

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas

Mestrado e Doutorado

Tradução, adaptação e aplicação do PDQ-4 (Personality Diagnostic Questionnaire 4) para uma amostra de pacientes internados e ambulatoriais.

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Clínica Médica.

Igor Dias de Oliveira Alcantara

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Helena Freitas Ceitlin

Co-orientadora: Profa. Dra. Márcia Lorena Fagundes Chaves

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

2003

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS

1 INTRODUÇÃO

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Histórico

2.2 Epidemiologia e Relevância dos Transtornos da Personalidade

2.3 Classificações Atuais dos Transtornos da Personalidade

2.4 Modelos Categóricos e Dimensionais

2.5 A Questão diagnóstica dos Transtornos da Personalidade

2.6 PDQ-IV: O instrumento

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

3.2 Objetivos Específicos

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5 ARTIGO CIENTÍFICO: VERSÃO EM INGLÊS

6 ARTIGO CIENTÍFICO: VERSÃO EM PORTUGUÊS

TABELAS

ANEXOS

Anexo 1: PDQ-IV. Versão Original

Anexo 2: PDQ-IV. Versão Traduzida

Anexo 3: Protocolo de Pesquisa

Anexo 4: Escala de Avaliação do Funcionamento Global (AGF)

Anexo 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELAS

TABELAS NA REVISÃO DA LITERATURA

Tabela 1 - Relação entre os elementos cósmicos, suas características, os humores e o temperamento humano.

Tabela 2: Classificação dos Transtornos da Personalidade

TABELAS NO ARTIGO CIENTÍFICO

Tabela 1: Diagnósticos de Eixo I na amostra.

Tabela 2: número de pacientes em cada um dos diagnósticos específicos de personalidade e concordância entre o PDQ-4 e o diagnóstico clínico

Tabela 3: Médias e desvios padrão do PDQ-4 entre pacientes com TP presente ou ausente, no grupo geral e nos diferentes diagnósticos de Eixo I encontrados.

Tabela 4: Escore total do PDQ-4, considerando o ponto de corte \geq a 50, comparado com a impressão clínica.

Tabela 5: Escore total do PDQ-4, considerando o ponto de corte \geq a 30, comparado com a impressão clínica.

LISTA DE ABREVIATURAS

DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico, Texto Revisado

CID 10: Classificação Internacional de Doenças, Décima Edição

PDQ-IV: Questionário Diagnóstico de Personalidade, Quarta edição.

AGF: Escala de Avaliação o Funcionamento Global

TP: Transtornos da Personalidade

1. INTRODUÇÃO

Os pacientes com Transtornos da Personalidade (TP) apresentam padrões de relacionamento, percepção do ambiente e de si próprios profundamente mal ajustados e inflexíveis, experimentando sofrimento ou prejuízo nos diversos setores de suas vidas.

As classificações diagnósticas com critérios objetivos (DSM-III em diante e CID 10) propiciaram um aumento nos estudos dedicados a diagnosticar e quantificar estes transtornos que apresentam uma prevalência em torno de 10% (Weissmann, 1990), chegando a 33% (Mattia e Zimmermann, 2001). Em populações clínicas este número aumenta, variando entre 13% e 81% (Reich et alii, 1989; Cloninger, 1999; Dolan-Sewell, Krueger e Shea, 2001)

Existe um alto grau de morbidade associado aos TP, como a associação com suicídio, agressões, auto-mutilações, alta utilização de serviços médicos, além de fracasso profissional e matrimonial (Gabbard, 1997).

A comorbidade entre TP e patologias do Eixo I é alta, pacientes com TP possuem maior risco de apresentar doenças do Eixo I (Dolan-Sewell, Krueger e Shea, 2001). A presença de TP afeta de maneira negativa o curso e a resposta ao tratamento farmacológico e psicoterápico de patologias do Eixo I. Já foi relatado o efeito negativo dos TP para depressão, pânico, dependência química e jogo patológico (Zimmermann, 1994; Pfohl et al, 1987; Reich et alii, 1987; Steel e Blaszczynski, 1998; DeJong et alii, 1993; Nace et alii, 1991; Nurnberg et alii, 1993).

As características fundamentais dos Transtornos da Personalidade são uma vivência interior e um comportamento que não correspondem à cultura do indivíduo. Devido a esta dificuldade em estar sintonizado com o seu ambiente e os seus pares, estes pacientes sofrem com a desadaptação que se reflete nos relacionamentos afetivos,

profissionais e sociais em geral (APA, 1994).

Devido as suas peculiaridades estes pacientes geralmente são alvos de preconceito, sendo considerados excêntricos, geniosos, autoritários, ou simplesmente estranhos. Mesmo no meio psiquiátrico podem ser vistos como incuráveis, de difícil abordagem ou perigosos (Gabbard, 1997).

Como estes pacientes freqüentemente não reconhecem suas dificuldades como oriundas do seu próprio jeito de ser, atribuindo-as ao meio ambiente, passam a limitar suas vidas aos locais e circunstâncias em que sua sintomatologia é tolerada.

Por não reconhecerem seu funcionamento como problemático, estes pacientes não procuram tratamento espontaneamente, sendo geralmente diagnosticados em função de um outro transtorno psiquiátrico sobreponente que os leva a pedir ajuda ou ainda por pressões familiares e profissionais.

Persistem inúmeras dúvidas a respeito desta entidade nosológica bem como seu diagnóstico sob diversos aspectos: qual o melhor momento para avaliar os pacientes? No momento da crise ou após esta? Devemos entrevistar o paciente ou alguém que o conheça bem? Como avaliar os aspectos da personalidade que se modificam durante a vida do paciente? Que instrumentos utilizar? Pode um outro transtorno psiquiátrico causar um Transtorno da Personalidade? (Zimmerman, 1994)

Existe ainda a questão dos Traços de Personalidade, que são padrões de relacionamento semelhantes aos sintomas, mas que não acarretam prejuízo ou desadaptação, não sendo portanto considerados patológicos. Na prática clínica, e principalmente na aplicação de instrumentos diagnósticos, os dois se confundem.

Em nosso meio, os Transtornos de Personalidade são amplamente discutidos no contexto de sua apresentação clínica, técnicas terapêuticas e implicações para o indivíduo, mas existem poucos estudos sobre instrumentos diagnósticos e dados

epidemiológicos.

O PDQ-4 (Personality Disease Questionnaire-4; Hyler e cols., 1994) é um questionário auto-aplicado, com 85 questões; a cada questão corresponde um critério diagnóstico do DSM-IV. Geralmente o PDQ-4 gera múltiplos diagnósticos de TP para um mesmo indivíduo, não devendo ser utilizado para gerar diagnósticos de Transtornos de Personalidade específicos. Sobre a capacidade deste instrumento ser utilizado como teste de triagem para detecção de TP sem especificar o tipo de TP, ainda existem controvérsias. (Fossati et al, 1998, Wilberg, Damon e Friis, 2000, Davison et al, 2001).

Geralmente, em ambientes clínicos, quando o escore total do PDQ-4 é superior a 50, sugere-se que o paciente seja mais bem avaliado quanto à possibilidade de apresentar um Transtorno da Personalidade.

Neste estudo, o PDQ-4 foi traduzido e adaptado para o português e aplicado para pacientes em dois níveis de atenção: um grupo de pacientes internados na Clínica Pinel de Porto Alegre e outro de pacientes ambulatoriais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

O escore do instrumento foi comparado com o diagnóstico clínico obtido com os médicos assistentes e com a revisão do prontuário, visando verificar a concordância entre o PDQ-4 e o diagnóstico clínico.

Neste trabalho, visamos obter uma versão em português para um instrumento diagnóstico de personalidade, verificar a aplicabilidade do instrumento em nosso meio, e verificar se os achados encontram-se em acordo com aqueles da literatura internacional.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 - Histórico

Provavelmente a primeira teoria sobre personalidade tenha surgido cerca de 400 anos AC, com Hipócrates, que descreveu diferentes tipos de temperamento baseado nos denominados “quatro humores corporais”. Estes, por sua vez, estariam relacionados aos quatro elementos cósmicos propostos pelo filósofo Empédocles, 50 anos antes, conforme Tabela 1.

Tabela 1- Relação entre os elementos cósmicos, suas características, os humores e o temperamento humano.

ELEMENTO	PROPRIEDADE	HUMOR	TEMPERAMENTO
Terra	Frio, seco	Bile Negra	Melancólico
Ar	Quente, úmido	Sangue	Sangüíneo
Fogo	Quente,seco	Bile amarela	Colérico
Agua	Frio, úmido	Fleuma	Fleumático

Estando os humores distribuídos em proporções adequadas, o indivíduo estaria equilibrado. Em caso contrário, o temperamento tenderia para o humor dominante (Torres, 1993).

Embora a personalidade seja objeto de estudo de diversas culturas a partir destes precursores, as maiores contribuições ao estudo dos Transtornos da Personalidade surgem a partir do século XIX.

Philippe Pinel (1801) chamou a atenção para pacientes com alteração de afeto e comportamento na ausência de sintomas psicóticos, quadro que denominou “manie sans

délie”. Pritchard, em 1835, na Inglaterra, cunhou o termo “insanidade moral”, caracterizado pela “perversão das disposições morais”, o que evoluiu para o atual conceito de TP anti-social. Emil Kraepelin, em 1921 descreveu sete tipos de “personalidades psicopáticas”, dando ênfase aos aspectos sociais do comportamento. (Oxford, 1996).

Com os estudos de Kurt Schneider (1923), se atinge uma maior clareza na classificação dos TP. Schneider não centrou seus estudos apenas nas personalidades sociopáticas e passou a descrever outros transtornos nos quais havia prejuízo não apenas para os convivas, mas também sofrimento para o próprio portador do transtorno. Foi o primeiro a propor alguns postulados básicos, ainda hoje vigentes na abordagem diagnóstica dos TP. Schneider salientou que os Transtornos da Personalidade constituíam-se em uma categoria distinta e não como precursores de psicoses ou outros transtornos psiquiátricos. Propôs que tais transtornos iniciavam-se na infância e continuavam pela vida adulta. Considerava ainda que os TP representavam funcionamentos extremos de traços encontrados na maioria das pessoas. Descreveu 10 tipos de TP, que guardam semelhança com aqueles presentes em nossa classificação atual. A saber: hipertímicos, depressivos, inseguros de si, fanáticos, necessitados de estima, lábeis de ânimo, explosivos, desalmados, abúlicos e astênicos (Oxford,1996, Coolidge e Segal, 1998).

A primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM) foi publicada em 1952 e representou a primeira aparição formal dos Transtornos da Personalidade como entidade nosológica distinta e separada das demais. Apesar dos relatos de autores individuais, salientando-se Kurt Schneider, até então as classificações oficiais costumavam dividir as doenças psiquiátricas em neuroses e psicoses, podendo estas últimas serem orgânicas ou funcionais. Oficialmente, o DSM é pioneiro em considerar os TP como uma categoria sem continuidade com as demais doenças (Coolidge e Segal, 1998). A publicação do DSM-III, em 1980, trouxe inovações

importantes, que se refletiram na pesquisa na área dos Transtornos da Personalidade. Ocorreram mais publicações após este momento do que em todo o período anterior (Zimmerman, 1994; Skodol e cols., 1988), ainda que estes estudos tenham se concentrado em alguns subtipos dos TP, principalmente anti-social, borderline e esquizotípico (Blashfield e Intoccia, 2000).

Considera-se que a publicação do DSM-III foi importante para o estudo dos TP em diversos aspectos. Em primeiro lugar, adotou um número específico de critérios a serem preenchidos para se obter o diagnóstico. Determinou tratarem-se de critérios politéticos, ou seja, nenhum poderia ser considerado essencial ou patognomônico para o diagnóstico. O que importava era o número total de critérios. No DSM-III a definição de Transtornos da Personalidade foi revisada, adquirindo a descrição ainda hoje vigente, incluindo as definições atuais de traços, data de início dos sintomas, inflexibilidade e desadaptação.

Provavelmente, a contribuição mais importante contida no DSM-III é a criação da abordagem diagnóstica multi-axial. Colocando-se os TP no “Eixo II”, separadamente, tornou-se imperativa a necessidade de realizar o diagnóstico também nesta categoria, independentemente da patologia em Eixo I. Sinais e sintomas que poderiam ser incluídos no espectro das síndromes do Eixo I, agora deveriam ser melhor classificados para a elaboração de um diagnóstico de Eixo II (Coolidge e Segal, 1998).

2.2 - Epidemiologia e Relevância dos Transtornos da Personalidade

Entre os achados do Epidemiological Catchment Área (ECA), em Baltimore, Maryland, EUA, (Nestadt et alli, 1983), a prevalência do diagnóstico definitivo de um TP foi de 5,9% e de um diagnóstico sugestivo de TP foi de 9,3%, em uma amostra de 810 indivíduos.

Maier e colaboradores, em 1990, encontraram uma prevalência de 10% na Alemanha. Reich e cols. (1989) encontraram uma prevalência de 11%, em Iowa e citam os achados de

Bremer (1951) na Noruega (9.4%), Essen-Moller (1951), na Suécia (6.4%), Leighton (1959) na Nova Escócia (6.0%) e Langner (1963) nos EUA (9.8%). Os achados conferem com a revisão realizada por Weissman em 1990. Mattia e Zimmermann (2001), revisando diversos estudos, apontam para uma prevalência média de 12.9%, variando entre 6.7 e 33.1%.

Entre populações clínicas este número aumenta, podendo variar entre 13% e 81% (Dolan-Sewell, Krueger e Shea, 2001).

Existe um alto grau de morbidade associado aos TP: trata-se de uma doença associada ao suicídio, agressões, auto-mutilação, alta utilização de serviços médicos, fracasso profissional e matrimonial (Gabbard, 1997).

Está relatada a associação entre TP e discórdia marital, abuso de álcool, menor nível educacional e desemprego (Reich et alli, 1989), bem como ser solteiro ou viver só e ser do sexo masculino (Zimmerman e Coryell, 1990). Foi demonstrada a associação entre TP e obesidade, sugerindo a importância de se realizar uma triagem psiquiátrica entre estes pacientes, quando procuram por tratamento. (Berman et alli, 1992).

A co-ocorrência entre um Transtorno da Personalidade e outras patologias psiquiátricas é alta, e a presença de um TP afeta de maneira negativa o curso e a resposta ao tratamento tanto psicoterápico como farmacológico de patologias psiquiátricas do Eixo I (Bodlund et alli, 1998; Zimmerman, 1994)

A concomitância de um Transtorno de Personalidade está associada a um pior prognóstico para os pacientes com Depressão (Pfohl et alli, 1987), Transtorno do Humor Bipolar (Dunayevich et alli, 2000), bem como para pacientes com Transtorno do Pânico (Reich et alli, 1987).

Foi relatada a associação entre presença de um TP e uma pior resposta ao tratamento antidepressivo, com dificuldades de readaptação social (pós eletroconvulsoterapia), controlado para a intensidade dos sintomas depressivos (Casey et alli, 1996).

Foi encontrada associação entre TP e severidade de jogo patológico (Steel e Blaszczynski, 1998), assim como dependência de álcool e outras drogas (Dejong et alli, 1993; Nace et alli, 1991; Nurnberg et alli, 1993).

