

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Perturbações de Personalidade Segundo o
Modelo Alternativo do DSM-5**

Cláudia de Almeida Barroca da Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde – Psicologia
Clínica Dinâmica**

2021

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Perturbações de Personalidade Segundo o
Modelo Alternativo do DSM-5**

Cláudia de Almeida Barroca da Silva

Dissertação orientada pelas Professoras Doutoradas Rute Pires e Ana Sousa Ferreira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde – Psicologia
Clínica Dinâmica**

2021

Agradecimentos

Não me cabe no peito o agradecimento à Prof.^a Dr.^a Rute Pires. Por todas as palavras de motivação, por toda a disponibilidade e prontidão, por toda a compreensão e preocupação. Por ter sempre tentado manter o meu interesse mesmo com todas as mudanças que tiveram de acontecer devido à COVID-19. Obrigada por me ter acompanhado, por toda a paciência, tempo e carinho. Sempre teve uma palavra de incentivo para me dizer e para me fazer acreditar mais em mim.

Um gigante obrigada à Prof.^a Dr.^a Ana Sousa Ferreira, que fez com que deixasse de achar a estatística um bicho de sete cabeças. Muito obrigada pelo apoio e pela disponibilidade para todas as minhas dúvidas (que foram muitas).

Não posso deixar de agradecer àquela que foi a minha casa dos últimos 5 anos e que acredito que será para sempre, a Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Desde o meu primeiro dia como calouira que senti que fazia parte de algo maior, senti que pertencia a algum lado. Foi aqui que cresci, que fiz os melhores amigos que podia ter pedido e é daqui que levo as melhores memórias da minha vida. FPIE, vamos sempre fazer parte uma da outra.

Aos meus pais que mesmo não percebendo nada de psicologia sempre fizeram o esforço de me perguntar como estavam a correr as coisas e se eu estava a gostar tentando entrar um pouco mais neste meu mundo.

À minha irmã que foi quem, inconscientemente, me passou este amor pela mente humana.

À Comunidade que me viu crescer, que cresceu ao meu lado e que cresceu debaixo dos meus olhos cheios de orgulho. Nunca a minha capa esteve tão pesada e apertadinha de saudades. Num misto de ânsia por partir e desejo de ficar tenho a certeza de que nunca vos esquecerei. Tenho um bocadinho de cada um de vocês na minha capa e em mim.

Às minhas madrinhas, Madalena e Marta, que sempre estiveram comigo, sempre me apoiaram e nunca me deixaram cair. Há pessoas que nos acrescentam e vocês fizeram-me ser gigante.

Aos meus afis, pela honra que foi acompanhar-vos e ver o vosso percurso. Tenho um carinho gigante por vocês e espero que saibam que têm sempre aqui um abraço pronto para vos apertar.

Às minhas meninas, Mariana, Joana, Vi, Bia, Ana, Mariasa e Neuza. Se tivesse que viver tudo isto outra vez, tinha de ser com vocês.

Ao Sushi, por toda a amizade. Por saber que estão sempre aí e que tenho sempre companhia e alguém para falar a todas as horas do dia. Somos tão diferentes e é incrível o que somos juntas. Sou eternamente grata por vos ter na minha vida.

À Inês, que está comigo praticamente desde o primeiro dia. É a minha equipa em todas as situações, sempre foi o meu braço direito e gosto de acreditar que eu sou o dela. Não consigo imaginar isto sem a ter ao meu lado.

A todos os meus amigos que acompanharam esta jornada. Obrigada pelo apoio, pela amizade, pela compreensão, pelo companheirismo, pelas “jolas”, pelos sorrisos, pelos abraços.

À Filipa, que tem estado ao meu lado nestes últimos dois anos como nunca ninguém esteve. Que me apoia e me conforta como ninguém. Que nunca deixou que me faltasse amor. Terias sido a minha inspiração se esta tese fosse um poema de amor.

A vida é feita de sítios e pessoas onde apetece ficar para sempre. Levo-vos comigo.

Para vocês, sempre tudo. Um FRA com aquela voz rouca de fim do dia, mas do fundo do coração.

Resumo

O presente estudo procurou explorar a relação entre as perturbações de personalidade e os traços de personalidade. Foram aplicados três instrumentos: um Questionário Sociodemográfico e as versões portuguesas da Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade – Autorrelato (LPFS-SR) e do Inventário da Personalidade para o DSM-5 – Adultos (PID-5). Os resultados da LPFS-SR foram analisados comparando dois grupos de participantes de uma população clínica, um grupo de indivíduos com diagnóstico de perturbação da personalidade ($n = 31$) e um grupo de indivíduos com outros diagnósticos psiquiátricos ($n = 109$). Já para o PID-5 a amostra foi dividida em três grupos, um grupo de indivíduos com diagnóstico de perturbação de personalidade do Grupo B ($n = 80$), um grupo de indivíduos com diagnóstico de outras perturbações de personalidade ($n = 43$) e ainda um grupo de indivíduos com outros diagnósticos psiquiátricos ($n = 336$). Foi também analisada a capacidade preditiva dos domínios e do total da LPFS-SR relativamente ao diagnóstico de perturbações de personalidade. As hipóteses basearam-se na conceptualização teórica subjacente ao modelo alternativo da personalidade do DSM-5. Os resultados evidenciaram algumas diferenças significativas entre estes grupos em ambos os instrumentos. Sujeitos com perturbação de personalidade apresentam níveis mais elevados nos domínios Identidade, Autodireção, Intimidade e Total da LPFS-SR. Relativamente ao PID-5 verificou-se que o grupo de participantes com perturbação de personalidade do Grupo B obteve resultados significativamente superiores nos domínios Desinibição e Antagonismo e ainda nas facetas Hostilidade, Manipulação, Falsidade, Procura de Atenção, Impulsividade, Irresponsabilidade, Envolvimento em Comportamentos de Risco, Perseveração, Suspeição e Crenças e Experiências Incomuns. Por último, verificou-se também que a LPFS-SR não se mostra preditora das perturbações de personalidade, o que propomos ser explorado em estudos futuros.

Palavras-chave: Perturbações de Personalidade, Modelo Alternativo da Personalidade do DSM-5, PID-5, LPFS-SR, Psicologia Clínica

Abstract

The present study explores the relationship between personality disorders and personality traits. There were three working instruments: a Sociodemographic Questionnaire and the Portuguese versions of the Level of Personality Functioning Scale – Self-Report (LPFS-SR) and the Personality Inventory for the DSM-5 - Adults (PID-5). The results of the LPFS-SR were analyzed comparing two groups of participants from a clinical population, a group with a diagnosis of personality disorder ($n = 31$) and a group with other psychiatric diagnoses ($n = 109$). For the PID-5, the sample was divided in three groups, a group of individuals with a diagnosis of personality disorder of Cluster B ($n = 80$), a diagnostic group of other personality disorders ($n = 43$) and a group with other psychiatric diagnoses ($n = 336$). The predictive capacity of the LPFS-SR domains and total for personality disorders was also analyzed. The hypotheses were based on the theoretical conceptualization underlying the DSM-5 alternative personality model. The results showed some significant differences between these groups in both instruments. Subjects with personality disorder have higher levels in the Identity, Self-Direction, Intimacy and Total domains of the LPFS-SR. Regarding the PID-5, it was found that the group of participants with personality disorder of Cluster B obtained higher results in the Disinhibition and Antagonism domains and in the facets of Hostility, Manipulation, Deceitfulness, Attention-Seeking, Impulsivity, Irresponsibility, Risk Taking, Perseveration, Suspiciousness and Unusual Beliefs and Experiences. Finally, it was also verified that the LPFS-SR is not a predictor of personality disorders, what we propose to be explored in future studies.

Keywords: Personality Disorders; Alternative Model of Personality of DSM-5; PID-5; LPFS-SR; Clinical Psychology

Índice

Introdução	1
Enquadramento Teórico	3
1. Perturbações da Personalidade.....	3
2. Personalidade	7
2.1. Modelos Categóricos e Dimensionais da Personalidade	7
2.2. Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações da Personalidade	10
Objetivos e Hipóteses.....	12
Método	14
1. Participantes.....	14
2. Instrumentos e Medidas	18
2.1. Questionário Sociodemográfico	18
2.2. Inventário da Personalidade para o DSM-5 - Adultos (PID-5)	18
2.3. Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade - Autorrelato (LPFS-SR)	19
3. Procedimento.....	20
Resultados.....	22
1. Estudo Metrológico.....	22
1.1 PID-5: Inventário de Personalidade para o DSM-5 - Adultos.....	22
1.2 LPFS-SR: Escala de Funcionamento da Personalidade – Autorrelato	24
2. Análise da normalidade das distribuições das variáveis em estudo.....	24
3. Comparação de Resultados nas Dimensões e no Total da Escala LPFS-SR	25
4. Comparação de Resultados nos Domínios e Facetas do PID-5	27
5. Análise de Regressão	33
Discussão.....	35
Conclusão.....	43
<i>Limitações do estudo e Investigações Futuras.....</i>	<i>44</i>
<i>Implicações para a Investigação e Prática Clínica</i>	<i>45</i>
Referências Bibliográficas.....	46

Índice de Quadros

Quadro 1. Características Sociodemográficas da Amostra Total ($N = 459$)	14
Quadro 2. Distribuição dos Diagnósticos Principais na Amostra Total ($N = 459$)	15
Quadro 3. Características Sociodemográficas do Grupo de Participantes com Perturbação de Personalidade do Grupo B ($n = 80$) e do Grupo de Participantes com Outras Perturbações de Personalidade ($n = 43$)	17
Quadro 4. Coeficientes de Precisão (alfa de Cronbach) e Medidas Descritivas dos Domínios e Facetas do PID-5 na Amostra Total ($N = 459$)	22
Quadro 5. Coeficientes de Precisão (alfa de Cronbach) e Medidas Descritivas das Dimensões da LPFS-SR na Amostra Total ($N = 145$)	24
Quadro 6. Comparação entre o Grupo com Outros Diagnósticos Psiquiátricos e o Grupo com Perturbações de Personalidade (médias, desvios-padrão, estatística t , valor p e d de cohen) relativamente às Dimensões Identidade, Empatia e Total da LPFS-SR	26
Quadro 7. Comparação entre o Grupo com Outros Diagnósticos Psiquiátricos e o Grupo com Perturbações de Personalidade (média de ordens, valor z , valor p e dimensão do efeito r) relativamente às Dimensões Autodireção e Intimidade da LPFS-SR	27
Quadro 8. ANOVA a um fator: Efeito do Diagnóstico (Grupo com Outros diagnósticos, Grupo com Perturbação de Personalidade do Grupo B, Grupo com Outras Perturbações de Personalidade) nos Domínios e Facetas do PID-5 com Distribuição Normal (média, DP, estatística de teste F , valor p e medida de dimensão do efeito η^2_p)	29
Quadro 9. Teste de Kruskal-Wallis: Efeito do Diagnóstico (Grupo com Outros Diagnósticos, Grupo com Perturbação de Personalidade do Grupo B, Grupo com Outras Perturbações de Personalidade) nos Domínios e Facetas do PID-5 sem Distribuição Normal (médias das ordens, estatística de teste H , valor p e medida de dimensão do efeito η^2_{pH})	29
Quadro 10. Sumário da Análise da Regressão Logística Binominal para as Variáveis Identidade, Autodireção, Intimidade, Empatia na Predição das Perturbações de Personalidade versus Outras Perturbações	34

Índice de Anexos

Anexo I. Definições das dimensões da Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade adaptado de APA (2014)

Anexo II. Definições dos domínios e facetas do Inventário de Personalidade do DSM-5 adaptada de APA (2014)

Dentro de nós há uma coisa que não tem nome, essa coisa é o que somos.

- Ensaio sobre a Cegueira, José Saramago

Introdução

O “Ensaio sobre a Cegueira”, de José Saramago, é um livro que me fascina imenso desde muito nova. É um livro que mete a mão cá dentro e puxa cá para fora o que somos de maneira que fique à vista de todos, mexe nas entranhas do Ser Humano. Achei que não haveria melhor maneira de começar esta dissertação do que com esta frase tão crua, tão simples e tão irrefutável.

As perturbações de personalidade são um assunto bastante atual e importante da psicopatologia. Para além de terem uma grande prevalência na população (16.7% da população geral e 50% da população clínica; Cloninger & Svrakic, 2008), a sua cronicidade e difícil tratamento têm custos para a sociedade estando associadas à falta de produtividade laboral e o absentismo. Têm existido diversas discussões relativamente à maneira como as perturbações de personalidade são classificadas e, por sua vez, diagnosticadas, levando a questionar a maneira como os modelos categoriais e dimensionais funcionam, bem como quais os benefícios e limitações de cada um. Modelos categoriais são mais consistentes com o modelo médico (Wampold & Imel, 2015), mas negligenciam a influência do contexto e a natureza construtivista e relativista de um diagnóstico (Kramer, 2019). Por outro lado, temos os modelos dimensionais que apresentam uma diminuição de problemas associados à comorbilidade de diagnósticos, maior confiabilidade, ligações mais fortes à investigação em personalidade e diminuição dos problemas associados à heterogeneidade de sintomas (Hopwood et al., 2018).

Com o objetivo de diminuir as limitações dos modelos categoriais, mas permitir a adaptação e a devida investigação necessária à sua validação, o DSM-5 (APA, 2014) introduziu um modelo híbrido com perspetiva dimensional na sua última edição, o Modelo Alternativo para as Perturbações de Personalidade. Este modelo é concretizado à luz do Modelo dos Cinco Fatores (Costa & McCrae, 1992) e explora dois critérios inovadores: o Critério A, que corresponde aos défices de funcionamento da personalidade e é operacionalizado pela Escala de Nível de Funcionamento da Personalidade – Autorrelato (LPFS-SR; Morey, 2017), e o Critério B, que diz respeito a um conjunto de traços patológicos da personalidade e é operacionalizado pelo Inventário de Personalidade do DSM-5 (PID-5; Krueger et al., 2012).

Surge assim o presente estudo, integrado no projeto de investigação intitulado de “Personalidade e Psicopatologia III: Estudos de validação do Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações de Personalidade na população portuguesa”. Com base na literatura científica consultada, foram propostos alguns objetivos como caracterizar as perturbações de

personalidade e diferenciá-las de outros diagnósticos psiquiátricos através da LPFS-SR, que operacionaliza o nível de funcionamento da personalidade (APA, 2014) e caracterizar as perturbações de personalidade do Grupo B (tal como descritas na Secção II do DSM-5) e diferenciá-las de outras perturbações de personalidade e outros diagnósticos psiquiátricos através do PID-5, que operacionaliza o modelo de traços de personalidade descrito na Secção III do DSM-5 (APA, 2014) (objetivos 1 e 2), contribuir para a compreensão das relações entre a LPFS-SR e as Perturbações de Personalidade através da determinação da capacidade preditiva das dimensões e do total da LPFS-SR para o diagnóstico de Perturbação de Personalidade (objetivo 3), e ainda, contribuir para a validação do PID-5 e da LPFS-SR e para a compreensão das suas vantagens e limitações na utilização com população clínica portuguesa, nomeadamente com perturbações de personalidade (objetivo 4).

O estudo contou com 459 participantes que se encontravam em acompanhamento em unidades de Saúde Mental portuguesas. Foram aplicados cinco instrumentos de avaliação, embora apenas se tenham analisado os resultados da LPFS-SR, do PID-5 e do Questionário Sociodemográfico.

Este trabalho encontra-se dividido em secções, começando pelo Enquadramento Teórico, onde foram exploradas as perturbações de personalidade, com ênfase nas perturbações de personalidade do Grupo B, os modelos categoriais e dimensionais da personalidade, bem como os seus benefícios e limitações e ainda, o Modelo Alternativo do DSM-5 para as perturbações de personalidade. Na secção seguinte é definido o problema no qual se baseia este estudo, sendo especificados os objetivos e as hipóteses. De seguida temos o Método, com detalhes relativamente às características dos participantes, dos instrumentos analisados e do procedimento de recolha e análise de dados. Temos ainda a secção dos Resultados, onde são apresentados os resultados do estudo da precisão dos instrumentos, do estudo da normalidade das variáveis consideradas, bem como de todas as análises estatísticas necessárias para avaliar as hipóteses anteriormente colocadas. Segue-se a Discussão que tem o propósito de analisar os resultados encontrados com base em literatura e na abordagem psicodinâmica. Por último, temos a secção das Conclusões onde se encontra um breve resumo dos resultados do presente estudo, as limitações encontradas, as suas implicações para investigações futuras e para a prática clínica.

