

Adaptação e validação do *Shedler-Westen Assessment Procedure* (SWAP-200)  
para o Brasil: avaliação dos transtornos de personalidade

Rafael Stella Wellausen

Tese apresentada como exigência parcial para a obtenção do grau de  
doutor em Psicologia sob a orientação da  
Professora Dra. Clarissa Marcelli Trentini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Curso de Pós-Graduação em Psicologia

Julho de 2014

...“The mind is a very complex thing, and we are unlikely to honor its complexity if we write as if any single cause explains most or all psychopathology. And we are unlikely to do optimal work therapeutically if we imagine that any single therapeutic aim and corresponding technical strategies (interpreting conflict and defense, creating a new kind of object relationship, facilitating transmuting internalization, helping the patient understand the analyst’s subjectivity, etc.) can address many ways in which the hundreds of functions that constitute the mind could go awry.”

...“There is a growing tendency in this era of pluralism in psychoanalysis to confuse poetry with propositions and to confuse obscurity with complexity...”

...“Metaphors, when presented in the context of clear definitions, advance our knowledge. Metaphors *in place* of clear definitions create accumulating bodies of Talmudic scholarship that may feel satisfying but are, I believe, ultimately detrimental to our field and our patients, because they distract us from the business of understanding people.”

...“Our patients often speak to us in the poetics of their history and experience, and we must be able to follow the meter as well as the meaning. But a person who relies on poetry for theory is probably equally unlikely to do good clinical work, because knowing how to formulate a patient’s dynamics, knowing where to turn one’s therapeutic attention, and knowing what approaches might be useful in helping a patient change are among the most important skills underlying clinical practice. These skills are all informed by theoretical and technical beliefs, which are statements about reality, not metaphors, Haiku, or lilting phrases”.

(The language of psychoanalytic discourse, Drew Westen, 2002).

## Sumário

Agradecimentos	1
Apresentação	4
Introdução	
- É preciso diagnosticar os problemas de personalidade?	10
- Problemas do modelo categorial no diagnóstico de transtornos de personalidade	20
- Um modelo prototípico para o diagnóstico dos problemas de personalidade: Shedler-Westen Assessment Procedure – SWAP-200	26
Referências	31
Estudo 1	
Adaptação transcultural para o Brasil do Shedler-Westen Assessment Procedure – SWAP-200	
Resumo	47
Abstract	48
Introdução	49
Método	52
Resultados	53
Discussão	54
Referências	56

## Estudo 2

Evidências de validade e fidedignidade para patologias de personalidade através do SWAP-200 em amostras clínicas

Resumo	59
Abstract	60
Introdução	61
Método	64
Participantes e Procedimentos	64
Instrumentos	65
Análise de dados	67
Procedimentos Éticos	68
Resultados	68
Discussão	74
Limitações do estudo	79
Referências	81

## Estudo 3

Evidências de validade clínica de transtornos de personalidade em pacientes do cluster B diagnosticados através do SWAP-200

Resumo	85
Abstract	86
Introdução	87
Método	92
Participantes e Procedimentos	92
Instrumentos	92
Análise de dados	94
Resultados	94

Discussão	104
Limitações do estudo	116
Referências	118
Considerações Finais	127
Anexos	
SWAP-200 - versão Americana	129
SWAP-200 - versão Brasileira	139
Entrevista Estruturada sobre o Processo Psicoterapêutico – EEPP	146

## Agradecimentos

Como a maioria dos que estão lendo esta tese devem saber por experiência própria, não é fácil o percurso até aqui. A finalização de um doutorado é, sem dúvida, a concretização de uma longa trajetória de dedicação aos estudos, de horas de leituras, de discussões e trocas com colegas, além, é claro, de auto-avaliações. Momentos de lazer e divertimento são sacrificados em busca da realização de um sonho, um desejo. Junto com ele vem o aprimoramento e a qualificação profissional.

Tendo chegado ao final desta longa jornada eu gostaria de agradecer algumas pessoas que foram especiais para que este momento se realizasse. Como não poderia deixar de ser quero agradecer a minha família por ter me proporcionado as condições, oportunidades e o incentivo para que eu pudesse, por muitos anos da minha vida, estudar.

A minha mãe Cely que com seu jeito sereno, afetuoso, forte e estável esteve sempre torcendo pelas minhas conquistas, vitórias e pela minha felicidade.

Ao meu pai Araré (*in memoriam*) por ter sido meu grande parceiro e primeiro mestre no campo da psicologia, além de um modelo fundamental com o qual me espelhei para meu trabalho clínico e meu interesse pela ciência. Fico muito feliz em lembrar que ele pôde ver o início deste sonho se realizar e tenho a certeza de que se ele estivesse vivo este seria um dos momentos mais felizes da sua vida. Saudades pai.

A minha irmã Tatiana por quem tenho um vínculo de cumplicidade e de amizade por todas as coisas que passamos como irmãos. A minha sobrinha Duda que tem trazido orgulho e alegria para a família com seu jeito determinado e corajoso.

Um agradecimento especial a minha esposa Sílvia que foi um presente que a vida me deu e que nos sete anos que estamos juntos tem sido sempre meu porto seguro e minha maior incentivadora. Tua alegria de viver e tua leveza me inspiram. Te amo. Agradeço também aos seus pais Eduardo e Beth com quem tenho tido momentos de muita alegria, amizade e carinho.

Agradeço também a família Stella que sempre esteve presente nos momentos mais importantes da minha vida: tio Célio e tia Lídia, Guto, Fi, Henrique, Eduardo e Juliana, e seus companheiros(as) que são pessoas muito especiais.

Amo todos vocês.

Ao David que tem sido uma pessoa incrivelmente tolerante no desenvolvimento das minhas capacidades e na tentativa de me tornar uma pessoa melhor.

Saindo um pouco do seio da família quero deixar meus sinceros agradecimentos aos amigos que tem participado do meu crescimento profissional e amadurecimento pessoal.

Aos colegas e professores do ESIPP (Estudos integrados de Psicoterapia Psicanalítica) com quem aprendi a fazer psicoterapia psicanalítica e a pensar dinamicamente em relação os fenômenos da vida. Agradeço especialmente aos

professores Isaac Sprinz, Sheyla Borowisk, Maria Estelita, Susana Notti, e Maria Isabel pelo incentivo e supervisões clínicas. As colegas de turma Larissa Brasil, Themis Constantino, Elisa Xerxeneski e Carol Rocha.

Gostaria também de agradecer aos colegas das instituições que faço parte, pois tenho aprendido muito com todos. Aos colegas psiquiatras representados na pessoa do Dr. Rogério Cardoso que, na qualidade de diretor do IPF (Instituto Psiquiátrico Forense), alguns anos atrás, apoiou minha iniciativa de fazer mestrado e depois doutorado me concedendo as condições para que estes projetos fossem realizados.

Aos colegas do Setor da Psicologia na pessoa da Elizabeth Coelho, ex-chefe do Serviço de Psicologia do IPF que me convidou a compor o Serviço alguns anos atrás. A colega Leonor que nos primeiros momentos do doutorado foi muito generosa e disponível durante as primeiras traduções e adaptações do SWAP-200 para o português. A Marília, Karen, Beth e ao Vinícius, por terem me ajudado na coleta de dados. Um agradecimento especial a Leandra que além de colega tem sido uma grande amiga. Também a Andréia que além de chefe na época do meu ingresso na Secretaria da Segurança Pública também me apoiava e incentivava nos estudos e que posteriormente acabou tornando-se uma grande amiga. Aos demais colegas Janaína, Viviane, Larissa, Lenise, Carla, Rejane, Ana Paula, Rafaela, Denise, pelo convívio amistoso.

Aos colegas da Universidade Federal RS com quem convivi todos esses anos e com quem pude descobrir e aprender um modo científico e objetivo de pensar os problemas humanos. Aos colegas Dra. Vivian Lago, que através dos seus conhecimentos na língua inglesa, foi fundamental no primeiro contato com os autores do SWAP-200. Ao Sergio com quem compartilho interesses na área dos transtornos de personalidade, ao Dr. Wagner por seus conhecimentos profundos em estatística e psicometria.

Um agradecimento especial aos professores Cesar Piccinini, Denise Bandeira, Silvia Koller pela forma acolhedora com que sempre me trataram e também por sua inspiração e paixão pela pesquisa em psicologia.

As colegas do Serviço de Psicologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com quem tenho tido o prazer de trabalhar e a construir um Serviço de Psicologia cada vez mais respeitado e valorizado pela Instituição. Meu especial agradecimento a Marcia Ramos, Chefe do Serviço e as demais colegas, Rosemary, Joana, Greice, Marcia, Ana Lucia, Helen, Cláudia, Rita, Ana, Simone, Cristiane, Desirré, Tatiana, Daniela e Greice. Aos colegas da Unidade Álvaro Alvin do Hospital de Clínicas em especial aos professores Flavio Pechansky e Sidnei Schestatsky pelas discussões de casos clínicos nas quartas feiras. Aos colegas da equipe 3 da internação psiquiátrica Félix, Mariane, Ingrid, Ana Cristina e Karina e aos alunos e residentes que sempre mostram-se muito dedicados.

Recentemente tive o prazer de compor o corpo editorial da Revista Brasileira de Psicoterapia e gostaria de agradecer também aos colegas editores e amigos da RBP, representados pelo Professor Claudio Eizirik e Marina Gastaut com quem quinzenalmente trocamos experiências e compartilhamos ideias sobre os rumos da

psicoterapia em nosso contexto brasileiro em um clima altamente descontraído e agradável.