2.3 - Classificações Atuais dos Transtornos da Personalidade

Ao se falar em classificação dos TP, é importante considerar que as categorias registradas nos manuais representam protótipos que raramente encontramos na prática clínica. Dificilmente um paciente preenche todos os critérios que compõem uma determinada categoria (Oxford, 1996).

Os capítulos referentes aos Transtornos da Personalidade nas classificações atuais, CID 10 e DSM-IV, são bastante semelhantes, basicamente compostos das mesmas categorias e descrições.

As diferenças são de dois tipos: nomes diferentes para tipos similares de Transtornos da Personalidade e a inclusão de algumas formas de transtorno num dos sistemas que não existem no outro. Na Tabela 2 verifica-se a classificação dos Transtornos da Personalidade de acordo com o DSM-IV e a CID 10.

Tabela 2: Classificação dos Transtornos da Personalidade

•CID-10	•DSM- IV
•Paranóide	•Paranóide
•Esquizóide	•Esquizóide
•Anti-Social	•Esquizotípica
•Emocionalmente Instável (Impulsivo e Borderline)	•Anti-Social
•Histriônica	•Borderline
•Ansiosa	•Histriônica
•Dependente	•Narcisista
•Anancástica	•Esquiva
•Outros	•Dependente
•Não Especificado	•Obsessivo-Compulsiva
	•Sem Outra Especificação

O DSM-4 propõe ainda duas categorias diagnósticas para futuros estudos e nas quais ainda não existem dados suficientes para compor uma categoria diagnóstica: TP Depressivo e TP Passivo-Agressivo.

O TP esquizotípico na CID 10 aparece junto a Esquizofrenia.

A CID-10 não inclui o TP tipo Narcisista.

Na CID-10 existe ainda a categoria diagnóstica: Alterações Permanentes de Personalidade, não atribuíveis a lesão ou doença cerebral.

Uma diferença fundamental é que no DSM-IV os Transtornos da Personalidade estão classificados no Eixo II separados das demais transtornos psiquiátricos, e na CID 10 encontram-se no Eixo I junto aos demais transtornos.

Outra característica do DSM-IV é a divisão das categorias em três agrupamentos, o que será descrito adiante.

Uma vez que o instrumento utilizado neste trabalho, PDQ-IV, é baseado no DSMIV, e considerando as semelhanças entre as duas classificações descritas anteriormente, a seguir

serão descritas as principais características dos diferentes Transtornos da Personalidade segundo o DSM-IV.

“Um Transtorno da Personalidade é um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento que se desvia acentuadamente da expectativa da cultura do indivíduo, é invasivo e inflexível, tem seu início na adolescência ou começo da idade adulta, é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo.”(American Psychiatric Association 1994).

Atualmente os Transtornos da Personalidade incluídos na quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA 1994) são os seguintes:

Transtornos da Personalidade do Agrupamento A

Transtorno da Personalidade Paranóide: caracterizado por um padrão de desconfianças e suspeitas, os motivos dos outros são interpretados como malévolos. Prevalência estimada em 0.5 a 2.5% na população geral, 10 a 30% em internações psiquiátricas e 2 a 10% em ambulatórios de saúde mental.

Transtorno da Personalidade Esquizóide: predomínio de distanciamento social, restrição da expressão emocional. Considerado raro em contextos clínicos, sem estudos de prevalência.

Transtorno da Personalidade Esquizotípica: um padrão de desconforto agudo em relacionamentos íntimos, distorções cognitivas ou da percepção, crenças bizarras e comportamento excêntrico. Relatos de prevalência em torno de 3% da população.

Transtornos da Personalidade do Agrupamento B

Transtorno da Personalidade Anti-Social: caracterizado por desconsideração e

violações dos direitos dos outros, além de propensão a enganar e mentir. Prevalência na população geral de 3% entre homens e 1% em mulheres. Em contextos clínicos entre 3 e 30%.

Transtorno da Personalidade Borderline: instabilidade nos relacionamentos interpessoais, da auto-imagem e do afeto, além de acentuada impulsividade. Prevalência estimada em 2% da população geral, 10% da população ambulatorial, cerca de 20% dos pacientes psiquiátricos internados. Entre 30 e 60% dos pacientes com Transtornos da Personalidade apresentam especificamente este diagnóstico.

Transtorno da Personalidade Histriônica: um padrão de excessiva emotividade e busca de atenção, necessidade de ser o centro das atenções. Os poucos estudos sugerem uma taxa de 2 a 3% na população geral e 10 a 15% em contexto ambulatorial ou de internação.

Transtorno da Personalidade Narcisista: marcado por grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia. Prevalências de 2 a 16% na população clínica e abaixo de 1% na população geral.

Transtornos da Personalidade do Agrupamento C

Transtorno da Personalidade Esquiva: caracterizado por inibição social, sentimentos de inadequação e alta sensibilidade a avaliações negativas. Prevalência entre 0.5 e 1% na população geral e cerca de 10% entre a população clínica.

Transtorno da Personalidade Dependente: um padrão de comportamento submisso e aderente, necessidade excessiva de proteção e cuidados, desconforto ao permanecer só. Prevalência entre 1 e 5% na população geral.

Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva: um padrão de excessiva preocupação com organização, perfeccionismo e controle do ambiente. Prevalência na população geral de 1%, em contexto clínico entre 3 e 10%.

Transtorno da Personalidade Sem Outra Especificação: nesta categoria enquadram-se duas situações. Pacientes cuja sintomatologia satisfaz os critérios gerais para o diagnóstico de um Transtorno da Personalidade, mas não preenche critérios para nenhum dos tipos especificamente, ou apresentam critérios para um Transtorno da Personalidade não presente nesta classificação (ex. transtorno da personalidade passivo-agressiva).

Os traços de personalidade são padrões persistentes no modo de perceber, relacionar-se e pensar sobre o ambiente e si mesmo, exibidos em uma ampla faixa de contextos sociais e pessoais. Somente se diagnostica um Transtorno da Personalidade quando estes traços são inflexíveis e mal adaptativos, quando causam prejuízo ou sofrimento significativo. Os mesmos devem ainda ser diferenciados de características que emergem frente a estressores situacionais transitórios ou outros transtornos psiquiátricos como Transtornos de Humor ou o Abuso de Substâncias. (American Psychiatric Association - 1994).

2.4 - Modelos Categóricos e Dimensionais

Provavelmente, a primeira questão conceitual na abordagem diagnóstica dos Transtornos da Personalidade seja: o quanto os TP devam ser considerados como categorias diagnósticas distintas ou extremos de dimensões que ocorram universalmente nos indivíduos (Lyons, 1995).

Um modelo categorial preocupa-se em classificar com limites claros, sem sobreposições, sem casos limítrofes, com casos homogêneos dentro de cada categoria diagnóstica. A classificação categorial seria mais apropriada para fenômenos com distribuição descontínua.

Se os pacientes com TP compartilhassem o agente etiológico, o curso, marcadores biológicos e resposta terapêutica e estas características não estivessem presentes nos demais transtornos psiquiátricos, ou mesmo nas pessoas normais, a abordagem categorial seria mais eficiente em classificá-los (Frances, 1982).

A abordagem categorial oferece vantagens: fornece informação resumida, facilita a comunicação entre os técnicos e facilita a pesquisa gerando instrumentos diagnósticos de fácil aplicação. Por outro lado, este modelo apresenta óbvias limitações quando se deseja estudar as diversas nuances do comportamento humano. Casos limítrofes ou atípicos não encontram lugar na classificação. Perde-se informação no desejo de classificar e considerar o que é comum dentro da categoria, em detrimento das características individuais de cada um (Lyons, 1995; Torres, 1993; Widiger, 1991; Widiger, 1992; Frances, 1982).

Fenômenos com distribuição contínua, por sua vez, são melhor abordados de forma dimensional (Frances, 1982). O modelo dimensional pretende distribuir dentro de uma assim denominada “dimensão” as diversas manifestações do comportamento, ou da emoção. Nos extremos da dimensão estão os casos patológicos. Um modelo dimensional certamente é mais rico e adequado para a abordagem do comportamento e das emoções humanas. Uma abordagem dimensional viria a conferir flexibilidade e provavelmente melhorar a validade e confiabilidade dos diagnósticos gerados pelas classificações psiquiátricas. Sua aplicação, no entanto, é complexa. Para ser epidemiologicamente adequado, seria necessário determinar na população geral, a média e o desvio padrão dentro de cada dimensão (Lyons, 1995). Por exemplo: determinar numericamente o quanto o isolacionismo ou a teatralidade de alguém se desvia o suficiente da média da população para que ele seja considerado um caso.

Diversos autores propõem uma abordagem dimensional aos Transtornos da Personalidade (Frances, 1982; Costa and McCrae, 1990; Widiger, 1992; Cloninger, 1993; Westen, 1997; Livesley e Jang, 2000).

Houve a proposta de se incluir no DSM-IV um apêndice com uma classificação dimensional dos TP, mas ainda não se alcançou uma abordagem que seja de consenso entre os autores (Lyons, 1995).

2.5 - A questão diagnóstica dos Transtornos da Personalidade

A classificação dos TP é considerada difícil devido à complexidade dos fenômenos de comportamento, à interação com variáveis ambientais e com outras patologias psiquiátricas, além da falta de fronteiras claras entre alguns comportamentos considerados normais e os critérios diagnósticos dos TP (Widiger e cols., 1988; Morey, 1988; Westen, 1997).

Persistem inúmeras dúvidas a respeito desta entidade nosológica bem como seu diagnóstico sob diversos aspectos: qual o melhor momento para avaliar os pacientes? No momento da crise ou após esta? Devemos entrevistar o paciente ou alguém que o conheça bem? Como avaliar os aspectos da personalidade que se modificam durante a vida do paciente? Que instrumentos utilizar? Pode um outro transtorno psiquiátrico causar um Transtorno da Personalidade? (Zimmerman, 1994).

Outra dificuldade com os manuais de classificação psiquiátrica é a sobreposição de critérios diagnósticos entre as categorias. Alguns critérios diagnósticos fazem parte de mais de uma categoria diagnóstica, por exemplo: ausência de amigos íntimos contribui tanto para o diagnóstico de TP tipo esquizotípico como tipo esquizóide, levando a diagnósticos múltiplos no momento da testagem (Dowson e Berrios, 1991).

A questão dos múltiplos diagnósticos é ampla, estudos tem encontrado de 1.5 até 5.6 diagnósticos por sujeito, independentemente do instrumento utilizado (Skodol et alli, 1988; Wetzler e Dubro, 1990, Dolan et alli, 1995). Estes achados apoiam a idéia de que os sintomas dos TP sejam avaliados de maneira dimensional e não como integrantes de categorias isoladas. A Entrevista Estruturada para TP segundo o DSM-IV (SIDP) também apresenta a tendência a realizar múltiplos diagnósticos, assim como o acompanhamento clínico por uma equipe multidisciplinar (LEAD), (Dolan et alli, 1995). Se a questão dos múltiplos diagnósticos é controvertida do ponto de vista de classificação, por outro lado foi encontrada uma associação significativa entre múltiplos diagnósticos de personalidade pelo PDQ e baixos escores na Escala de Avaliação Global do Funcionamento (Eixo V do DSM-IV). Este achado sugere que

sujeitos que obtêm altos escores no PDQ (gerando vários diagnósticos de TP) possuem maior dificuldades de adaptação. (Dolan et alli, 1995).

Outra questão que permanece em aberto no estudo dos TP é a obtenção de um padrão-ouro. Existe a proposta do uso da LEAD (longitudinal expert evaluation using all data) como tal. Esta avaliação consiste em que pacientes internados sejam acompanhados por uma equipe multidisciplinar e que seu comportamento seja avaliado em diversos contextos. Após esta observação a equipe se reúne e verifica quais critérios diagnósticos do DSM se aplicam ao caso (Skodol et alli, 1988). Mesmo a LEAD gera vários diagnósticos para um mesmo indivíduo em ambientes clínicos (Dolan, 1995)

O diagnóstico clínico, obtido por psiquiatras, tem sua confiabilidade questionada do ponto de vista da metodologia padronizada. No entanto, devido à vantagem de ser obtido através de um longo período de acompanhamento, tem sido proposto como padrão-ouro nos casos de TP (Hylér et alli, 1990 a).

2.6 - PDQ-IV: O Instrumento

O PDQ (Personality Disease Questionnaire, Hylér et alli, 1983) é um questionário auto-aplicado com itens adaptados do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Associação Americana de Psiquiatria) e foi desenvolvido após a terceira edição do manual (DSM-III, 1980). Em 1987 ocorreu a publicação do DSM-III-R e o PDQ foi revisado baseando-se em seus critérios diagnósticos (Hylér e Rieder, 1987).

O instrumento utilizado neste estudo, PDQ-4 (Anexo 1), acompanha a quarta e última edição do DSM e é um instrumento de triagem proposto para detectar Transtornos da Personalidade de acordo com este manual (Hylér, 1994).

A contagem do número total de respostas positivas do PDQ (escore total) fornece dados a respeito da presença ou não de um TP, sem especificá-lo. Pacientes com escore total acima de

50 possuem alta probabilidade de ter um TP. Trata-se de um questionário com questões afirmativas, para se marcar verdadeiro (V) ou falso (F). O escore é obtido através da soma do número de questões respondidas como verdadeiras (V). O instrumento apresenta-se ainda como de baixo custo e fácil aplicação, entre 20 e 30 minutos para ser respondido, o que torna favorável seu estudo em nosso meio. (Reich et alli, 1989; Hyler et alli, 1990; Dowson e Berrios, 1991).

Existem ainda duas sub-escalas que têm por objetivo avaliar a seriedade com que o questionário está sendo respondido. A sub-escala “bom demais” composta das questões 11, 22, 33 e 44, visa detectar sujeitos que estejam tentando omitir suas dificuldades e mostrarem-se como perfeitas. Três destas quatro questões são consideradas positivas quando for marcado falso, ao contrário do restante do questionário. A sub-escala “questionário suspeito”, composta pelas perguntas 55 e 66, objetiva detectar sujeitos que estejam mentindo ou não levando o questionário a sério. Estas escalas encontram-se distribuídas entre as perguntas referentes aos TP (Hyler, 1994).

A utilidade do PDQ e suas revisões posteriores para a realização do diagnóstico de TP é assunto de discussão na literatura atual. Existem controvérsias a respeito das capacidades do instrumento (Weissman, 1993; Zimmerman, 1994; Fossati et alli, 1998; Wilberg, Dammen e Friis, 2000; Davison et alli, 2001).

Quando considerado o escore total do PDQ, encontrou-se associação entre este valor e a ocorrência de TP (Dowson, 1992; Hyler et alli, 1990; Davison et alli, 2001).

Quando comparado a dois outros instrumentos diagnósticos em uma mesma população (Personality Disorder Examination - PDE e Structured Clinical Examination for DSM-III-R-SCID) o PDQ mostrou excelente sensibilidade, a especificidade variou de fraca para Personalidade Histriônica a excelente para Personalidade Anti-Social. Quando o PDQ aponta um TP específico este pode ser um falso positivo (baixo valor preditivo positivo do instrumento). Em contrapartida, o alto poder preditivo negativo sugere que quando o PDQ não

aponta o diagnóstico, o TP não deve estar presente. Trata-se de um instrumento que pode então ser utilizado com o objetivo de descartar TP em populações clínicas quando seu resultado é negativo. (Hyer et ali, 1990).