Enquadramento Teórico

1. Perturbações da Personalidade

Uma perturbação de personalidade é caracterizada por um padrão persistente de experiência interna e um comportamento que se desvia consideravelmente do expectável para a cultura do indivíduo. Inicia-se na adolescência ou nos primeiros anos da vida adulta. É inflexível, estável ao longo do tempo e causa sofrimento ao paciente (American Psychiatric Association [APA], 2014). Durante muito tempo este tipo de perturbação era explicado quase exclusivamente através da abordagem psicodinâmica, mas cada vez mais esta perturbação é vista como o resultado de uma combinação de fatores biológicos e psicossociais (Beauchaine & Hinshaw, 2016).

Segundo Cloninger e Svrakic (2008), 16.7% da população geral e metade da população psiquiátrica tem uma perturbação de personalidade. Pessoas com perturbação de personalidade são, normalmente, indivíduos com baixa autoestima, pouca capacidade para as relações interpessoais e com um nível elevado de stress. Grande parte das vezes o abuso de substâncias, o comportamento pró-criminal, as perturbações de ansiedade, as perturbações alimentares e as psicoses fazem também parte do historial destes pacientes (Cloninger & Svrakic, 2008). Existe uma tendência para pacientes com este tipo de perturbação externalizarem a responsabilidade e culparem os outros pelos seus problemas, por exemplo, eles provocam reações emocionais nos outros e não conseguem reconhecer que as suas atitudes, pensamentos ou sentimentos podem não ser saudáveis, mostrando que os seus sintomas são egossintónicos. Podem também tentar mudar os outros em vez de se mudarem a eles mesmos, o que significa que têm uma atitude aloplástica (Cloninger & Svrakic, 2008).

Estas perturbações podem ser organizadas ao longo de um contínuo de severidade (Horowitz, 1995, como citado em Kraus & Reynolds, 2001). Num dos lados temos um conjunto de sintomas que pode ser compreendido como estando perante uma condição neurótica, ou seja, existem sintomas suficientes para o diagnóstico, no entanto não prejudicam de forma severa o funcionamento individual e social. Por outro lado, quando o stress psicológico é muito grande é comum encontrar-se uma personalidade desorganizada psicoticamente (Kraus & Reynolds, 2001).

No DSM-5 (APA, 2014) é proposta uma abordagem alternativa híbrida, ou seja, simultaneamente dimensional e categorial, à classificação das perturbações de personalidade. Esta alternativa é o modelo estudado nesta investigação, o Modelo Alternativo do DSM-5 para as perturbações de personalidade que será devidamente explorado ao longo deste trabalho. No entanto, as perturbações de personalidade são atualmente diagnosticadas através de critérios e de um sistema categorial, estando por isso divididas em 3 grupos. Este esquema organizacional inclui um grupo A que é descrito como “os estranhos e excêntricos” e inclui as perturbações de personalidade paranóide, esquizóide e esquizotípica. O Grupo B, conhecido como “os dramáticos, emocionais e erráticos”, inclui as perturbações de personalidade antissocial, estado-limite, histriónica e narcísica. Por último, o grupo C inclui as perturbações de personalidade evitante, dependente e obsessivo-compulsiva e é conhecido por ser o grupo dos “ansiosos e medrosos” (Deary et al., 1998). No DSM-III-R (APA, 1987) este último grupo contava ainda com a perturbação passivo-agressiva, mas as últimas duas edições do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV; APA, 1994 e DSM-5; APA, 2014) já não a consideram.

O grupo A das perturbações de personalidade é muitas vezes associado à esquizofrenia e marcado por um padrão afetivo e cognitivo bizarro, isolamento interpessoal e experiências psicóticas transitórias (Parnas et al., 2005). Pacientes com perturbação esquizoide são descritos como introvertidos e como pessoas que tiram pouco partido de relações sociais. Pacientes esquizotípicos são marcados pelas suas peculiaridades a nível afetivo e cognitivo e também pelos seus sintomas sub-psicóticos. Já os pacientes com perturbação paranoide têm sintomas mais relacionados com a desconfiança, o que resulta numa cautela excessiva e em problemas interpessoais (Parnas et al., 2005).

O Grupo B, que será o grupo com mais relevo deste trabalho, e por isso, mais desenvolvido aqui, é conhecido por dele fazerem parte pacientes com uma grande dificuldade em empatizar com o outro (Hamilton & Hamilton, 1988). Pessoas com perturbação narcísica acham que os outros não são importantes o suficiente para merecerem ou precisarem de empatia, na perturbação estado-limite não há espaço para empatizar com qualquer outra pessoa, pois são usualmente a vítima e na perturbação antissocial, os pacientes não conseguem sequer conceptualizar a empatia (Kraus & Reynolds, 2001). Por último, na perturbação histriónica da personalidade, os pacientes requerem uma atenção excessiva e comportamento sexual inadequado e inapropriado (Pickard, 2011).

A perturbação de personalidade antissocial é a mais fácil de diagnosticar, no entanto, é provavelmente a mais difícil de manter em tratamento (Meloy & Yakeley, 2014). O DSM-5 (APA, 2014), descreve pacientes com personalidade antissocial como manipuladores no que toca ao seu ganho pessoal. São extremamente impulsivos e irresponsáveis pois não conseguem antever as consequências dos seus atos. Esta perturbação é ainda caracterizada por um enorme desrespeito relativamente aos direitos humanos e às normas sociais e está muito associada a atos ilegais e, por sua vez, ao sistema judicial (Mulay & Cain, 2020). Sabe-se também que 2-4% da população geral apresenta critérios suficientes para ser diagnosticada com a perturbação antissocial e que, dentro da população presidiária masculina as percentagens escalam para 40-60% (Moran, 1999). Através do Modelo Alternativo do DSM-5 (APA, 2014), podemos ainda ver que as dificuldades mais características desta perturbação são nas facetas Manipulação, Insensibilidade, Falsidade e Hostilidade do domínio Antagonismo e ainda Envolvimento em comportamentos de risco, Impulsividade e Irresponsabilidade do domínio Desinibição do PID-5.

Os pacientes diagnosticados com a perturbação estado-limite da personalidade, são caracterizados por uma instabilidade a nível do humor, das suas relações, do seu comportamento e da sua autoimagem, bem como uma grande impulsividade (APA, 2014). Está ainda também muito relacionada com automutilação e ideação suicida (Grilo et al., 2004), sendo que, de todas as perturbações de personalidade, é a que apresenta taxas mais altas de suicídio (Arntz & Genderen, 2020). Apesar de ser uma perturbação da personalidade e, por isso, ser esperada alguma estabilidade ao longo do tempo, a perturbação estado-limite é a que apresenta níveis mais altos de remissão (Zanarini et al., 2006). No Modelo Alternativo do DSM-5, as facetas onde estes pacientes apresentam níveis mais elevados são na Labilidade Emocional, Ansiedade, Insegurança de separação e Depressividade do domínio Afetividade Negativa, na Impulsividade e Envolvimento em comportamentos de risco do domínio Desinibição e na faceta Hostilidade do domínio Antagonismo do PID-5.

A perturbação histriónica da personalidade é mais provável de ser diagnosticada em mulheres do que em homens, sendo que isto se pode dever ao facto de a abertura sexual ser mais aceite socialmente para homens e além disto, também devido à sociedade, é mais provável que os homens sejam subdiagnosticados por existir uma probabilidade mais baixa de relatarem os seus sintomas (Nestad et al., 1990). Esta perturbação é conhecida pelos seus pacientes dramáticos, que exageram e intensificam as suas emoções e que têm um comportamento direcionado para a procura de atenção (French & Shrestha, 2021). Estão ainda muito associados

à sedução, ao charme, à manipulação e à impulsividade. É comum que pacientes com este tipo de perturbação se sintam ofendidos quando não são o centro das atenções e que tenham comportamentos sexuais inadequados com qualquer pessoa (Lilienfeld et al., 1986). Estes pacientes apresentam uma tendência para considerar que as relações que têm são mais próximas e significativas do que realmente são (French & Shrestha, 2021). No que toca ao Modelo Alternativo do DSM-5, esta perturbação não está contemplada, juntamente com a perturbação dependente, paranoide e esquizoide da personalidade. Segundo McCabe e Widiger (2020), estas perturbações foram eliminadas para que o modelo apresentasse uma melhor validade discriminativa. Skodol et al. (2011) referem também que ao se eliminar tipos de perturbações menos válidas, conseguiríamos obter diagnósticos com menos comorbilidades.

Por último, temos a perturbação narcísica da personalidade. É importante esclarecer que existe o narcisismo saudável em que a pessoa é capaz de ter uma imagem positiva de si mesma, de gostar de si, de se auto-validar (Pincus et al., 2010) e depois existe o narcisismo patológico. Ao contrário do que podemos pensar, apesar de pacientes com perturbação narcísica se mostrarem agressivos, arrogantes, dominantes e exibicionistas, a sua experiência subjetiva interna pode esconder uma enorme sensação de impotência, vergonha e inadequação (Yakeley, 2018). Toda a imagem de superioridade, faz parte de uma máscara que esconde uma extrema vulnerabilidade e um sentimento de inferioridade tão grande que a resposta normal às críticas mais pequenas e insignificantes é um comportamento violento, de raiva ou até depressivo (Seligman & Reichenber, 2016). Segundo o Modelo Alternativo do DSM-5, estes pacientes mostram resultados mais altos nas facetas Grandiosidade e Procura de atenção do domínio Antagonismo do PID-5.

Seguindo o raciocínio das perturbações de personalidade se situarem num contínuo entre a neurose e a psicose, o grupo C é o grupo que mais próximo estará de um funcionamento neurótico. Seligman e Reichenberg (2016) afirmam que este grupo de pacientes é o menos disfuncional e o mais predisposto a tratamento, para além disso, estes pacientes têm consciência dos seus sintomas e mostram vontade de melhorar. Para além da ansiedade e do medo com que estas pessoas vivem, têm-lhes bastante associado o pânico, a angústia e a depressão por viverem em constante alerta (Eskedal & Demetri, 2006).

Apesar de estarem divididas como são apresentadas no modelo tradicional, neste trabalho vamos abordar o Modelo Alternativo do DSM-5 para as perturbações de personalidade que,

como vamos aprofundar mais à frente, é um modelo híbrido e inovador que nos mostra as perturbações de personalidade com outra visão.

2. Personalidade

2.1. Modelos Categóricos e Dimensionais da Personalidade

Existem tantas definições para a personalidade como questões por responder relativamente à mesma. Apesar dos inúmeros estudos que tentam colmatar esta incógnita, a verdade é que ainda há muito por descobrir. Vários modelos procuram perceber, caracterizar a personalidade e prever determinados comportamentos, sendo eles de cariz categorial ou dimensional. Um exemplo, conhecido de todos, de utilização de um modelo categorial é o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM; American Psychological Association [APA], 2014) que, se é prático e eficaz para algumas perturbações, no que toca às perturbações de personalidade fica um pouco aquém e por isso, tem sido alvo de bastantes críticas. As limitações mais apontadas a este tipo de classificação são a excessiva comorbilidade de diagnósticos, ou seja, o indivíduo apresentar sintomas significativos de diferentes perturbações que são, na sua génese, distintas, a pouca confiabilidade do diagnóstico entre avaliadores e a escassa validade preditiva (Bornstein & Natoli, 2019).

Para além do sistema clássico do DSM-5 (APA, 2014), temos o modelo de Otto Kernberg (1984), que é de carácter psicodinâmico. Nesta proposta existem três organizações de personalidade que variam no seu grau de severidade, são então a organização neurótica, a estado-limite e a psicótica. Estas organizações são definidas com base em três critérios: a presença ou ausência do teste da realidade, difusão da identidade e que tipo de mecanismos de defesa são utilizados. As perturbações de personalidade dividem-se por duas destas organizações. As menos severas, como a perturbação de personalidade obsessivo-compulsiva, encontram-se na organização neurótica. As mais severas, como a perturbação de personalidade antissocial, são encontradas na organização estado-limite. A organização psicótica é exclusivamente para perturbações do espectro da esquizofrenia e perturbações de humor mais graves. No caso deste modelo observamos, então, que para existir distinção entre cada organização é necessária a avaliação da presença ou ausência dos três critérios anteriormente mencionados (Trull & Durrett, 2005).

Por outro lado, temos os modelos dimensionais que respondem a algumas destas limitações (i.e., diminuição dos problemas associados à comorbidade; maior confiabilidade) e têm outros benefícios como, por exemplo, ligações mais fortes com investigação em personalidade e a diminuição dos problemas associados à heterogeneidade de sintomas (Hopwood et al., 2018). Fala-se ainda na utilidade clínica destes modelos, sendo que, segundo First et al., (2004) e Samuel e Widiger (2006), estes modelos permitem uma melhor compreensão das disfunções na personalidade do paciente, têm maior utilidade para formular uma intervenção terapêutica e conseguem descrever muito bem a personalidade global do paciente. Mullins-Sweatt e Widiger (2009) incluem mais tarde três domínios principais: a facilidade de uso, de comunicação com o utente e reforçam também a utilidade no planeamento do tratamento. Recentemente os resultados de um estudo de Morey e Hopwood (2019), onde perguntaram a profissionais com experiência em personalidade que tipo de método preferiam entre categorial, dimensional ou híbrido, vieram reforçar que a maioria dos profissionais (50.4%) preferiam um modelo híbrido e 39.3% preferiam um dimensional, enquanto apenas 10.2% dos participantes optou pelo modelo categorial.

As perturbações de personalidade podem ser consideradas exageros desadaptativos de padrões de personalidade não patológicos, que resultam de temperamentos predisponentes combinados com circunstâncias stressantes. São também encontradas frequentemente anormalidades neurobiológicas em algumas destas perturbações (Oldham, 2018). Segundo Oldham (2018), o grande desafio do futuro é caracterizar melhor as variações que existem na psicopatologia da personalidade e verificar se e como é que as perturbações de personalidade diferem dos outros diagnósticos psiquiátricos.

Para responder a esta necessidade de melhorar, inovar e complementar a maneira como se olha e como se diagnosticam as perturbações de personalidade, o DSM-5 (APA, 2014) veio introduzir uma perspetiva dimensional num modelo híbrido de classificação das PP que é descrito na Secção III do DSM-5, destinada à apresentação de modelos emergentes e em fase de investigação. Este será desenvolvido ao longo de toda a dissertação e com maior detalhe numa secção própria, mas primeiro é relevante referir outros exemplos de modelos dimensionais, especificamente o Modelo dos Cinco Fatores (Costa & McCrae, 1992).

O Modelo dos Cinco Fatores (Costa & McCrae, 1992) é uma alternativa dimensional que pressupõe a continuidade entre variações adaptativas e desadaptativas de traços e representa a estrutura da personalidade. O Modelo Alternativo do DSM-5, explorado neste trabalho, foi

desenvolvido à luz do Modelo dos Cinco Fatores, apresentando cinco dimensões semelhantes, mas que, por sua vez, representam uma variante patológica da personalidade dita normal (e.g., Gore & Widiger, 2013; Thomas et al., 2013; Wright & Simms, 2014; Sleep et al., 2017).