Um agradecimento especial a minha orientadora a Profa. Dra. Clarissa Trentini que teve a coragem de me permitir empreender um doutorado dentro de uma jornada de trabalho de mais de 50 horas semanais e que em todos os momentos foi uma incentivadora e uma parceira atenta na consolidação deste projeto.

Aos diretores, colegas e membros das instituições de formação em psicoterapia, coordenadores de ambulatórios, e diretores de hospitais psiquiátricos e a seus pacientes que permitiram que informações importantes sobre seus tratamentos fossem compartilhadas, mas que por questões de sigilo e privacidade não podem aqui ser nominados.

Por fim, aos doutores Jonathan Shedler e Drew Westen por terem me concedido a autorização e o direito de apresentar aos profissionais brasileiros aquele que sem dúvida tem sido uma das principais ferramentas de suas pesquisas sobre os transtornos de personalidade nos EUA.



## Apresentação

Diversos pensadores da sociedade têm apontado que vivemos em um mundo que sofreu profundas e rápidas transformações sociais, principalmente depois da Segunda Guerra (Baumann, 2005; Castells, 1999a, 1999b; Lipovetsky, 2008). Partindo de diferentes vértices seja de natureza filosófica, antropológica, sociológica, econômica, política, tecnológica, entre outras, sugerem que as relações entre nós, seres humanos, tem passando por mudanças que nos afetam em nossos valores mais fundamentais com repercussões nas relações entre homens e mulheres; nas relações de trabalho; nas relações entre pais e filhos e inclusive nas relações dos indivíduos com o Estado-Nação (por exemplo, através dos meios de comunicação como a internet).

Para alguns, as transformações, na identidade, por exemplo, são tão intensas que o cenário pode ser desolador uma vez que as relações entre nós seres humanos tornaram-se fugazes, imediatistas, baseadas no prazer imediato e na evitação máxima do desprazer. Para estes, o que caracterizaria o homem pós-moderno é que a solidez nas relações, nas instituições foi substituída pela liquidez e relativização de valores e princípios aguçada por um incremento do individualismo.

Sem nos determos em julgamentos valorativos em relação a essas mudanças, a questão, do ponto de vista psicológico, é tentar desvendar se estas transformações estão relacionadas a modos específicos de expressão do binômio saúde-doença mental nos dias de hoje.

Algumas constatações nos ajudam em uma primeira aproximação do problema. Ainda que pesquisas genéticas muito recentes (Balasubramanian, 2012; Thaler et. al 2014) estejam mostrando alterações na estrutura das moléculas de DNA (ácido desoxirribonucléico) e RNA (ácido ribonucléico), ainda é cedo para saber o quanto tais alterações de fato irão se refletir em novas estruturas neuro-anatomo-fisiológicas que

influenciarão nossos comportamentos no futuro (que mostrem uma relação de causalidade). De outro lado, é fato também que desde o início do século XX, de modo geral, e excetuando algum grau de fanatismo religioso em certas partes do planeta, a parcela de pessoas que acredita na existência de um paraíso após a morte, parece ter se reduzido consideravelmente. Além disso, no campo da política, os sistemas de governo falharam nos últimos cem anos em tornar a utopia da igualdade de classes uma realidade. *Par i passu*, a tecnologia e os avanços na área da saúde, por sua vez, nos ajudaram a prolongar nossa expectativa e qualidade de vida e com isto a esperança de ludibriar a passagem do tempo se tornou uma tentação.

Todos estes fatos somados a outros que não estão sendo mencionados, como por exemplo, aquilo que alguns denominaram de patologias do superego (Chasseguet-Smirgel, 1992; Jacobson, 1969; Kernberg, 1995; Lampl-de Groot, 1965; Sandler, 1990), ou seja, prejuízos e falhas em processos psicológicos de transmissão e internalização de princípios, valores, conhecimentos e sabedoria de uma geração mais velha para uma mais jovem, através dos códigos e símbolos socialmente aceitos de sua cultura, parece estar impactando de modo geral na estrutura familiar nos dias atuais, e em especial, nos problemas com figuras de autoridade frequentemente verificados nos mais diversos âmbitos (p. ex. nas relações professor-aluno). Um fato parece evidente: os adultos, que além de fontes essenciais para a sobrevivência também são modelos de identificação para as novas gerações, não parecem mais dispostos a se privar em suas necessidades e desejos, parecendo estar vivendo suas vidas, em maior ou menor grau, como se não existisse o amanhã.

Ao mesmo tempo, paradoxalmente, em relação à maternidade e a paternidade muitos pais atualmente esperam que seus filhos sejam compreensivos com eles e que apesar da sua falta de disponibilidade, atenção e tempo, cresçam e se desenvolvam de modo saudável sem lhes fazer muitas exigências. Destes, uma parcela tenta suprir a carência afetiva dos filhos oferecendo bens materiais como forma de compensar sua

mal disfarçada ausência. Outros depositam nos filhos expectativas e exigências muito frequentemente deslocadas de outras relações frustrantes, colocando deste modo, sob a prole um encargo pesado demais para ser carregado sem que haja adoecimento mental.

Em alguma medida é como se ninguém estivesse disposto a ficar fora desta “grande festa” que é a vida passou a ser vista. Atualmente os mínimos sinais de tristeza, ansiedade ou de cansaço devem ser veementemente combativos através drogas, álcool ou medicamentos cuja ação deve ser o mais imediata possível a fim de se evitar a perda tempo, e a mensagem dionisiaca implícita em relação à vida é: “desfrutar de todo prazer agora por que não se sabe o dia de amanhã”.

Os reflexos destas transformações socioculturais podem ser observados em alguns fenômenos bastante evidentes. No plano afetivo, por exemplo, o amor maduro parece estar cedendo lugar à paixão fugaz ou a compulsão e/ou obsessão desenfreada; a admiração normal vem sendo substituída pela idealização ou o fanatismo; nas relações interpessoais a falta de educação, o desrespeito, a arrogância e o egoísmo parecem estar se disseminando e se infiltrando como uma peste; a dúvida parece dar lugar à projeção e a paranoia, o ruim, a feiúra e a maldade estão fora e o perfeito e maravilhoso devem ser sempre parte do sujeito, custe o que custar, a exemplo de *reality shows*, *selfies* e campeonatos de UFCs (*Ultimate Fighting Championship*).

É provável que ao menos uma parcela do medo e da insegurança que sentimos quando nos afastamos da proteção de nossos lares esteja associada, não conscientemente, a estes fatores. Em alguma medida se tem disseminado a sensação, principalmente em nossa cultura, de que se faça o que se fizer a impunidade é uma certeza. Cada vez mais tem sido uma marca registrada do Estado se eximir em questões fundamentais, deixando os cidadãos carentes de Instituições em que possam depositar sua confiança em caso de necessidade. Uma mensagem

sublimar, percebida sem plena consciência, mas acompanhada de um sentimento, para uns de desesperança e para outros de revolta, é: salve-se quem puder!

A relação indivíduo-cultura tem sido objeto de estudo de muitos pensadores (Eizirik, 2000; Freud, 1930/1976; Geertz, 1989; Kardiner, 1968; Kluckhohn, 1965; Linton, 1967), e, portanto não é minha pretensão tentar responder a grande questão de se a cultura é quem cria o homem ou é o homem quem molda a cultura conforme suas necessidades e desejos. Porém, sem ser reacionário, saudosista ou ainda fatalista, me sinto, na qualidade de profissional da saúde mental, apreensivo frente a este cenário que se apresenta.

Como não poderia deixar de ser em um mundo que se orgulha de sua pluralidade e diversidade, as opções para examinarmos tais fenômenos psicossociais são diversas, cabendo a cada um determinar aquelas que melhor respondem às suas necessidades. Como foco de interesse e pesquisa escolhi a psicopatologia como instrumento para me aproximar, analisar e tentar compreender melhor o mundo em que vivo. A partir de um trabalho que vem sendo realizado por mais de uma década em dois hospitais psiquiátricos públicos, além da atividade clínica privada, me sinto em condições de emitir algumas opiniões sobre os fenômenos clínicos que tenho observado em diferentes contextos.

Sendo assim, iniciei esta pesquisa me questionando: os quadros psicopatológicos mudaram nos tempos atuais ou as formas de diagnosticar é que foram aperfeiçoadas à medida que melhoramos nosso conhecimento clínico?

As manifestações sintomáticas e comportamentais dos doentes mentais geralmente encontram expressão em consonância com o momento histórico de uma determinada sociedade ou cultura (Lasch, 1983). Não tem sentido uma pessoa ter uma fobia de cavalos em uma sociedade altamente tecnológica e industrial com a

maior frota de veículos já produzida. Fobia de dirigir, de andar em escada rolante ou elevadores, de lidar com computadores ou mesmo, de voar de avião, sim.

O que é considerado doença mental em determinado período pode não ser em outro. A história tem mostrado uma serie de movimentos pendulares em diversas questões que afligem o homem. A repressão sexual que marcava a Europa principalmente entre os séculos XVIII e XIX foi ao longo do século XX cabalmente substituída pela “liberdade sexual” (Airès & Duby, 2009). Se no passado recente a repressão sexual era a marca registrada das pacientes histéricas, no século XXI o sexo sem consideração pelas consequências tem tido um impacto na saúde pública com consequências epidemiológicas impressionantes (DSTs, gravidez de adolescentes, ausência paterna, mortalidade infantil, etc.).

