DI)	Inventário de Traços e Estado de Ansiedade de Spielberger (STAI), Invetário de depressão de Beck (BDI), A entrevista semiestruturada de organização da personalidade (STIPO)
<p>11.Effects of child abuse history on borderline personality traits, negative life events, and depression: a study among a university student population in Japan</p> <p>Hiromi Igarashi, Chieko Hasui, Masayo Uji , Masahiro Shono, Toshiaki Nagata, Toshinori Kitamura</p>	Japão	2010	examinar simultaneamente o impacto do histórico de abuso infantil em traços de personalidade limítrofe, eventos negativos na vida e depressão	japonês – DP (4 itens), DI (9 itens), TR (11 itens), Ag (6 itens) e VM (7 itens).	
<p>12.Structured Interview of Personality Organization (STIPO): preliminary psychometrics in a clinical sample</p> <p>Barry L. Stern, Eve Caligor, John F. Clarkin, Kenneth L. Critchfield, Susanne Horz, Verna Maccornack, Mark F. Lenzenweger, Otto F. Kernberg</p>	EUA	2010	Validar a STIPO	IPO americano completo	O SNAP, Buss-Durkee, Inventário de Problemas Interpessoais - Desordem de Personalidade (IIP-PD)

<p>13.The relationship between personality organization as assessed by theory-driven profiles of the dutch short form of the mmpi and self-reported features of personality organization</p> <p>Elisabeth H. M. Eurelings-Bontekoe, Patrick Luyten, Mila Remijsen, Jurrijn Koelen</p>	Bélgica	2010	<p>explorar as associações entre três medidas de auto relato da patologia da personalidade, ou seja, o DSFM, o IPO-NL e o SPQ-R em uma amostra de 190 pacientes ambulatoriais psiquiátrico</p>	IPO-NL (completo)	Short From of the Minnesوتا Multiphasic Personality Inventory (DSFM), SPQ-R
<p>14.Associations between Identity Diffusion, Axis II Disorder, and Psychopathology in Inpatients with Borderline Personality Disorder</p> <p>Daniel Sollberger, Daniela Gremaud-Heitz, Anke Riemenschneider, Joachim Küchenhoff, Gerhard Dammanne, Marc Walter</p>	Alemanha	2012	<p>investigar associações de difusão de identidade e psicopatologia, como sintomas psiquiátricos gerais, depressão, ansiedade e raiva.</p>	IPO versão alemã completo	Entrevista Clínica estruturada para Distúrbios do Eixo I do DSM-IV (SCID-I / P) e Distúrbios do Eixo II do DSM-IV (SCID-II); versão revisada da Lista de Verificação de Sintomas-90 (SCL-90-R), Inventário de Depressão de Beck (BDI), o Inventário de Ansiedade de Traço e Estado de Spielberger (STAI) e o Inventário de Expressão de Raiva (STAXI) de Spielberger
<p>15.Exploring the interface of neurobehaviorally linked personality dimensions and personality organization in borderline personality disorder: the multidimensional personality questionnaire and inventory of personality organization</p> <p>Mark F. Lenzenweger, Joel F. McClough, John F. Clarkin, Otto F. Kernberg</p>	Estados Unidos	2012	<p>investigar as associações entre os principais constructos desses dois modelos. O foco foi a reatividade dos processos subjacentes de comportamento neurológico que estão substancialmente relacionados ao transtorno da personalidade, e são medidos pelo IPO.</p>	IPO americano completo	Entrevista Clínica estruturada para Distúrbios do Eixo I do DSM-IV (SCID-I), Exame Internacional de Distúrbios da Personalidade (IPDE), Questionário de Personalidade Multidimensional (MPQ)

<p>16. Predicting Domains and Rates of Change in Borderline Personality Disorder</p> <p>Mark F. Lenzenweger, Kenneth N. Levy, John F. Clarkin, Frank E. Yeomans, Otto F. Kernberg</p>	EUA	2012	<p>verificar o que muda e a rapidez com que essas mudanças ocorrem como resultado da terapia no transtorno de personalidade limítrofe</p>	<p>4 subescalas do IPO americano – (DI, DP, TR e Ag)</p>	<p>Exame internacional das Desordens de Personalidade (IPDE), Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID), Questionário multidimensional da personalidade (MPQ), Inventário de Personalidade Psicopática (PPI), Questionário do Temperamento em Adultos (ATQ), Escala de Agressão, Anger, Irritability and Assault Questionnaire, Escala de Impulsividade de Barratt, Inventário de Sintomas Breves, Beck Depression Inventory-II; Beck, social funcionamento (Avaliação Global do Funcionamento) e ajustamento / funcionamento psicossocial (SAS)</p>
<p>17. Refining Personality Disorder Subtypes and Classification Using Finite Mixture Modeling</p> <p>Rebecca J. Yun, Mark F. Lenzenweger, Barry L. Stern, Lana A. Tiersky</p>	EUA	2012	<p>esclarecer a taxonomia de patologia de personalidade de Kernberg e identificar subtipos em uma amostra com níveis variáveis de patologia.</p>	<p>IPO americano (DP+DI)</p>	<p>Schedule for Adaptive and Nonadaptive Personality (SNAP) e a STIPO</p>