O Modelo dos Cinco Fatores é um modelo bastante utilizado para estudar a personalidade e as suas dimensões adaptativas e consegue também contribuir para a descrição da mesma na sua patologia (Costa & McCrae, 1992). Este modelo foi construído através de uma abordagem lexical, começou por ter base em palavras que eram usadas diariamente para descrever a personalidade e foi resultar, através de análise fatorial, numa lista de traços posteriormente reduzida a uma estrutura com 5 fatores principais (McCrae & Costa, 1992; 2013). São eles o Neuroticismo, que tem como pólos a Afetividade Negativa *versus* a Estabilidade Emocional, a Extroversão, que tem como pólos a Atividade Social *versus* a Introversão, a Abertura à Experiência, que tem como pólos o Intelecto e Cultura *versus* o Convencionalismo, a Amabilidade, que tem como pólos a Socialização *versus* o Antagonismo e por fim, a Conscienciosidade, que tem como pólos o Constrangimento *versus* a Desorganização (Costa & McCrae, 1992). Costa e McCrae (1992) definem ainda estes traços de personalidade como “dimensões das diferenças individuais na tendência para apresentar padrões consistentes de pensamentos, sentimentos e ações”.

Antigamente, estes traços não eram importantes nem valorizados na ciência pois não eram preditores significativos de comportamentos específicos em testes de laboratório, no entanto, para além de comportamentos únicos no ambiente artificial de laboratório não serem um bom critério de julgamento relativamente aos traços de personalidade, foram comparados os resultados de instrumentos de auto e heterorrelato e percebeu-se que existia concordância significativa entre eles (McCrae & Costa, 2013). Estudou-se também a herdabilidade dos traços e concluiu-se que estes têm uma base genética, por exemplo gémeos monozigóticos, que partilham por si só todo o material genético, têm mais semelhanças relativamente aos seus traços do que gémeos dizigóticos. McCrae e Costa (2013) encontraram evidência suficiente que permite afirmar que existe estabilidade dos traços por longos períodos de tempo, nomeadamente por cerca de 40 anos e que existem algumas mudanças de acordo com a idade, por exemplo, à medida que vamos envelhecendo é comum que os traços Neuroticismo e Extroversão diminuam e que a Amabilidade e a Conscienciosidade aumentem (Terraciano et al., 2005). Outro aspeto importante e que dá mais credibilidade a este modelo, é o facto de haver evidências de que é universal, ou seja, é capaz de ser replicado validamente noutras culturas (McCrae & Costa, 2013).

O modelo alternativo explicado a seguir, apresenta uma grande consistência com o Modelo dos Cinco Fatores, mas foca-se nos extremos patológicos destes traços de personalidade com o objetivo de descrever as características da personalidade das pessoas com perturbação de personalidade (Skodol, 2018). Pela sua relevância no presente estudo será apresentado num subponto destacado dos restantes modelos apresentados.

2.2. Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações da Personalidade

Com toda esta necessidade de colmatar as limitações dos modelos categoriais foi criado um grupo de trabalho com a finalidade de desenvolver uma metodologia mais válida e útil a nível clínico, que conseguisse conceptualizar e diagnosticar perturbações de personalidade. Este trabalho culminou no Modelo Alternativo do DSM-5, modelo este que, tanto gera um diagnóstico psiquiátrico como um perfil psicométrico de dados que contribuem para uma avaliação compreensiva da personalidade e contempla ainda duas partes da psicopatologia da personalidade, as perturbações do seu funcionamento, tanto a nível pessoal como interpessoal e as várias dimensões dos traços de personalidade patológicos (Waugh et al., 2017).

Estão incluídas neste modelo as perturbações de personalidade antissocial, evitante, estado-limite, narcísica, obsessivo-compulsiva e esquizotípica e ainda uma perturbação de personalidade com traço especificado que é usada quando se considera existir uma perturbação, mas nem todos os critérios são cumpridos para uma perturbação específica (APA, 2014). A razão pela qual as perturbações acima descritas foram as escolhidas deve-se ao facto de serem as que mais evidência empírica apresentam no que respeita à sua validade e utilidade clínica (Skodol et al., 2011).

No Modelo Alternativo do DSM-5, estas perturbações são diagnosticadas de acordo com sete critérios, dos quais irei destacar apenas dois, devido ao seu carácter inovador. Temos, então, o critério A, que é descrito por Pincus (2011) como o que define o que as perturbações de personalidade têm em comum e que as distingue de outras psicopatologias e de uma personalidade saudável. Este critério refere-se à presença de padrões disfuncionais de funcionamento pessoal (identidade e autodireção) ou interpessoal (empatia e intimidade) (Anexo I). Estes padrões são avaliados num contínuo que permite captar a severidade da perturbação de personalidade. Para além de se identificar a severidade da perturbação, também

se identifica se a perturbação principal é no funcionamento pessoal, no funcionamento interpessoal ou nos dois (Al-Dajani et al., 2016). Este critério é operacionalizado pela *Level of Personality Functioning Scale* (LPFS; Bender et al., 2011) e, pela sua versão de autorrelato utilizada neste estudo, a LPFS-SR (Morey, 2017).

Relativamente ao Critério B, este é operacionalizado pelo Inventário de Personalidade do DSM-5 (PID-5; Krueger et al., 2012), que será explorado mais à frente. O Critério B refere-se às constelações de traços patológicos que caracterizam cada perturbação da personalidade e engloba cinco domínios e vinte e cinco facetas da personalidade (Anexo II). O Critério C contempla o Critério A e o Critério B ao tentar perceber qual o impacto dos défices no funcionamento do paciente e dos seus traços de personalidade desadaptativos, nos diferentes contextos sociais e pessoais existentes. O Critério D aborda a estabilidade destes traços no tempo e, ainda, os critérios E, F e G dizem respeito ao facto de os sintomas não serem melhor explicados por outra condição mental ou médica, nem pelo estágio de desenvolvimento em que o paciente se encontra ou pelos seus contextos socioculturais (APA, 2014).

Ainda, uma meta-análise de Milinkovic e Tiliopoulos (2020) que inclui dois estudos que operacionalizam o critério A através da Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade, nove estudos que operacionalizam o critério B através de formas variadas do PID-5 e nove estudos que investigam a utilidade clínica do modelo alternativo para perturbações de personalidade apoiam-no significativamente.

Este modelo consegue integrar cinco paradigmas no que toca à avaliação da personalidade (Wiggin, 2003). Os paradigmas psicodinâmico, interpessoal e personológico estão incluídos no critério A, sendo que, se manifestam nos sintomas relacionados com o foco em si mesmo e nos seus limites, a regulação da autoestima e a maneira como o indivíduo se relaciona com os outros. O critério B abrange os paradigmas multivariado, empírico e novamente o interpessoal. Toda esta complexidade e todo o conhecimento que provém destes paradigmas contribuem para que o Modelo Alternativo do DSM-5 para as perturbações da Personalidade seja um modelo completo e inovador (Waugh et al, 2017).

Objetivos e Hipóteses

Este trabalho corresponde a uma tentativa de compreender as características e especificidades das perturbações de personalidade tendo em conta o Modelo Alternativo do DSM-5 (APA, 2014).

No presente trabalho serão aplicadas as versões portuguesas da *Level of Personality Functioning Scale-Self Report* (LPFS-SR; Morey, 2017; Pires et al., 2018) e o Inventário de Personalidade para o DSM-5 – Adultos (PID-5; Krueger, 2012; Pires et al., 2014; 2017). Relativamente às hipóteses enunciadas em baixo, apresentam-se como sendo exploratórias e baseiam-se na concetualização teórica que advém do modelo da personalidade do DSM-5.

Esta dissertação tem então como objetivos:

1. Caracterizar as perturbações de personalidade através da LPFS-SR, que operacionaliza o nível de funcionamento da personalidade (APA, 2014).

Hipótese 1.1: Espera-se que, comparativamente ao grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação de personalidade (tanto do Grupo B como dos outros) apresente níveis de severidade maior nas dimensões identidade, autodireção, empatia, intimidade e no total da LPFS-SR.

2. Caracterizar as perturbações de personalidade do Grupo B e diferenciá-las de outras perturbações de personalidade e outros diagnósticos psiquiátricos através do PID-5, que operacionaliza o modelo de traços de personalidade do DSM-5 (APA, 2014).

Hipótese 2.1: Espera-se que, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação de personalidade do Grupo B apresente resultados superiores nos domínios Afetividade Negativa, Antagonismo e Desinibição do PID-5, comparativamente ao grupo de participantes com outras perturbações de personalidade e ao grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos.

Hipótese 2.2: Espera-se que, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação de personalidade do Grupo B apresente resultados superiores nas facetas Labilidade Emocional, Ansiedade, Hostilidade, Depressividade e Insegurança de Separação do domínio Afetividade Negativa do PID-5, comparativamente ao grupo de participantes com outras perturbações de personalidade e ao grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos.

Hipótese 2.3: Espera-se que, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação de personalidade do Grupo B apresente resultados superiores nas facetas Manipulação, Falsidade, Hostilidade, Grandiosidade e Procura de Atenção do domínio Antagonismo do PID-5, comparativamente ao grupo de participantes com outras perturbações de personalidade e ao grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos.

Hipótese 2.4: Espera-se que, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação de personalidade do Grupo B apresente resultados superiores nas facetas Impulsividade, Irresponsabilidade e Envolvimento em Comportamentos de Risco do domínio Desinibição do PID-5, comparativamente ao grupo de participantes com outras perturbações de personalidade e ao grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos.

3. Contribuir para a compreensão das relações entre a LPFS-SR e as Perturbações de Personalidade através da determinação da capacidade preditiva das dimensões e do total da LPFS-SR para o diagnóstico de Perturbação de Personalidade

Hipótese 3.1: Espera-se que as dimensões e o total da LPFS-SR sejam preditoras do diagnóstico de perturbação de personalidade.

4. Este estudo pretende também, contribuir para a validação do PID-5 e da LPFS-SR e para a compreensão das suas vantagens e limitações na utilização com população portuguesa clínica, nomeadamente com perturbações de personalidade.

Método

1. Participantes

Participaram neste estudo 459 indivíduos portugueses, que no momento da participação eram seguidos em unidades de Saúde Mental, tendo um ou mais diagnósticos psiquiátricos. Os participantes são, maioritariamente, do sexo masculino (54.5%) e têm idades compreendidas entre os 18 e os 76 anos ($M = 44.10$; $DP = 12.41$). No que diz respeito ao nível de ensino, temos 23.2% da amostra com menos do 9º ano de escolaridade, 23.4% da amostra com o 9º ano de escolaridade, 31.1% tem o 12º ano e 22.3% com o ensino superior, sendo assim uma amostra relativamente diferenciada. O Quadro 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra total.

Quadro 1

Características Sociodemográficas da Amostra Total (N = 459)

		Frequência	Percentagem
Sexo	Nº de dados omissos	0	
	Masculino	250	54.5%
	Feminino	209	45.5%
Idade (Anos)	Nº de dados omissos	9	2.0%
	Mínima	18	
	Máxima	76	
	Média	44.10	
	Desvio- padrão	12.41	
Nível de Ensino	Nº de dados omissos	2	0.4%
	< 4º ano	39	8.5%
	4º ano	13	2.8%
	6º ano	54	11.8%
	9º ano	107	23.4%
	12º ano	142	31.1%
	Licenciatura ou mais	102	22.3%

Relativamente aos diagnósticos principais desta amostra, vemos que as perturbações predominantes são as perturbações depressivas (32.7%), as perturbações aditivas e relacionadas com substâncias (24%), as perturbações de personalidade (16.8%), sendo que a perturbação estado-limite da personalidade é a que tem maior incidência (12.4%) e as perturbações bipolares e perturbações relacionadas (13.9%). No quadro 2 podemos encontrar todos os diagnósticos principais discriminados. Esta amostra tem vários diagnósticos em comorbilidade (27%), dos quais se destacam as perturbações aditivas e relacionadas com substâncias (38.7%), as perturbações de personalidade (37.9%) e as perturbações depressivas (13.7%).

Quadro 2

Distribuição dos Diagnósticos Principais na Amostra Total (N = 459)

Diagnóstico Principal	Frequência	Percentagem
Perturbações do Comportamento Alimentar	27	5.9%
Perturbação do Espectro do Autismo	1	0.2%
Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações Relacionadas	8	1.7%
Perturbações Bipolares e Perturbações Relacionadas	64	13.9%
Perturbações de Personalidade		
Perturbação Antissocial da Personalidade	3	0.7%
Perturbação Estado-Limite da Personalidade	57	12.4%
Perturbação Narcísica da Personalidade	3	0.7%
Perturbação Esquizótipica da Personalidade	1	0.2%
Perturbação Evitante da Personalidade	3	0.7%
Perturbação Dependente da Personalidade	3	0.7%
Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade	5	1.1%
Perturbação Paranoide da Personalidade	1	0.2%
Perturbação de Personalidade não especificada	1	0.2%
Perturbação de Ansiedade	21	4.6%

Perturbação Depressiva	150	32.7%
Perturbação Disruptiva, do Controlo dos Impulsos e do Comportamento	1	0.2%
Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas	110	24%

Para clareza na leitura e compreensão das análises que se apresentarão subsequentemente, importa referir que destes 459 participantes, apenas 145 responderam à LPFS-SR, 70 homens e 75 mulheres, com uma média de idades de 47.37 anos ($DP = 11.79$).

De maneira a proceder às análises estatísticas necessárias para testar as hipóteses 1 e 3, relativas à LPFS-SR, estes participantes foram, num primeiro momento, divididos em dois grupos, um de participantes com diagnóstico de perturbação de personalidade ($n = 32$), que incluiu todos os participantes com este diagnóstico principal ($n = 5$) ou em comorbilidade ($n = 27$), e outro de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos ($n = 113$).

Relativamente ao grupo com diagnóstico de perturbação de personalidade podemos observar que a maioria dos indivíduos é do sexo masculino (53.1%) e tem idades compreendidas entre os 18 e os 66 anos ($M = 45.66$; $DP = 12.40$).

Relativamente ao grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos ($n = 113$) tem, na sua maioria, indivíduos do sexo feminino (53.1%) e idades compreendidas entre os 21 e os 75 anos ($M = 47.85$; $DP = 11.63$). Esta subamostra é constituída por participantes cujos diagnósticos psiquiátricos mais frequentes são as perturbações depressivas e as perturbações bipolares.

De maneira a proceder às análises estatísticas necessárias para testar as hipóteses 2.1, 2.2, 2.3, e 2.4, relativas ao PID-5, os 459 participantes anteriormente mencionados (amostra total) foram divididos em três grupos. Um grupo de participantes ($n = 80$) que, tendo um diagnóstico principal ou em comorbilidade de perturbação de personalidade, apresentavam uma perturbação de personalidade do Grupo B (i.e., perturbação antissocial da personalidade, perturbação narcísica da personalidade, perturbação estado-limite da personalidade e perturbação histriónica da personalidade); um grupo de participantes ($n = 43$) com um diagnóstico principal ou em comorbilidade de perturbação de personalidade que não do Grupo B; um grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos ($n = 336$).

No Quadro 3 apresentam-se as características sociodemográficas deste grupo de 80 participantes com diagnóstico de perturbação de personalidade do Grupo B, comparativamente ao grupo de 43 participantes que têm um diagnóstico de PP que não se enquadra no Grupo B.

Quadro 3

Características Sociodemográficas do Grupo de Participantes com Perturbação de Personalidade do Grupo B (n = 80) e do Grupo de Participantes com Outras Perturbações de Personalidade (n = 43)

		PP Grupo B		Outras PP	
		Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Sexo	Nº de dados	0		0	
	omissos				
	Masculino	45	56.3%	25	58.1%
	Feminino	35	43.8%	18	41.9%
Idade	Nº de dados	0			
	omissos				
	Mínima	18		18	
	Máxima	68		66	
	Média	40.14		46.34	
	Desvio-padrão	11.52		11.29	
Nível de Ensino	Nº de dados			0	
	omissos				
	< 4º ano	6	7.5%	3	7%
	4º ano	3	3.8%	2	4.7%
	6º ano	11	13.8%	6	14%
	9º ano	20	25%	13	30.2%
	12º ano	24	30%	15	34.9%
	Licenciatura ou mais	16	20%	4	9.3%

No grupo com diagnóstico de perturbação de personalidade do Grupo B ($n = 80$) todas as perturbações deste grupo estão residualmente representadas, com exceção da perturbação estado-limite da personalidade que corresponde a 75% dos casos.