No final da década de setenta, um dos mais influentes críticos sociais e historiador do nosso tempo, Christopher Lasch (Lasch, 1983), apontava claramente e sem rodeios que os pacientes que Freud atendera na Viena do século XIX eram diferentes dos pacientes que compunham o cenário americano às portas do século XXI. Em a “Cultura do Narcisismo” livro que se tornou best-seller entre os intelectuais, ele descreveu um tipo de paciente, um estilo de vida que muitos psicoterapeutas já vinham constatando em seus consultórios há algum tempo (Kernberg, 1967; Knight, 1950; Schmideberg, 1949, Stone, 1954). Diferentemente de alguns pacientes de Freud que sofriam com seus sintomas (obsessões, fobias, paralisias, etc.) muitos pacientes do pós-guerra apresentavam transtornos de caráter. Nestes casos geralmente não é somente o paciente quem padece, mas ele é quem faz sofrer também (Kernberg, 1995a,1995b).

Os fatores responsáveis pela origem destas transformações têm sido estudados e causas econômicas, políticas e sociais, incluindo as novas configurações familiares (Figueira, 1987; Lasch 1991), parecem estar na base das mudanças nos

quadros psicopatológicos. Paralelo a estas investigações hoje se adquiriu um amplo conhecimento sobre os efeitos que a genética (Plomin, DeFries, McClearn & McGuffin, 2011) e os eventos adversos - traumas, privações, negligência, abusos, etc. – têm sobre a formação e o funcionamento da estrutura cerebral (Bradley, 2000; Damasio, 1996; Gazzaniga, 1998; LeDoux, 2001) e conseqüentemente sobre o desenvolvimento psicológico e emocional (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; Schore, 2012).

Na qualidade de clínico e pesquisador me vi tentado a compreender melhor os anseios, medos, desejos e motivações do homem do nosso tempo, ou seja, sua personalidade. Segundo Westen, Gabbard e Blagov (2006) a estrutura da personalidade é o contexto dentro do qual a(s) psicopatologia(s) irão se expressar e, portanto, colocar uma lente de aumento sobre ela foi meu objetivo. Para uma tarefa tão desafiadora busquei um instrumento de avaliação psicológica que ao mesmo tempo mantivesse a objetividade e a precisão característica de uma avaliação psicométrica, mas que também agregasse profundidade e consistência a esta avaliação.

Esta tese, portanto é oriunda de um projeto de pesquisa que teve como objetivo a adaptação e a validação para o Brasil do Shedler-Westen Assessment Procedure – SWAP-200, para avaliação dos transtornos de personalidade (TP).

## Introdução

### **É preciso diagnosticar os problemas de personalidade?**

Diagnosticar é um processo complexo e delicado. Na área da saúde mental ainda hoje é um grande desafio. Como se não bastassem os problemas relativos a quem está tecnicamente capacitado a fazer um diagnóstico de transtorno mental, este também é um campo em que disputas políticas e ideológicas florescem de forma abundante. Alguns profissionais da área temem que um diagnóstico possa “rotular” uma pessoa estigmatizando-a e lhe trazendo prejuízos. Ao invés disso o diagnóstico deveria ser visto como uma hipótese inicial que serve para orientar qual terapêutica é mais indicada em determinada situação (Westen, 2000). Caso contrário corre-se o risco de se ofertar um tratamento, uma intervenção que tragam prejuízo ao paciente apesar de toda a boa vontade e disposição em ajudá-lo. Porém, aqui nos deparamos com pelo menos duas questões importantes: 1) Qual é a melhor forma de se diagnosticar a personalidade ou a sua patologia? 2) Os manuais diagnósticos como o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais), em suas várias edições, respondem as necessidades dos profissionais e da comunidade?

Na história da construção de instrumentos para investigar a personalidade – descrevê-la, predizê-la e explicá-la -, os psicólogos tentaram desde métodos implícitos como a utilização de desenhos, manchas, figuras, complemento de sentenças, até formas mais explícitas como formular perguntas diretas ao examinando (Exner & Erdberg, 2002, Urbina, 2007). Os desenhos, as manchas, e outras técnicas foram sendo desenvolvidas e aperfeiçoadas para que o avaliador tivesse acesso aos traços e características daquela personalidade em um tempo cada vez mais curto e com informações cada vez mais relevantes para os propósitos da avaliação. No Brasil por vários anos Hutz e colaboradores têm construído e validado diversos instrumentos

para avaliação de personalidade segundo o modelo dos Cinco Grandes Fatores (Nunes & Hutz, 2006, 2007; Natividade, Aguirre, Bizarro, & Hutz, 2012).

Atualmente na grande maioria das vezes em que se procura fazer o diagnóstico de uma doença mental apenas o comportamento manifesto/aparente acaba sendo a fonte de informações que orienta o profissional de saúde mental na elaboração de suas impressões e hipóteses (Westen, 2000). Este é um aspecto muito importante, mas que nem sempre recebe a devida consideração. Por exemplo, é indispensável fazer uma distinção entre uma verdadeira personalidade antissocial e aquilo que no plano social é considerado uma atitude anti/contra a sociedade.

Quando um jovem comete um massacre matando 26 pessoas não há dúvidas de que seu ato é contra a sociedade (é antissocial por natureza), entretanto é preciso ir além do que está evidente e compreender o que o motivou a realizar tal desumanidade. Uma pessoa com transtorno antissocial de personalidade age, sente, pensa e se comporta baseado em um esquema cognitivo-emocional diferente de uma pessoa com uma personalidade esquizoide, por exemplo. O comportamento que ambos fenomenologicamente apresentam pode até ser o mesmo ou muito semelhante (por exemplo, matar pessoas), mas as razões (motivações) diferem em muitos aspectos. O antissocial comete seus crimes contra as outras pessoas (sociedade) em razão de sentir e perceber que o ataque é a melhor defesa, que se ele não dominar, machucar, explorar, maltratar farão isto com ele. A pessoa com personalidade esquizoide também pode agir de forma premeditada, porém as razões (motivações) são de outra natureza. Ele quer e deseja contato humano, valoriza as pessoas, mas não se sente capaz de ser amado. Não acredita que tenha valor como pessoa e esses sentimentos e pensamentos de menos valia e inadequação o levam a se sentir facilmente humilhado, excluído e não amado. A partir destas percepções (conscientes e inconscientes) se ressentido pensando e agindo de forma vingativa atacando suas vítimas.



Westen (2000) assinala que o treinamento profissional que privilegia uma avaliação focada em sinais e sintomas (por exemplo, por vezes verificados através de *check-lists* e algoritmos) ao invés de em relação à pessoa como um todo tende a ter pouca utilidade clínica. Avaliações diagnósticas baseadas no comportamento verbal e manifesto/aparente ou no que o avaliando/paciente é capaz de informar de modo explícito, tendem a desembocar em listas de sintomas. O que fazer com a informação de que o paciente tem impotência sexual ou é dependente de álcool ou cocaína ou sofre de bulimia?

Blatt e Luyten (2009) sugerem que para compreender o complexo funcionamento psicológico é preciso uma abordagem centrada na pessoa ao invés de uma centrada no sintoma. Segundo estes autores sintomas semelhantes podem emergir de diferentes padrões etiológicos (equifinalidade) e, dependendo de uma variedade de fatores e circunstâncias, os mesmos sintomas podem se expressar em diferentes transtornos (multifinalidade). Tais questões criam problemas para os manuais cujas categorias estão fundamentalmente baseadas em sintomas aparentes.

Quase que invariavelmente quando se pergunta a uma pessoa durante uma avaliação psicológica como ela tem se sentido é bastante provável que alguma menção seja feita a sinais de alegria ou tristeza ou seus derivados. Como claramente Shedler (Shedler, 2014) mostrou, um clínico pouco experiente ou que tenha recebido, seja por questões de modismos ou de mercado, treinamento voltado principalmente aos [antigos] transtornos de Eixo I (APA, 2003) tais como, problemas de humor (depressão, mania, bipolaridade, etc.) ou ansiedade (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, ansiedade generalizada, etc.), raramente irá atentar para perceber tais sinais e sintomas como sendo manifestações comportamentais (sintomáticas) de um padrão, mais ou menos rígido, de personalidade - de um jeito de ser, sentir, pensar e se relacionar - com longa história de existência.

Não há dúvida que os manuais diagnósticos oficiais sejam importantes na medida em que ajudam a organizar fluxos de perguntas e respostas que orientam o profissional em treinamento a melhor aplicar seus conhecimentos (APA, 2013). Dentre as vantagens de utilizá-los estão algumas: a primeira e talvez mais importante é a de oferecer uma nomenclatura, ou seja, um vocabulário compartilhado para permitir uma comunicação clara e direta entre os profissionais da saúde mental; outra é contribuir para uma definição mais objetiva sobre alguns aspectos do comportamento humano que devem/podem ser foco da avaliação clínica; por fim, ser uma ferramenta importante em estudos epidemiológicos e na pesquisa em geral, entre outras (Westen, 2000). Porém, a despeito dessas vantagens, esses manuais, desde longa data, têm causado insatisfação entre os profissionais que lidam com pacientes em contextos clínicos e de pesquisa por não refletirem uma descrição de como as pessoas são, de fato, no “mundo real” (Kernberg, 1995a, 1995b, 2006; Shedler, Beck, Fonagy, Gabbard, Gunderson, Kernberg, Michels, & Westen, 2010; Shedler, Beck, Fonagy, Gabbard, Kernberg, Michels, & Westen, 2011).