O PDQ e o PDQ-R têm sido amplamente utilizado para diagnosticar Transtornos da Personalidade em populações clínicas (Alterman et ali, 1998; Reichborn et ali, 1997; Steel e Blaszyński, 1998; Bernstein et ali, 1998)

Encontramos três estudos avaliando as capacidades diagnósticas do PDQ-4. Os autores concordam que o instrumento não é adequado para a realização de diagnóstico de TP específico. O PDQ-4 tende a fornecer múltiplos diagnósticos para um mesmo indivíduo demonstrando alta sensibilidade e baixa especificidade.

Quando avaliado o escore total do questionário, sua utilização como instrumento de triagem é considerada questionável e sugere-se a necessidade de mais estudos para uma melhor avaliação (Fossati et al, 1998; Wilberg et al, 2000; Davison et al, 2001).

3. OBJETIVOS

3.1 - Objetivo Geral

Traduzir o PDQ-4 para o português e verificar se existe associação entre os escores do questionário e o diagnóstico clínico de Transtornos da Personalidade.

3.2 - Objetivos Específicos

3.1: Traduzir e adaptar o PDQ-4 para a língua portuguesa.

3.2: Verificar a aplicabilidade do instrumento em nosso meio.

3.3: Verificar se existe associação entre os escores do PDQ-4 e o diagnóstico clínico de TP em um grupo de pacientes ambulatoriais.

3.4: Verificar se existe associação entre os escores do PDQ-4 e o diagnóstico clínico de TP em um grupo de pacientes internados.

3.5: Comparar o escore total do PDQ-4 com o escore da Escala de Avaliação do Funcionamento Global (Eixo V do DSM-IV).

3.6: Verificar, mediante a revisão do prontuário, se os médicos registram o diagnóstico de TP quando acreditam que ele está presente.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association: Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, Dc, American Psychiatric Association, 1994.

Alterman, A. I., Bedrick, J. et al. Personality Pathology And Drinking In Young Men At High And Low Familial Risk For Alcoholism. *Journal Of Studies On Alcohol* 59: 495-502, September, 1998.

Berman, W., Berman, E. R. Et Al. The Incidence And Comorbidity Of Psychiatric Disorders In Obesity. *Journal Of Personality Disorders*, 6 (2), 168- 175, 1992.

Bernstein, Dp, Stein, J.A., Handelsman, L. Predicting Personality Pathology Among Adult Patients With Substance Use Disorders Effects Of Childhood Maltreatment. *Addictive Behaviors*, Vol. 23, N. 6, Pp. 855-868, 1998.

Blashfield, Rk & Intoccia,V. Growth Of The Literature On The Topic Of Personality Disorders. *Am J Psychiatry*, 2000; 157:472-473.

Bodlund, O, Grann, M., Ottosson, H., Svanborg, C. Validation Of The Self-Report Questionnaire Dip-Q In Diagnosing Dsm-Iv Personality Disorder: A Comparison Of Three Psychiatric Samples. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 97:433-439.

Casey, P., Meagher, D. And Butler, E.. Personality, Functioning, And Recovery From Major Depression. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*. Vol. 184, N.º 4, 240-245. 1996.

Cloninger,Cr, Svrakic Dm, Et Al. A Psychobiological Model Of Temperament And Character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:975-990.

Cloninger, C.R., Svrakic, M.D. Personality Disorders In Kaplan E Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry. 7.Ed. 1999.

Coolidge Fl E Segal Dl. Evolution Of Personality Disorders Diagnosis In The Diagnostic And Statisticam Manual Of Mental Disorders. Clin Psychol Rew, 8(5), 585-599 1998.

Costa Pt, Mccrae Rr. Personality Disorders And The Five Factor Model Of Personality. J Personality Disord 4:362-381 1990.

Davison S, Leese M, And Taylor Pj. Examination Of The Screening Properties Of The Personality Diagnostic Questionnaire 4+ (PdQ-4+) In A Prison Population. Journal Of Personality Disorders, 15(2), 180-194, 2001.

De Jong, J., Roy, A. Paternal Lineage Of Alcoholism, Cohort Effects, And Alcoholism Criteria. In Addiction, V. 88, 1993, Pp. 623-629.

Dolan, B., Evans, C. And Norton, K. Multiple Axis-Ii Diagnoses Of Personality Disorder. British Journal Of Psychiatry (1995), 166, 107-112.

Dolan-Sewell Rt, Krueger Rf And Shea Mt. Co-Occurrence With Syndrome Disorder. In Handbook Of Personality Disorders. Edidet By W.John Livesley. 2001 The Guilford Press.

Dowson, J. H.. Assessment Of Dsm-Iii-R Personality Disorders By Self-Report Questionnaire: The Role Of Informants And A Screening Test For Co-Morbid Personality Disorders (Stepd). British Journal Of Psychiatry (1992), 161, 344-352.

Dowson, J. H. And Berrios, G. E.. Factor Structure Of Dsm-Iii-R Personality Disorders Shown By Self-Report Questionnaire: Implications For Classifying And Assessing Personality Disorders. Acta Psychiatr Scand 1991: 84: 555-560.

Dunayevich E, Sax Kw, Keck Jr Pe, Mcelroy S et alli. Twelve-Month Outcome In Bipolar Patients With And Without Personality Disorders. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 134-139.

Frances A. Categorical And Dimensional Systems Of Personality Diagnosis: A Comparison. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 23, No 6 (November/December) 1982.

Fossati A, Maffei C, Bagnato M, Et Alli. Brief Communication: Criterion Validity Of The Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PdQ-4+) In A Mixed Psychiatric Sample. *Journal Of Personality Disorders*, 12(2) 172-178, 1998.

Gabbard, G.. Finding The "Person" In Personality Disorders. *Am J Psychiatry* 154: 7, 891-893, July 1997.

Guthrie, P. C. A. And Mobley, B.. Comparison Of The Differential Diagnostic Efficiency Of Three Personality Disorder Inventories. July, 1994, Vol. 50, N.º 4: 656-665.

Hunt, C. And Andrews, G.. Measuring Personality Disorder: The Use Of Self Report Questionnaires. *Journal Of Personality Disorders*, 6 (2), 125-133, 1992.

Hurt, S. W., Hyler, S. E. Et Al. Assessing Borderline Personality Disorder With Self-Report, Clinical Interview, Or Semistructured Interview. *Am J Psychiatry* 141: 10, 1228-1231, October 1984.

Hyler, Se., Reider, Ro., Spitzer R, Williams Jb. Personality Questionnaire PdQ. New York State Psychiatric Institute, New York (1983).

Hyler Se, Reider Ro. PdQ-R: Personality Diagnostic Questionnaire-Revised. New York Ny.:New York State Psychiatric Institute,1987.

Hyer Se. Personality Questionnaire, Pdq4. New York Ny. New York Psychiatric Institute, 1994.

Hyer, S. E., Lyons, M. Et Al. The Factor Structure Of Self-Report Dsm-Iii Axis Ii Symptoms And Their Relationship To Clinicians' Ratings. *Am J Psychiatry* 147: 6, 751-757, June 1990.

Hyer, Se, Skodol A E. Et Al. Validity Of The Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: Comparison With Two Structured Interviews. *Am J Psychiatry* 147: 8, 1043-1048, August 1990.

Kaplan & Sadock's: Comprehensive Textbook Of Psychiatry// Editors, Benjamin J. Sadock, Virginia A Sadock- 7th Ed.

Livesley J And Jang Kl: Toward An Empirically Based Classification Of Personality Disorder. *Journal Of Personality Disorders*,14(2), 137-151, 2000.

Lyons, M.S. Epidemiology Of Personality Disorders. In *Textbook Of Psychiatric Epidemiology*. Tsuang, M.T., Tohen M., Zahmerbep Editors. Wiley-Liss, 1995.

Maier, W. Lichtermann, D., Klinger, T. E Heun, R. Prevalences Of Personality Disorders (Dsm-Iii-R) In The Comunity. *Journal Of Personality Disorders*, 6(3), 1992, Pp. 187-196.

Mattia Ji And Zimmerman M. Epidemiology. In *Handbook Of Personality Disorders*. Edidet By W.John Livesley. 2001 The Guilford Press.

Morey, L.C. The Categorical Representation Of Personality Disorder: A Cluster Analysis Of Dsm-Iii-R Personality Features. *J Abnorm Psychol* 1988: 97: 314-321.

Nace, E.P., Davis, C.W., Gaspari, J.P. Axis Ii Comorbity In Substance Abusers. *Am J*

Psychiatry. 148:1, January, 1991, Pp.118-120.

Nestadt, G., Samuels, J.S., Romanoski, Aj, Folstein Mf, Mchugh, Pr (1993): DSM-III Personality Disorder In The Population, No 500. Washington Dc: American Psychiatric Association Annual Meeting, In Textbook In Psychiatric Epidemiology. Edited By Tsuang, Mt, Tohen, M, And Zahner, Gep, Pág. 409.

Nurnberg, H.G., Rifkin, A., Doddi S. A Systematic Assessment Of The Comorbidity Os Dsm-iii-R Personality Disorders In Alcoholic Outpatients. In Comprehensive Psychiatry, Vol.34, N.6, Nov/Dec, 1993: Pp 447-454.

Oxford Textbook Of Psychiatry Oxford University Press, Third Edition, 1996.

Pfohl, B., Coryell, W. Et Al. Prognostic Validity Of Self-Report And Interview Measures Of Personality Disorder In Depressed Inpatients. J Clin Psychiatry 48: 12, 468- 472, December 1987.

Reich, J. H. DSM-III Personality Disorders And The Outcome Of Treated Panic Disorder. Am J Psychiatry 145: 9, 1149-1152, September 1988.

Reich, J., Noyes, R. And Troughton, E.. Dependent Personality Disorder Associated With Phobic Avoidance In Patients With Panic Disorder. Am J Psychiatry 144: 3, 323-326, March 1987.

Reich, J., Yates, W. And Nduaguba, M.Prevalence Of DSM-III Personality Disorders In The Community. Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology (1989) 24: 12-16.

Reichborn-Kjennerud, T., Lingjaerde, O. And Dahl, A. A. DSM-III R Personality Disorders In Seasonal Affective Disorder: Change Associated With Depression. Comprehensive Psychiatry,

Vol. 38, N.º 1 (January/February), 1997: Pp. 43-48.

Skodol, A., Rosnick, L. Et Alli. Validating Structured DSM-III-R Personality Disorder Assessment With Longitudinal Data. *Am J Psychiatry* 145: 10, October 1988.

Steel, Z. And Blaszczynski, A.. Impulsivity, Personality Disorders And Pathological Gambling Severity. *Addiction*, Vol. 93, N.º 6, 895-905, June 1998.

Torres, Ar. Aplicabilidade E Confiabilidade De Um Instrumento Para O Diagnóstico De Distúrbios De Personalidade. Dissertação De Mestrado Em Psiquiatria. Escola Paulista De Medicina. São Paulo, 1993. 121 Pg.

Weissman, M. M. The Epidemiology Of Personality Disorders: A 1990 Update. *Journal Of Personality Disorders*, Supplement, 44-62, Spring 1993.

Westen, D. Divergences Between Clinical And Research Methods For Assessing Personality Disorders: Implications For Research And The Evolution Of Axis Ii. *Am J Psychiatry* 154: 7, 895-903, July 1997.

Wetzler, S. And Dubro, A. Diagnosis Of Personality Disorders By The Millon Clinical Multiaxial Inventory. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*. Vol. 178, N.º 4, 261-263, 1990.

Widiger, T. A, Frances A, Spitzer, Rl, Williams, J B W. The DSM III-R Personality Disorder: An Overview. *Am J Psychiatry* 1988: 145: 786-795.

Widiger Ta. Personality Disorder Dimensional Models Proposed For DSM-IV. *Journal Of Personality Disorder*, 5(4), 386-398, 1991.

Widiger, Ta. Categorical Versus Dimensional Classification: Implications From And For Research. *Journal Of Personality Disorders*, 6(4), 287-300, 1992.

Wilberg T, Dammen T, And Friis S Comparing Diagnostic Questionnaire-4+ With Longitudinal Expert All Data (Lead) Standard Diagnoses In A Sample With A High Prevalence Of Axis I And Axis II Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, Vol 41, No 4 (July/August), 200: 295-302.

Zimmerman, M. Diagnosing Personality Disorders. A Review Of Issues And Research Methods. *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 51, March 1994, 225-245.

Zimmerman, M., Coryell, W. H.. Diagnosing Personality Disorders In The Community. A Comparison Of Self-Report And Interview Measures. *Arch Gen Psychiatry* - Vol. 47, June 1990, 527-531.

5. ARTIGO CIENTÍFICO (Versão em Inglês)

Translation, adaptation and use of PDQ-4 (Personality Diagnostic Questionnaire 4) on a sample of inpatients and outpatients.

Alcantara, IDO; Ceitlin, LHF, Chaves, MLF
Graduate Program in Medicine: Medical Sciences
Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Key Words: personality disorder – PDQ-IV – diagnosis

Author mailing address:

Dr. Igor Alcântara
Psychiatrist
Rua Ramiro Barcellos, 1954-sala 605.
CEP: 90035-002. Bairro Rio Branco
Porto Alegre, RS-Brazil
Telephone: (55) (51) 33352930
e-mail: igoralcantara@uol.com.br

SUMMARY

Objective: Translate the PDQ-4 into Portuguese, applying it to a sample of inpatients and outpatients, both with and without clinical diagnosis of Personality Disorder (PD).

Methodology: The PDQ4 was translated into Portuguese, retranslated into English, and then compared to its original version. Psychiatrists were asked to indicate inpatients (n=42) or outpatients (n=27) followed for over three months with formulated (n=40) or discarded (n=27) Axis II diagnosis, and apply the PDQ-4.

Results: Total PDQ-4 score was higher among those who had been diagnosed with Personality Disorders (39 ± 8.6) than among those that had not (27.5 ± 12.5). This difference was statistically significant ($p < 0,001$). The suggested cutoff point was 30 or more positive responses.

Discussion: The PDQ leads to many false positives in the indication of specific diagnoses of PD. Considering the use of total PDQ score in the diagnosis of PD, without specifying the PD, we suggest the need for further studies to reach a conclusion.

INTRODUCTION

The prevalence of Personality Disorders is approximately 10% (Weissmann, 1990), and may reach 33% (Mattia & Zimmermann, 2001). Among clinical populations this number ranged from 13% to 81% (Dolan-Sewell, Krueger & Shea, 2001).

In order to improve the validity and reliability of Personality Disorders (PD) diagnosis, several questionnaires and structured or semi-structured interviews have been proposed and used in research studies (Guthrie & Mobley, 1994).

After the 1980 edition of the DSM-III, Hyler and cols proposed the PDQ (Personality Diagnostic Questionnaire) as a screening instrument for Personality Disorders (Hyler et al, 1983). The instrument was reviewed after the DSM-III-R was published in 1987 and, subsequently, the PDQ-R (Hyler & Rieder, 1987) was introduced. After the 1994 publication of the DSM-IV, the PDQ-IV was developed (Hyler, 1994).