2. Instrumentos e Medidas

2.1. Questionário Sociodemográfico

Aplicou-se um breve questionário sociodemográfico com o objetivo de recolher dados que possibilitaram a caracterização dos participantes do presente estudo. A confidencialidade foi garantida, não existindo nenhuma questão de informação identificativa. Os itens deste questionário cingiram-se a questões relativas ao sexo, idade, nacionalidade, residência habitual (urbana ou rural), nível de ensino, situação laboral e profissão principal, situação económica, estado civil, agregado familiar, número de filhos, grau e qualidade das relações familiares e de amizade, crenças e práticas religiosas, identificação de doenças do foro físico e psicológico, uma autoavaliação do estado de saúde e a identificação de acontecimentos de vida traumáticos.

2.2. Inventário da Personalidade para o DSM-5 - Adultos (PID-5)

Na Secção III do DSM-5 (APA, 2014) é nos apresentado um inventário de personalidade que procura operacionalizar o critério B deste novo modelo alternativo e avaliar assim os traços de personalidade. Este instrumento é um inventário de autorrelato que se destina a indivíduos com 18 ou mais anos de idade e pode ser utilizado tanto com a população geral como com a clínica. O Inventário de Personalidade para o DSM-5 – Adultos (PID-5) (Pires et al., 2014; 2017) é a versão portuguesa do *The Personality Inventory for DSM-5 – Adult* (Krueger et al., 2012) e mede cinco domínios da personalidade e 25 traços patológicos, o que nos permite caracterizar a estrutura da personalidade e o grau de severidade da psicopatologia auxiliando no diagnóstico das perturbações de personalidade (Pires, Ferreira, Guedes, Gonçalves, & Henriques-Calado, 2018). É usada uma escala de Likert que varia entre 0 (muito falso ou muitas vezes falso) e 3 (muito verdade ou muitas vezes verdade). Existem ainda duas formas deste instrumento, a longa, usada neste estudo e a breve (Krueger et al., 2013; versão portuguesa de Pires et al., 2018). A forma breve do PID-5 (Krueger et al., 2013; versão portuguesa de Pires et al., 2018) é composta por 25 itens e obvia a demorada e cansativa aplicação da versão longa do teste, no entanto, permite apenas a caracterização dos domínios, não contemplando as facetas, o que dificulta o diagnóstico diferencial das perturbações de personalidade (Pires et

al., 2017), sendo essencialmente utilizada em contextos de triagem de psicopatologia ou de investigação.

Relativamente à consistência interna os valores do alfa de Cronbach no estudo original de Krueger et al. (2012) para cada domínio foram de: .84 (Desinibição); .93 (Afetividade Negativa); .95 (Antagonismo); .96 (Desprendimento e Psicoticismo). Quanto às facetas estes valores variaram entre .72 (Grandiosidade) e .96 (Excentricidade). Pires et al. (2017) no estudo da versão portuguesa obtiveram os seguintes valores: .89 (Antagonismo); .91 (Afetividade Negativa e Desinibição); .93 (Desprendimento); .94 (Psicoticismo). Quanto às facetas os valores de alfa variaram entre .70 (Irresponsabilidade) e .95 (Excentricidade).

Pires et al. (2018) estudaram cada forma quanto à sua validade e consistência interna comparando a versão portuguesa com a original e concluíram que a versão longa é a que apresenta uma consistência interna mais alta e mais congruente com a versão original, sendo que na versão breve os índices de precisão foram altos, mas um pouco mais baixos comparativamente à versão original. Uma das coisas que pode influenciar o cálculo do coeficiente alfa é o número de itens do instrumento, o que pode explicar os resultados mais baixos na forma breve do PID-5. Pires et al. (2018) sugerem ainda que devido a estes resultados se deve utilizar preferencialmente a forma longa do PID-5.

2.3. Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade - Autorrelato (LPFS-SR)

O critério A do modelo alternativo do DSM-5 remete-nos para o funcionamento da personalidade e, para avaliar o grau de disfunção da personalidade foi criada um instrumento de heteroavaliação, a Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade, doravante LPFS (Bender et al., 2011). Contempla dois tipos de funcionamento, o próprio que engloba a identidade e a autodireção e o interpessoal, que engloba a empatia e a intimidade (APA, 2014). Esta escala diferencia cinco níveis de défices, desde pouco ou nenhum défice, ou seja, saudável, sendo este o nível 0, o nível 1 representa algum défice, o nível 2, défice moderado, défice grave no nível 3 e termina no nível 4 com défice extremo (APA, 2014).

Um indivíduo que apresente pouco ou nenhum défice no funcionamento pessoal será alguém com uma autoestima estável, com capacidade de regulação emocional, com uma identidade bem definida e bem diferenciada da dos outros, com uma autoapreciação precisa, que procura objetivos de vida, tem padrões de comportamento consistentes e pró-sociais e tem capacidade

de autorreflexão. Baixos níveis de déficit no funcionamento interpessoal mostram um indivíduo compreensivo e tolerante relativamente a experiências e perspectivas diferentes das suas, capaz de perceber que consequências o seu comportamento poderá ter nos outros, que procura ligações saudáveis, e é capaz de estar próximo emocionalmente. Por outro lado, um déficit, a partir do nível moderado, no funcionamento da personalidade poderá indicar a existência de uma perturbação de personalidade (APA, 2014). Bender et al. (2011), perceberam que esta escala descreve o funcionamento da personalidade num contínuo de severidade com pontuações confiáveis e com utilidade clínica significativa na determinação do tipo e grau de patologia, no planeamento da intervenção e no prognóstico.

A partir da LPFS, Morey (2017) desenvolveu a escala utilizada neste estudo, a LPFS-SR, que é um instrumento de autorrelato. Cada item da escala foi escrito para abranger todas as informações que a LPFS dá. Morey (2017) dá-nos o exemplo do nível severo da Empatia, em que na LPFS é descrito através do item: “Está confuso ou inconsciente do impacto das suas ações nos outros; Muitas vezes perplexo com os pensamentos e ações de outros, com motivações destrutivas que frequentemente são mal atribuídas.” Na LPFS-SR este descritor deu origem a dois itens:” Não faço a menor ideia por que razão as outras pessoas fazem o que fazem.” e “Muitas pessoas à minha volta têm motivações muito destrutivas”.

A LPFS-SR é assim, um questionário de autorrelato composto por 80 itens que devem ser respondidos numa escala de 0 a 4 pontos, desde “Totalmente Falso, de maneira nenhuma Verdade” a “Totalmente Verdadeiro, Muito Verdade”.

Os resultados do estudo de Morey (2017) mostram ainda alta consistência interna, com um alfa de cronbach de .97 para o total da LPFS-SR e alfas entre os .82 e .89 para as quatro dimensões que dela fazem parte. Obteve também altas intercorrelações entre subcomponentes, que associadas aos indicadores de consistência também elevados, sugerem que o funcionamento da personalidade é um construto unitário e global, apesar de se poder manifestar interpessoal e intrapsiquicamente, apoiando assim o modelo alternativo do DSM-5.

3. Procedimento

O presente estudo está inserido no projeto “Personalidade e Psicopatologia III: Estudos de validação do Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações de Personalidade na população portuguesa” e o protocolo de investigação utilizado foi aplicado a participantes da

população clínica. A amostra foi recolhida em diversas unidades de Saúde Mental do país e os diagnósticos dos participantes foram fornecidos pelos seus médicos após consentimento.

Os critérios de inclusão foram a presença de um ou mais diagnósticos psiquiátricos, ser seguido numa unidade de saúde mental e idade igual ou superior a 18 anos, sendo que os de exclusão foram diagnósticos de esquizofrenia, demência e deficiência mental. Foi dada uma breve explicação do estudo a todos os participantes e foram informados de que a sua participação seria voluntária e confidencial. Foi-lhes ainda solicitado que assinassem um consentimento informado. As aplicações foram feitas individual ou coletivamente, presencialmente numa ou mais sessões ou os participantes responderam sem a presença do psicólogo devolvendo posteriormente o protocolo, consoante as características das instituições e a situação clínica dos participantes. O protocolo utilizado contém 5 instrumentos de avaliação, dos quais, para os efeitos deste estudo, se analisaram apenas os resultados da versão portuguesa do Inventário de Personalidade do DSM-5 (PID-5; Krueger et al., 2012; versão portuguesa de Pires et al., 2014, 2017), da Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade - Autorrelato (LFPS-SR; Morey, 2017; versão portuguesa de Pires et al., 2018) e do Questionário Sociodemográfico.

Após a recolha dos dados (2015-2019) estes foram inseridos numa base de dados no *software* estatístico IBM SPSS *Statistics* 27 para a cotação e análise estatística.

Resultados

Antes de analisar os resultados foram estudadas as características psicométricas dos instrumentos utilizados, PID-5 e LPFS-SR respetivamente. Procedeu-se à análise descritiva e à caracterização da consistência interna destes instrumentos na amostra total.

O estudo de precisão foi realizado através do coeficiente alfa de Cronbach, que foi calculado para cada domínio e faceta do PID-5 e para cada dimensão e total da LPFS-SR. Para compreender o poder discriminativo de cada item realizou-se o estudo das correlações item-total corrigidas, assim como, do impacto da exclusão de qualquer item do domínio ou faceta a que pertence.

1. Estudo Metrológico

1.1 PID-5: Inventário de Personalidade para o DSM-5 - Adultos

No Quadro 4, apresentam-se os coeficientes de precisão obtidos neste estudo e comparam-se com os do estudo original de Krueger et al. (2012) e com os do estudo da versão portuguesa do PID-5 (Pires et al., 2014; 2017). Apresentam-se ainda, neste quadro, as medidas descritivas dos domínios e facetas do PID-5 na amostra global. Relativamente aos domínios, os resultados do estudo da consistência interna foram adequados tendo-se registado valores do alfa de Cronbach entre .86 e .94.

Quadro 4

Coefficientes de Precisão (alfa de Cronbach) e Medidas Descritivas dos Domínios e Facetas do PID-5 na Amostra Total (N= 459)

	Krueger	Pires	Presente Estudo				
	et al. (2012)	et al. (2017)	α	Min.	Max.	<i>M</i>	<i>DP</i>
Afetividade Negativa	.93	.91	.86	.30	2.90	1.66	.51
Labilidade Emocional	.89	.86	.79	.00	3.00	1.70	.67
Ansiedade	.91	.89	.77	.22	3.00	1.87	.59

Insegurança de separação	.85	.82	.72	.00	3.00	1.41	.66
Submissão	.78	.79	.69	.00	3.00	1.15	.69
Hostilidade	.89	.85	.72	.00	2.90	1.23	.62
Perseveração	.88	.83	.75	.00	3.00	1.31	.56
Desprendimento	.96	.93	.89	.07	2.96	1.20	.55
Afastamento	.93	.90	.86	.00	3.00	1.21	.67
Evit. da Intimidade	.84	.84	.79	.00	3.00	.97	.76
Anedonia	.88	.87	.81	.00	3.00	1.41	.66
Depressividade	.95	.92	.91	.00	3.00	1.22	.71
Afetividade Restrita	.73	.85	.69	.00	2.71	1.16	.59
Suspeição	.73	.72	.63	.00	2.86	1.50	.54
Antagonismo	.95	.89	.90	.00	2.62	.87	.55
Manipulação	.81	.73	.77	.00	3.00	.92	.69
Falsidade	.89	.82	.83	.00	2.60	.76	.56
Grandiosidade	.72	.80	.74	.00	2.83	.92	.65
Procura de Atenção	.88	.87	.87	.00	3.00	1.12	.74
Insensibilidade	.91	.83	.82	.00	2.43	.65	.50
Desinibição	.84	.91	.89	.00	2.71	1.21	.53
Irresponsabilidade	.81	.70	.76	.00	2.71	.86	.62
Impulsividade	.77	.87	.80	.00	3.00	1.41	.69
Distratibilidade	.91	.87	.81	.00	3.00	1.38	.61
Env. Comportamentos de Risco	.85	.84	.85	.00	2.93	1.36	.59
Perfeccionismo Rígido	.90	.89	.83	.10	3.00	1.49	.62
Psicoticismo	.96	.94	.94	.00	2.82	1.05	.60
Crenças e Exp. Incomuns	.83	.78	.79	.00	3.75	.97	.67
Excentricidade	.96	.95	.92	.00	3.00	1.15	.73
Desreg. Cognitiva e Percetual	.86	.82	.85	.00	2.83	1.02	.62

Nota. Evit. da Intimidade = Evitamento da Intimidade; Env. Comportamentos de Risco = Envolvimento em Comportamentos de Risco; Crenças e Exp. Incomuns = Crenças e

Experiências Incomuns; Desreg. Cognitiva e Percetual = Desregulação Cognitiva e Percetual;
Min. = Mínimo, Max. = Máximo.

1.2 LPFS-SR: Escala de Funcionamento da Personalidade – Autorrelato

No Quadro 5, apresentam-se os resultados do estudo de consistência interna, comparando-os com os valores do alfa de Cronbach do estudo original de Morey (2017). Neste quadro, registam-se ainda os resultados descritivos das dimensões da LPFS-SR na amostra total.

Relativamente às dimensões da *LPFS-SR*, os resultados da consistência interna foram adequados tendo-se registado valores do alfa de Cronbach entre .78 e .86.

Quadro 5

Coefficientes de Precisão (alfa de Cronbach) e Medidas Descritivas das Dimensõe da LPFS-SR na Amostra Total (N=145)

	Morey (2017)		Presente Estudo			
	α	α	Min.	Máx.	<i>M</i>	<i>DP</i>
Identidade	.89	.86	45.50	170.00	98.93	24.56
Autodireção	.88	.83	36.00	129.00	71.61	20.22
Empatia	.82	.79	23.50	100.50	53.06	13.86
Intimidade	.88	.78	36.00	141.50	77.30	21.09
Total	.96	.94	154.00	541.00	300.13	70.62

Nota. Min. = Mínimo; Máx. = Máximo

2. Análise da normalidade das distribuições das variáveis em estudo

A análise da normalidade das distribuições foi realizada para todos os domínios e facetas do PID-5 e para todas as dimensões e o total da LPFS-SR, nas várias subamostras consideradas usando os critérios seguintes: coeficientes de assimetria e curtose, testes de ajustamento de *Kolmogorov-Smirnov* ($N > 50$) e as representações gráficas *Q-Q plots*. Quando os indicadores referidos indicavam decisões diferentes relativamente à normalidade da distribuição, usou-se a regra da maioria.

Concluiu-se, então, que tanto as dimensões como o total da LPFS-SR apresentam uma distribuição normal na subamostra das perturbações de personalidade. Na subamostra com outros diagnósticos psiquiátricos, as dimensões Autodireção e Intimidade não têm uma distribuição normal. Quanto aos domínios do PID-5, foi possível concluir que todos apresentam uma distribuição normal nas duas subamostras de participantes com perturbação de personalidade do Grupo B e de participantes com perturbação de personalidade que não do Grupo B. Na subamostra de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos temos três domínios cujas distribuições se afastam da distribuição normal, sendo eles o Desprendimento, o Antagonismo e o Psicoticismo. Relativamente às facetas, na subamostra de outras perturbações de personalidade todas se distribuem normalmente. Na subamostra de perturbações de personalidade do Grupo B apenas duas das 25 facetas não se distribuem normalmente e, na subamostra de outros diagnósticos psiquiátricos admite-se que 18 das 25 facetas têm uma distribuição normal.

3. Comparação de Resultados nas Dimensões e no Total da Escala LPFS-SR

Com o objetivo de testar a hipótese 1 do presente estudo, recorreu-se ao Teste de Igualdade de Valores Médios para amostras independentes (estatística t de Student) ou ao teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney, de acordo com a distribuição das variáveis em estudo.