Por exemplo, não se deveria confundir entidades clínicas como a depressão maior, o transtorno obsessivo compulsivo, a dependência de cocaína, o jogo patológico, a pedofilia, o transtorno de personalidade narcisista, ou qualquer outro transtorno descrito no DSM, como se eles fossem a doença causada pelos sintomas listados naquele manual. Na saúde mental o(s) fator(es) que causa(m) a(s) doença(s) e a(s) forma(s) de tratá-las são diferentes das outras áreas da medicina. Como muito bem destacado por Shedler (Shedler, 2014) seria um erro categórico conceder uma propriedade a algo que não pode e não tem esta propriedade. O DSM não tem uma função explanatória, ou seja, ele não explica o que causa as doenças mentais, ele apenas as descreve (alguns sintomas, comportamentos). Falta de ar, dor nas costas, febre, são sinais/sintomas que indicam alterações biológicas que podem, por exemplo, ser sugestivos de pneumonia. Na saúde mental (psiquiatria/psicologia), por exemplo,

distúrbios na identidade, um padrão instável de relações interpessoais, instabilidade afetiva, um esforço desesperado para evitar abandono real ou imaginado, comportamento suicida recorrente, sentimentos crônicos de vazio, etc., não explicam (etiologicamente) o transtorno de personalidade *borderline*, mas apenas são listas de sinais/sintomas (sensações, emoções, comportamentos) que podem identificar e descrever alguém que tenha este transtorno.

No âmbito dos problemas de personalidade, como mencionado anteriormente, a abordagem precisa ser centrada na pessoa e não no sintoma e aqui é que começam alguns problemas. Quando o DSM foi concebido, no início da década de 50, um dos principais propósitos era despertar a atenção da comunidade científica para a necessidade de classificar e organizar o conhecimento sobre os transtornos mentais (Millon & Davis, 1999). Se no início das primeiras classificações psiquiátricas oficiais (DSM I e II) os modelos psicodinâmicos eram não somente aceitos, mas valorizados, este fato não se repetiu nas edições posteriores destes manuais (DSM-III, IV, IV-TR e DSM-5). Devido principalmente as dificuldades de comprovação empírica de vários construtos psicanalíticos, as revisões destes manuais, a partir da década de 80, não mais incluíram explicitamente os modelos teóricos psicodinâmicos (ainda que as idéias e teorias dos psicanalistas Otto Kernberg e Heinz Kohut fundamentem exaustivamente os critérios diagnósticos dos TP, em especial os do cluster B). Um modelo ateuórico com uma nomenclatura cada vez mais isenta de jargões técnicos ligados à determinada teoria prevalece desde a terceira edição do DSM (APA, 1980, 2013).

Inúmeros debates nos últimos trinta anos tem questionado a validade destes critérios, ao menos no que tange aos transtornos de personalidade, como, por exemplo, excessiva comorbidade. Entretanto, quanto se atenta para estes aspectos mencionados acima é possível compreender que os problemas de comorbidade decorrem, em grande parte, das avaliações que se baseiam eminentemente em sinais/sintomas. No caso, por exemplo, de uma avaliação de personalidade baseada

no modelo Estrutural (Kernberg, 1995), ao invés de se considerar a dependência química, ou as oscilações do humor como comorbidades (este último sintoma compreendido como sendo decorrente de prejuízos na consolidação da identidade), estes transtornos são considerados, neste modelo, apenas sintomas, porém altamente incidentes, em pacientes com organização de personalidade *borderline* (narcisistas, antissociais, *borderlines*, histriônicos, etc.) e não entidades clínicas separadas (comorbidades). Tais questões alertam para ao menos dois aspectos: a qualidade dos instrumentos de avaliação para transtornos de personalidade e, conseqüentemente, para as baixas taxas de prevalência frequentemente encontradas (epidemiologia).

Saber de que modo os comitês que idealizam estes manuais concebem a natureza dos problemas no campo da saúde mental é chave para se compreender o que acontece com estas classificações na atualidade. Se mediante um acordo entre *experts* fica convencionado que a etiologia dos transtornos mentais, por exemplo, se deve exclusivamente à biologia, aos circuitos cerebrais, aos endofenótipos, etc. (ainda que na ausência de um substrato orgânico, ou com incipientes evidências que garantam essa convenção), as psicoterapias se tornam essencialmente dispensáveis. As medicações passam a se configurar como a principal ou talvez única terapêutica a ser oferecida. Entretanto, se por outro lado se reconhece que não são somente circuitos cerebrais, mas que um universo de questões psicológicas e sociais podem estar associadas às dificuldades que as pessoas tem encontrado para viver suas vidas de modo satisfatório e adaptado, os tratamentos psicológicos poderão então ter seu valor reconhecido (Shedler, 2013; Westen, 2006).

Shedler (2013) lembra que fazer estes esclarecimentos pode ser importante uma vez que é fácil aos profissionais, mas principalmente a comunidade leiga, se confundir com informações divulgadas por diferentes fontes. Quando organizações profissionais estabelecem seus *guidelines*, ou quando alguns pesquisadores em psicoterapia elaboram manuais de tratamentos, ou ainda quando empresas

seguradoras estabelecem prazos determinados para o(s) tratamento(s) de seus segurados e, por fim, quando empresas farmacêuticas oferecem seus produtos dizendo que tal diagnóstico é uma “condição médica distinta”, todos podem dar a falsa impressão de que o DSM é algo que explica a causa dos transtornos mentais (etiopatogenia), quando, em realidade, ele tão somente descreve alguns sinais/sintomas destes transtornos, o que permite, essencialmente, uma melhor fluidez de informações entre os clínicos e pesquisadores.

Quem já teve a triste oportunidade de ver um paciente psicótico em surto, com importantes alterações do pensamento, da linguagem, do humor, com agitação psicomotora, etc., e sabe do sentimento de impotência que se tem frente ao sofrimento que o paciente está exposto entenderá que a questão central não é a demonização do uso de medicações, mas um alerta quanto à excessiva medicalização de crianças, adolescentes e adultos nos dias de hoje.

A avaliação da personalidade exige um investimento de tempo maior, mas principalmente requer treinamento clínico adequado, bem como modelos teóricos para orientar o clínico na busca de informações relevantes e a pensar clinicamente em relação aos dados observados. Segundo Westen (1997) os clínicos experientes geralmente realizam suas avaliações baseados no modo como a pessoa se comporta na entrevista, no modo como demonstra se relacionar com as pessoas no seu entorno (suas cognições, emoções, motivações ao longo destas interações, por exemplo), bem como nos sentimentos que desperta naquele que o avalia.

A inexistência de medicações com comprovada eficácia para os transtornos de personalidade (Markovitz, 2001; Bateman & Fonagy, 2005), por outro lado, faz com que muitos clínicos sequer levem em consideração os problemas de personalidade em seus pacientes. Por desconhecimento ou por que o paciente não se encaixou em determinada categoria diagnóstica (por vezes avaliada mediante uma lista de sintomas

que, como foi apontado acima, não são a(s) causa(s) do transtorno), ou simplesmente afim evitar entrar em terreno cuja terapêutica tende a ser menos óbvia, de difícil tratamento e com frequentes problemas contratransferenciais (Schestatsky, 1999; Westen, 2000), muitos profissionais optam por relegar a um segundo ou terceiro plano o diagnóstico dos problemas de personalidade. Contudo, tal decisão pode ser iatrogênica, pois é através da personalidade, ou seja, daquilo que a pessoa é, que o tratamento ou intervenção terapêutica proposta será ou não levado a cabo, seja através do uso ou não das medicações prescritas, da adesão ou não ao tratamento sugerido, ou de quaisquer outras recomendações que venham a ser feitas (Westen, Gabbard & Blagov, 2006). Ao não se diagnosticar a personalidade se deixa o paciente sem opção de tratamento psicoterápico, que é o tratamento de escolha nestes casos (Clarkin, Fonagy & Gabbard, 2010; Leichensiring, 2010; Roth & Fonagy, 2005), a não ser aqueles de curta duração que visam, fundamentalmente, o esbatimento de sintomas e cuja eficácia, em muitos casos, tem sido questionada (Westen, 2000; Westen, Novothy & Thompson-Brenner, 2004).

Primar por um diagnóstico correto em relação à personalidade, portanto além de ser um sinal de respeito e um dever ético do profissional que trabalha com pacientes/pessoas doentes é o que na maioria das vezes promove no paciente uma sensação de conforto e tranquilidade, pois o mesmo reconhece que está diante de um profissional qualificado e responsável. A nossa melhor maneira de deixar claro para o paciente quais são as nossas hipóteses ou nosso diagnóstico, não necessariamente é lhe comunicar diretamente nossas impressões ou hipóteses (ver Gunderson & Links, 2009, McWilliams, 2006 e Westen, 2000; para exemplos com pacientes *borderline*). No caso dos problemas de personalidade às vezes um modo indireto pode ser mais proveitoso haja vista a frequente presença de ganho secundário com alguns dos sintomas (por exemplo, alegada incapacidade para o trabalho, abuso de álcool e outras drogas, dependência excessiva, etc.).