The usefulness of the PDQ and its revised editions in the diagnosis of PD has been broadly discussed. This is a self-reported questionnaire with 85 questions, which takes 20 to 30 minutes to apply.

Studies in general have shown that it is a highly sensitive instrument with low specificity, suggesting the possibility that the instrument can be used as a screening test (Hyler et al, 1990; Zimmermann & Coryel, 1990; Hunt & Andrews, 1992; Davison et al, 2001). Until presently, we have found three studies that used the PDQ-4. The instrument showed high sensitivity and low specificity, generating multiple diagnoses of personality for each individual. It is consensual that PDQ-4 fails in the attempt to perform specific personality diagnoses.

The discussion focuses on the possibility of using the instrument for screening based on the total score of the questionnaire, without taking PD subtypes into account. By means of total score, one could infer the presence or absence of a Personality Disorder, without specifying it. The three studies disagree concerning this possibility.

Fossati et al (1998) believe that the PDQ-4, in its current format, could not be used even as a screening test. This study compared PDQ-4 results to the Structured Interview for DSM-IV (SCID-II) among inpatients and outpatients. Willberg, Damon & Friss (2000), comparing the PDQ-4 to LEAD (Longitudinal Expert All Data), believe in the need for further studies before concluding whether the PDQ-4 is apt for screening or not. On the other hand, Davison et al (2001), comparing the PDQ-4 to the Structured Interview for DSM-IV (SCID II) in a sample of prisoners, conclude that the instrument is useful as a screening test for PD, taking total score into account.

The ideal cutoff point for the instrument is also a subject of discussion. Whereas the author suggests 50 or more positive answers as indicative of the presence of PD, in the previously mentioned studies, the ideal cutoff point varied from 25 to 30.

To what extent an Axis I psychiatric disorder could influence the diagnosis of Axis II is still obscure; a fact which may lead to difficulties in the diagnosis of PD in clinical environments (Zimmermann & Coryel, 1990; Hunt & Andrews, 1992; Reichborn et al, 1997).

In this study, the PDQ-4 was applied to 27 outpatients and 42 inpatients at a psychiatric clinic and the results compared to the clinical impression of the attending physicians.

PATIENTS AND METHODS

The methodology used in this study consisted of two separate stages. Initially, the PDQ-4 (Annex 1) was translated into Portuguese. Then the instrument was applied to a sample of outpatients and inpatients.

Outpatients consisted of patients attending the Anxiety Disorders, Mood Disorders and Chemical Dependence programs of the Hospital de Clinicas de Porto Alegre outpatient services. Inpatients were at Clínica Pinel, in the same neighborhood and serving a similar population. Clínica Pinel was chosen because it offers a greater number of chemically dependent inpatients.

Translation and Adaptation:

The PDQ-4 is a self-reported questionnaire, with 85 questions. Each question corresponds, in practice, to a diagnostic criterion of DSM-IV for Personality Disorders.

The main researcher performed translation. In practice, the translation was performed using the PDQ-4, the original version of DSM-IV and the translated version of DSM-IV, the main goal being faithfulness to the instrument. However, verifying the manner in which the manual was translated was also useful, for instance, in the choice of synonyms and in understanding the meaning of the questions.

After translation, results were forwarded to a female physician fluent in English, and retranslated into English (reverse translation). This version was evaluated by the main researcher and by another psychiatrist researcher, to confirm whether it was faithful to the original version. Subsequently, the questionnaire was applied to a group of patients, so as to evaluate their understanding and interpretation of the questions. During this stage, patients were invited to answer the questionnaire in the company of the researcher and instructed to interrupt each question he or she considered difficult to understand.

For instance, question 30 (“Sex just doesn’t interest me”), had been translated into: “*sexo simplesmente não me interessa*” (Translation: “sex simply does not interest me”). Some patients understood that sex without affection did not interest them and answered this question in the affirmative, which is a criterion for Schizoid PD. The translation was adapted to: “I simply do not take an interest in sex”. Since at this stage of the study the researcher held an active conversation with the research subject, that data were not included in the final analysis of the results.

This stage was of great importance, since it took into account the specific characteristics of our culture, as well as the people’s ability to understand the intended question. From this point on, the definitive instrument was generated (Annex 2) and initially used in a pilot study with 15 inpatients at Clínica Pinel.

Patients:

All stages of data collection, questionnaire use, the researcher in charge collected medical information and GAF scale with the assistance of a collaborator, a female psychiatrist. At least 38 patients would be needed in order to detect a statistically significant difference (error $\alpha=0,05$ and $\beta=0,10$) with a moderate magnitude (approximately one standard deviation) in the PDQ-4 score, in regards to the presence or absence of personality disorder. Aiming for sample size that would allow stratifications as well sensitivity and specificity calculations, the sample was established at 69 patients.

During the period between October 2000 to January 2001, data were collected from inpatients as well as from the anxiety, depression and chemical dependence outpatient services. Thus, the instrument was applied to patients with different Axis I pathologies.

In order to obtain more reliable medical diagnoses, psychiatrists in charge of care were asked to indicate patients seen for over three months, and who they knew well enough to make an Axis II diagnosis, absence or presence of a Personality Disorder. If the physician claimed to not

know the patient sufficiently to formulate or rule out an Axis II diagnosis, the patient was not included in the study. All patients read and signed the informed consent form (Annex 4) in the presence of one of the researchers, who were available to clarify any questions.

Application of the PDQ-4 was blind to the PD diagnosis made by the attending physician. The patients received the questionnaire along with the informed consent form. After this point it was agreed that the researcher was to leave the interviewee alone and no longer interfere until the questionnaire was fully answered. Subjects were asked to answer a questionnaire about what they were like and how they reacted.

Each patient's physician was asked to complete the Global Assessment of Functioning Scale (Annex 3) referring to a six-month period before evaluation, as well to inform type of treatment, presence or not of PD, type of PD, and treatment started: medication, psychotherapy or both (Annex 2). Identification data and socio-demographic variables were verified with the patients. A complete review of all patients files was performed, seeking records of Personality Disorder diagnoses. Axis I diagnoses of the sample can be seen in Table 1.

The subjects were divided into two groups: those whom the physicians believed had a PD, and those in whom the physician had ruled out PD. The clinical impression was used as a gold standard to diagnose the cases. Then, groups were compared according to PDQ-4 scores. Five patients did not answer 5 or more PDQ-4 questions, thus were excluded from the sample.

Inclusion criteria:

All outpatients who, in the specified time period, had visited the depression, anxiety and chemical dependence services and had been seen by the same doctor for at least three months, as well as all inpatients, were assessed in this study.

Other established criteria were that subjects be above the age of 18, with a formulated or ruled out diagnosis of Axis II, and not present Organic or Psychotic Mental Disorders at the time of testing.

Statistical analysis:

The variables were described based on mean \pm standard deviations and absolute and relative frequencies. Student's t test for independent samples was used to compare quantitative variables (PDQ-4 scores).

Agreement between the diagnoses obtained by PDQ-4 and by clinical impression was assessed using the Kappa coefficient. Sensitivity, specificity, positive and negative predictive values were also calculated for this relationship. Significance level was established at 0.05.

RESULTS

Of the 74 patients assessed, 5 did not answer 5 or more PDQ-4 questions and were eliminated from the sample. Thus, 69 patients remained; 27 at HCPA and 42 at Clínica Pinel. Ages ranged from 19 to 69 years, averaging 37.5 years. Table 1 shows the Axis I diagnoses found.

We found poor agreement between the clinical diagnosis of specific PD and PDQ-4, with Kappa varying from 0.01 for avoidant PD and 0.2 for histrionic PD (Table 2). The total PDQ-4 score among patients with PD was statistically superior ($p < 0.001$; Student's t test) when compared to the total score of patients without PD. It remained statistically superior, independent of the Axis I diagnosis in the sample, according to Table 3.

Table 4 showed the results using a cutoff point of ≥ 50 positive answers in PDQ-4, as suggested by the author. We found 12% sensitivity, 96% specificity, 83% PPP and 44% PPN (Kappa: .78). Table 5 shows the results using a cutoff point of ≥ 30 positive answers in PDQ-4. We found 85% sensitivity, 62% specificity, 75% PPP and 75% PPN (Kappa: .48).

Comparing total PDQ-4 score among inpatients (mean \pm SD, 35 \pm 13) and outpatients (mean \pm SD, 34 \pm 11), no statistically significant difference was detected (Student's t test; P=0.6). Inpatient or outpatient status also did not modify total PDQ-4 score, when patients with PD (Student's t test; P=0.4) and without PD (Student's t test; P=0.8) were evaluated separately.

When total PDQ-4 score was compared between the Axis I diagnoses, a statistically significant difference was found between patients with mood disorders and the others (Student's t test; P=0.016). Patients with mood disorders had higher PDQ-4 scores (mean \pm SD, 37 \pm 11) than those with other disorders (mean \pm SD, 30 \pm 12). Among patients with Mood Disorder, PDQ-4 total scores were significantly higher in those with PD.

Separating the sample into two groups according to presence or absence of PD, we found that the presence of Mood Disorder did not significantly change the total PDQ-4 score. In other words, in patients with PD, the presence of a mood disorder increased PDQ-4 scores. In the absence of PD, mood disorder alone did not increase PDQ-4 scores.

Among the patients indicated by their doctors as having PD, the PDQ-4 showed a mean of 4.5 different subtypes of PD per patient (SD 2.1). Among the patients without PD according to clinical impression, this mean was 2.6 (SD 2.5) (Student's t test; P=0.001).

Their physicians diagnosed forty patients with PD. Reviewing the medical files, only 19 records were found. Despite suspecting that Axis II diagnosis is neglected, we did not find reports corroborating this in the literature. In this study, we found that when questioned directly, the physician made twice as many PD diagnoses as those recorded in the medical files. An association between PDQ-4 and AGF Scale scores was not found, upon their comparison.

DISCUSSION

There are no reports of use of PDQ, PDQ-R or PDQ-4 in Portuguese. The preparation of the local version of the instrument, followed by its application to an initial group of patients, was essential to improve the understanding of the questionnaire. In the final version, interviewer's bias was avoided, which might have occurred if the interviewee had asked about a question he or she did not understand.

The findings of this study, employing the translated PDQ-4, are similar to those found using the original version of the instrument.

According to the author, the ideal cutoff point is 50 or more positive answers (Hyler, 1994). So far, three studies using the PDQ-4 were found. Davison et al suggest a cutoff point of 25 positive answers. Fossati et al found 28 and Wilbert et al., 30. These authors considered the Hyler's cutoff point excessively high. (Fossati et al., 1998; Wilberg, Dammen & Friss, 2000; Davison et al. 2001).

According to our findings, the cutoff point of 50 suggested by the authors (table 3) is too high and leads to many false negatives. At a cutoff point of 30 (table 4), the optimal sensitivity/specificity ratio is found, and the rate of false negatives is substantially diminished (NPP increases from 44% to 75%) with a small increase in the rate of false positives (PPP falls from 83% to 75%).

Considering the use of PDQ-4 to detect specific personality disorders, there is consensus in the literature that the instrument is too sensitive and not specific enough. The PDQ-4 generates multiple diagnoses for a same individual.

The issue of multiple diagnoses is broad, irrespective of the instrument used. The studies have found from 1.5 up to 5.6 PD diagnoses for the same individual (Skodol et al. 1998; Wetzler & Dubro, 1990; Dolan et al, 1995). These findings support the idea that personality disorders are best classified according to a dimensional, as opposed to a categorical, model (Widiger, 1992).

Though the issue of multiple diagnoses is controversial from the classification standpoint, a significant association was found between multiple PD diagnoses by the PDQ and low scores on the Global Assessment Functioning Scale. This finding suggests that patients with high PDQ scores possess greater difficulties in adapting and, for this reason alone, independent of diagnostic classification; they deserve special attention (Dolan et al., 1995). In the present study, an association between PDQ-4 and AGF Scale scores was not found.

Concerning the instrument's use as a screening test to detect PD without specifying it, the authors do not reach a consensus. Fossati et al., suggest that the PDQ-4 should not be used as a screening instrument, though no ROC curve analysis was performed using the PDQ-4 total scores. Wilberg et al do not reach a conclusion on whether the PDQ-4 should be used or not as a screening test. Davison et al, on the other hand, studying a population of convicts, suggest that the PDQ-4 is a very capable screening instrument. Davison et al and Fossatti et al compare the PDQ-4 to the SCID-II, Wilberg et al compare the PDQ-4 to the LEAD. It is important to highlight that the authors who recommended PDQ-4 for screening had worked with a population of convicts and not a clinical population, such as the one in the present study (Fossati et al, 1998; Wilberg, Dammen & Friss, 2000; Davison et al, 2001.).

As pointed out by Westen (1997), clinical diagnoses of personality disorders are made differently from those made by research instruments. In his study, Westen asked psychiatrists with different theoretical orientations about how an Axis II diagnosis was determined. Usually, clinicians observe patient behavior and the patient's description of his or her interpersonal relationships in order to diagnose PD. Information obtained from family, use of questionnaires or direct questions based on DSM criteria were not viewed as useful in Axis II diagnoses. Following the same rationale, the author showed the limitations of the current classification for PD symptom evaluation. Though the latter may not suffice as diagnostic criteria, it still leads to suffering and harm, thus deserves clinical attention. (Westen and Arkowitz-Westen, 1998).

A limitation of this study is the use of the diagnostic impression of the attending physician as a gold standard. Structured interviews would be necessary to assess to verify the reliability of

diagnoses made by the physicians. On the other hand, though structured interviews for PD are commonly used in research, they are also not considered good instruments for PD diagnosis. As demonstrated by Dolan et al (1995) structured and semi-structured interviews also generate multiple diagnoses, an issue that may be related to the severity of the psychiatric case. According to Zimmermann(1994), there is no satisfactory consensus between any of the instruments standardized to diagnose Axis II, and none of them showed superiority over the others. Another limiting factor is that we used a patient sample that had been previously selected according to the presence or absence of PD by clinical diagnosis. Only patients whose doctors felt confident enough to formulate or rule out an Axis II diagnosis were tested. We are unsure what the behavior of PDQ-4 would be in a general sample of patients who may or may not have been diagnosed with PD, as occurs in a screening environment.

It was not the aim of this study to validate the use PDQ-4 in our community. Its goal was to verify the consistency between the instrument and the clinical diagnosis, among doctors with patients in treatment for at least three months and who considered themselves able to perform or rule out the diagnosis of PD.

Despite the methodological limitations of this study, which include the small number of subjects and the use of clinical impression as gold standard in PD diagnosis, we arrived at results similar to those found when using the original version of PDQ-4, which are: PDQ-4 tends to generate multiple diagnoses of personality and should not be used to generate specific diagnoses of PD; use of a cutoff point of 50, as suggested by the author, leads to loss of sensitivity in the PDQ-4 whereas a cutoff point between 25 and 30 provides a more acceptable balance between sensitivity, specificity, positive predictive power and negative predictive power; and finally that, concerning the possibility of using PDQ-4 total scores as a screening instrument for any PD, without its specification, we suggest that further studies are needed to arrive at a conclusion.