Hipótese 1.1

Na primeira hipótese esperava-se que, comparando com o grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação de personalidade (incluindo Grupo B) apresentasse níveis de maior severidade nas dimensões identidade, autodireção, empatia, intimidade e no total da LPFS-SR. No Quadro 8 apresentam-se os resultados do Teste de Igualdade de Valores Médios para amostras independentes recorrendo à estatística t para as dimensões Identidade, Empatia e Total. Relativamente à dimensão Identidade, as pessoas com perturbação de personalidade obtiveram médias mais elevadas do que as pessoas com outros diagnósticos psiquiátricos, embora existam apenas diferenças marginalmente significativas. Na dimensão Empatia, as diferenças observadas não se revelaram significativas, embora se tenha verificado existirem médias mais

elevadas na amostra de pessoas com perturbação de personalidade. Relativamente ao Total da LPFS-SR, observamos que as pessoas com perturbação de personalidade têm médias significativamente mais elevadas do que o grupo com outros diagnósticos psiquiátricos, mostrando uma dimensão do efeito média, que sugere que estas diferenças existem realmente nas populações de onde foram retiradas as amostras em estudo.

Quadro 6

Comparação entre o Grupo com Outros Diagnósticos Psiquiátricos e o Grupo com Perturbações de Personalidade (médias, desvios-padrão, estatística t, valor p e d de Cohen) relativamente às Dimensões Identidade, Empatia e Total da LPFS-SR

	Grupo com Outros Diagnósticos Psiquiátricos <i>n</i> = 113		Grupo com Perturbações de Personalidade <i>n</i> = 32		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Identidade	97.11	24.50	105.32	24.07	-1.65	.050*	-.34
Empatia	52.45	14.31	55.28	12.02	-0.99	.162	-.21
Total	294.07	70.50	324.16	67.15	-1.93	.029*	-.43

Nota. * $p \leq .05$; Pequeno efeito $d \leq .20$, médio $.20 < d \leq .50$, elevado $.50 < d \leq 1.0$, muito elevado $d > 1.0$

Para as restantes dimensões, Autodireção e Intimidade, recorreu-se ao teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney e no Quadro 9 estão apresentados os valores respetivos. Relativamente à Autodireção, observamos que o grupo com perturbação de personalidade apresenta uma média de ordens maior do que o grupo com outros diagnósticos psiquiátricos. Estes resultados conduzem a uma diferença significativa entre os dois grupos. Por último, na dimensão da Intimidade temos igualmente uma média das ordens superior no grupo com perturbação de personalidade em relação ao grupo com outros diagnósticos psiquiátricos que se revela significativa.

Para perceber a dimensão destes efeitos recorreu-se à medida de dimensão do efeito r ($r = z / \sqrt{n_1 + n_2}$), tendo-se verificado efeitos pequenos.

Quadro 7

Comparação entre o Grupo com Outros Diagnósticos Psiquiátricos e o Grupo com Perturbações de Personalidade (média de ordens, estatística z, valor p e dimensão do efeito r) relativamente às Dimensões Autodireção e Intimidade da LPFS-SR

	Grupo com Outros Diagnósticos Psiquiátricos <i>n</i> = 113	Grupo com Perturbações de Personalidade <i>n</i> = 32			
	<i>Média das ordens</i>	<i>Média das ordens</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Autodireção	66.65	84.05	-2.11	.018*	.18
Intimidade	63.81	79.52	-1.89	.030*	.16

Nota. * $p \leq .05$; Pequeno efeito $r < .30$, médio $.30 \leq r < .50$, elevado $r \geq .50$

O grupo de participantes com diagnóstico de perturbação de personalidade obtém resultados superiores ao grupo dos outros diagnósticos em todas as dimensões da LPFS-SR e no Total, sendo que, as diferenças encontradas são estatisticamente significativas e têm efeitos médios ou pequenos, exceto para a dimensão da Empatia. A hipótese 1.1 é parcialmente confirmada.

4. Comparação de Resultados nos Domínios e Facetas do PID-5

Para testar as hipóteses 2.1, 2.2, 2.3 e 2.4 recorreu-se à ANOVA a um fator ou ao Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, de acordo com a distribuição das variáveis em estudo. Em qualquer dos casos, determinaram-se também quer as medidas de dimensão de efeito adequadas, dada a grande diferença de dimensões entre os três grupos comparados, quer os testes de comparações múltiplas *a posteriori*, que permitem concluir se os três grupos se diferenciam entre si ou apenas um grupo se diferencia dos restantes, quanto aos resultados obtidos nos domínios e facetas do PID-5. Em ambos os casos, usou-se como medida de dimensão do efeito, a medida eta ao quadrado parcial (η^2_p), definida por $\eta^2_p = \text{Soma de quadrados entre grupos} / (\text{Soma de quadrados entre grupos} + \text{Soma de quadrados dentro dos grupos})$ no caso da ANOVA a um fator e por $\eta^2_{pH} = (H - k + 1) / (n - k)$, no caso do Teste de Kruskal-Wallis, sendo H a estatística deste teste, k o número de grupos e n a dimensão total dos três grupos. Segundo Cohen (1988), esta medida deve ser interpretada segundo o critério: Pequeno efeito $.01 \leq \eta^2_p < .06$, médio $.06 \leq \eta^2_p < .14$, elevado $\eta^2_p \geq .14$.

No Quadro 8 são apresentados os resultados da ANOVA a um fator relativos aos domínios e facetas do PID-5 com distribuição normal e no Quadro 9 são apresentados os resultados do teste de Kruskal-Wallis relativos aos restantes domínios e facetas do PID-5.

Quadro 8

ANOVA a um fator: Efeito do Diagnóstico (Grupo com Outros Diagnósticos, Grupo com Perturbação de Personalidade do Grupo B, Grupo com Outras Perturbações de Personalidade) nos Domínios e Facetas do PID-5 com Distribuição Normal (média, DP, estatística de teste F, valor-p e medida de dimensão do efeito η^2_p)

	Outros diagnósticos <i>n</i> = 336		Grupo B <i>n</i> = 80		Outras PP <i>n</i> = 43		<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Afetividade Negativa	1.62	.49	1.74	.52	1.80	.52	3.79	.023*	.02
Desinibição	1.17	.52	1.38	.52	1.30	.58	5.92	.003**	.03
Anedonia	1.40	.65	1.42	.65	1.14	.55	0.35	.705	.00
Ansiedade	1.84	.57	1.93	.60	2.01	.68	2.04	.132	.01
Falsidade	.73	.54	.91	.62	.69	.57	3.55	.030*	.02
Labilidade Emocional	1.64	.65	1.79	.74	1.92	.63	4.26	.015*	.02
Grandiosidade	.91	.63	1.01	.68	.88	.67	0.95	.386	.00
Impulsividade	1.33	.66	1.66	.70	1.55	.71	8.77	.000***	.04
Evitamento da Intimidade	1	.77	.88	.73	.98	.70	0.71	.492	.00
Irresponsabilidade	.82	.61	1.00	.61	.93	.68	3.23	.038*	.01
Manipulação	.88	.68	1.16	.72	.86	.65	5.76	.003**	.03
Desr. Cognitiva e Percetual	.98	.60	1.11	.66	1.19	.66	3.14	.044*	.01
Perseveração	1.27	.56	1.43	.57	1.41	.59	3.34	.036*	.01
Afetividade Restrita	1.16	.57	1.15	.66	1.14	.55	.04	.965	.00

Perfeccionismo Rígido	1.48	.63	1.46	.60	1.62	.60	1.11	.330	.01
Insegurança de Separação	1.38	.65	1.49	.67	1.49	.67	1.34	.264	.00
Submissão	1.13	.70	1.15	.63	1.36	.77	2.19	.113	.01
Suspeição	1.46	.53	1.61	.54	1.56	.57	2.96	.053	.01
Afastamento	1.22	.67	1.17	.63	1.29	.68	.425	.654	.00

Nota. Outros diagnósticos = Outros diagnósticos psiquiátricos; Grupo B = Grupo com perturbação de personalidade do Grupo B; Outras PP = Grupo com outras perturbações de personalidade; Desr. Cognitiva e Percetual = Desregulação Cognitiva e Percetual.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Quadro 9

Teste de Kruskal-Wallis: Efeito do Diagnóstico (Grupo com Outros Diagnósticos, Grupo com Perturbação de Personalidade do Grupo B, Grupo com Outras Perturbações de Personalidade) nos Domínios e Facetas do PID-5 sem Distribuição Normal (médias das ordens, estatística de teste H , valor- p e medida de dimensão do efeito η^2_{pH}).

	Outros diagnósticos $n = 336$	Grupo B $n = 80$	Outras PP $n = 43$			
	<i>Média das ordens</i>	<i>Média das ordens</i>	<i>Média das ordens</i>	H	p	η^2_{pH}
Desprendimento	229.59	220.90	250.15	1.37	.504	.00
Antagonismo	222.33	268.13	219.02	8.03	.018*	.01
Psicoticismo	220.57	254.68	257.79	6.36	.042*	.01
Procura de Atenção	221.12	270.88	223.36	9.24	.010*	.02
Insensibilidade	223.60	249.92	242.93	3.00	.223	.00
Depressividade	218.48	256.54	270.66	9.79	.007**	.02
Distratibilidade	224.30	253.41	230.95	3.12	.210	.00
Excentricidade	221.66	251.65	254.90	4.98	.083	.01
Hostilidade	220.88	270.48	225.95	9.10	.011*	.02

Env. Comp.	215.87	281.36	244.90	16.37	.000***	.03
Risco						
Crenças e Exp.	220.37	260.40	248.72	6.86	.032*	.01
Incomuns						

Nota. Outros diagnósticos = Grupo com outros diagnósticos psiquiátricos; Grupo B = Grupo com perturbação de personalidade do Grupo B; Outras PP = Grupo com outras perturbações de personalidade; Env. Comp. Risco = Envolvimento em comportamentos de risco; Crenças e Exp. = Crenças e Experiências Incomuns

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Hipótese 2.1

Relembrando, a hipótese 2.1 diz que se espera que o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação de personalidade do Grupo B apresente resultados superiores nos domínios Afetividade Negativa, Antagonismo e Desinibição do PID-5, comparativamente ao grupo de participantes com outras perturbações de personalidade e ao grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos.

Para avaliar esta hipótese e também contribuir para a validação do PID-5 foi realizada uma ANOVA a um fator ou aplicado o Teste de Kruskal-Wallis. No Quadro 8, podemos observar que existem diferenças significativas nos domínios da Afetividade Negativa e Desinibição entre os três grupos de participantes, sendo esse efeito pequeno. Tendo sido aplicada a comparação múltipla *a posteriori* de Tukey, verificou-se que no domínio Afetividade Negativa apenas se encontram diferenças marginalmente significativas entre os grupos. Relativamente ao domínio da Desinibição, como se previa, o grupo de participantes do Grupo B apresenta resultados médios significativamente superiores ao grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos, mas, não ao grupo de participantes com outras perturbações de personalidade.

No Quadro 9, podemos notar que, de acordo com o esperado, o diagnóstico dos participantes teve um efeito significativo no Antagonismo, revelando-se, contudo, um efeito pequeno. As comparações múltiplas do Teste de Kruskal-Wallis revelaram que o grupo de participantes com perturbação de personalidade do Grupo B apresenta resultados significativamente superiores em Antagonismo em relação ao grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos,

mas não relativamente ao grupo de participantes com outras perturbações de personalidade, tal como em Desinibição.

Verifica-se a tendência enunciada na hipótese 2.1, mas, no domínio Afetividade Negativa só se detetam diferenças marginalmente significativas entre os três grupos de participantes, e quer em Desinibição quer em Antagonismo, o grupo de participantes do Grupo B apresenta resultados médios significativamente superiores ao grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos, mas não ao grupo de participantes com outras perturbações de personalidade. Assim, comprova-se parcialmente a hipótese 2.1.

Hipótese 2.2

Na hipótese 2.2 é esperado que o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação de personalidade do Grupo B apresente resultados superiores nas facetas Labilidade Emocional, Ansiedade, Hostilidade, Depressividade e Insegurança de Separação do domínio Afetividade Negativa do PID-5, comparativamente ao grupo de participantes com outras perturbações de personalidade e ao grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos. No Quadro 8, podemos verificar que a média de resultados para o grupo de participantes com perturbação de personalidade que não do Grupo B é, por vezes, maior, embora na faceta Ansiedade não se registem diferenças significativas, não indo ao encontro do esperado. No entanto, relativamente ao grupo de outros diagnósticos psiquiátricos, o grupo de participantes com perturbação de personalidade do Grupo B apresenta resultados superiores nas facetas em questão. No que diz respeito à faceta Insegurança de Separação as diferenças não se revelam significativas, e o efeito é nulo e o grupo de participantes com perturbação de personalidade do Grupo B apresenta valores iguais aos grupos de participantes com outras perturbações de personalidade.

Para as facetas Hostilidade e Depressividade, cuja distribuição não é normal, recorreu-se a métodos não-paramétricos – Teste de Kruskal Wallis - e verificou-se, como podemos observar no Quadro 9 que, para a faceta da Depressividade, é o grupo de participantes com outras perturbações de personalidade que apresenta uma média de ordens mais elevada, não correspondendo ao esperado. Já na faceta Hostilidade é o grupo de participantes com perturbação de personalidade do Grupo B que apresenta valores mais elevados, indo ao encontro do esperado. As diferenças observadas nestas duas facetas são significativas e o efeito

pequeno. Quando se recorre às comparações múltiplas observamos que o grupo com perturbação de personalidade do Grupo B relativamente ao grupo de outros diagnósticos tem uma diferença significativa.

A hipótese 2.2 é parcialmente confirmada.

Hipótese 2.3

Aqui é esperado que o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação de personalidade do Grupo B apresente resultados superiores nas facetas Manipulação, Falsidade, Hostilidade, Grandiosidade e Procura de Atenção do domínio Antagonismo do PID-5, comparativamente ao grupo de participantes com outras perturbações de personalidade e ao grupo com outros diagnósticos psiquiátricos.

Conseguimos observar, através do Quadro 8, que de acordo com a hipótese, as facetas Manipulação, Falsidade e Grandiosidade apresentam médias mais altas no grupo de participantes com perturbação de personalidade do Grupo B relativamente aos outros dois grupos. No entanto, na faceta Grandiosidade a diferença não é significativa e o efeito é nulo. Nas outras duas facetas as diferenças são significativas, mas o efeito é pequeno. Relativamente à faceta Procura de Atenção e Hostilidade pode ver-se no Quadro 9 que os resultados foram ao encontro da hipótese apresentada, sendo as diferenças significativas e o efeito pequeno. Quando se observam os resultados das comparações múltiplas, na faceta Procura de Atenção, é o grupo com perturbação de personalidade do Grupo B que apresenta diferença significativa relativamente ao grupo com outros diagnósticos bem como a faceta Hostilidade, já testada na hipótese anterior.

A hipótese 2.3 é então, parcialmente confirmada.

Hipótese 2.4

Espera-se que, o grupo de participantes com diagnóstico de perturbação de personalidade do Grupo B apresente resultados superiores nas facetas Impulsividade, Irresponsabilidade e Envolvimento em Comportamentos de Risco do domínio Desinibição do PID-5, comparativamente ao grupo de participantes com outras perturbações de personalidade e ao grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos.

Para as facetas Impulsividade e Irresponsabilidade, por apresentarem uma distribuição na normalidade, observou-se no Quadro 8 que, em ambas, o grupo que apresenta valores significativamente mais elevados é o grupo com perturbação de personalidade do Grupo B. Já para a faceta Envolvimento em Comportamentos de Risco, por não ter uma distribuição normal, observemos o Quadro 9. Verificou-se, então, que o grupo com perturbação de personalidade do Grupo B apresenta uma média de ordens maior do que o grupo com outros diagnósticos, sendo a diferença significativa e o efeito pequeno. Confirma-se assim, parcialmente a hipótese 2.4.