A emissão de um juízo sobre si mesmo é um indicativo de uma considerável capacidade de auto avaliação. Reconhecer em si a presença de sintomas, de sofrimento psicológico, de estresse e relacionar isto a uma causa de ordem psicológica é uma tarefa inimaginável para certas pessoas, em especial aos pacientes com transtornos de personalidade (Shedler, Mayman, & Manis, 1993). Atribuir o desconforto ou sofrimento psicológico a uma causa externa ou depositar sobre o corpo (soma) problemas de origem emocional tem sido ao longo da história um fato comum (Alexander & Selesnick, 1980; Stone, 1999). Foi Freud (1895/1974) quem, pela primeira vez, procurou dar aos sintomas físicos que observava em suas pacientes histéricas, um significado psicológico (uma motivação inconsciente no caso). Ao longo de diversos estudos e observações clínicas acuradas pôde demonstrar que sob o corpo eram colocados conflitos psicológicos não conscientes.

Depois de escutarmos e observamos atentamente e sem pressa o paciente falar e se comportar, de fazermos alguns esclarecimentos e confrontações e de termos “testado” algumas hipóteses poderemos talvez ouvir expressões do tipo “é exatamente assim que me sinto há muito tempo”, ou então “isso é o que as pessoas de uma forma ou de outra sempre me dizem”, ou quem sabe “em tão poucas vezes que nos vimos esse meu jeito já ficou tão evidente”; “é isso mesmo, eu sempre soube disso, mas nunca tive coragem de falar pra ninguém”.

Obviamente que essas expressões não devem ser fruto de uma relação transferencial idealizada ou por estarmos ocupando um papel de destaque na vida daquela pessoa naquele momento (por exemplo, perito, avaliador), mas sim porque são expressões genuínas da percepção que a pessoa tem de estar sendo compreendida e da conseqüente redução de seus sintomas (sejam eles depressivos ou na linha da ansiedade ou de qualquer outra natureza) com o passar do tempo.

Portanto, diagnosticar de forma precisa é imprescindível. Apesar da profundidade que geralmente o clínico tem sobre a vida mental e o comportamento de seu paciente, cada clínico tem o seu esquema conceitual referencial e operativo com o qual enxerga clinicamente o mundo e aos seus pacientes (Pichon, 1994; Wellausen, 2009). Não resta dúvida de que cada ser humano tem suas particularidades, idiossincrasias, decorrentes da soma de suas experiências de vida com seu temperamento (Roth & Buchheim, 2010), mas certamente existem universais que, apesar da subjetividade humana, seguramente podem ser quantificados, organizados, mensurados de tal forma que determinadas características sejam identificadas e se possa verificar que, apesar das diferenças, todos os seres humanos reagem de modo muito semelhante a determinados estímulos internos e externos. Alguns destes temas universais, inclusive, tem sido objeto de estudo de vários psicólogos evolucionistas (Buss, 2000; Dawkins, 2009).

É provável que a proliferação de teorias psicológicas sobre o funcionamento da personalidade esteja interferindo negativamente na construção de um conhecimento mais sólido de um modelo de saúde-doença mental que possa ser compartilhado e utilizado por mais profissionais (Blatt, 2010). Nas ciências naturais não existem modelos teóricos diferentes explicando o funcionamento de um pulmão, fígado ou rim. Isto certamente promove o desenvolvimento científico aumentando e consolidando o conhecimento sobre determinada área. Já na psicologia uns acreditam no inconsciente, no id, ego e superego, outros não. Para alguns o aprendizado é a base dos problemas e dificuldades e o oferecimento de informações em nível consciente é a solução dos mesmos, e assim por diante.

Na atualidade um dos maiores desafios na clínica tem sido identificar de forma rápida e com pouca margem de erro os problemas mentais merecedores de atenção e qual a melhor e mais eficaz forma de tratá-los. No âmbito público e também no privado as intervenções psicoterápicas na área da saúde mental, em especial em relação aos



transtornos de personalidade, precisam ser validas e efetivas a fim de evitar que os pacientes sofram maiores danos psicológicos e sociais (Schestatsky, 2008). A excessiva fragmentação ou setorização do campo dos transtornos mentais, às vezes motivadas por disputas políticas, parece ter afetado tanto a validade dos diagnósticos quanto dos tratamentos oferecidos (Westen, Shedler, Bradley, & Defife, 2012). Para que a formulação de caso clínico (McWilliams, 2006; Westen, 2000) tenha, de fato, validade - não apenas a validade interna, mas validade externa –, ou seja, que sirva para atender aos problemas reais das pessoas na comunidade e não apenas as exigências de uma pesquisa (Westen, 2006), é preciso uma integração bastante consistente das informações obtidas mediante um delicado e profundo processo de avaliação psicológica.

### **Problemas do modelo categorial no diagnóstico de transtornos de personalidade**

Numa série de artigos publicados nos últimos 20 anos Jonathan Shedler e Drew Westen (1995, 1997, 1998, 1999a, 1999b, 2000, 2004, 2006, 2007) apresentam diversas justificativas teóricas, técnicas, empíricas e clínicas questionando os atuais critérios e categorias utilizados para descrever os TP no DSM-III, DSM-IV e DSM-IV-TR. Para Westen e Shedler (1999a) os principais problemas na classificação dos TP, conforme estão descritos no DSM-IV, são os seguintes:

- 1) as categorias e os critérios diagnósticos representam mais um consenso entre profissionais do que achados empiricamente embasados, além do que, frequentemente não permitem uma organização em análises fatoriais e de cluster;
- 2) os TP apresentam altos índices de comorbidades. Westen e Shedler (1999a) atribuem a alta comorbidade à falta de validade discriminante dos construtos, dos instrumentos de avaliação, ou de ambos;
- 3) falta de sensibilidade teórica e estatística uma vez que as variáveis contínuas são artificialmente dicotomizadas em presente/ausente (critérios diagnósticos);

4) dificuldade na atribuição de peso aos critérios que diferem na sua importância quanto ao diagnóstico;

5) incapacidade para se considerar os recursos saudáveis da personalidade (por exemplo força de personalidade, ou seja, um elemento que poderia excluir alguns pacientes de receberem o diagnóstico de TP (por exemplo, diferenciar entre um paciente com transtorno narcisista de personalidade e um paciente saudável, mas que apresenta uma proeminente dinâmica narcisista pode não ser uma simples questão de contar sintomas, e sim observar a extensão na qual o paciente possui qualidades que contraindiquem um diagnóstico de TP narcisista, tais como, capacidade para amar, experiência genuína de empatia, capacidade de desenvolver afeição pelos outros, capacidade de manter amizades;

6) falha em não considerar a patologia de personalidade naqueles pacientes que procuram tratamentos mas que não se encaixam numa das 10 categorias dos TP existentes. Em outros estudos (Westen, 1997; Westen & Arkowitz-Westen, 1998) descobriram que os pacientes frequentemente procuram tratamento em razão de relacionamentos disfuncionais, inibições, problemas na regulação da auto-estima, entre outros, mas muitos destes problemas não podem ser diagnosticados nem no Eixo I nem no Eixo II dos [antigos] manuais diagnósticos;

7) as categorias e critérios poderiam ser clinicamente mais úteis. Por exemplo, saber se alguém tem TP Narcisista ou Paranóide diz muito pouco sobre qual o tratamento deve ser indicado, qual o processo de personalidade deve ser alvo do tratamento, e assim por diante;

8) por fim, mas talvez mais importante, os instrumentos que avaliam TP não preenchem os critérios de validade que normalmente são esperados para a pesquisa da personalidade, apresentando pouca confiabilidade teste-reteste em intervalos

maiores do que 6 semanas. Essa falta de confiabilidade é altamente significativa, uma vez que os TP são, por definição, duradouros e estáveis no tempo.

Em outro artigo de apresentação da *Shedler-Westen Assessment Procedure-200* (SWAP-200) Westen e Shedler (1999b) acrescentaram que, apesar de os critérios e categorias diagnósticas dos transtornos de personalidade do DSM-IV terem sido aperfeiçoados, eles ainda representam um mistura híbrida e não bem construída entre observações clínicas e de pesquisa. Por essa razão, segundo esses autores, tais critérios diagnósticos ainda não satisfazem adequadamente nem aos clínicos nem aos pesquisadores. Para Westen e Shedler (1999a, 1999b) os métodos utilizados na revisão dos critérios dos transtornos de personalidade apresentam ainda muitas limitações, dentre elas:

1) os instrumentos padronizados utilizados na avaliação dos TP destoam significativamente dos procedimentos usados na prática clínica. Os instrumentos para avaliar os TP até então utilizados se baseiam em perguntas diretas esperando que os pacientes descrevam sua própria personalidade. Shedler (1993), Westen (1997) e Shedler e Westen (1998) assinalam que, devido à ação das defesas psicológicas, da falta de autocrítica, da motivação consciente e/ou inconsciente, da necessidade de aceitação social, da preservação da autoestima, da falta de *insight*, entre outros aspectos, responder a questões diretas é exatamente o oposto do que a maioria das pessoas com transtorno da personalidade pode fazer adequadamente. A confiança em tais instrumentos para refinar e aprimorar os critérios dos transtornos de personalidade tem levado a inversão do procedimento normal para selecionar os critérios diagnósticos. Ao invés de identificar os melhores critérios diagnósticos e então encontrar maneiras de operacionalizá-los, os Comitês do DSM têm excluído critérios que não podem ser avaliados através de perguntas diretas. Deste modo, fica prejudicada a aplicabilidade do DSM à clínica devido ao refinamento estar ligado a um único método de avaliação;