REFERENCES

- Davison, S. Leese, M. & Taylor, P.J., Examination of the Screening Properties of the Personality Diagnostic Questionnaire 4+(PDQ-4+) in a Prison Population. *Journal of Personality Disorders*, 15(2), 180-194, 2001
- Dolan, B., Evans. C. & Norton, K., Multiple Axis-II Diagnoses of Personality Disorder, *British Journal of Psychiatry* (1995), 166, 107-112.
- Dolan-Sewell, R.T., Krueger, R.F. & Shea M.T., Co-Occurrence with Syndrome Disorder. In: *Handbook of Personality Disorders*, Edited by W.John Livesley. 2001 The Guilford Press.
- Fossati, A., Maffei,C., Bagnato, M. et alli., Brief Communication: Criterion Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4
- Guthrie, P.C.A.,& Mobley, B., Comparison of the Differential Diagnostic Efficiency of three Personality Disorder Inventories. July, 1994, vol.50, nr.4:656-66
- Hunt, C. & Andrews, G. , Measuring Personality Disorder: the use of Self-Report Questionnaires, *Journal of Personality Disorders*, 6(2), 125-133, 1992.
- Hyer, S.E., Reider, R.O., Spitzer, R. Williams, J.B. *Personality Questionnaire PDQ*. New York State Psychiatric Institute, New York (1983).
- Hyer, S.E., Reider, R.O., *PDQ-R: Personality Diagnostic Questionnaire-Revised*. PDQ. New York , NY. New York State Psychiatric Institute, 1987.
- Hyer, S.E. , *Personality Questionnaire, PDQ4*. New York, NY. New York Psychiatric

Institute, 1994.

Hyer, S.E. Skodol, A.E. et.al. Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: Comparison With Two Structured Interviews. *Am J Psychiatry* 147: 8, 1043-1048, August 1990.

Lyons, M.S., Epidemiology of Personality Disorders. In: *Textbook of Psychiatric Epidemiology*. Tsuang, M.T., Tohen, M., Zahmerbep Editors. Wiley-Liss, 1995.

Mattia, J.I.& Zimmerman, M., Epidemiology. In: *Handbook of Personality Disorders*. Edited by W.John Livesley. 2001 The Guilford Press.

Reichborn-Kjennerud, T., Lingjaerde, O. & Dahl, A.A., DSM-III-R Personality Disorders in seasonal Affective Disorder: Change associated with Depression. *Comprehensive Psychiatry*, vol.38, nr. 1 (January/February), 1997: pp. 43-48.

Skodol, A., Rosnick, L. et al. Validating Structured DSM-III-R Personality Disorder Assessment with Longitudinal Data. *Am J Psychiatry* 145:10, October 1988.

Weissman, M.M., The Epidemiology of Personality Disorders: a 1990 update. *Journal of Personality Disorders*, Supplement, 44-62, Spring, 1993.

Westen, D., Divergences Between Clinical and Research Methods for Assessing Personality Disorders: Implications for Research and the Evolution of Axis II. *Am J Psychiatry* 154:7, 895-903, July 1997.

- Wetzler, S. & Dubro, A. Diagnosis of Personality Disorders by the Millon Clinical Multiaxial Inventory, *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol.178, Nr. 4, 261-263, 1990.
- Widiger, T.A. Categorical versus dimensional classification: Implications from and For research. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 287-300, 1992.
- Zimmerman, M. , Diagnosing Personality Disorder. A Review of Issues and Research Methods. *Arch Gen Psychiatry*, vol. 51, March 1994.
- Zimmerman, M., Coryell, W.H., Diagnosing Personality Disorders in the Community. A Comparison of Self-Report and Interview Measures. *Arch Gen Psychiatry* – Vol. 47, June 1999.
- Westen, D., Arkovitz-Westen L.: Limitations of Axis II in Diagnosing Personality Pathology in Clinical Practice. *Am J Psychiatry* 1998; 144:1767-1771.
- Wilberg, T., Dammen, T., & Friis, S., Comparing Diagnostic Questionnaire-4+ with Longitudinal Expert All Data (LEAD) Standard Diagnoses in a Sample with High Prevalence of Axis I and Axis II Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 41, nr. 4 (July/August), 200:295-302.

Table 1: Axis I Diagnoses in the Sample

DIAGNOSTIC		OUTPATIENTS	INPATIENTS	TOTAL
Substance-related disorders		8	18	26
Anxiety disorders	Panic without agoraphobia	2	0	2
	Panic with agoraphobia	1	2	3
	Social phobia	3	3	6
	Obsessive Compulsive Disorder	3	3	6
	Generalized anxiety	2	1	3
	Specific phobia	0	1	1
Mood disorders	Major Depression	12	18	30
	Dysthymic disorders	1	0	1
	Bipolar disorders	3	5	8
Somatoform Disorder		0	1	1

Table 2: number of patients in each of the specific diagnoses of personality and agreement between the PDQ-4 and the clinical diagnosis.

	Diagnosis		PDQ		Kappa	S	E	PPP	NPP
	N	%	n	%					
Paranoid	1	1,4	40	59,7	0,02	1,00	0,41	0,03	1,00
Schizotypal	0	0	23	33,3	—	—	—	—	—
Schizoid	0	0	10	14,7	—	—	—	—	—
Histrionic	16	23,2	12	17,4	0,20	0,31	0,87	0,42	0,81
Narcissistic	0	0	19	27,5	—	—	—	—	—
Borderline	13	18,8	31	45,6	-0,06	0,39	0,53	0,16	0,78
Anti-social	2	2,9	9	13,0	0,14	0,50	0,88	0,11	0,98
Avoidant	2	2,9	40	58,8	-0,01	0,50	0,41	0,03	0,96
Dependent	0	0	26	38,2	—	—	—	—	—
Obsessive compulsive	2	2,9	47	68,1	0,03	1,00	0,33	0,04	1,00
Unspecified	4								
Group A	1	1,4	47	68,1	0,14	1,00	0,32	0,02	1,00
Group B	31	44,9	34	49,3	0,10	0,55	0,55	0,50	0,60
Group C	4	5,8	57	82,6	0,03	1,00	0,19	0,07	1,00
Any Disorder	40	58,0	62	89,9	0,23	1,00	0,24	65	1,00

Table 3: Means and standard deviations of the PDQ-4 between patients with present or absent PD, in the general group and in the different Axis I diagnoses found.

Axis I Diagnosis	Personality disorder (clinical diagnosis)		P*
	Present	Absent	
General group of Patients	39.5 ± 8.6 (n=40)	27.6 ± 12.6 (n=29)	< 0.001
With Mood Disorder	40.2 ± 9.9 (n=27)	31.1 ± 12.1 (n=11)	0.024
Without Mood Disorder	38.0 ± 5.6 (n=13)	25.4 ± 12.7 (n=18)	0.005
With Anxiety Disorder	37.8 ± 8.7 (n=12)	26.3 ± 14.5 (n=8)	0.052
Without Anxiety Disorder	40.5 ± 8.9 (n=28)	28.1 ± 12.1 (n=21)	< 0.001
With Substance Related Disorders	36.3 ± 8.4 (n=13)	27.2 ± 11.2 (n=13)	0.04
Without Substance Related Disorders	40.9 ± 8.8 (n=27)	27.9 ± 13.9 (n=16)	0.001

- Student's t test

Table 4: Total PDQ-4 score, considering a cutoff point as \geq to 50, compared with the clinical impression.

Total PDQ-4 Score	<u>Clinical Impression</u>		
	w/ PD	wo/ PD	Total
≥ 50	5	1	6
≤ 50	35	28	63
	40	29	69

Table 5: Total PDQ-4 score, considering the cutoff point \geq to 30, compared to the clinical impression.

Total PDQ-4 Score	<u>Clinical Impression</u>		
	w/ PD	wo/ PD	Total
≥ 30	34	11	45
< 30	6	18	24
	40	29	69

6. ARTIGO CIENTÍFICO: (Versão em Português).

**Tradução, adaptação e aplicação do PDQ-4 (Personality Diagnostic Questionnaire 4)
para uma amostra de pacientes internados e ambulatoriais.**

Alcantara, IDO; Ceitlin, LHF, Chaves, MLF

Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas

Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Palavras Chave: transtorno da personalidade – PDQ-IV – diagnóstico

Autor para correspondência:

Dr. Igor Alcântara

Médico Psiquiatra

Rua Ramiro Barcellos, 1954-sala 605.

CEP: 90035-002. Bairro Rio Branco

Fone: (051) 33352930

e-mail: igoralcantara@uol.com.br

RESUMO

Objetivo: traduzir o PDQ-4 para o português e aplicá-lo à uma amostra de pacientes internados e ambulatoriais, com e sem o diagnóstico clínico de Transtorno da Personalidade (TP).

Metodologia: O PDQ-4 foi traduzido para o português, retraduzido para o inglês, e comparado com a versão original. Foi solicitado a psiquiatras que indicassem pacientes, com tempo de acompanhamento superior a três meses, internados (n=42) ou ambulatoriais (n=27), com diagnóstico de Eixo II formulado (n=40) ou descartado (n=29), e à estes foi aplicado o PDQ-4.

Resultados: o escore total do PDQ-4 foi mais alto entre os portadores de Transtornos da Personalidade (39+ou-8.6) do que entre aqueles sem este diagnóstico (27.5+ou-12.5). Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$). O ponto de corte sugerido foi 30 ou mais respostas positivas.

Discussão: para gerar diagnósticos específicos de TP, o PDQ tende a gerar muitos falsos positivos. Considerando-se seu escore total para gerar um diagnóstico de TP sem especificá-lo, sugerimos a necessidade de mais estudos para se chegar a uma conclusão.

INTRODUÇÃO

A prevalência dos Transtornos da Personalidade situa-se em torno de 10% (Weissmann, 1990), podendo chegar a 33% (Mattia e Zimmermann, 2001). Entre populações clínicas este número variou de 13% até 81% (Dolan-Sewell, Krueger e Shea, 2001).

Com o objetivo de melhorar a validade e a confiabilidade do diagnóstico dos Transtornos da Personalidade (TP), diversos questionários e entrevistas estruturadas ou semi estruturadas têm sido propostos e utilizados em pesquisas (Guthrie e Mobley, 1994)..

Após a edição do DSM-III, em 1980, Hyler e colaboradores propuseram o PDQ (Personality Diagnostic Questionnaire), como instrumento de triagem para Transtornos da Personalidade (Hyler et al, 1983). O instrumento foi revisado após a edição do DSM-III-R, em 1987, sendo lançado o PDQ-R (Hyler e Rieder, 1987). Após a edição do DSM-IV, em 1994 surgiu o PDQ-4 (Hyler, 1994).

A utilidade do PDQ e suas revisões para a realização do diagnóstico de TP tem sido amplamente discutida. Trata-se de um questionário auto respondido, de 85 perguntas, com duração de aplicação entre 20 e 30 minutos.

Os estudos em geral demonstram ser um instrumento de alta sensibilidade e baixa especificidade o que sugere a possibilidade de o instrumento ser utilizado como teste de triagem (Hyler et al, 1990; Zimmermann e Coryel, 1990; Hunt e Andrews, 1992; Davison et al, 2001).

Até o presente momento, encontramos três estudos que utilizaram o PDQ-4. O instrumento mostrou-se de alta sensibilidade e baixa especificidade, gerando múltiplos diagnósticos de personalidade para cada indivíduo. Existe consenso de que o PDQ-4 falha ao tentar realizar diagnósticos específicos de personalidade.

A discussão está centrada na possibilidade de o instrumento servir para a triagem

baseando-se no escore total do questionário, sem considerar os subtipos de TP. Através do escore total, poderia se inferir a presença ou ausência de um Transtorno da Personalidade, sem especificá-lo. Quanto a esta possibilidade, os três estudos discordam.

Fossati et al (1998) acreditam que o PDQ-4, em seu formato atual, não poderia ser utilizado nem mesmo como teste de triagem. Este estudo comparou os resultados do PDQ4 com a Entrevista Estruturada para o DSM-IV (SCID-II) entre pacientes internados e ambulatoriais.

Willberg, Damon e Friss (2000), comparando o PDQ-4 com a LEAD (Longitudinal Expert All Data), acreditam na necessidade de mais estudos antes de se concluir se o PDQ4 possui ou não a capacidade de realizar triagem.

Por sua vez, Davison et al (2001), comparando o PDQ-4 com a Entrevista Estruturada para o DSM-IV (SCID II), em uma amostra de prisioneiros, concluem que o instrumento possui utilidade como teste de triagem para TP, considerando o escore total

O ponto de corte ideal para o instrumento é também motivo de discussão. Enquanto o autor sugere 50 ou mais respostas positivas como indicativo da presença de TP, nos estudos citados o ponto de corte ideal variou de 25 até 30.

O quanto um transtorno psiquiátrico do Eixo I pode influenciar o diagnóstico de Eixo II permanece obscuro, o que pode gerar dificuldades ao se tentar diagnosticar TP em ambientes clínicos (Zimmermann e Coryel, 1990; Hunt e Andrews, 1992; Reichborn et al, 1997).

Neste estudo, o PDQ-4 foi aplicado para 27 pacientes ambulatoriais e 42 pacientes internados em uma clínica psiquiátrica e o resultado foi comparado com a impressão clínica dos médicos assistentes.

PACIENTES E MÉTODOS

A metodologia utilizada neste estudo dividiu-se em duas etapas. Em primeiro lugar o PDQ-4 (Anexo 1) foi traduzido para o português. Em um segundo momento, o instrumento foi aplicado para uma amostra de pacientes de ambulatório e internação.

Os pacientes ambulatoriais pertenciam aos ambulatórios dos programas de Transtornos de Ansiedade, Transtornos de Humor e Dependência Química do HCPA. Os pacientes internados encontravam-se na Clínica Pinel, situada no mesmo bairro e atendendo uma população semelhante. A Clínica Pinel foi escolhida por oferecer um maior número de dependentes químicos internados.

O PDQ-4 é um questionário auto-respondido, de 85 perguntas. Cada questão corresponde, na prática, a um critério diagnóstico do DSM-IV para os Transtornos da Personalidade.

Tradução e adaptação:

A tradução foi realizada pelo pesquisador principal.

Na prática a tradução foi realizada utilizando-se o PDQ-4, a versão original do DSM-IV e a versão traduzida do DSM-IV. O objetivo principal naturalmente foi o de ser fiel ao instrumento. Mas verificar a forma como o manual foi traduzido, também foi útil, por exemplo, na escolha de sinônimos e no entendimento do significado de algumas questões.

Após a tradução o resultado foi encaminhado a uma médica com formação em língua inglesa e foi retraduzido para o inglês (backtranslation). Esta versão foi avaliada pelo pesquisador principal e por outro pesquisador psiquiatra para verificar-se se era fiel a versão original.

Em seguida o questionário foi aplicado para um grupo de pacientes com o objetivo de verificar o entendimento e a interpretação das questões. Nesta etapa o paciente era convidado

a responder o questionário acompanhado do pesquisador e instruído a interromper a cada questão que considerasse difícil de entender.

Por exemplo, a questão 30, (Sex just doesn't interest me), havia sido traduzida por: sexo simplesmente não me interessa. Alguns pacientes entendiam que sexo sem afeto não lhes interessava e respondiam afirmativamente para esta questão que é critério para o TP Esquizóide. A tradução foi adaptada para: eu simplesmente não me interesse por sexo. Como nesta etapa do trabalho o pesquisador conversava ativamente com o sujeito da pesquisa, estes dados não entraram na análise final dos resultados.