<p>18. Mothers' borderline features and children's disorganized attachment representations as predictors of children's externalizing behavior</p> <p>Geoff Goodman, Robert C. Bartlett, Martha Stroh</p>	EUA	2013	<p>averiguar se as duas principais variáveis de personalidade relacionadas à BPO (DI e DP) e seus referentes psicológicos (raiva, depressão) seriam positivamente correlacionadas com representações de apego desorganizadas e com três medidas de externalização do comportamento. Em segundo lugar, foi hipotetizado que em um modelo de regressão múltipla aditiva, DI e DP, bem como traços de raiva e depressão, fariam contribuições independentes para a predição de representações de apego desorganizadas e de externalização de comportamento de para além das contribuições das variáveis de controle.</p>	IPO Americano, (ECP)	<p>Inventário de Depressão de Beck (BDI), A Lista de Verificação do Comportamento Infantil - Versão dos Pais (CBCL-P), Inventário de Expressão de Raiva Estado-Traço (STAXI).</p>
<p>19. An Integrative Approach to the Assessment of Narcissism</p> <p>Michael J. Roche, Aaron L. Pincus, Mark R. Lukowitsky, Kim S. Menard, David E. Conroy</p>	EUA	2013	<p>explorar como dois questionários que medem distintos aspectos do narcisismo (NPI-16 e o PNI) podem ser usados concomitantemente para capturar as distinções normais e patológicas do narcisismo.</p>	IPO americano completo	<p>Narcissistic Personality Inventory NPI-16 (uma versão curta de 40 itens NPI, The Pathological Narcissism Inventory (PNI), Escala de Relacionamento Próximo - Forma Curta (ECR-SF) Escala de trauma e abuso na infância (CATS), o Inventário-10 do Big five, Índice de Saúde Mental (MHI), O inventário autoaplicável de Rosenberg (RSI), A escala de Neutralização, o Teste de autoconsciência dos afetos-3 (TOSCA-3), A escala de facetas e traços de orgulho (TPFS), o inventário vetor-3 de dependência (3VDI), Escala de Visão de Moralidade (VMS), O Inventário de Problemas interpessoais-Circunflexo (IIP-C), o questionário de Agressão (AQ)</p>