Devido ao facto de estarmos perante um estudo exploratório, obtivemos alguns resultados que não eram inicialmente previstos pelas hipóteses colocadas. No Quadro 8, conseguimos observar que o grupo de participantes com perturbação de personalidade do Grupo B, obteve resultados mais altos nas facetas Perseveração e Suspeição do PID-5, significativos e de efeito pequeno na primeira faceta e não significativos, mas de efeito pequeno na segunda. É também importante referir que na faceta Desregulação Cognitiva e Percetual, o grupo de participantes com outras perturbações de personalidade apresenta resultados significativamente mais altos relativamente aos outros grupos, sendo o efeito pequeno. Ainda no Quadro 9, conseguimos ver que o grupo de participantes com perturbação de personalidade do Grupo B apresenta diferenças significativas na faceta Crenças e Experiências Incomuns, sendo o efeito pequeno. Por fim, no domínio Psicoticismo, o grupo com outras perturbações de personalidade obtém resultados significativamente mais altos em relação aos outros grupos, sendo o efeito igualmente pequeno.

5. Análise de Regressão

Hipótese 3

Na última hipótese espera-se que as dimensões e o total da LPFS-SR sejam preditoras do diagnóstico de perturbação de personalidade.

Para esta análise, foi utilizada uma Regressão Logística Binominal, uma vez que a variável dependente é nominal e dicotómica, ou seja, ter ou não perturbação de personalidade. Foram então analisados os valores de $Exp(\beta)$ que nos permitem interpretar a relação entre as variáveis independentes (dimensões e total da LPFS-SR) e a variável dependente. Quando o valor $Exp(\beta) > 1$ a relação entre a variável independente e a variável dependente é direta, logo, quanto maior

for o valor observado para a variável independente maior é a probabilidade de ter uma perturbação de personalidade e vice-versa. Foram também considerados outros critérios, como a qualidade do modelo e o teste de significância dos coeficientes do modelo, para compreender se existe ou não um valor preditivo das variáveis independentes face à variável dependente.

Ora, verificamos que globalmente as variáveis independentes não têm poder preditivo sobre ter ou não perturbação de personalidade ($\chi^2(4) = 7.380$; $p = .117$). Conseguimos perceber também que o modelo explica apenas 9.1% da variabilidade total da variável dependente ($R^2_N = .091$). Relativamente à capacidade do modelo de prever se determinado sujeito pertencente ao grupo com perturbação de personalidade ou ao grupo com outros diagnósticos psiquiátricos, o modelo consegue prever o grupo de cada participante, de forma global, 80.6%, no entanto, a capacidade de prever perturbações de personalidade é muito baixa, apenas 4% e a capacidade de prever o outro grupo é que se revela muito elevado (100%). Com o Quadro 13 podemos perceber que embora nenhuma das dimensões da LPFS-SR contribua significativamente para a predição do diagnóstico de perturbação de personalidade, podemos ver através do $Exp(\beta)$ que quando a disfunção na Identidade, Autodireção e Intimidade aumenta, a probabilidade de estarmos perante uma perturbação de personalidade aumenta também. No caso de disfunção na Empatia, quando esta aumenta a probabilidade de estarmos perante uma perturbação de personalidade diminui.

A hipótese 3 é rejeitada.

Quadro 10

Sumário da Análise da Regressão Logística Binominal para as Variáveis Identidade, Autodireção, Intimidade, Empatia na Predição das Perturbações de Personalidade versus Outras Perturbações

	B	S.E.	Wald	p	$Exp(\beta)$
Identidade	.007	.02	.20	.653	1.01
Autodireção	.026	.02	1.88	.171	1.03
Empatia	.041	.03	2.42	.120	.960
Intimidade	.014	.02	.62	.429	1.02
Constante	-3.03	1.05	8.41	.004	.048

Discussão

Esta investigação procurou contribuir para um melhor entendimento das perturbações de personalidade e de como estas poderiam ser caracterizadas e diferenciadas através dos dois instrumentos de avaliação utilizados, LPFS-SR e PID-5. Instrumentos estes que operacionalizam, respetivamente, o Critério A e o Critério B do Modelo Alternativo do DSM-5 para as perturbações de personalidade. Tendo em conta que a LPFS-SR e o PID-5 são instrumentos ainda recentes na prática clínica e na investigação foi também um objetivo válidos para a população portuguesa clínica e contribuir para a compreensão das suas potencialidades e limitações.

Relativamente ao PID-5 foi dada especial importância à caracterização de pacientes com o diagnóstico de perturbação de personalidade do Grupo B.

Uma vez que os mesmos domínios de traços de personalidade estão subjacentes a outras perturbações psiquiátricas e a perturbações de personalidade, é importante que os aspetos centrais da patologia da personalidade que permitem diferenciá-la das outras patologias sejam bem identificados (Skodol, 2018).

Sendo a LPFS-SR a escala utilizada para operacionalizar o Critério A do novo modelo do DSM-5 (APA, 2014), que contempla défices moderados ou superiores no nível de funcionamento da personalidade para um diagnóstico de perturbação de personalidade, seria de esperar que pacientes com diagnóstico de perturbação de personalidade apresentassem resultados superiores em todas as dimensões da escala, tanto no nível pessoal como no nível interpessoal, bem como no seu total. Apesar de na dimensão Empatia os resultados não se terem mostrado significativos, os restantes resultados mostram que, de facto, a LPFS-SR consegue diferenciar as perturbações de personalidade relativamente aos outros diagnósticos. Dificuldades nas quatro dimensões representadas na LPFS-SR são consideradas essenciais no que diz respeito às patologias da personalidade, são caracterizadas como comuns entre os diferentes tipos de perturbações de personalidade e são um fator diferenciador de outras manifestações psicopatológicas (Hemmati et al, 2020). É de grande importância ter em consideração que estamos perante uma amostra clínica, pelo que seria sempre de esperar que ambos os grupos obtivessem níveis de disfunção da personalidade elevados, o que torna estes resultados e esta capacidade de diferenciação ainda mais relevante. A ausência de uma diferença significativa entre os dois grupos para a dimensão Empatia, pode ser explicada pela

elevada comorbilidade existente na população, pois, em muitos casos, os pacientes apresentam outras patologias psiquiátricas para além da perturbação de personalidade.

Neste trabalho, existiu a especial curiosidade de perceber se estes instrumentos conseguiriam, para além de diferenciar perturbações de personalidade de outros diagnósticos psiquiátricos, diferenciar também subgrupos de perturbações de personalidade entre si. No modelo tradicional do DSM, as perturbações de personalidade são categorizadas, segundo as suas características comuns, em três grupos. Do grupo escolhido, o Grupo B, fazem parte as perturbações antissocial, narcísica, estado-limite e histriónica e através do Modelo Alternativo do DSM-5 (APA, 2014) foi possível verificar quais os domínios e facetas do PID-5 em que se esperaria que as perturbações de personalidade do Grupo B tivessem resultados mais elevados. De um modo geral, os resultados deste estudo vão ao encontro do esperado.

O domínio do Antagonismo está diretamente relacionado com comportamentos conflituosos, como por exemplo quando o indivíduo apresenta uma valorização exagerada de si próprio ou quando o indivíduo tem uma clara insensibilidade e antipatia relativamente aos outros, como podemos verificar especialmente em pacientes com perturbação narcísica e antissocial. Por sua vez, o domínio da Desinibição caracteriza indivíduos que procuram constantemente uma gratificação imediata e que têm comportamentos impulsivos, sendo levados por sentimentos e pensamentos do momento sem capacidade de antever as consequências que as suas ações poderão trazer (DSM-5, 2014). Tanto o domínio do Antagonismo como o da Desinibição vão ao encontro das características reconhecidas nas perturbações de personalidade do Grupo B. Efetivamente, pacientes com este tipo de perturbação são descritos por Vossen et al., (2017) como impulsivos, dramáticos, emocionais e com grandes lacunas no nível interpessoal. Ambos os domínios apresentam resultados significativamente superiores aos resultados do grupo com outros diagnósticos psiquiátricos, mas não relativamente ao grupo de participantes com outras perturbações de personalidade. Para além destes resultados poderem ser explicados pela comorbilidade associada, podemos também pôr a hipótese de que as perturbações de personalidade não são significativamente diferentes entre si, fazendo com que os grupos não se diferenciem. O domínio da Afetividade Negativa é caracterizado por uma experiência frequente e intensa de emoções negativas bem como pelas suas manifestações comportamentais, como comportamentos autolesivos, e pelas suas manifestações interpessoais, como a extrema dependência (DSM-5; APA, 2014). Também seria de esperar ser um domínio de grande prevalência nas perturbações de personalidade do Grupo B, no entanto, neste estudo isso não se verifica e tal acontecimento pode ser explicado

pela alta comorbilidade de diagnósticos existente e pela própria maneira como foi feita a codificação das perturbações. No grupo das perturbações de personalidade, foram considerados pacientes com tal diagnóstico sendo ele principal, secundário ou terciário, o que poderá ter dificultado a diferenciação dos resultados nos grupos. Os restantes domínios, Desprendimento e Psicoticismo, mostraram resultados superiores para as perturbações de personalidade que não as do Grupo B, mas apenas no domínio Psicoticismo a diferença se verificou significativa.

Apesar de os domínios Antagonismo e Desinibição serem exclusivos de perturbações de personalidade do Grupo B, ao contrário do domínio Afetividade Negativa que é também encontrado nas perturbações Evitante e Obsessivo-Compulsiva da personalidade (DSM-5; APA, 2014), estes apenas se mostram capazes de caracterizar e diferenciar as perturbações de personalidade do Grupo B relativamente aos outros diagnósticos psiquiátricos, mas não relativamente a outras perturbações de personalidade.

Para além de estudar os domínios em si, foi também relevante verificar as suas facetas. Ao analisar as que correspondem ao domínio da Afetividade Negativa, percebeu-se que apenas a faceta Hostilidade é diferenciadora e caracterizadora das perturbações de personalidade do Grupo B relativamente ao grupo com outros diagnósticos psiquiátricos. Hopwood (2018), refere que pacientes com perturbação estado-limite, os pacientes mais representados na nossa amostra de perturbações de personalidade, quando interagem com a sua figura de apego inicialmente podem sentir raiva, direcionam essa raiva para dentro e acabam por transformá-la em ataques dirigidos ao outro que se tornam vagos e sem relação direta com a sua causa original. Ainda, Thomaes e Bushman (2011), realizaram um estudo sobre comportamento agressivo e verificaram que os pacientes que mais mostraram agressividade foram os diagnosticados com perturbação narcísica da personalidade quando enfrentavam uma ameaça relativamente ao seu ego inflacionado. Esta inflação e distorção de si mesmos leva pacientes narcísicos a agirem com uma maior hostilidade devido à ameaça sentida (Mulay & Cain, 2020).

Relativamente às facetas Labilidade Emocional e Ansiedade é o grupo com outras perturbações de personalidade que apresenta resultados mais elevados, mas apenas no caso da Labilidade Emocional a diferença é significativa. Segundo o DSM-5 (APA, 2014), a Labilidade Emocional corresponde a uma grande instabilidade emocional e do humor, com emoções intensas, desreguladas e desproporcionais às situações. Apesar de a Labilidade Emocional estar presente nas perturbações de personalidade do Grupo B, especialmente em pacientes com perturbação estado-limite da personalidade, este resultado sugere que este domínio seja

transversal a outras perturbações de personalidade. Por exemplo, Jacob et al. (2012), compararam indivíduos com perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade com indivíduos com perturbações de ansiedade e revelaram que os pacientes com perturbação obsessivo-compulsiva da personalidade mostram níveis mais baixos de regulação emocional. Dada a natureza intrusiva das obsessões e compulsões, estes pacientes sentem emoções intensas e podem apresentar uma menor tolerância para experiências emocionais.

Por sua vez, a faceta Ansiedade é caracterizada por sentimentos de nervosismo, tensão, pânico e preocupação frequente relativamente aos efeitos negativos de acontecimentos passados e a situações que possam vir a acontecer, existindo uma constante sensação de que vai acontecer o pior (DSM, 2014). Ao contrário do esperado, esta faceta não apresentou resultados significativamente superiores para o grupo de perturbações de personalidade do Grupo B.

A faceta Insegurança de Separação diz respeito ao medo de ficar sozinho, de ser rejeitado. Pacientes que apresentam altos níveis nesta faceta não acreditam que conseguem estar sozinhos e cuidar de si próprios (DSM, 2014). Nesta faceta os resultados também não se verificaram significativos.

No grupo com outros diagnósticos psiquiátricos existem bastantes indivíduos com perturbação depressiva ($n = 150$) e perturbação de ansiedade ($n = 21$), sendo possível que, no que diz respeito às facetas Ansiedade e Insegurança de Separação, este grupo seja mais semelhante do que diferente dos restantes grupos.

Nas facetas do domínio Antagonismo, em Manipulação, Falsidade, Procura de Atenção e Hostilidade observam-se resultados mais altos para o grupo com perturbação de personalidade do Grupo B. No entanto, apenas as facetas Manipulação e Falsidade diferenciam o grupo de perturbações de personalidade do Grupo B dos outros dois grupos estudados. A Manipulação faz parte da própria descrição de perturbação de personalidade antissocial e é nesta perturbação que lhe é dada maior importância, sendo um dos traços centrais da mesma. No entanto, como podemos ver em Mulay e Cain (2020), a Manipulação é um traço importante tanto para a perturbação antissocial como para a perturbação estado-limite da personalidade. Esta faceta estende-se ainda em determinadas situações para outras perturbações de personalidade como por exemplo, na perturbação de personalidade histriónica os pacientes mostram muitas vezes comportamentos manipulativos intencionais (Lewis & Mastico, 2020). Os resultados relativos a esta faceta vão ao encontro do esperado.

No que toca à Falsidade associada às perturbações de personalidade do Grupo B, podemos verificar que os resultados obtidos foram estatisticamente significativos. Esta faceta é descrita no DSM-5 (APA, 2014) como o ato de enganar e ser desonesto, com tendência para embelezar ou fabricar eventos quando relatados. Mulay e Cain (2020), referem que é de grande importância para profissionais que trabalham com indivíduos com personalidade antissocial monitorizarem as suas reações perante os comportamentos dos pacientes devido a estes estarem muitas vezes associados a manipulação e falsidade, o que pode despertar reações reativas no profissional e dificuldade em estabelecer uma relação apropriada. Esta faceta é também capaz de caracterizar e diferenciar o grupo de participantes com perturbação de personalidade do Grupo B dos outros dois grupos.

A faceta Grandiosidade é descrita pelo DSM-5 (APA, 2014), como uma crença de que se é superior relativamente aos outros e que se merece tratamento especial. A Grandiosidade não se ter verificado significativa pode dever-se ao facto de estar apenas presente na perturbação de personalidade narcísica, perturbação essa que não se encontra muito representada na amostra que temos, visto que apenas 0.7% apresenta este diagnóstico.

A Procura de Atenção é uma faceta que, como a Grandiosidade, no modelo alternativo do DSM-5 para as perturbações de personalidade está apenas associada à perturbação narcísica da personalidade, no entanto, podemos considerar outras perturbações de personalidade existentes no modelo oficial do DSM-5 com este traço evidente. Por exemplo, pacientes com perturbação histriónica da personalidade são caracterizados por uma personalidade dramática e uma perturbação marcada por padrões de emoção exagerada e procura de atenção (French & Shrestha, 2021). Ainda, Butler et al. (2002), conduziram um estudo com o *Personality Belief Questionnaire* (PBQ) e concluíram que pacientes com perturbação estado-limite apresentam padrões extremos de procura de atenção. Os resultados associados a esta faceta mostram que é possível diferenciar o grupo de perturbações de personalidade do Grupo B do grupo com outros diagnósticos psiquiátricos, mas não do grupo com outras perturbações de personalidade.

No último domínio do PID-5 significativo para as perturbações de personalidade do Grupo B, a Desinibição, as três facetas esperadas obtiveram efetivamente resultados superiores, mas apenas a faceta Impulsividade e a faceta Irresponsabilidade mostram resultados significativamente diferentes comparando com os outros dois grupos em estudo.