2) os instrumentos utilizados para avaliar personalidade estão excessivamente atrelados a taxonomia existente. As questões incluídas nos instrumentos de avaliação são derivadas dos critérios diagnósticos existentes e, portanto, não permitem a criação e o desenvolvimento de novos ou melhores critérios diagnósticos. Westen e Shedler (1999b) destacam que o problema desta abordagem é que ela assume que já se conhece de antemão os critérios e a constelação geral correta dos sintomas, sendo que potenciais critérios são excluídos se eles não apresentam alta correlação com os já existentes (ou se apresentam alta correlação com critérios de outros transtornos). Uma vez que nem as categorias dos transtornos da personalidade nem as constelações dos critérios diagnósticos são estabelecidas empiricamente e uma vez que elas tipicamente não correspondem às análises de cluster nem fatoriais, acaba-se por refinar uma lista de itens para preencher categorias e critérios que somente existem por convenção;

3) as categorias atuais para o diagnóstico não abrangem os domínios relevantes do funcionamento da personalidade. Os comitês do DSM deixaram os clínicos sem orientações em relação aos domínios relevantes para o conceito de personalidade. Psicólogos da personalidade ainda debatem sobre uma definição precisa da personalidade, porém a maioria concorda que ela se refere a interação de padrões duradouros de: a) cognição, b) emoção, c) motivação, e d) comportamento expresso sob determinadas circunstâncias. Um modelo alternativo - Modelo dos Domínios Funcionais - foi apresentado por Westen (1995) argumentando que a formulação de casos deveria seguir três questões centrais: 1) O que a pessoa deseja e o que ela teme, e em que medida esses desejos e medos são conflitivos ou inconscientes? 2) Quais os recursos psicológicos – cognitivos, afetivos e comportamentais – podem ser utilizados pela pessoa para enfrentar demandas internas e externas? 3) De que modo a pessoa experimenta e percebe a si mesma e aos outros, e o quanto ela é capaz de estabelecer e manter relacionamentos significativos e prazerosos?

Como exemplo para ilustrar esta avaliação funcional (Westen, 1995, 2000) se pode considerar que uma depressão, ou um ataque do pânico, ou ainda um processo de luto, não acontecem no vácuo, eles encontrarão expressão no jeito de ser de cada um, ou seja, em padrões, tendências cognitivas, afetivas, motivacionais, relacionais e comportamentais. Algumas pessoas, por exemplo, ao ficarem deprimidas, passarão horas na frente da televisão, comendo ou dormindo ou desistindo de viver e/ou de se relacionar com outras pessoas; outros, também deprimidos, não suportarão sequer pensar na ideia de ficarem sozinhos, precisando aparentar muita alegria, felicidade e disposição nas 24 horas do dia. Caso determinados aspectos da personalidade não sejam abordados, compreendidos e tratados é bastante provável que os tratamentos se restrinjam ao uso permanente de medicação (antidepressiva no exemplo acima), ao preço de muito poucas modificações consistentes na forma de pensar, sentir se relacionar e se comportar dessas pessoas.

Na forma como estão estabelecidos atualmente (APA, 2013) os critérios para os transtornos de personalidade é praticamente impossível descrever um estilo de personalidade que considere o modelo alternativo mais complexo proposto por Westen (1995) e mencionado acima. Considere-se, por exemplo, o TP Paranóide, que é frequentemente definido pelos seguintes critérios: medo de ser enganado ou explorado, medo de ser traído, medo de que os outros possam usar informações contra ele, medo de que as pessoas não sejam verdadeiras em suas comunicações, medo de que as pessoas o ataquem, medo da infidelidade e tendência a alimentar ressentimento contra pessoas percebidas como tendo feito tais coisas. Estes critérios são essencialmente sete índices de um mesmo traço, desconfiança crônica. Saber que a pessoa costuma ser desconfiada em vários sentidos informa muito pouco sobre como ela costuma pensar (quanto transtornado pode se tornar seu pensamento?), quais sentimentos essa pessoa tipicamente experimenta (ela é triste? tende a se sentir envergonhada? é ansiosa?), de que modo lida com esses sentimentos (procura lidar

com eles buscando informações, usando substâncias químicas, recorrendo a alguém que vive fora do seu sistema de pensamento desconfiado, desenvolvendo idéias grandiosas sobre seu lugar no mundo, projetando esses sentimentos nos outros?), o que deseja na vida, que habilidades possui, como vê a si mesmo, como passa o tempo, e assim por diante. Tais questões são cruciais por que provém sentido às possíveis funções dos sintomas dos pacientes, assim como informam sobre forças e fraquezas psicológicas que permitem a adaptação da pessoa à vida;

4) os critérios para os TP têm se tornado excessivamente restritivos. Os métodos usados pelo grupo de trabalho do DSM para revisar os TP têm levado, ainda que sem intenção, a uma limitação dos critérios diagnósticos que capturam cada vez menos a riqueza e a complexidade dos dados clínicos. Os comitês do DSM tentam maximizar a consistência interna dos critérios diagnósticos de cada transtorno (isto é, a correlação entre eles) e reduzir a correlação com critérios de outros transtornos. Porém, ao mesmo tempo acabam por limitar a um valor entre sete a 10 os critérios diagnósticos para os transtornos. Na prática isso significa que as características de personalidade relevantes para uma multiplicidade de transtornos devem ser excluídas para todas as outras e mantidas apenas para uma simplesmente a fim de evitar problemas de comorbidade. Por exemplo, falta de capacidade para empatia foi excluída do TP Antissocial a fim de reduzir a comorbidade com TP Narcisista, mesmo que pesquisas mostrem frequentemente que essa é uma das principais características dos pacientes antissociais.

Por fim, Shedler e Westen (1999b) em sua argumentação afirmam que quando os critérios diagnósticos são revisados para aumentar sua consistência interna o resultado tem sido uma restrição cada vez maior no escopo. Isso é inevitável uma vez que sete a 10 critérios são impossíveis para abranger o complexo construto psicológico de um dado transtorno da personalidade e, ao mesmo tempo, manter alta consistência interna. Segundo estes autores, essa é a razão pela qual pesquisadores

da personalidade não costumam desenvolver testes de personalidade com apenas sete a 10 itens. Esforços para maximizar a consistência interna de um tão pequeno número de critérios diagnósticos acabam por gerar critérios que são índices redundantes de um único traço e não descritores de uma configuração de personalidade. Considere o seguinte: Se a descrição de um transtorno de personalidade pudesse incluir, no mínimo, critérios relevantes para os padrões característicos de: 1) pensamento, 2) afetividade, 3) motivação, e 4) comportamento, então um teste de oito itens iria contar, na média, somente com dois itens por domínio de funcionamento. Psicometricamente um teste de 10 itens (conjunto de critérios) em que cada um incluía 4 sub-escalas de dois itens, jamais poderá apresentar validade discriminante e consistência interna aceitáveis; com este conjunto de itens é impensável abranger o que é essencialmente uma impossibilidade matemática (Westen & Shedler, 1999a, 1999b).

Essas críticas e questionamentos somadas a de outros pesquisadores e clínicos sensibilizaram parcialmente os arquitetos do DSM para que a versão atual do Manual sofresse algumas modificações que deixaram-no algo mais dimensional (APA, 2013 em especial a seção III).

### **Um modelo prototípico para o diagnóstico dos problemas de personalidade: Shedler-Westen Assessment Procedure – SWAP-200**

Insatisfeitos com a diferença entre os pacientes do “mundo real” e aqueles descritos através dos critérios do modelo categorial adotado na classificação oficial (DSM) para os transtornos de personalidade, Shedler e Westen (1999a, 1999b) desenvolveram um método alternativo para avaliação destes transtornos.

O *Shedler-Westen Assessment Procedure* – SWAP-200 foi desenvolvido a partir do método Q-Sort. A primeira parte da criação do SWAP-200 envolveu quase uma década de abrangente revisão da literatura publicada desde a década de 50 sobre a personalidade. Este modelo de avaliação se originou do interesse de Westen

(1995) para o que ele chamou de *avaliação dos domínios funcionais* ou *diagnóstico funcional*. Através da investigação de determinadas áreas ou domínios do funcionamento da personalidade é possível verificar a presença de algum comprometimento.

Posteriormente Shedler e Westen (2000), em vários estudos realizados com centenas de psicólogos e psiquiatras com anos de experiência clínica, definiram as sentenças que melhor descreviam, não somente aspectos comportamentais, mas cognitivos, afetivos, relacionais, entre outros, dos pacientes com TP. Estas informações permitiram a criação de 12 perfis hipotéticos, prototípicos para cada um dos TP. Estes protótipos, obtidos através de análises fatoriais Q, são os da personalidade antissocial, narcisista, paranoide, histriônica, obsessiva, esquizoide e a disfórica (sendo que esta última se ramifica em cinco protótipos: evitativo, hostil-externalizante, alto funcionamento depressivo, emocionalmente desregulado e dependente) que se configuram em Síndromes clínicas altamente incidentes em amostras de pacientes clínicos. A metodologia dos autores procurou integrar abordagens dimensionais e categóricas em suas descrições. Em outro estudo Shedler e Westen (2004) identificaram que a estrutura fatorial do SWAP-200 abrange 12 traços (fatores): índice saúde psicológica, psicopatia, hostilidade, narcisismo, desregulação emocional, disforia, orientação esquizóide, obsessividade, transtorno do pensamento, conflitos edípicos, dissociação e conflito sexual.