<p>20.Levels of personality functioning and their association with clinical features and interpersonal functioning in patients with personality disorders</p> <p>Bénédicte Lowyck, Patrick Luyten, Yannic Verhaest, Bart Vandeneede, Rudi Vermote</p>	Bélgica	2013	<p>investigar a relação entre duas medidas dimensionais e validadas de níveis de funcionalidade, ou seja; Blatt, Wein, Chevron, &amp; Quinlan, 1979), e o Inventory of Personality Organization (IPO; Lenzenweger et al., 2001)</p>	<p>IPO belga (DI-21 itens, DP-16 e TR-20 itens)</p>	<p>A Escala Diferencial de Relacionamento Sexual (DR-S) conforme avaliado no Inventário de Relações de Obra (ORI), o Inventário de Depressão de Beck (BDI); Lista de verificação de sintomas (SCL-90); Inventário de danos pessoais (SHI); Inventário de Problemas Interpessoais (IIP)</p>
<p>21.Betrayal Trauma and Dimensions of Borderline Personality Organization</p> <p>Matthew M. Yalch, E Alytia A. Levendosky</p>	EUA	2014	<p>examinar a relação entre o trauma com diferentes níveis de traição e as dimensões específicas do OPB, usando uma abordagem bayesiana da regressão múltipla.</p>	<p>IPO americano (ECP)</p>	<p>Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), SCL-90-R, o Índice de Gravidade Global (GSI) e o BDI</p>
<p>22.Dimensions of Religious/Spiritual Well-Being and the Dark Triad of Personality</p> <p>Monika Kämmerle, Human-Friedrich Unterrainer, Phoebe Dahmen-Wassenberg, Andreas Finka Hans-Peter Kapfhammer</p>	Áustria	2014	<p>investigar a relação entre as dimensões do bem-estar religioso / espiritual e aspectos menos favoráveis da personalidade - a chamada "tríade negra" da personalidade, ou seja, narcisismo, maquiavelismo e psicopatia - juntamente com déficits gerais na estrutura da personalidade.</p>	<p>IPO-16</p>	<p>Inventário da Personalidade Narcisista (NPI- Adaptação alemã); escala de psicopatia de Levenson Auto preenchida (Adaptação alemã); Inventário do Maquiavelismo e o Inventário Multidimensional do RSWB</p>
<p>23.Change in identity diffusion and psychopathology in a specialized inpatient treatment for borderline personality disorder</p> <p>Daniel Sollberger, Daniela Gremaud-Heitz, Anke Riemenschneider, Puspa Agarwalla, Cord Benecke, Oliver Schwald, Joachim Küchenhoff, Marc Walter, Gerhard Dammann</p>	Suíça e Alemanha	2015	<p>investigar mudanças - particularmente em sintomas afetivos do TPB e DI - durante um tratamento de internação estruturado, específico de transtorno (DST) que combinou uma abordagem de psicoterapia psicodinâmica focada na transferência com módulos de treinamento de habilidades comportamentais dialéticas.</p>	<p>IPO (ECP), mas não especifica qual versão</p>	<p>BDI, STAI e STAXI</p>
<p>24.Dimensions of personality organization and sexual life in a community sample of women</p> <p>Antonio Prunas, Roberto Bernorio</p>	Itália	2015	<p>explorar a relação entre as dimensões da organização da personalidade limítrofe (avaliada de acordo com o modelo de Kernberg), disfunções sexuais e interesse parafilico em uma amostra comunitária de mulheres.</p>	<p>O inventário da organização da personalidade (versão italiana da escala)</p>	<p>Índice de Função Sexual Feminina, subseção da lista de verificação para interesses parafilicos do Monitoramento da Avaliação do Programa de Avaliação da Sexualização (SESAMO)</p>

<p>25.Dropout rate of training cases: who and when</p> <p>Margaret Hamilton, Lionel Wininger, Steven P. Roose</p>	EUA	2015	<p>realizar um estudo sistemático da taxa e do momento de abandono nos casos em treinamento em psicoterapia analítica no Centro de Treinamento e Pesquisa Psicanalítica da Universidade de Columbia. Também comparar desistentes com casos em andamento para ver se havia variáveis que previam o abandono.</p>	IPO americano- não especificado	<p>SCID-I, Escala de Hamilton para Depressão (HRSD), Escala de Ansiedade de Hamilton (Ham-A), BDI, STAI, SAS, Cronograma de Personalidade Não Adaptativa e Adaptativa (SNAP)</p>
<p>26.Hospitalization-based psychodynamic treatment for personality disorders a five-year follow-up</p> <p>Benedicte Lowyck, Rudi Vermote, Yannic Verhaest, Bart Vandeneede, Martien Wampers</p>	Bélgica	2015	<p>contribuir com o conhecimento sobre os efeitos a longo prazo da psicoterapia para TP, reportando dados de seguimento de 5 anos de um estudo de tratamento psicodinâmico baseado em hospitalização para pacientes com TP</p>	IPO belga (completo)	<p>Inventário de Auto-Dano (SHI), SCL-90, BDI; Inventário do Problema Interpessoal (IIP) e a SAS</p>
<p>27.Insecure attachment strategies are associated with cognitive alexithymia in patients with severe somatoform disorder</p> <p>Jurrijn A Koelen, Elisabeth HM Eurelings-Bontekoe, Frauke Stuke, Patrick Luyten</p>	Holanda	2015	<p>examinar a associação entre duas medidas de apego inseguro e dois tipos de alexitimia em uma amostra de pacientes com distúrbio somatoforme severo. Um objetivo secundário foi controlar duas variáveis de personalidade que foram relatadas como possíveis fatores de confusão da associação entre estratégias de apego inseguro e alexitimia: afetividade negativa e a gravidade da patologia da personalidade.</p>	IPO holandês (completo)	<p>BVAQ-15, subescala de Negativismo do Dutch Short Form from the MMPI (DSFM); o Questionário de Relacionamento Fechar - Revisado (ECR-R)</p>
<p>28.Personality characteristics of psychotic patients as possible motivating factors for participating in group psychotherapy</p> <p>Branka Restek-Petrović, Anamarija Bogović Majda Grah, Igor Filipčić, Ena Ivezić</p>	Croácia	2015	<p>examinar a relação entre algumas características de personalidade de pacientes diagnosticados com distúrbios psicóticos e a qualidade do seu envolvimento na psicoterapia de grupos psicodinâmicos</p>	IPO croata (completo)	<p>Inventário de Narcisismo Patológico (INP), a Medida do Estilo Parental, o Questionário do Relacionamento e a escala do estigma internalizado da doença mental</p>