A Impulsividade é uma característica do diagnóstico da perturbação estado-limite da personalidade e é também associada a outras perturbações como à perturbação antissocial da personalidade (APA, 2014). Apesar do grau da impulsividade poder variar de indivíduo para indivíduo, é uma componente frequente e bastante relevante da perturbação antissocial. Pacientes com este tipo de perturbação apresentam padrões de comportamentos agressivos movidos pela impulsividade (Moeller et al., 2001). É também sugerido que a relação entre a impulsividade e as perturbações de personalidade pode proporcionar diversos sintomas de forma mais severa como os comportamentos de risco, a disfunção interpessoal, a dependência de substâncias e outros indicadores sociais, como por exemplo, o desemprego (McHugh & Balaratnasingam, 2018).

A Irresponsabilidade é descrita pelo DSM-5 (APA, 2014), como uma grande incapacidade para cumprir obrigações e compromissos, bem como por um desrespeito pela propriedade dos outros. Mulay e Cain (2020) chamam a atenção para o facto de pacientes com perturbação antissocial agirem sem considerarem qualquer potencial consequência que o seu comportamento possa originar. Esta irresponsabilidade é um dos critérios necessários para o diagnóstico de pacientes com perturbação antissocial. Num estudo de AlaviHejazi et al. (2017), mulheres com personalidade histriónica apresentam-se com uma sensação de superioridade perante os outros, com comportamentos exibicionistas, as suas relações são descritas como vazias e está-lhes associada uma grande irresponsabilidade, especialmente no que diz respeito aos cuidados maternos. Estas mulheres não mostram consistência nos seus padrões parentais e reagem com base no seu estado de espírito e nas suas vontades independentemente das da criança em causa (AlaviHejazi et al., 2017).

No que toca à faceta de Envolvimento em comportamentos de risco, Stanley e Brodsky (2005) distinguiram dois tipos de comportamentos de risco que incluíam comportamentos autodestrutivos nos pacientes com perturbação estado-limite da personalidade. Um deles consiste em tentativas de suicídio onde existe uma clara intenção de autodestruição, em que pelo menos parte do paciente quer morrer. A outra forma consiste em comportamentos autolesivos que não levam necessariamente ao suicídio e dentro destes comportamentos estão o consumo excessivo de álcool, atividade sexual de alto risco e automutilação, como cortes e queimaduras provocadas em si mesmo. Aproximadamente 75% dos pacientes com perturbação estado-limite da personalidade tentam suicídio pelo menos uma vez na vida (Oldham, 2006). Estes comportamentos de risco, nomeadamente os comportamentos suicidários, apresentam

também uma ligação com a perturbação antissocial da personalidade (Black et al., 1996). Apesar de esta faceta apresentar resultados significativos, quando se verificam as comparações múltiplas observamos que apenas diferencia o grupo com perturbações de personalidade do Grupo B do grupo com outros diagnósticos psiquiátricos.

Este estudo é exploratório, e por isso, para além das hipóteses esperadas, foi feita a análise de resultados de todos os domínios e facetas do PID-5. Observou-se que o grupo de participantes com perturbação de personalidade do Grupo B obteve resultados significativamente mais altos em facetas que não se esperavam inicialmente, como nas facetas Perseveração e Crenças e Experiências Incomuns. A faceta Perseveração é caracterizada por uma persistência em comportamentos ou tarefas disfuncionais apesar de existirem razões para mudar ou parar o comportamento (DSM-5, 2014). As próprias definições dos conceitos personalidade e perturbações de personalidade podem dirigir a atenção para esta característica: a personalidade é dinâmica, o que significa que está em constante adaptação para responder de forma saudável à experiência de cada indivíduo. Quando isto não acontece e a personalidade se mostra como um conjunto de características fixas e inflexíveis podemos estar perante um indicador de perturbação de personalidade (Cloninger & Svrakic, 2008). Temos exemplos disto em pacientes com perturbação estado-limite que apresentam padrões de instabilidade interpessoal e emocional bastante repetitivos e padrões de interação social particularmente inflexíveis (Zanarini & Frankenburg, 2007), o que pode explicar este resultado elevado. Por último, relativamente à faceta Crenças e Experiências Incomuns que é descrita pelos DSM-5 (2014) como a crença de que se tem capacidades extraordinárias incomuns, experiências de realidade bizarras incluindo do tipo alucinatório podemos perceber que esta faceta é usualmente associada a perturbações de personalidade do Grupo A devido às suas características persecutórias e alucinatórias. No entanto, é também comum vermos a perturbação estado-limite da personalidade relacionada com estes traços. De acordo com a teoria psicodinâmica, esta perturbação está no limite da psicose, daí o seu nome (Stern, 1938). Kernberg (1968), relata episódios psicóticos transitórios em indivíduos com esta perturbação quando perante situações de stress e abuso de drogas ou álcool. Schroeder et al. (2013), revela que entre 20% a 50% dos indivíduos que são diagnosticados com perturbação estado-limite da personalidade reportam sintomas psicóticos. Apesar destes resultados se mostrarem significativos, quando se recorre à comparação múltipla percebemos que estas facetas apenas diferenciam o grupo de participantes com perturbação de personalidade do Grupo B do grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos.

No panorama geral concluímos que apenas as facetas Manipulação, Falsidade, Impulsividade e Irresponsabilidade caracterizam e diferenciam o grupo de participantes com perturbações de personalidade do Grupo B do grupo de participantes com outras perturbações de personalidade e do grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos.

A abordagem categórica sugere que a perturbação ou está presente ou não está, em vez de considerar que pode existir um padrão de sintomas que varia ao longo de um espectro de gravidade e de que as perturbações de personalidade não se diferenciam entre si de acordo com critérios de diagnóstico arbitrários (Oldham, 2015). Através dos resultados obtidos neste estudo e relativamente aos instrumentos utilizados, conseguimos verificar que as perturbações de personalidade do Grupo B raramente se diferenciam significativamente das outras perturbações de personalidade. É ainda de grande importância referir que, mesmo quando existem diferenças significativas, as dimensões dos efeitos são pequenas ou, até mesmo, nulas o que nos faz pensar que a relevância das facetas pode ser relativa e pode estar mais relacionada com a dimensão das amostras do que das características específicas dos grupos.

Os resultados observados no PID-5 parecem, efetivamente, suportar uma visão dimensional da patologia da personalidade.

No que diz respeito à última hipótese, onde era esperado que todas as dimensões e o total da LPFS-SR fossem preditoras do diagnóstico de perturbação de personalidade, verificou-se que isso não aconteceu, o que pode ser novamente explicado pelas comorbilidades existentes nos dois grupos. Como já foi anteriormente explicado, os participantes diagnosticados com perturbação de personalidade têm muitas vezes um segundo ou um terceiro diagnóstico de outras perturbações psiquiátricas. Isto pode ter feito com que os níveis de disfunção fossem muito semelhantes entre os dois grupos e, conseqüentemente, com que a LPFS-SR não fosse suficientemente preditora do diagnóstico de perturbação da personalidade. Pode também ter contribuído o facto de o grupo com diagnóstico de perturbação de personalidade que respondeu à LPFS-SR ser de pequena dimensão.

Conclusão

O presente estudo propôs explorar as perturbações de personalidade através do Modelo Alternativo do DSM-5 para as Perturbações da Personalidade. Esta exploração teve em conta os traços de personalidade e os níveis de disfunção da personalidade. Mais especificamente, procurou-se diferenciar as perturbações de personalidade do grupo B das outras perturbações de personalidade através do modelo de traços do DSM-5.

Relativamente à LPFS-SR, concluiu-se que pacientes com perturbações de personalidade obtiveram resultados significativamente mais elevados em todas as dimensões, exceto na Empatia, mostrando que a LPFS-SR consegue caracterizar e diferenciar indivíduos com este tipo de perturbação. No entanto, tendo em conta os resultados apresentados que dizem respeito à última hipótese evidencia-se que nem os seus domínios nem o seu total foram preditores das perturbações de personalidade.

Já no que diz respeito ao PID-5, evidenciaram-se algumas diferenças significativas entre o grupo de participantes com perturbação de personalidade do Grupo B relativamente ao grupo de participantes com outras perturbações de personalidade e ao grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos. Quanto aos seus domínios, os resultados mostraram níveis mais altos em Antagonismo e Desinibição em pacientes com perturbação de personalidade do Grupo B relativamente ao grupo de pacientes com outros diagnósticos psiquiátricos, mas não relativamente ao grupo de pacientes com outras perturbações de personalidade. Já nos domínios Afetividade Negativa e Psicoticismo, o grupo de pacientes que apresenta resultados com valores mais elevados é o com diagnóstico de outras perturbações de personalidade.

No que diz respeito às facetas do PID-5 e de acordo com as hipóteses apresentadas, as facetas Manipulação, Falsidade, Impulsividade e Irresponsabilidade mostraram-se capazes de caracterizar e diferenciar o grupo de participantes com perturbação de personalidade do Grupo B dos outros dois grupos em estudo. Nas facetas Procura de Atenção, Hostilidade e Comportamentos de Risco o grupo de participantes com perturbação de personalidade do Grupo B distingue-se apenas do grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos.

Ainda, apesar de não estar contemplado nas hipóteses apresentadas, o grupo de participantes com perturbação de personalidade do Grupo B apresenta resultados com valores significativamente mais elevados para as facetas Perseveração e Crenças e Experiências Incomuns, mas apenas relativamente ao grupo de participantes com outros diagnósticos psiquiátricos.

A maioria dos objetivos a que este trabalho se propôs foram atingidos.

Limitações do estudo e Investigações Futuras

Considero que a principal limitação que este estudo apresenta é a questão de a amostra considerada para perturbações de personalidade ser com pacientes que apresentam perturbação de personalidade em diagnóstico principal ou em diagnóstico secundário/terciário e a impossibilidade de controlar a comorbilidade existente. No entanto, apesar de considerar isto uma limitação, considero também que representa a prática clínica real, pois o mais comum é encontrar pacientes com perturbações em comorbilidade. Esta primeira limitação relaciona-se também com o facto do tamanho da amostra para perturbações de personalidade, comparando com o grupo com outros diagnósticos psiquiátricos ser consideravelmente menor. Outra limitação deste estudo prende-se com o facto de o processo de recolha de dados não ter sido realizado de forma igual para todos os participantes pois algumas aplicações foram coletivas, outras individuais, na presença do examinador ou sem a presença do examinador e numa única sessão ou em várias sessões, o que poderá ter impedido o controlo de variáveis estranhas como por exemplo as flutuações de humor, o cansaço, as distrações, entre outras. Ainda, Maples et al. (2015), refere a extensão do PID-5 como um problema para a realização de estudos relativamente ao modelo alternativo, pois a sua aplicação é muito cansativa para os participantes, especialmente quando se trata de amostras clínicas. O facto de os instrumentos serem de autorrelato pode também ser considerado limitativo ao estudo pois é provável que exista alguma desejabilidade social e até alguma distorção consciente ou não, relacionada com as perturbações em si.

Para investigações futuras, Hemmati (2019) refere ainda que existem estudos onde é sugerido que o modelo alternativo pode ajudar a prever respostas a intervenções específicas, por exemplo, Bagby et al. (2008), dizem que resultados elevados em Neuroticismo, que está por sua vez associado ao domínio da Afetividade Negativa, mostram respostas mais positivas ao tratamento por farmacoterapia comparativamente à psicoterapia. Seria então interessante investigar e perceber em que medida consegue este modelo prever a eficácia dos diferentes tipos de tratamentos existentes para as diferentes perturbações. Apesar dos diagnósticos de perturbação de personalidade serem reservados para indivíduos com mais de 18 anos, seria interessante estudar o efeito destes instrumentos em crianças e adolescentes, investigar se existe uma ligação entre resultados elevados e um prognóstico de perturbação de personalidade. Seria

ainda interessante alargar este estudo a todos os Grupos de perturbações de personalidade do DSM-5 e perceber se existem diferenças entre eles ou até mesmo nas perturbações dentro de cada Grupo. Relativamente à LPFS-SR, Sleep et al., (2019) criticam diversos aspetos da escala, como por exemplo a sua estrutura e a sua validade discriminante e incremental pelo que será de grande importância aumentar a investigação neste campo de modo a verificar a relevância desta escala.

Implicações para a Investigação e Prática Clínica

Este estudo é um contributo para a validação do Inventário para a Personalidade do DSM-5 (PID-5) e da Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade (LPFS-SR) e para um entendimento mais aprofundado relativamente às dimensões desadaptativas da personalidade de indivíduos com perturbação de personalidade. Os resultados obtidos permitiram ainda perceber em que aspetos da terapia nos podemos focar para um tratamento e acompanhamento mais eficaz.

Referências Bibliográficas

- AlaviHejazi, M., Fatehizade, M., Bahrami, F., & Etemadi, O. (2017). Histrionic women in Iran: A qualitative study of the couple interactive pathology of the women with symptoms of histrionic personality disorder (HPD). *Review of European Studies*, 9, 18-32. <https://doi.org/10.5539/res.v9nlp18>
- Al-Dajani, N., Gralnick, T. M., & Bagby, R. M. (2016). A psychometric review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Current status and future directions. *Journal of Personality Assessment*, 98(1), 62-81. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1107572>
- American Psychiatric Association. (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV (4th Ed)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (APA) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM III-R (3rd Ed revised)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (APA). (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5^a ed.)*. Climepsi Editores.
- Arntz, A., & Van Genderen, H. (2020). *Schema therapy for borderline personality disorder*. John Wiley & Sons.
- Bagby, R. M., Quilty, L. C., Segal, Z. V., McBride, C. C., Kennedy, S. H., & Costa Jr, P. T. (2008). Personality and differential treatment response in major depression: A randomized controlled trial comparing cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(6), 361-370. <https://doi.org/10.1177/070674370805300605>

- Beauchaine, T. P., & Hinshaw, S. P. (2016). *Child and Adolescent Psychopathology*. (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5. Part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 332-346. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.583808>
- Black, D. W., Baumgard, C. H., & Bell, S. E. (1996). Death rates in 71 men with antisocial personality disorder: A comparison with general population mortality. *Psychosomatics*, 37(2), 131-136. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(96\)71579-7](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(96)71579-7)
- Bornstein, R. F., & Natoli, A. P. (2019). Clinical utility of categorical and dimensional perspectives on personality pathology: A meta-analytic review. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 10(6), 479-490. <https://doi.org/10.1037/per0000365>
- Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T., & Grisham, J. R. (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, 40(10), 1231-1240. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00031-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00031-1)
- Cale, E. M., & Lilienfeld, S. O. (2002). Histrionic personality disorder and antisocial personality disorder: Sex-differentiated manifestations of psychopathy?. *Journal of personality disorders*, 16(1), 52-72. <https://doi.org/10.1521/pedi.16.1.52.22557>
- Cloninger, C. R., & Svrakic, D. M. (2008). Personality disorders. In C. R. Cloninger & D. M. Svrakic (Eds.), *The medical basis of psychiatry* (pp. 471-483). Humana Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of personality disorders*, 6(4), 343-359. <https://doi.org/10.1521/pedi.1992.6.4.343>
- Deary, I. J., Peter, A., Austin, E., & Gibson, G. (1998). Personality traits and personality disorders. *British Journal of Psychology*, 89(4), 647-661. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1998.tb02708.x>
- Eskedal, G. A., & Demetri, J. M. (2006). Etiology and treatment of cluster C personality disorders. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(1), 1-17. <https://doi.org/10.17744/mehc.28.1.7yjq6tabcexbl6j>
- First, M. B., Pincus, H. A., Levine, J. B., Williams, J. B., Ustun, B., & Peele, R. (2004). Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 161(6), 946-954. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.6.946>
- French, J.H., & Shrestha, S. (2021, April 18). *Histrionic personality disorder*. StatPearls. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542325/.
- Gore, W. L., & Widiger, T. A. (2013). The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general personality. *Journal of abnormal psychology*, 122(3), 816-821. <https://doi.org/10.1037/a0032822>
- Grilo, C. M., Becker, D. F., Anez, L. M., & McGlashan, T. H. (2004). Diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: An evaluation in Hispanic men and women with substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 126-131. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.126>

- Hamilton, N. G., & Hamilton, M. G. (1988). *Self and others: Object relations theory in practice*. Jason Aronson.
- Hayward, R. D., Taylor, W. D., Smoski, M. J., Steffens, D. C., & Payne, M. E. (2013). Association of five-factor model personality domains and facets with presence, onset, and treatment outcomes of major depression in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 21*(1), 88-96. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.11.012>
- Hemmati, A., Morey, L. C., McCredie, M. N., Rezaei, F., Nazari, A., & Rahmani, F. (2020). Validation of the Persian translation of the level of personality functioning scale-Self-report (LPFS-SR): Comparison of college students and patients with personality disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 42*(3), 546-559. <https://doi.org/10.1007/s10862-019-09775-6>
- Hopwood, C. J., & Back, M. (2018). Interpersonal dynamics in personality and personality disorders. *European Journal of Personality, 32*(5), 499-524. <https://doi.org/10.1002/per.2155>
- Hopwood, C. J., Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Widiger, T. A., Althoff, R. R., & Zimmermann, J. (2018). The time has come for dimensional personality disorder diagnosis. *Personality and Mental Health, 12*(1), 82-86. <https://doi.org/10.1002/pmh.1408>
- Jacob, M. L., Morelen, D., Suveg, C., Brown Jacobsen, A. M., & Whiteside, S. P. (2012). Emotional, behavioral, and cognitive factors that differentiate obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders in youth. *Anxiety, Stress & Coping, 25*(2), 229-237. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.571255>
- Kernberg, O. (1968). The treatment of patients with borderline personality organization. *International Journal of Psycho-Analysis, 49*, 600-619.