Através de um longo processo de revisão e de aprimoramento os autores, finalmente chegaram ao um grupo das 200 sentenças do SWAP que descrevem aspectos essenciais dos pacientes com problemas na personalidade. Em seu modelo dos domínios funcionais Westen (1995, 2000) engloba varias fontes de informação sobre processos afetivos, comportamentais, relacionais e cognitivos. Ainda que o SWAP-200 não seja sinônimo de avaliação funcional ele é o instrumento sugerido pelo



autor para sistematizar e operacionalizar a integração entre a formulação clínica de casos e o diagnóstico psiquiátrico/nosográfico.

A partir de uma classificação em cinco pontos é possível verificar o quanto cada protótipo descreve idealmente e de modo dimensional o funcionamento de determinada patologia de personalidade. De modo crescente a classificação um indica uma ausência de relação entre o funcionamento da pessoa e o protótipo; a dois alude à presença de características marginais, periféricas; a três sugere a presença de características significativas; a classificação quatro já aponta para a presença de um diagnóstico e, finalmente a cinco, implica a presença do diagnóstico de transtorno de personalidade similar ao protótipo.

Posteriormente (Westen & Muderrisoglu, 2006) utilizando esse modelo dos 12 fatores foi verificado que a confiabilidade entre avaliadores alcançava uma correlação média ( $r$  de Person) entre os juízes de 0,82 (variando entre 0,45 a 0,89), sendo que os 3 itens que ficaram abaixo de 0,70 eram os que possuíam menos itens e, portanto, baixa consistência interna.

Desde 2000 o SWAP-200 vem sendo adaptado para vários países (Höflich et al., 2007, Westen, Shedler, & Lingardi, 2003) e utilizado com diversas amostras populacionais, tais como, pacientes com transtornos alimentares (Westen & Harnden-Fischer, 2001), pacientes forenses (Marin-Avellan, McGauley, Campbell, & Fonagy, 2005, 2014), pacientes suicidas (Ortigo, Westen, & Bradley, 2009), entre outros. Independentemente da orientação teórica - psicodinâmica, cognitivo-comportamental, sistêmica, eclética - houve um elevado grau de concordância entre os psicoterapeutas sobre as sentenças que melhor descreviam os pacientes com TP.

Diferentemente de outros instrumentos que avaliam TP o SWAP-200 não é um instrumento de auto-relato e sim um instrumento que o psicólogo ou psiquiatra preenche a partir das suas impressões clínicas (observação do que os pacientes

dizem nas entrevistas a respeito de suas relações com os outros e também a partir do modo como se relacionam com o entrevistador ao longo do tempo). Para cada uma das 200 sentenças o paciente recebe uma classificação (de 0 a 7) que vai desde itens não-descritivos a respeito do paciente (0) até os altamente descritivos (7).

Os instrumentos de autopreenchimento possuem diversas vantagens dentre as quais a possibilidade de que o profissional esteja liberado durante o processo de avaliação, a oportunidade de que um número maior de pessoas possa ser avaliada ao mesmo tempo, entre outras. Entretanto, em compensação, o julgamento clínico, que é parte fundamental, uma vez que decorre da experiência, se perde. Algumas pessoas ao serem psicologicamente avaliadas podem não ser honestas, ainda mais quando se trata de aspectos da sua própria personalidade (Shedler, Mayman, & Manis, 1993). Por vezes, aqueles aspectos do seu “jeito de ser” que muitas vezes trazem sofrimento, prejuízo, mal-estar, desconforto, para as outras pessoas não são percebidos pelo próprio indivíduo como problemáticos (Westen & Shedler, 2007).

O SWAP-200, portanto, é um instrumento diagnóstico composto de 200 perguntas cujo objetivo é avaliar aspectos saudáveis e patológicos da personalidade. Uma das vantagens do SWAP-200 é que, além de um diagnóstico categorial (TP Borderline, por exemplo), ele permite identificar a presença de traços compartilhados com outros transtornos da personalidade, pois não se restringe à presença/ausência de determinado critério, possibilitando, assim, também se chegar a um diagnóstico dimensional. Para obter esse resultado os autores optaram por transformar os escores brutos em escores T cuja média é 50 e o desvio-padrão é 10. Desse modo um paciente médio terá um escore T de 50 para cada Transtorno de Personalidade. A medida em que o escore T aumenta além de 50 (um, dois, três ou mais desvios-padrão), mais o paciente se aproxima do protótipo de um determinado Transtorno da Personalidade. A partir de um escore T de 60 os autores acreditam ser um ponto de corte suficiente para se estabelecer um diagnóstico categorial. Caso um paciente

possua vários escores T acima de 60 e apenas um significativamente maior do que os outros esse será considerado o diagnóstico principal e os outros indicativos de traços ou características (por exemplo, TP borderline com traços narcisistas). O SWAP-200 parece representar uma solução atraente e consistente para o problema do diagnóstico categorial *versus* dimensional.

Através do SWAP, deste modo, tem se tornado possível uma aproximação maior entre a pesquisa e a clínica dos TP (Westen, Shedler, Bradley, & Defife, 2012). Diversos estudos nos últimos anos mostraram-se relevantes para uma revisão e refinamento da taxonomia adotada no DSM-IV-TR apontado para novos agrupamentos (clusters) como no caso de pacientes borderline (Conklin & Westen, 2005) e narcisistas (Russ, Shedler, Bradley, & Westen, 2008).

Com o objetivo de disponibilizar o SWAP-200 para nosso contexto brasileiro foram realizados estudos com amostras clínicas na cidade de Porto Alegre. Esta tese culminou na elaboração de três estudos: 1) Adaptação transcultural para o Brasil do Shedler-Westen Assessment Procedure – SWAP-200 (no prelo); 2) Evidências de validade e fidedignidade entre avaliadores para as patologias de personalidade através do SWAP-200; 3) Evidências de validade clínica de transtornos de personalidade em pacientes do Cluster B diagnosticados através do SWAP-200.

## Referências

- Airès, P. & Duby, G. (2009). *Da revolução francesa à primeira guerra*. In História da vida privada: (vol 4). Rio de Janeiro: Companhia das Letras.
- Abraham, K. (1970). *Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Rio de Janeiro: Imago.
- Adler, G. (1985). *Borderline: psychopathology and its treatment*: New Jersey: Jason Aronson.
- Alexander, F. & Selesnick S. (1980). *História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente*. São Paulo: Ibrasa.
- Akhtar, S. (1992). *Broken Structures: Severe personality disorders and their treatment*. New Jersey: Jason Aronson
- American Psychiatric Association (2003). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association (2013). Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais DSM-5.
- Balasubramanian, S. (2011). Sequencing nucleic acids: from chemistry to medicine. *Chemical Commun*, 47(26); 7281-7286.
- Beck, A.; Freeman, A.; & Davis, D. (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Blatt, S. (2010). *Polarities of experience: relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington: American Psychological Association.

- Blatt, S. & Luyten, P. (2009). A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology*, 21: 793-814.
- Butcher, J. (2002). *Clinical personality assessment: practical approaches*. New York: Oxford University Press.
- Bradley, S. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2005). *Psicoterapia para el trastorno limite de la personalidad: Tratamiento basado en la mentalización*. Mexico: Universidad de Guadalajara.
- Bauman, S. (2005). *Identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.
- Benjamin, L. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. London: Guilford Press.
- Blagov, P.; Bradley, R.; & Westen, D. (2007). Under the axis II radar: clinically relevant personality constellations that escape DSM-IV diagnosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 477-483.
- Buss, D. (2000). *A paixão perigosa: porque o ciúme é tão necessário quanto o amor e o sexo*. São Paulo: Objetiva.
- Brenner, C. (1982). *La mente en conflicto*. Madrid: Tecnipublicaciones S.A.
- Britton, R. (2003). *Sex, death, and the superego: experiences in psychoanalysis*. London: Karnac Books.
- Caligor, E.; Kernberg, O.; & Clarkin, J. (2008). *Psicoterapia dinâmica das patologias leves de personalidade*. Porto Alegre: Artmed.

- Castells, M. (1999a). *A era da informação: economia, sociedade e cultura*. Sociedade em rede (vol 1). São Paulo: Paz e Terra.
- Castells, M. (1999b). *A era da informação: economia, sociedade e cultura*. O poder da identidade (vol 2). São Paulo: Paz e Terra.
- CID-10 (1993). *Classificação Internacional de Doenças*. Organização Mundial da Saúde (OMS) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1988). *As duas árvores do jardim: ensaios psicanalíticos sobre o papel do pai e da mãe no psiquismo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1992). *O ideal do ego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Clarkin, J.; Fonagy, P.; & Gabbard, G. (2010). *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook*. New York: American Psychiatric Press.
- Clarkin, J.; Yeomans, F.; & Kernberg, O. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York. John Wiley and Sons.
- Conklin, C. & Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 162, 867-875.
- Damásio, A. (1996). *O erro de Descartes: Emoção, razão e o cérebro humano*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras.
- Dawkins, R. (2009). *O maior espetáculo da terra*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras.
- Eizirik, C. (2000). Algumas questões entre a psicanálise e a cultura. *Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre* (vol VII) 1.
- Ekleberry, S. (2009). *Integrated treatment for co-occurring disorders: Personality disorders and addiction*. London: Routledge.