Esta etapa foi de fundamental importância, pois levou em consideração as características específicas de nossa cultura e a capacidade das pessoas de entender o que se queria perguntar.

A partir de então, gerou-se o instrumento definitivo (Anexo 2) e que foi inicialmente utilizado em um estudo piloto com 15 sujeitos internados na Clínica Pinel.

Pacientes:

Todas as etapas de coleta de dados, aplicação dos questionários, informações médicas e escala AGF, foram coletados pelo pesquisador principal, com o auxílio de uma colaboradora, médica psiquiatra.

Para que fosse possível detectar uma diferença estatisticamente significativa (erro $\alpha=0,05$ e $\beta=0,10$) de magnitude moderada (aproximadamente um desvio-padrão) no escore de PDQ-IV em relação à presença ou não de transtorno de personalidade, seriam necessários, no mínimo, 38 pacientes. Visando um tamanho amostral que permitisse a realização de estratificações e cálculos de sensibilidade e especificidade a amostra foi concluída com 69 pacientes.

No período compreendido entre outubro de 2000 e janeiro de 2001 foram coletados os dados dos pacientes internados e nos ambulatórios de ansiedade, depressão e dependência química.

Desta forma o instrumento foi aplicado à pacientes com diferentes patologias de Eixo I.

Com o objetivo de obter diagnósticos médicos mais confiáveis, foi solicitado aos psiquiatras responsáveis pelo atendimento, que indicassem pacientes com acompanhamento superior a três meses e que fossem conhecidos o suficiente para o médico ter um diagnóstico formulado em Eixo II, ausência ou presença de um Transtorno da Personalidade. Quando o médico referia não conhecer o paciente o suficiente para formular ou descartar um diagnóstico de Eixo II o paciente não era incluído no estudo. Todos os pacientes leram e assinaram o consentimento informado (Anexo 4) na presença de um dos pesquisadores para a obtenção de qualquer esclarecimento.

A aplicação do PDQ-4 foi cega para o diagnóstico de TP formulado pelo médico assistente.

Junto ao consentimento informado os pacientes receberam o questionário. Após este momento ficou combinado que o pesquisador deixaria o entrevistado a sós e não mais iria interferir até que o questionário fosse totalmente respondido.

Estas pessoas foram convidadas a responder um questionário sobre o seu jeito de ser e reagir.

Ao médico de cada paciente foi solicitado o preenchimento da Escala de Avaliação Global de Funcionamento (Anexo 3) referente a um período de seis meses anterior à avaliação, além de informar o tipo de tratamento, a presença ou não de TP, tipo de TP e o tratamento instituído: se medicação, psicoterapia ou a associação de ambos (Anexo 2).

Dados de identificação e variáveis sócio-demográficas foram checados com os

pacientes

Foi realizada uma revisão completa nos prontuários de todos os pacientes na busca de registros do diagnóstico de Transtornos da Personalidade.

A Tabela 1 apresenta os diagnósticos de Eixo I da amostra.

Os sujeitos foram divididos em dois grupos: aqueles que os médicos acreditavam possuir um TP, e aqueles nos quais o médico descartava a possibilidade de TP. A impressão clínica foi utilizada como padrão ouro no diagnóstico dos casos. Em seguida os grupos foram comparados quanto aos escores no PDQ-IV.

Cinco pacientes deixaram de responder 5 ou mais questões do PDQ-4, sendo excluídos da amostra.

Critérios de Inclusão:

Foram avaliados todos os pacientes, que consultaram no referido período, nos ambulatórios de depressão, ansiedade e dependência química que se encontravam sob acompanhamento do mesmo médico há pelo menos três meses, ou que encontravam-se internados..

Pacientes com um diagnóstico de Eixo II formulado ou descartado.

Pessoas com idade acima de 18 anos.

Pacientes que não apresentassem Transtornos Mentais Orgânicos ou Psicóticos no momento da testagem.

Análises estatísticas:

As variáveis foram descritas a partir de média \pm desvio-padrão e frequências absolutas e relativas. Para a comparação das variáveis quantitativas (escores de PDQ-IV) foi utilizado o

teste t de Student para amostras independentes.

A concordância entre os diagnósticos obtidos pelo PDQ-IV e pela impressão clínica foi avaliada pelo coeficiente Kappa. Também foram calculados os valores de sensibilidade, especificidade, poder preditivo positivo (PPP) e poder preditivo negativo (PPN) para esta relação.

O nível de significância utilizado foi de 0,05.

RESULTADOS

Foram avaliados 74 pacientes, 5 pacientes deixaram de responder a 5 ou mais respostas do PDQ-4 e foram eliminados da amostra, restando 69 pacientes, 27 no HCPA e 42 na Clínica Pinel. A idade variou entre 19 e 69 anos, com média de 37.5 anos. Na tabela 1 verificamos os diagnósticos de Eixo 1 encontrados

Encontramos uma concordância pobre entre o diagnóstico clínico de TP específico e o PDQ-4 com Kappa variando entre 0,01 para TP evitativo e 0,2 para TP histriônico (Tabela 2).

O escore total do PDQ-4 entre os pacientes com TP foi estatisticamente superior ($p < 0,001$; teste t de Student) quando comparado ao escore total dos pacientes sem TP. Este escore total do PDQ-4 manteve-se estatisticamente superior independente do diagnóstico de Eixo I na amostra, conforme Tabela 3.

Na Tabela 4 verificam-se os resultados utilizando-se os pontos de corte de 50 respostas positivas no PDQ-4, (conforme sugerido pelo autor.) Encontramos uma sensibilidade de 12%, especificidade de 96%, PPP de 83% e PPN de 44%, (Kappa: .78).

Na Tabela 5 encontram-se os resultados utilizando-se o ponto de corte de 30 respostas positivas no PDQ-4, encontramos uma sensibilidade de 85%, especificidade de 62%, PPP de

75% e PPN de 75%, (Kappa: .48).

Comparando-se o escore total do PDQ-4 entre pacientes internados (média±DP, 35±13) e pacientes ambulatoriais (média±DP, 34±11) não foi detectada diferença estatisticamente significativa (teste t de Student; P=0,6). Ser paciente internado ou ambulatorial também não modificou o escore total do PDQ-4, quando avaliados separadamente pacientes com TP (teste t de Student; P=0,4) e sem TP (teste t de Student; P=0,8).

Quando comparado o escore total do PDQ-4 entre os diagnósticos de Eixo I, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre pacientes com transtornos de humor e os demais (teste t de Student; P=0,016). Pacientes com transtornos de humor obtiveram escores mais altos no PDQ-4 (média±DP, 37±11) do que aqueles com outros transtornos (média±DP, 30±12).

Entre pacientes com Transtorno do Humor o PDQ-4 manteve um escore total significativamente mais alto para aqueles com TP.

Separando a amostra em dois grupos, com TP e sem TP, verificamos que a presença de Transtorno do Humor não alterou significativamente o escore total do PDQ-4. Ou seja, nos pacientes com TP, a presença de um transtorno do humor aumentou os escores do PDQ-4. Quando não havia o diagnóstico de TP, o transtorno de humor isolado não aumentou os escores do PDQ-4.

Entre os pacientes apontados por seus médicos como portadores de TP, o PDQ-IV apontou uma média de 4.5 diferentes subtipos de TP por paciente (DP 2.1) Entre aqueles pacientes sem TP pela impressão clínica esta média foi de 2.6 (DP 2.5) (teste t de Student; P=0,001).

Os médicos apontaram 40 pacientes como portadores de TP, na revisão do prontuário

encontramos registro em apenas 19 casos. Apesar de suspeitarmos que o diagnóstico de Eixo II é negligenciado, não encontramos relatos na literatura da ocorrência deste fato. Neste trabalho, verificamos que quando o médico foi diretamente indagado, informou duas vezes mais a presença de um diagnóstico de TP do que registrou no prontuário.

Quando comparados os escores do PDQ-4 e da Escala AGF, não encontramos associação.

DISCUSSÃO

Não existem relatos do uso do PDQ, PDQ-R ou do PDQ-4 na língua portuguesa. A elaboração da versão local do instrumento, seguida da aplicação para um grupo inicial de pacientes, foi fundamental para se melhorar a compreensão do questionário. Com a versão final, evitou-se o viés do entrevistador, que poderia ocorrer se o entrevistado pedisse explicações sobre alguma questão não compreendida.

Os achados deste estudo, utilizando o PDQ-4 traduzido, são semelhantes aqueles encontrados utilizando a versão original do instrumento.

Segundo o autor o ponto de corte ideal é de 50 ou mais respostas positivas (Hyler, 1994). Encontramos três estudos que utilizaram o PDQ-4 até o momento. Davison et al sugerem um ponto de corte de 25 respostas positivas, Fossati et al encontraram 28 e Wilberg et al, 30. Estes autores consideraram muito alto o ponto de corte sugerido por Hyler. (Fossati et al, 1998; Wilberg, Dammen e Friss, 2000; Davison et al, 2001).

Nossos achados sugerem que o ponto de corte de 50, sugerido pelo autor (tabela 4) seja muito alto, gerando muitos falsos negativos. Utilizando-se o ponto de corte de 30 (tabela 5) encontra-se a melhor razão sensibilidade/especificidade, e diminui-se a taxa de falsos negativos substancialmente (o PPN passa de 44% para 75%) com um pequeno acréscimo na taxa de falsos positivos (o PPP passa de 83% para 75%).

Considerando-se o uso do PDQ-4, para detecção de transtornos específicos de personalidade, existe concordância na literatura de que o instrumento é muito sensível e pouco específico. O PDQ-4 gera múltiplo diagnóstico para um mesmo indivíduo.

A questão dos múltiplos diagnósticos é ampla, independentemente do instrumento utilizado, os estudos têm encontrado de 1.5 até 5.6 diagnósticos de TP para o mesmo indivíduo

(Skodol et al, 1998; Wetzler e Dubro, 1990; Dolan et al, 1995). Estes achados apoiam a idéia de que os TP são mais bem classificados de acordo com um modelo dimensional e não categorial (Widiger, 1992).

Se a questão dos múltiplos diagnósticos é controvertida do ponto de vista da classificação, por outro lado foi encontrada uma associação significativa entre múltiplos diagnósticos de TP pelo PDQ e baixos escores na Escala de Avaliação Global do Funcionamento. Este achado sugere que pacientes com altos escores no PDQ possuem maiores dificuldades de adaptação, sendo apenas por isto, independente da classificação diagnóstica, merecedores de atenção especial (Dolan et al, 1995). Neste estudo não encontramos associação entre os escores do PDQ-4 e da Escala AGF.

Quanto ao uso do instrumento como teste de triagem para detecção de algum TP sem especificá-lo, os autores estão em desacordo. Fossati et alli sugerem que o PDQ-4 não seja utilizado como instrumento de triagem, no entanto não foi realizada uma análise da curva ROC utilizando o escore total do PDQ-4. Wilberg et al não concluem se o PDQ-IV deve ou não ser utilizado como teste de triagem. Davison et al, estudando uma população de presidiários, sugerem que o PDQ-4 possui boa capacidade como instrumento de triagem. Davison et al e Fossati et al compararam o PDQ-4 com o SCID-II, Wilberg et al compararam o PDQ-4 com a LEAD. É importante ressaltar que os autores que indicam o PDQ-4 para triagem trabalharam em uma população de presidiários e não em uma população clínica como no presente estudo. (Fossati et al, 1998; Wilberg, Dammen e Friss, 2000; Davison et al, 2001).

Como assinalado por Westen (1997), o diagnóstico clínico dos Transtornos da Personalidade é feito de forma diferente daquela utilizada por instrumentos de pesquisa. Em seu estudo, Westen indagou a psiquiatras de diferentes orientações teóricas sobre a maneira utilizada para formular um diagnóstico de Eixo II. Habitualmente, os clínicos utilizam-se da observação do comportamento dos pacientes e da maneira como o paciente descreve seus relacionamentos interpessoais para formular um diagnóstico de TP. As informações dos familiares, utilização de questionários ou perguntas diretas baseadas em critérios do DSM

foram consideradas como de pouca utilidade para a obtenção de um diagnóstico de Eixo II. Nesta mesma linha de pensamento, o autor demonstra as limitações da classificação atual em avaliar sintomas dos TP, que mesmo não fechando critérios para o diagnóstico, levam a sofrimento e prejuízo, merecendo atenção clínica (Westen e Arkowitz-Westen, 1998).

Uma limitação deste estudo é a utilização da impressão diagnóstica do médico assistente como padrão ouro. Seria necessário avaliar através de entrevistas estruturadas os casos apontados pelos clínicos para se verificar a confiabilidade dos diagnósticos. Por outro lado, as entrevistas estruturadas para TP, embora sejam habitualmente utilizadas para pesquisa, também não são considerados bons instrumentos para o diagnóstico de TP. Como demonstrado por Dolan et al (1995) também as entrevistas estruturadas e semi-estruturadas geram múltiplos diagnósticos, e esta questão estaria relacionada à gravidade do quadro psiquiátrico. Segundo Zimmermann (1994), não existe uma boa concordância entre nenhum dos instrumentos padronizados para o diagnóstico de Eixo II e nenhum destes demonstrou ser superior aos demais. Outra limitação é o fato de termos utilizado uma amostra de pacientes selecionados previamente de acordo com a presença ou ausência de TP pelo diagnóstico clínico. Somente foram testados pacientes cujos médicos se sentiam seguros para formular ou descartar um diagnóstico de Eixo II. Não sabemos qual o comportamento do PDQ-4 frente a uma amostra de pacientes em geral, apresentando o risco de ter ou não um diagnóstico de TP, como ocorre em um ambiente de triagem.

Este trabalho não objetivou validar o PDQ-4 para uso em nosso meio, mas verificar a concordância entre o instrumento e o diagnóstico clínico entre médicos que acompanhassem os pacientes há pelo menos três meses e que se julgassem em condições de realizar o diagnóstico de TP ou descartá-lo.

Apesar das limitações metodológicas deste trabalho, incluindo-se o pequeno número de sujeitos e a utilização da impressão clínica como padrão ouro para o diagnóstico de TP, chegamos a resultados semelhantes àqueles encontrados na utilização da versão original do PDQ-4, a saber: a) o PDQ-4 tende a gerar múltiplos diagnósticos de personalidade, não

devendo ser utilizado para gerar diagnósticos específicos de TP, b) utilizando-se o ponto de corte sugerido pelo autor, 50, o PDQ-4 perde muito em sensibilidade. (Com um ponto de corte entre 25 e 30 encontra-se um melhor equilíbrio entre sensibilidade, especificidade, poder preditivo positivo e poder preditivo negativo, e c) quanto à possibilidade de o PDQ-4 ser utilizado como instrumento de triagem para qualquer TP, sem especificá-lo, através de seu escore total, sugerimos a necessidade de mais estudos para se chegar a uma conclusão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Davison, S. Leese, M. & Taylor, P.J., Examination of the Screening Properties of the Personality Diagnostic Questionnaire 4+(PDQ-4+) in a Prison Population. *Journal of Personality Disorders*, 15(2), 180-194, 2001
- Dolan, B., Evans. C. & Norton, K., Multiple Axis-II Diagnoses of Personality Disorder, *British Journal of Psychiatry* (1995), 166, 107-112.
- Dolan-Sewell, R.T., Krueger, R.F. & Shea M.T., Co-Occurrence with Syndrome Disorder. In: *Handbook of Personality Disorders*, Edited by W.John Livesley. 2001 The Guilford Press.
- Fossati, A., Maffei,C., Bagnato, M. et alli., Brief Communication: Criterion Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4
- Guthrie, P.C.A.,& Mobley, B., Comparison of the Differential Diagnostic Efficiency of three Personality Disorder Inventories. July, 1994, vol.50, nr.4:656-66
- Hunt, C. & Andrews, G. , Measuring Personality Disorder: the use of Self-Report Questionnaires, *Journal of Personality Disorders*, 6(2), 125-133, 1992.
- Hyer, S.E., Reider, R.O., Spitzer, R. Williams, J.B. *Personality Questionnaire PDQ*. New York State Psychiatric Institute, New York (1983).
- Hyer, S.E., Reider, R.O., *PDQ-R: Personality Diagnostic Questionnaire-Revised. PDQ*. New York , NY. New York State Psychiatric Institute, 1987.