- Kernberg, O. F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. Yale University Press
- Kramer, U. (2019). Personality, Personality Disorders, and The Process of Change. *Psychotherapy Research*, 29(3), 324-336.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1377358>
- Kraus, G., & Reynolds, D. J. (2001). The “abc's” of the cluster b's: Identifying, understanding, and treating cluster b personality disorders. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 345-373.
[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00052-5](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00052-5)
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879-1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Lewis, C. K., & Mastico, E. R. (2020). Histrionic Personality Disorder. In V. Zeigler-Hill, & T. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 206-2015). Springer.
- Lilienfeld, S. O., Van Valkenburg, C., Larntz, K., & Akiskal, H. S. (1986). The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatization disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 143(6), 718–722. <https://doi.org/10.1176/ajp.143.6.718>
- Maples, J. L., Carter, N. T., Few L. R., Crego, C., Gore, W. L., Samuel, D. B., Miller, J. D. (2015). Testing whether the DSM-5 personality disorder trait model can be measured with a reduced set of items: An item response theory investigation of the Personality Inventory for DSM-5. *Psychological Assessment*, 27(4), 1195-210.
<https://doi.org/10.1037/pas0000120>

- McCabe, G. A., & Widiger, T. A. (2020). Discriminant validity of the alternative model of personality disorder. *Psychological Assessment*, 32(12), 1158-1171. <https://doi.org/10.1037/pas0000955>
- McHugh, C., & Balaratnasingam, S. (2018). Impulsivity in personality disorders: current views and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(1), 63-68. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000383>
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (2013). Introduction to the empirical and theoretical status of the five-factor model of personality traits. In T. A. Widiger & P. T. Costa, Jr. (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 15–27). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13939-002>
- Meloy, J. R., & Yakeley, J. (2014). Antisocial personality disorder. In G. O. Gabbard (5th Ed.), *Treatment of Psychiatric Disorders* (pp. 1015-1034). American Psychiatric Association.
- Milinkovic, M. S., & Tiliopoulos, N. (2020). A systematic review of the clinical utility of the DSM-5 section II alternative model of personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(6), 377-397. <https://doi.org/10.1037/per0000408>
- Moran, P. (1999). The epidemiology of antisocial personality disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(5), 231-242.
- Morey, L. C. (2017). Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM–5 Level of Personality Functioning Scale. *Psychological Assessment*, 29(10), 1302-1308. <https://doi.org/10.1037/pas0000450>
- Morey, L. C., & Hopwood, C. J. (2019). Brief Report: Expert Preferences for Categorical, Dimensional, and Mixed/Hybrid Approaches to Personality Disorder Diagnosis. *Journal*

of *Personality Disorders*, 34(Supplement C), 124-131.

<https://doi.org/10.1521/pedi.2019.33.398>

Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>

Mulay, A. L., & Cain, N. M. (2020). Antisocial Personality Disorder. In Zeigler-Hill V., & Shackelford, T. (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 206-215). Springer

Mullins-Sweatt, S. N., & Widiger, T. A. (2009). Clinical utility and DSM-V. *Psychological Assessment*, 21(3), 302–312. <https://doi.org/10.1037/a001660>

Nestadt, G., Romanoski, A. J., Chahal, R., Merchant, A., Folstein, M. F., Gruenberg, E. M., & McHugh, P. R. (1990). An epidemiological study of histrionic personality disorder. *Psychological Medicine*, 20(2), 413-422. <https://doi.org/10.1017/S0033291700017724>

Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 20-26. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.20>

Oldham, J. M. (2015). The Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *World Psychiatry*, 14(2), 234-236. <https://doi.org/10.1002/wps.20232>

Oldham, J. M. (2018). DSM models of personality disorders. *Current Opinion In Psychology*, 21, 86-88. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.010>

Parnas, J., Licht, D., Bovet, P., Lenzenweger, M. F., Claridge, G., Gottesman, I. I., & Bernstein, D. P. (2005). Cluster A personality disorders: A review. In M. Maj, A. S. Hagop, J. E.

Mezzich & A. Okasha (Eds.), *Personality Disorders*, (pp. 1-124). John Wiley & Sons.

<https://doi.org/10.1002/0470090383.ch1>

Pickard, H. (2011). Responsibility without Blame: Empathy and the Effective Treatment of Personality Disorder. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology: PPP*, 18(3), 209-223.

<https://doi.org/10.1353/ppp.2011.0032>

Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 421-446.

<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215>

Pincus, A. L., (2011). Some comments on nosology, diagnostic process, and narcissistic personality disorder in the DSM-5 proposal for personality and personality disorders.

Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. 2(1), 41-53.

<https://doi.org/10.1037/a0021191>

Pires, R., Sousa Ferreira, A., & Guedes, D. (2017). The psychometric properties of the Portuguese version of the Personality Inventory for DSM-5. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(5), 468-475. <https://doi.org/10.1111/sjop.12383>

Pires, R., Sousa Ferreira, A., Guedes, D., Gonçalves, B., & Henriques-Calado, J. (2018). Estudo das propriedades psicométricas – formas longa, reduzida e breve – da versão portuguesa o Inventário da Personalidade para o DSM-5 (PID-5). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 47(2), 197-212. [https://doi-](https://doi.org/10.21865/RIDEP47.2.14)

[org/10.21865/RIDEP47.2.14](https://doi.org/10.21865/RIDEP47.2.14)

Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2006). Clinicians' judgments of clinical utility: A comparison of the DSM-IV and five-factor models. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(2), 298-308.

<https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.2.298>

- Schroeder, K., Fisher, H. L., & Schäfer, I. (2013). Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder: Prevalence and clinical management. *Current Opinion In Psychiatry*, 26(1), 113-119. <http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835a2ae7>
- Seligman, L., Reichenberg, L. W. (2016). *Selecting effective treatments: A comprehensive, systematic guide to treating mental disorders* (5th ed). John Wiley & Sons.
- Sleep, C. E., Lynam, D. R., Widiger, T. A., Crowe, M. L., & Miller, J. D. (2019). Difficulties with the conceptualization and assessment of Criterion A in the DSM–5 alternative model of personality disorder: A reply to Morey (2019). *Psychological Assessment*, 31(10), 1200–1205. <https://doi.org/10.1037/pas0000758>
- Sleep, C. E., Hyatt, C. S., Lamkin, J., Mapless-Keller, J., & Miller, J. D. (2017). Examining the relations among the DSM-5 alternative model of personality, the five-factor model, and externalizing and internalizing behavior. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 9(4), 379-384. <https://doi.org/10.137/per0000240>
- Stanley, B., & Brodsky, B. S. (2005). Suicidal and self-injurious behavior in borderline personality disorder: A self-regulation model. In J. G. Gunderson & P. D. Hoffman (Eds.), *Understanding and treating borderline personality disorder: A guide for professionals and families* (pp. 43–63). American Psychiatric Association.
- Skodol, A. E. (2018). Can personality disorders be redefined in personality trait terms?. *American Journal of Psychiatry*, 117(7), 590-592. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18040481>
- Skodol, A. E., Bender, D. S., Morey, L. C., Clark, L. A., Oldham, J. M., Alarcon, R. D., & Siever, L. J. (2011). Personality disorder types proposed for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25(2), 136-169. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.2.136>

- Terracciano, A., McCrae, R. R., Brant, L. J., & Costa, P. T., Jr. (2005). Hierarchical linear modeling analyses of NEO-PI-R scales in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Psychology and Aging, 20*, 493–506. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.20.3.493>
- Thomas, K. M., Yalch, M. M., Krueger, R. F., Wright, A. G., Markon, K. E., & Hopwood, C. J. (2013). The convergent structure of DSM-5 personality trait facets and five-factor model trait domains. *Assessment, 20*(3), 308-311. <https://doi.org/10.1177/1073191112457589>
- Thomaes, S., & Bushman, B. J. (2011). Mirror, mirror, on the wall, who's the most aggressive of them all? Narcissism, self-esteem, and aggression. In P. R. Shaver & M. Mikulincer (Eds.), *Human Aggression and Violence: Causes, Manifestations, and Consequences* (pp. 203–219). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12346-011>
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 355-380. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009>
- Vossen, T. J., Coolidge, F. L., Segal, D. L., & Muehlenkamp, J. J. (2017). Exploring the dark side: Relationships between the dark triad traits and cluster b personality disorder features. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders, 1*(6), 317-326. <http://doi.org/10.26502/jppd.2572-519X0032>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge
- Waugh, M.H., Hopwood, C.J., Krueger, R. F., Morey, L. C., Pincus, A. L., & Wright, A. G. (2017). Psychological assessment with the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders: Tradition and innovation. *Professional Psychology: Research and Practice, 48*(2), 79. <https://doi.org/10.1037/pro0000071>

- Wright, A. G., & Simms, L. J. (2014). On the structure of personality disorder traits: Conjoint analyses of the CAT-PD, PID-5, and NEO-PI-3 trait models. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(1), 43-54. <https://doi.org/10.1037/per0000037>
- Yakeley, J. (2018). Current understanding of narcissism and narcissistic personality disorder. *Cambridge University Press*, 24(5), 305-315. <https://doi.org/10.1192/bja.2018.20>
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2007). The essential nature of borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 21, 518–535. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.518>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 827-832.

ANEXOS

Anexo I

Definições das dimensões da Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade adaptado de APA (2014)

Identidade

Experiência de si como único, capaz de definir e perceber os limites entre si e os outros. Tem uma autoestima estável e capacidade para regular experiências emocionais.

Autodireção

Padrões de comportamento adaptados e pró-sociais. Capacidade para refletir e capacidade e motivação para a procura de objetivos de vida significativos.

Empatia

Compreensão e tolerância relativamente a outras experiências, motivações e perspetivas. Compreensão das consequências que pode causar nos outros.

Intimidade

Capacidade de criar ligações próximas profundas e duradouras. Comportamento interpessoal congruente com as emoções.

Anexo II

Definições dos domínios e facetas do Inventário de Personalidade do DSM-5 adaptada de APA (2014)

Afetividade Negativa – Experiência recorrente e com altos níveis de intensidade de um conjunto significativo de emoções negativas, como ansiedade ou depressão. Respetivas manifestações comportamentais e interpessoais, como autoagressão e dependência.

Labilidade Emocional – Instabilidade emocional; Emoções intensas ou desproporcionais relativamente à situação.

Ansiedade – Reações de nervosismo, tensão ou pânico relativamente a diversas situações; Preocupação constante relativamente ao futuro e às consequências do passado; À espera que aconteça o pior.

Insegurança de Separação – Medo do abandono e da rejeição; Baseia-se na falta de confiança para cuida de si próprio.

Submissão – Cedência das suas vontades perante as do outro; Adaptação do seu comportamento aos interesses e desejos do outro.

Hostilidade – Sentimentos de raiva ou irritabilidade persistentes; Comportamento vingativo e com maldade.

Perseveração – Persistência em comportamentos disfuncionais.

Depressividade – (ver Desprendimento)

Suspeição – (ver Desprendimento)

Afetividade Restrita – (ver Desprendimento)

Desprendimento – Evitamento de relações interpessoais e experiências socioemocionais.

Afastamento – Evitamento de contactos e atividades sociais; Preferência por estar sozinho.

Evitamento da Intimidade – Evitamento de relações próximas de intimidade, incluindo relações românticas.

Anedonia – Insatisfação, pouco envolvimento ou energia em relação a experiências da vida; Pouco interesse e prazer nas coisas.

Depressividade – Sentimentos de derrota e desespero; Ideação suicida; Vergonha e/ou culpa intensa; Sentimentos de incapacidade.

Afetividade Restrita – Emoções e expressões restritas; Incapacidade de sentir interesse em situações normalmente envolventes.

Suspeição – Dúvidas sobre a lealdade dos outros; Sentimentos de desconfiança, de estar a ser usado ou perseguido pelos outros.

Antagonismo – Comportamentos que suscitam o desacordo do indivíduo com os outros; Sentido exagerado de autoimportância e expectativa de tratamento especial; Antipatia e insensibilidade relativamente aos outros.

Manipulação – Uso da sedução, charme, bajulação, etc., com o objetivo de influenciar os ou controlar os outros para proveito próprio.

Falsidade – Comportamentos de desonestidade e engano.

Grandiosidade – Crença de que se é superior aos outros e que merece tratamento especial; Sentimentos de superioridade e egocentrismo.

Procura de Atenção – Comportamentos excêntricos com o objetivo de atrair atenções e obter admiração dos outros.

Insensibilidade – Ausência de preocupação, culpa ou remorso relativamente aos problemas dos outros e aos efeitos negativos ou prejudiciais das ações do próprio.

Hostilidade – (ver Afetividade Negativa)

Desinibição – Comportamentos e sentimentos impulsivos que não têm em consideração possíveis consequências futuras; Orientação para a gratificação imediata.

Irresponsabilidade – Desconsideração por obrigações ou compromissos; Desrespeito por acordos e promessas; Falta de cuidado com a propriedade do outro.

Impulsividade – Ação por impulso do momento em resposta a estímulos imediatos e sem consideração por possíveis consequências; Comportamento autoagressivo sob mal-estar emocional.

Distratibilidade – Dificuldade de concentração e atenção facilmente desviada por estímulos externos.

Envolvimento em Comportamentos de Risco – Envolvimento em atividades perigosas e potencialmente lesivas; Falta de consideração pelas consequências; Negação do perigo.

Perfeccionismo Rígido (ausência de) – Insistência rígida para que tudo corra na perfeição e sem erros, tanto no desempenho pessoal como no dos outros; Crença de que há apenas uma forma correta de fazer as coisas e intransigência; Preocupação excessiva com organização e detalhes.

Psicoticismo - Comportamentos ou pensamentos estranhos, excêntricos e incomuns; Incongruência com a cultura, incluindo processos (e.g., percepção) e conteúdos (e.g., crenças).

Crenças e Experiências Incomuns – Crença de que se tem capacidades incomuns, como por exemplo leitura da mente; Experiências de realidade incomuns, como por exemplo alucinações.

Excentricidade - Comportamento, aparência, pensamentos e discurso estranhos, incomuns e bizarros.

Desregulação Cognitiva e Perceptual – Processo do pensamento e experiências estranhas ou incomuns (e.g., despersonalização).