<p>29. Impact of interpersonal problems in borderline personality disorder inpatients on treatment outcome and psychopathology</p> <p>Gerhard Dammann, Anke Riemenschneider, Marc Walter, Daniel Sollberger, Joachim Küchenhoff, Harald Gündel, John F. Clarkin, Daniela J. Gremaud-Heitz</p>	Áustria	2016	<p>investigar as mudanças nos problemas interpessoais após o tratamento específico baseado em transtorno de terapia focada na transferência (TFP) e explorar se a gravidade dos problemas interpessoais poderia servir de preditor para outras variáveis</p>	IPO versão alemã - 1995	<p>Entrevista clínica estruturada para os Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID-I / P e a SCID-II, Versão alemã do Inventário de Problemas Interpessoais (IIP), Versões alemãs da Lista de Verificação de Sintomas-90 (SCL-90-R), o BDI, a STAI e a STAXI</p>
<p>30. Personality organization and sense of identity across clinical and non-clinical populations</p> <p>Aleksandra Pilarska, Anna Suchańska</p>	Polônia	2016	<p>avaliar a utilidade das dimensões centrais da OP e os aspectos básicos do senso de identidade pessoal como critérios de saúde mental, e verificar as teses da teoria de Kernberg que ligam a maturidade do indivíduo e o senso de identidade com o desenvolvimento dos domínios de funcionamento considerados as dimensões centrais da personalidade.</p>	IPO polonês (artigo não encontrado) completo	Questionário Multidimensional de Identidade (MQI).
<p>31. The relationship between personality organization and sexual life in a community sample of men</p> <p>Antonio Prunas, Rossella Di Pierro, Roberto Bernorob</p>	Itália	2016	<p>explorar a associação entre características da estrutura de personalidade borderline e o funcionamento sexual/parafilias em uma amostra de homens da comunidade</p>	IPO italiano completo	<p>The International Index of Erectile Function (IIEF), The Sexual Quality of Life Questionnaire – Men (SQL), The Sexrelation Evaluation Schedule Assessment Monitoring (SESAMO)</p>
<p>32. Why we recommend analytic treatment for some patients and not for others</p> <p>Eve Caligor, Barry L. Stern, Margaret Hamilton, Verna MacCornack, Lionel Wininger, Joel Sneed, Steven P. Roose</p>	EUA	2016	<p>comparar pacientes recomendados para análise com aqueles encaminhados para outras formas de tratamento, identificando os moderadores que os analistas acreditam prever o resultado em psicanálise</p>	IPO americano completo	<p>(SCID-I), a Escala de Avaliação de Hamilton para Depressão (HRSD) e as entrevistas da Hamilton Anxiety Scale (Ham-A), STIPO, o BDI, a STAI, SAS, o Escore para Personalidade Adaptativa e Não Adaptativa (SNAP), a Escala de Resiliência de Ego (ER) e a Auto Compreensão de Problemas Interpessoais (SUIP)</p>

<p>33. Patient characteristics in psychodynamic psychotherapies</p> <p>Miriam Henkel, Dorothea Huber, Silke Wiegand, Jörg Frommer, Johannes Zimmermann, Hermann Staats, Svenja Taubner, Cord Benecke</p>	Alemanha	2017	comparar as características do paciente em diferentes tratamentos psicodinâmico	IPO-16	SCL-90 –R, IIP, Personality Disorders (ADP-IV) Questionnaire SCID I e SCID II
<p>34. Perception of risk and terrorism-related behavior change: dual influences of probabilistic reasoning and reality testing</p> <p>Andrew Denovan, Neil Dagnall, Kenneth Drinkwater, Andrew Parker, Peter Clough</p>	Inglaterra	2017	avaliar o grau em que o desempenho de raciocínio probabilístico e o estilo de pensamento influenciam a percepção de risco e níveis auto relatados de mudança de comportamento relacionada ao terrorismo	IPO americano Somente TR (20 itens)	Domain-Specific Risk-Taking Scale (DOSPERT revisado), the perceptions of terrorism questionnaire short-form (PTQ-SF)
<p>35. Reflective functioning and personality organization: associations with negative maternal behaviors</p> <p>Karin Ensink, Marie-Everousseau, Markobiberdzic, Michae Lbe gin, Lina Normandin</p>	Canadá	2017	investigar se as mães que apresentaram comportamentos maternos negativos diferem daquelas que não o apresentaram, em termos de um conjunto de características pessoais, incluindo função reflexiva e três dimensões de OP (DI, TR e DP)	Não Especificado no texto	A entrevista de apego para adultos (AII), Disconnected and Extremely Insensitive Parenting (DIP)
<p>36. Urban legends and paranormal beliefs: the role of reality testing and schizotypy</p> <p>Neil Dagnall, Andrew Denovan, Kenneth Drinkwater, Andrew Parker e Peter J. Clough</p>	Inglaterra	2017	avaliar a suposição de que crenças anômalas são conceitualmente semelhantes e explicáveis através de processos psicológicos comuns, comparando relações entre crenças discretas (endossamento de lendas urbanas-ULs e crença em paranormalidade) e medidas de personalidade cognitiva-preceptiva (propensão à alterações no TR e à esquizotipia)	IPO americano, somente TR (20 questões)	Urban Legends Questionnaire (ULQ), The Revised Paranormal Belief Scale (R-PBS), The Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ)