- Hyer, S.E. , Personality Questionnaire, PDQ4. New York, NY. New York Psychiatric Institute, 1994.
- Hyer, S.E. Skodol, A.E. et.al. Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: Comparison With Two Structured Interviews. *Am J Psychiatry* 147: 8, 1043-1048, August 1990.
- Lyons, M.S., Epidemiology of Personality Disorders. In: *Textbook of Psychiatric Epidemiology*. Tsuang, M.T., Tohen, M., Zahmerbep Editors. Wiley-Liss, 1995.
- Mattia, J.I.& Zimmerman, M., Epidemiology. In: *Handbook of Personality Disorders*. Edited by W.John Livesley. 2001 The Guilford Press.
- Reichborn-Kjennerud, T., Lingjaerde, O. & Dahl, A.A., DSM-III-R Personality Disorders in seasonal Affective Disorder: Change associated with Depression. *Comprehensive Psychiatry*, vol.38, nr. 1 (January/February), 1997: pp. 43-48.
- Skodol, A., Rosnick, L. et al. Validating Structured DSM-III-R Personality Disorder Assessment with Longitudinal Data. *Am J Psychiatry* 145:10, October 1988.
- Weissman, M.M., The Epidemiology of Personality Disorders: a 1990 update. *Journal of Personality Disorders*, Supplement, 44-62, Spring, 1993.
- Westen, D., Divergences Between Clinical and Research Methods for Assessing Personality Disorders: Implications for Research and the Evolution of Axis II. *Am J Psychiatry* 154:7, 895-903, July 1997.

Wetzler, S. & Dubro, A. Diagnosis of Personality Disorders by the Millon Clinical Multiaxial Inventory, *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol.178, Nr. 4, 261-263, 1990.

Widiger, T.A. Categorical versus dimensional classification: Implications from and For research. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 287-300, 1992.

Zimmerman, M. , Diagnosing Personality Disorder. A Review of Issues and Research Methods. *Arch Gen Psychiatry*, vol. 51, March 1994.

Zimmerman, M., Coryell, W.H., Diagnosing Personality Disorders in the Community. A Comparison of Self-Report and Interview Measures. *Arch Gen Psychiatry* – Vol. 47, June 1999.

Westen, D., Arkovittz-Westen L.: Limitations of Axis II in Diagnosing Personality Pathology in Clinical Practice. *Am J Psychiatry* 1998; 144:1767-1771.

Wilberg, T., Dammen, T., & Friis, S., Comparing Diagnostic Questionnaire-4+ with Longitudinal Expert All Data (LEAD) Standard Diagnoses in a Sample with High Prevalence of Axis I and Axis II Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 41, nr. 4 (July/August), 200:295-302.

Tabela 1: Diagnósticos de eixo I na amostra

DIAGNÓSTICO		AMBULATÓRIO	INTERNAÇÃO	TOTAL
Transtornos relacionados a substâncias		8	18	26
Transtornos de Ansiedade	Pânico c/ agorafobia	2	0	2
	Pânico c/ agorafobia	1	2	3
	Fobia social	2	3	5
	Transtorno Obsessivo Compulsivo	3	3	6
	Ansiedade generalizada	2	1	3
	Fobia específica	0	1	1
Transtornos do Humor	Depressão Maior	12	18	30
	Distímia	1	0	1
	Transtorno Bipolar	3	5	8
Transtorno Somatoforme		0	1	1

Tabela 2: Número de pacientes em cada um dos diagnósticos específicos de personalidade e concordância entre o PDQ-4 e o diagnóstico clínico.

	Diagnóstico		PDQ		Kappa	S	E	PPP	PPN
	N	%	n	%					
Paranóide	1	1,4	40	59,7	0,02	1,00	0,41	0,03	1,00
Esquizotípico	0	0	23	33,3	—	—	—	—	—
Esquizóide	0	0	10	14,7	—	—	—	—	—
Histriônica	16	23,2	12	17,4	0,20	0,31	0,87	0,42	0,81
Narcisista	0	0	19	27,5	—	—	—	—	—
Borderline	13	18,8	31	45,6	-0,06	0,39	0,53	0,16	0,78
Anti-social	2	2,9	9	13,0	0,14	0,50	0,88	0,11	0,98
Evitativo	2	2,9	40	58,8	-0,01	0,50	0,41	0,03	0,96
Dependente	0	0	26	38,2	—	—	—	—	—
Obsessivo compulsivo	2	2,9	47	68,1	0,03	1,00	0,33	0,04	1,00
Não Especificado	4								
Agrupamento A	1	1,4	47	68,1	0,14	1,00	0,32	0,02	1,00
Agrupamento B	31	44,9	34	49,3	0,10	0,55	0,55	0,50	0,60
Agrupamento C	4	5,8	57	82,6	0,03	1,00	0,19	0,07	1,00
Qualquer Transtorno	40	58,0	62	89,9	0,23	1,00	0,24	65	1,00

Tabela 3: Médias e desvios padrão do PDQ-4 entre pacientes com TP presente ou ausente, no grupo geral e nos diferentes diagnósticos de Eixo I encontrados.

Diagnóstico de Eixo I	Transtornos de Personalidade (Diagnóstico Clínico)		P*
	Presente	Ausente	
Grupo Geral de Pacientes	39.5 ± 8.6 (n=40)	27.6 ± 12.6 (n=29)	< 0.001
Com Transtornos de Humor	40.2 ± 9.9 (n=27)	31.1 ± 12.1 (n=11)	0.024
Sem Transtornos de Humor	38.0 ± 5.6 (n=13)	25.4 ± 12.7 (n=18)	0.005
Com Transtornos de Ansiedade	37.8 ± 8.7 (n=12)	26.3 ± 14.5 (n=8)	0.052
Sem Transtornos de Ansiedade	40.5 ± 8.9 (n=28)	28.1 ± 12.1 (n=21)	< 0.001
Com Transtornos relacionados a Substâncias	36.3 ± 8.4 (n=13)	27.2 ± 11.2 (n=13)	0.04
Sem Transtornos relacionados a Substâncias	40.9 ± 8.8 (n=27)	27.9 ± 13.9 (n=16)	0.001

- Teste “T” de Student

Tabela 4: Escore total do PDQ-4, considerando o ponto de corte \geq a 50, comparado com a impressão clínica.

Escore total PDQ-4	Impressão Clínica		
	c/TP	s/TP	Total
≥ 50	5	1	6
< 50	35	28	63
	40	29	69

Tabela 5: Escore total do PDQ-4, considerando o ponto de corte \geq a 30, comparado com a impressão clínica.

Escore total PDQ-4	Impressão Clínica		
	c/TP	s/TP	Total
≥ 30	34	11	45
< 30	6	18	24
	40	29	69

ANEXO 1

PDQ-IV (Versão Original)

**PDQ-4
PERSONALITY QUESTIONNAIRE**

Your
name _____

Today/s
date _____

Your
age _____

Your
sex _____

Your
marital status _____

Your
race/Ethnic group _____

Highest
Level of Education _____

Instructions

The purpose of this questionnaire is for you to describe the kind of person you are. When answering the questions, think about how you have tended to feel, think, and act over the past several years. To remind you of this, on the top of each page you will find the statement: "Over the past several years..."

T (True) means that the statement is generally true for you.

F (False) means that the statement is generally false for you.

Even if you are not entirely sure about the answer, indicate "**T**" or "**F**" for every question.

For example, for the question:

xx. I tend to be stubborn. **T** **F**

If, in fact you have been stubborn over the past several years, you would answer True by circling **T**.

If, this was not true at all for you, you would answer false by circling **F**.

There are no correct answers.

You may take as much time as you wish.

Over the last several years...

- | | | |
|---|----------|----------|
| 1. I avoid working with others who may criticize me. | T | F |
| 2. I can't make decisions without the advice, or reassurance, of others | T | F |
| 3. I often get lost in details and lose sight of the "big picture". | T | F |
| 4. I need to be the center of attention. | T | F |
| 5. I have accomplished far more than others give me credit for. | T | F |
| 6. I'll go to extremes to prevent those who I love from ever leaving me | T | F |
| 7. I've been in trouble with the law several times (or would have been if was caught). | T | F |
| 8. Spending time with family or friends just doesn't interest me. | T | F |
| 9. I get special messages from things happening around me. | T | F |
| 10. I know that people will take advantage of me, or try to cheat me, if I let them | T | F |
| 11. Sometimes I get upset. | T | F |
| 12. I make friends with people only when I am sure they like me. | T | F |
| 13. I prefer that other people assume responsibility for me. | T | F |
| 14. I waste time trying to make things too perfect. | T | F |
| 15. I am "sexier" than most people. | T | F |
| 16. I often find myself thinking about how great a person I am, or will be. | T | F |
| 17. I either love someone or hate them, with nothing in between. | T | F |
| 18. I get into a lot of physical fights. | T | F |
| 19. I would rather do things by myself than with other people. | T | F |
| 20. I have the ability to know that some things will happen before they actually do. | T | F |
| 21. I often wonder whether the people I know can really be trusted. | T | F |
| 22. Occasionally I talk about people behind their backs. | T | F |
| 23. I am inhibited in my intimate relationships because I am afraid of being ridiculed. | T | F |
| 24. I fear losing the support of others if I disagree with them. | T | F |
| 25. I put my work ahead of being with my family or friends or having fun. | T | F |
| 26. I show my emotions easily. | T | F |
| 27. Only certain special people can really appreciate and understand me. | T | F |
| 28. I often wonder who I really am. | T | F |
| 29. I have difficulty paying bills because I don't stay at any one job for very long. | T | F |

- | | | |
|--|----------|----------|
| 30. Sex just doesn't interest me. | T | F |
| 31. I can often sense, or feel things, that others can't. | T | F |
| 32. Others will use what I tell them against me. | T | F |
| 33. There are some people I don't like. | T | F |
| 34. I am more sensitive to criticism or rejection than most people. | T | F |
| 35. I find it difficult to start something if I have to do it by myself. | T | F |
| 36. I have a higher sense of morality than others people. | T | F |
| 37. I use my "looks" to get the attention that I need. | T | F |
| 38. I need very much for other people to take notice of me or compliment me. | T | F |
| 39. I have tried to hurt or kill myself. | T | F |
| 40. I do a lot of things without considering the consequences. | T | F |
| 41. There are few activities that I have any interest in. | T | F |
| 42. People often have difficulty understanding what I say. | T | F |
| 43. I keep alert to figure out the real meaning what people are saying. | T | F |
| 44. I have never told a lie. | T | F |
| 45. I am afraid to meet new people because I feel inadequate. | T | F |
| 46. I want people to like me so much that I volunteer to do things that I'd rather not do. | T | F |
| 47. I have accumulated lots of things I don't need that I can't bear to throw out. | T | F |
| 48. Even though I talk a lot, people say that I have trouble getting to the point. | T | F |
| 49. I expect other people to do favors for me even though I do not usually do favors for them. | T | F |
| 50. I am a very moody person. | T | F |
| 51. Lying comes easily to me and I often do it. | T | F |
| 52. I am not interested in having close friends. | T | F |
| 53. I am often on guard against being taken advantage of. | T | F |
| 54. I never forget, or forgive, those who do me wrong. | T | F |
| 55. A nuclear war may not be such a bad idea. | T | F |
| 56. When alone I feel helpless and unable to care for myself. | T | F |
| 57. If others can't do things correctly I would prefer to do them myself. | T | F |
| 58. I have a flair for the dramatic. | T | F |
| 59. Some people think that I take advantage of others. | T | F |
| 60. I feel that my life is dull and meaningless. | T | F |

- | | | |
|---|----------|----------|
| 61. I don't care what others have to say about me. | T | F |
| 62. I have difficulties relating to others in a one-to-one situation. | T | F |
| 63. People have often complained that I did not realize that they were upset. | T | F |
| 64. By looking at me, people might think that I'm pretty odd, eccentric or weird. | T | F |
| 65. I enjoy doing risky things. | T | F |
| 66. I have lied a lot on this questionnaire. | T | F |
| 67. I have difficult controlling my anger, or temper. | T | F |
| 68. Some people are jealous of me. | T | F |
| 69. I am easily influenced by others. | T | F |
| 70. I see myself as thrifty but others see me as being cheap. | T | F |
| 71. When a close relationship ends, I need to get involved with someone else immediately. | T | F |
| 72. I suffer from low self esteem. | T | F |
| 73. I waste no time in getting back at people who insult me. | T | F |
| 74. Being around other people makes me nervous. | T | F |
| 75. In new situations I fear being embarrassed. | T | F |
| 76. I am terrified of being left to care for myself. | T | F |
| 77. People complain that I'm "stubborn" as a mule". | T | F |
| 78. I take relationships more seriously than do those who I'm involved with. | T | F |
| 79. Others consider me to be stuck up. | T | F |
| 80. When stressed, things happen. Like I get paranoid or just "black out". | T | F |
| 81. I don't care if others get hurt so long as I get what I want. | T | F |
| 82. I keep my distance from others. | T | F |
| 83. I often wonder whether my wife (husband, girlfriend, or boyfriend) has been unfaithful to me. | T | F |
| 84. I have done things on impulse (such as those below) that can get me into trouble | T | F |
| Check all that apply to you: | | |
| a. Spending more money than I have. | T | F |
| b. Having Sex with people I hardly Know. | T | F |
| c. Drinking too much. | T | F |
| d. Taking drugs. | T | F |
| e. Eating binges. | T | F |
| f. Reckless driving. | T | F |
| 85. When I was a kid (before age 15) | | |

I was somewhat of a juvenile delinquent, doing some of the things below.

Check all that apply to you:

- | | | |
|---|----------|----------|
| (1) I was considered a bully | T | F |
| (2) I used to star fights with other kids | T | F |
| (3) I used a weapon in fights that I had | T | F |
| (4) I robbed or mugged other people | T | F |
| (5) I was physically cruel to other people | T | F |
| (6) I was physically cruel to animals | T | F |
| (7) I forced someone to have sex with me | T | F |
| (8) I lied a lot | T | F |
| (9) I stayed out at night without my parents permission | T | F |
| (10) I stole things from other | T | F |
| (11)I set fires | T | F |
| (12)I broke w windows or destroyed property | T | F |
| (13)I ran away from home overnight more than once | T | F |
| (14)I began skipping school, a lot, before age 13. | T | F |
| (15)I broke into someone's house, building or car | T | F |

ANEXO 2

Durante os últimos anos...