<p>37.Using borderline personality organization to predict outcome after total knee arthroplasty</p> <p>Matthias Vogel, Christian Riediger, Sebastian Illiger, Lydia Frenzel, Jörg Frommer, Christoph H. Lohmann</p>	Alemanha	2017	<p>investigar o OPB em pacientes com artroplastia de joelho, compreendendo as subescalas identidade difusão (IPO-ID), defesas primárias (IPO-PD), realidade teste (IPO-RT) e pontuação total (IPO-total), para avaliar sua influência na presença de mais ou menos de dor pós-op</p>	IPO-16	<p>Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18), subescala de dor Western Ontario and McGill Universities, Arthrosis Index (WOMAC) e o Índice de Cirurgia Especial e Hospitalar de Joelho (HSS)</p>
<p>38.Depressive symptoms and addictive behaviors in young adults after childhood trauma: the mediating role of personality organization and despair</p> <p>Jürgen Fuchshuber, Michaela Hiebler-Ragger, Adelheid Kresse, Hans, Peter Kapfhammer, Human F.Unterrainer</p>	Inglaterra	2018	<p>investigar o papel mediador da organização da personalidade em relação ao trauma na infância e a carga de sintomas psiquiátricos mais tarde na vida.</p>	IPO-16	<p>The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), German version by Wingenfeld, The Affective Neuroscience Personality Scale (ANPS), Brief Symptom Inventory- 18 (BSI-18), The World Health Organization's Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)</p>
<p>39.Grandiose and vulnerable narcissism in borderline personality disorder</p> <p>Sebastian Euler, Dominik Stöbi, Julia Sowislo, Franziska Ritzler, Christian G. Huber, Undine E. Lang, Johannes Wrege, Marc Walter</p>	Suíça	2018	<p>ilustrar as associações entre narcisismo, grandioso e vulnerável, e características diagnósticas de TPB (incluindo OP)</p>	IPO-16	<p>PNI, Borderline Symptom List – short version (BSL-23), Barratt Impulsiveness Scale (BIS), STAXI, Rejection Sensitivity questionnaire (RSQ-9), BDI e a SCID-II</p>

<p>40.Persönlichkeit und Therapiemotivation von Sexualstraftätern mit kindlichen Opfern          Persönlichkeit und Therapiemotivation von Sexualstraftätern- Personality and therapy motivation of child sexual offenders</p> <p>Nadine Noppel, Paul G. Herrmann, Markus G. Feil, Susanne Hörz Sagstetter</p>	Alemanha	2018	<p>examinar a inter-relação entre o narcisismo patológico, a organização da personalidade prejudicada, a promiscuidade sexual e a motivação terapêutica de uma perspectiva psicanalítica em uma amostra de criminosos sexuais infantis</p>	IPO-16	<p>PNI, ADP-IV, questionário de motivação em psicoterapia (FPTM)</p>
<p>41.Trait emotional intelligence, trauma and personality organization: Analysis of urban clinical patients</p> <p>Adriana Espinosa, Sasha Rudenstine</p>	EUA	2018	<p>explorar a interação de três vias entre o trauma na infância e o adulto, e os traços de inteligência emocional em prever os escores de organização da personalidade em uma amostra clínica</p>	IPO americano (TR+DP+DI)	<p>The Trait Emotional Intelligence Questionnaire Short Form (TEIQue-SF); The Adverse Childhood Events (ACE) Questionnaire; The Life Events Checklist (LEC) for DSM-5</p>