- | | | |
|---|----------|----------|
| 1. Eu evito trabalhar com pessoas que possam me criticar: | T | F |
| 2. Eu não consigo tomar decisões sem me aconselhar, ou me reassegurar com os outros: | T | F |
| 3. Frequentemente eu me detenho em detalhes e acabo perdendo a noção da situação geral: | T | F |
| 4. Eu necessito ser o centro das atenções: | T | F |
| 5. Eu tenho realizado muito mais coisas importantes do que os outros reconhecem: | T | F |
| 6. Eu faço qualquer coisa para evitar que aqueles que eu amo me deixem: | T | F |
| 7. Eu tive problemas com a lei diversas vezes (ou teria se tivesse sido apanhado): | T | F |
| 8. Não me interessa gastar meu tempo com a família ou amigos: | T | F |
| 9. Eu recebo mensagens especiais das coisas que acontecem ao meu redor. | T | F |
| 10. Eu sei que as pessoas vão tentar tirar vantagem de mim ,ou me trapacear ,se eu deixar: | T | F |
| 11. Às vezes, eu fico perturbado. | T | F |
| 12. Eu faço amizade apenas quando tenho certeza de que gostam de mim: | T | F |
| 13. Eu prefiro que outras pessoas assumam responsabilidades por mim: | T | F |
| 14. Eu perco tempo tentando fazer as coisas saírem muito perfeitas: | T | F |
| 15. Eu sou sexualmente mais atraente do que a maioria das pessoas: | T | F |
| 16. Frequentemente eu me pego pensando: que grande pessoa eu sou, ou serei: | T | F |
| 17. Ou eu amo, ou eu odeio alguém, nunca o meio termo: | T | F |
| 18. Eu me envolvo em muitas brigas com agressões físicas: | T | F |
| 19. Eu prefiro fazer coisas sozinho do que acompanhado: | T | F |
| 20. Eu tenho a capacidade de saber que algumas coisas vão acontecer, antes delas acontecerem: | T | F |
| 21. Frequentemente, eu gostaria de saber se as pessoas que eu conheço são realmente confiáveis: | T | F |
| 22. Ocasionalmente, eu falo das pessoas pelas costas: | T | F |
| 23. Eu sou inibido em minhas relações íntimas porque tenho medo de ser ridicularizado: | T | F |
| 24. Eu tenho medo de perder a ajuda dos outros se eu discordar deles: | T | F |
| 25. Eu coloco meu trabalho à frente de estar com minha família, meus amigos ou meu lazer: | T | F |
| 26. Eu mostro minhas emoções facilmente: | T | F |
| 27. Apenas certas pessoas especiais podem me entender e me admirar: | T | F |

28. Frequentemente eu me pergunto quem eu realmente sou:	T	F
29. Eu tenho dificuldade em pagar as contas porque não fico muito tempo nos empregos:	T	F
30. Eu simplesmente não me interessar por sexo.	T	F
31. Frequentemente eu posso perceber ou sentir coisas que os outros não podem:	T	F
32. O que eu contar aos outros vai ser usado contra mim:	T	F
33. Existem algumas pessoas das quais eu não gosto:	T	F
34. Eu sou mais sensível à críticas ou rejeição do que a maioria das pessoas:	T	F
35. Eu tenho dificuldade em iniciar coisas que eu tenha que fazer por mim mesmo:	T	F
36. Eu tenho uma consciência moral maior do que a das outras pessoas:	T	F
37. Eu uso minha aparência física para chamar a atenção que eu preciso:	T	F
38. Eu preciso muito que as outras pessoas me notem e me elogiem:	T	F
39. Eu já tentei me machucar ou me matar:	T	F
40. Eu faço um monte de coisas sem levar em consideração as conseqüências:	T	F
41. Existem poucas atividades nas quais eu tenho algum interesse:	T	F
42. As pessoas frequentemente têm dificuldade em entender o que eu digo:	T	F
43. Eu fico alerta para captar o real significado por trás do que as pessoas estão dizendo:	T	F
44. Eu nunca disse uma mentira:	T	F
45. Eu tenho medo de conhecer pessoas novas porque eu me sinto inadequado:	T	F
46. Eu quero tanto que as pessoas gostem de mim, que eu me ofereço para fazer coisas que eu preferiria não fazer:	T	F
47. Eu tenho guardadas várias coisas que eu não preciso e das quais eu não consigo me desfazer:	T	F
48. Mesmo com a idéia de que eu falo muito, as pessoas dizem que eu tenho dificuldade em ser claro(a):	T	F
49. Eu espero que as pessoas façam favores para mim mesmo que eu habitualmente não faça favores para os outros:	T	F
50. Eu sou uma pessoa muito mal-humorada:	T	F
51. Mentir é fácil para mim e frequentemente eu minto:	T	F
52. Eu não estou interessado em ter amigos próximos:	T	F
53. Eu frequentemente estou me cuidando para que não tirem vantagem de mim:	T	F
54. Eu nunca esqueço nem perdô aqueles que me fizeram mal:	T	F

55. Uma guerra mundial talvez não seja uma má idéia:	T	F
56. Quando estou só eu me sinto desamparado e incapaz de cuidar de mim mesmo:	T	F
57. Se os outros não podem fazer as coisas corretamente, eu prefiro fazer eu mesmo:	T	F
58. Eu tenho uma tendência a ser dramático:	T	F
59. Algumas pessoas pensam que eu tiro vantagem dos outros:	T	F
60. Eu sinto que a minha vida é vazia e sem sentido:	T	F
61. Eu não me importo com o que os outros dizem a meu respeito:	T	F
62. Eu tenho dificuldades em conversar na intimidade com outras pessoas:	T	F
63. Frequentemente as pessoas se queixam de que eu não me dou conta que elas estão chateadas:	T	F
64. Olhando para mim, as pessoas devem achar que eu sou estranho, esquisito ou excêntrico:	T	F
65. Eu gosto de fazer coisas arriscadas:	T	F
66. Eu venho mentindo bastante neste questionário:	T	F
67. Eu tenho dificuldade em controlar a minha raiva ou meu temperamento:	T	F
68. Algumas pessoas têm inveja de mim:	T	F
69. Eu sou facilmente influenciado pelos outros:	T	F
70. Eu me vejo como econômico, mas as pessoas me vêem como pão-duro:	T	F
71. Quando um relacionamento íntimo termina, eu preciso me envolver com outra pessoa imediatamente:	T	F
72. Eu tenho baixa auto-estima:	T	F
73. Eu não perco tempo e respondo rapidamente para aqueles que me ofendem	T	F
74. Estar próximo(a) a outras pessoas me deixa nervoso(a):	T	F
75. Eu tenho medo de ficar atrapalhado(a) frente a situações novas:	T	F
76. Eu tenho terror de ser abandonado e ter que cuidar de mim mesmo:	T	F
77. As pessoas reclamam que eu sou teimoso como uma mula:	T	F
78. Eu levo os relacionamentos mais a sério do que as pessoas que se envolvem comigo:	T	F
79. As pessoas dizem que eu sou um convencido:	T	F
80. Quando fico estressado, tenho desmaios, ou fico desconfiado:	T	F
81. Eu não me importo se os outros se magoam, contando que eu consiga o que eu quero:	T	F
82. Eu mantenho distância dos outros:	T	F
83. Frequentemente eu penso se o meu companheiro(esposo, esposa, namorado ou namorada)	T	F

foi infiel a mim:

84. Eu tenho feito coisas por impulso, como estas abaixo, que podem me trazer problemas: **T F**

Marque com um X as alternativas que se aplicam a você.

- | | | |
|--|----------|----------|
| a) Gastando mais dinheiro do que eu tenho | T | F |
| b) Fazendo sexo com pessoas que eu mal conheço | T | F |
| c) Bebendo muito | T | F |
| d) Usando drogas | T | F |
| e) Comendo muito de uma vez só | T | F |
| f) Dirigindo sem cuidado | T | F |

85. Quando eu era mais novo, antes dos 15 anos, eu era do tipo delinqüente, e fazia algumas das coisas abaixo:

Marque com um X as alternativas que se aplicam a você:

- | | | |
|---|----------|----------|
| (1) Eu era considerado um brigão | T | F |
| (2) Eu costumava iniciar brigas com os outros | T | F |
| (3) Eu usava uma arma nas minhas brigas | T | F |
| (4) Eu roubei ou assaltei outras pessoas | T | F |
| (5) Eu era fisicamente cruel com os outros | T | F |
| (6) Eu era cruel com animais | T | F |
| (7) Eu forcei alguém a fazer sexo comigo | T | F |
| (8) Eu mentia bastante | T | F |
| (9) Eu passava as noites fora sem permissão dos meus pais | T | F |
| (10) Eu roubava coisas dos outros e ficava com elas | T | F |
| (11) Eu provoquei incêndios | T | F |
| (12) Eu quebrava vidros e destruía a propriedade dos outros | T | F |
| (13) Eu fugi de casa à noite mais de uma vez | T | F |
| (14) Eu comecei a matar muitas aulas antes dos 13 anos | T | F |
| (15) Eu arrombei a casa, o prédio ou o carro de alguém | T | F |

ANEXO 3

PROTOCOLO DE PESQUISA

1.PROTOCOLO NÚMERO:

2.NOME:.....

3.SEXO: 1 () MASC. 2 () FEM.

4.IDADE:.....

5. ESCOLARIDADE: (Anotar o número de anos estudados)

6.AMBULATÓRIO/UNIDADE:

1 () ANSIEDADE 2 () DEPRESSÃO 3 () ÀLCOOL E DROGAS

4 () PSICOTERAPIA 5 () SEXO 6 ()

7 () UMK 8 () UMM 9 () CV

10 () UPG

7.DIAGNÓSTICO PRONTUÁRIO:

Eixo I:.....

Eixo II:.....

Eixo III:.....

Eixo IV:.....

Eixo V:.....

8. TRATAMENTO: (Informação médica)

1 () PSICOTERAPIA 2 () MEDICAÇÃO 3 () ASSOCIAÇÃO

Escreva o nome de todas as drogas da última evolução.

.....

.....

.....

.....

.....

9. DIAGNÓSTICO INFORMAÇÃO MÉDICA:

9.1: 1 () COM TP 2 () SEM TP

9.2: TP ESPECÍFICO:

1 () ESQUIZÓIDE 2 () ESQUIZOTÍPICO 3 () PARANÓIDE
 4 () HISTÉRICO 5 () ANTI-SOCIAL 6 () BORDERLINE
 7 () NARCISISTA 8 () EVITATIVO 9 () OBSESSIVO COMP.
 10 () DEPENDENTE 11 () OUTROS

ANEXO 4

ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO FUNCIONAMENTO (AGF)

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional em um continuum hipotético de saúde-doença mental. Não incluir prejuízo no funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais).

Código(Obs.: Usar códigos intermediários quando apropriado, p.ex., 45,68,72)

- 100** **Funcionamento superior em uma ampla faixa de atividades, problemas vitais**
 | **jamais fora de controle, é procurado por outros em vista de suas muitas qualidades positivas.**
91 **Não apresenta sintomas.**
- 90** **Assintomático Sintomas ausentes ou mínimos** (p.ex., leve ansiedade antes de um exame),
 | **bom funcionamento em todas as áreas, interessado e envolvido em uma ampla faixa**
81 **de atividades, socialmente eficiente, em geral satisfeito com a vida, nada além de problemas**
 ou preocupações cotidianas (p.ex., uma discussão ocasional com membros da família).
- 80** **Se estão presentes, os sintomas são temporários e consistem de reações**
 | **previsíveis a estressores psicossociais** (p. ex., dificuldade para concentrar-se após
 | discussão em família); **não mais do que leve prejuízo no funcionamento social, ocupacional**
71 **ou escolar** (p. ex., apresenta declínio temporário na escola).
- 70** **Alguns sintomas leves** (p. ex., humor depressivo e insônia leve) **OU alguma dificuldade no**
 | **funcionamento social, ocupacional ou escolar** (p. ex., faltas injustificadas à escola
 | ocasionalmente, ou furto dentro de casa), **mas geralmente funcionando muito bem; possui**
61 **alguns relacionamentos interpessoais significativos.**
- 60** **Sintomas moderados** (p. ex., afeto embotado e fala circunstancial, ataques de pânico ocasionais)
 | **OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar** (p. ex., poucos
51 amigos, conflitos com companheiros ou colegas de trabalho).
- 50** **Sintomas sérios** (p. ex., ideação suicida, rituais obsessivos graves, freqüentes furtos em lojas) **OU**
 | **qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar** (p. ex., nenhum
41 amigo, incapaz manter um emprego).

- 40** | **Algun prejuízo no teste de realidade ou na comunicação** (p. ex., fala às vezes ilógica, obscura ou irrelevante) **OU prejuízo importante em diversas áreas, tais como emprego ou escola, relações familiares, julgamento, pensamento ou humor** (p. ex., homem deprimido evita amigos, negligencia a família e é incapaz de trabalhar; criança frequentemente bate em
- 31** | crianças mais jovens, é desafiadora em casa e esta indo mal na escola).
- 30** | **Comportamento consideravelmente influenciado por delírios ou alucinações OU sério prejuízo na comunicação ou julgamento** (p. ex., ocasionalmente incoerente, age de forma amplamente imprópria, preocupação suicida) **OU incapacidade de funcionar na maioria das áreas** (p. ex.,
- 21** | permanece na cama o dia inteiro; sem emprego, casa ou amigos).
- 20** | **Algun perigo de ferir a si mesmo ou a outros** (p. ex., tentativas sem clara intenção de morte; frequentemente violento; excitação maníaca) **OU ocasionalmente não consegue manter o mínimo de higiene pessoal** (p. ex., suja-se de fezes) **OU amplo prejuízo na comunicação**
- 11** | (p. ex., ampla incoerência ou mutisco).
- 10** | **Perigo persistente de ferir gravemente a si mesmo ou a outros** (p. ex., violência recorrente) **OU**
- 1** | **inabilidade persistente de manter uma higiene pessoal mínima OU sério ato suicida com claro intento de morte.**
- 0** | Informações inadequadas.

ANEXO 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Esta é uma pesquisa sobre o uso de questionários no atendimento psiquiátrico.

Para participar desta pesquisa eu apenas terei que responder perguntas, marcando verdadeiro ou falso, sobre o meu jeito de ser e reagir.

Para responder todas as perguntas eu gastarei aproximadamente trinta minutos. Não me pediram para vir ao hospital apenas para responder a pesquisa, fui convidado(a) após uma consulta.

Fui informado que não sou obrigado a participar da pesquisa. Se eu não concordar em responder não terei nenhum prejuízo e continuarei meu tratamento. Se eu quiser posso desistir no meio da pesquisa.

Posso considerar ofensiva ou desagradável alguma pergunta, e me recusar a responder.

As informações que eu prestar são totalmente sigilosas serão utilizadas somente com objetivos científicos.

Se eu achar necessário posso entrar em contato com o pesquisador responsável, Dr. Igor Alcantara, no telefone 99666552.

Porto Alegre, _____ de 2000.

Nome: _____

Assinatura: _____