- Exner, J. & Erdberg, P. (2002). *Why use personality tests? A brief history and some comments*. In J. Butcher (Ed.), *Clinical personality assessment* (pp. 7-12). London: Oxford University Press.
- Figueira, S. (1987). *O moderno e o arcaico na nova família brasileira: Notas sobre a dimensão invisível da mudança social*. In S. Figueira (Ed.), *Uma nova família? O moderno e o arcaico na família da classe médica brasileira* (pp. 11-30). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Freud, S. (1913/1976). *Sobre o início do tratamento*. In *Obras Completas de Sigmund Freud* (vol. XII). Rio de Janeiro: Imago.
- Gabbard, G. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Gabbard, O.; Wilkinson, S. (2000). *Management of countertransference with Borderline patients*. London: Jason Aronson.
- Gazzaniga, M. (1998). *O passado da mente: como o cérebro constrói a nossa experiência*. São Paulo: Instituto Piaget.
- Geertz, C. (1989). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC.
- Goldman, G. & Gregory, R. (2010). Relationship between techniques and outcomes for borderline personality disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 64(4): 359-371.
- Gonzales, J. & Mendoza, H. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Gunderson, J. & Links, P. (2009). *Transtorno límite de la personalidad: guía clínico*. Madrid: Grupo Aula Médica.

- Glickauf-Hughes, C. & Wells, M. (1995). *Treatment of the masochistic personality: An interactional-object relations approach to psychotherapy*. New Jersey: Jason Aronson.
- Hare, R. (1993). *Without conscience: the disturbing world of the psychopaths among us*. London: Guilford Press.
- Höflich, A.; Rasting, M.; Mach, J.; Pless, S.; Danckworth, S.; Reimer, C.; Beutel, M. (2007). A German version of the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200) for the dimensional assessment of personality disorders. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 4: 2-9.
- Horowitz, M. (1991). *Introdução à psicodinâmica: Uma nova síntese*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Jacobson, E. (1969). *El self (si mismo) y el mundo objetal*. Buenos Aires: Editorial Beta.
- Johnson, P. (1994). *Tempos modernos: o mundo dos anos 20 aos 80*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército e Instituto Liberal.
- Kardiner, A. (1968). *El individuo y su sociedad*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Kernberg, O. (1967). *Borderline personality organization*. In M. Stone (Ed), *Essential papers on borderline disorders: one hundred years at the border* (pp. 279-319). New York: New York University Press.
- Kernberg, O. (1975). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Kernberg, O. (1995a). *Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.



- Kernberg, O. (1995b). *Agressão nos transtornos de personalidade e nas perversões*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kernberg, O. (2006). *Agressividade, narcisismo e auto-destrutividade na relação terapêutica*. Portugal: Climepsi.
- Kernberg, O.; Selzer, M.; Koennigsberg, H.; Carr, A.; & Appelbaum, A. (1991). *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kohut, H. (1988). *Análise do self*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kohut, H. (1988). *A restauração do self*. Rio de Janeiro: Imago.
- Klauber, J. (1987). *Dificuldades no encontro analítico*. Rio de Janeiro: Imago.
- Knight, R. (1960). *Estados fronterizos*. In R. Knight (Ed.), *Psiquiatria psicanalítica: Psicoterapia e psicologia médica* (pp. 133-148). Buenos Aires: Hormé.
- Kluckhohn, K.; Murray, H.; & Schneider, D. (1965). *Personalidade na natureza, na sociedade e na cultura* (Vol 1 e 2). São Paulo: Editora Itatiaia.
- Lampl-de Groot, J. (1965). *The development of the mind: psychoanalytic papers on clinical and theoretical problems*. New York: New York University Press.
- Lasch, C. (1983). *A cultura do narcisismo: A vida americana numa era de esperanças em declínio*. Rio de Janeiro: Imago.
- Lasch, C. (1991). *Refúgio num mundo sem coração: A família: santuário ou instituição sitiada?* São Paulo: Paz e Terra.
- Lax, R. (1989). *Essential papers on character neurosis and treatment*. New York: University Press.
- LeDoux, J. (2001). *O cérebro emocional: os misteriosos alicerces da vida emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva.

- Leichensiring, F. (2010). *Evidence for psychodynamic psychotherapy in personality disorders: A review*. In J. Clarkin; P. Fonagy; & G. Gabbard (Eds.). *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook*. (pp. 421-438). New York: American Psychiatric Press.
- Lenzemweger, M. & Clarkin, J. (2005). *Major theories of personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Liberman, D. (1976). *Comunicacion y psicoanalisis*. Buenos Aires: Alex Editor.
- Linehan, M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos da personalidade borderline*. Porto Alegre: Artmed.
- Linton, R. (1967). *Cultura e personalidade*. São Paulo: Mestre Jou.
- Lipovetsky, G. (2008). *A era do vazio: ensaios sobre o individualismo contemporâneo*. São Paulo: Manole.
- Lyons-Ruth, K. & Jacobvitz, D. (1999). *Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies*. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (520-554). New York: Guilford Press.
- Maltsberger, J. & Godlblatt, M. (1996). *Essential papers on suicide*. New York: New York University Press.
- Markovitz, P. (2001) *Pharmacotherapy*. In J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders* (pp. 475-496). New York: Guilford Press.
- Masterson, J. (1975). *Tratamiento del adolescente fronterizo*. Buenos Aires: Paidós-Asappia.

- Marin-Avellan, L.; McGauley, G.; Campbell, C.; & Fonagy, P. (2005). Using SWAP-200 in a personality disordered population: is it valid, reliable and useful? *Criminal Behavior and Mental Health, 15*: 28-45.
- Meloy, R. (1992). *The psychopathic mind: origins, dynamics, and treatment*. New York: Jason Aronson.
- Millon, T. & Davis, R. (1999). *Transtornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson S.A.
- Morrison, A. (1989). *Shame: the underside of narcissism*. Hillsdale: The Analytic Press.
- McWilliams. N. (2005). *Diagnóstico psicanalítico*. Lisboa: Climepsi.
- McWilliams. N. (2006). *Psicoterapia psicanalítica*. Lisboa: Climepsi.
- Natividade, J.; Aguirre, A.; Bizarro, L.; & Hutz, C. (2012). Fatores de personalidade como preditores do consumo de álcool por estudantes universitários. *Cadernos de Saúde Pública, 28*(6), 1091-1100.
- Nunes, C. & Hutz, C. (2006). Construção e validação de escala fatorial de socialização no modelo dos cinco grandes fatores de personalidade. *Psicologia Reflexão e Crítica, 20*(1); 20-25.
- Nunes, C. & Hutz, C. (2007). Construção e validação de escala fatorial de extroversão no modelo dos cinco grandes fatores de personalidade. *Psico-USF, 11*(2); 147-155.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (1993). *Classificação Internacional de Doenças (CID-10)*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ortigo, K.; Westen, D.; & Bradley, R. (2009). Personality subtypes of suicidal adults. *Journal of Nervous and Mental Health Disorders, 197*(9): 687-694.

- Paris, J. (2008). *Treatment of borderline personality disorder: a guide to evidence-based practice*. London: Guilford Press.
- Plakun, E. (1990) *New perspectives on narcissism*. Washington: American Psychiatric Press.
- Plomim, R.; DeFries, J.; McClearn G.; & McGuffin, P. (2011). *Personalidade e transtornos de personalidade*. In R. Plomim; J. DeFries; G. McClearn; & P. McGuffin (Eds.) *Genética do comportamento* (229-249). Porto Alegre: Artmed.
- Reich, W. (1995). *Análise do caráter*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1933).
- Ridley, M. (2004). *O que nos faz humanos: genes, natureza e experiência*. São Paulo: Record.
- Ryle, A. & Kerr, I. (2006). *Psicoterapia cognitiva analítica: teoría y práctica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Ronningstam, E. (2000). *Disorders of narcissism: diagnostic, clinical and empirical implications*. London: Jason Aronson.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *Personality disorders*. In A. Roth & P. Fonagy (Ed.). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (pp. 297-319). New York: Guilford Press.
- Russ, E.; Shedler, J.; Bradley, R.; & Westen, D. (2008). Refining the construct of narcissistic personality disorder: diagnostic criteria and subtypes. *American Journal of Psychiatry, AiA*, 1-9.
- Sandler, J. (1990). *Da segurança ao superego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Searles, H. (1994). *My work with borderline patients*. New Jersey: Jason Aronson.

- Shapiro, D. (2000). *Dynamics of character: self-regulation in psychopathology*. New York: Basic Books.
- Shedler, J. (2013) In NIMH brilliant, stupid or both? <http://www.psychologytoday.com/blog/psychologically-minded/201310/is-nimh-brilliant-stupid-or-both>.
- Shedler, J. (2014) Doublethink Diagnosis 2.0. A psychiatric diagnosis cannot be the “cause” of anything <http://www.psychologytoday.com/blog/psychologically-minded/201310/doublethink-diagnosis-20>
- Shedler, J.; Beck, A.; Fonagy, P.; Gabbard, G.; Gunderson, J.; Kernberg, O.; Michels, R.; & Westen, D. (2010). Personality disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 167(3): 1026-1028.
- Shedler, J.; Beck, A.; Fonagy, P.; Gabbard, G.; Kernberg, O.; Michels, R. & Westen, D. (2011). Letters to the editor: Response to Skodol letter. *American Journal of Psychiatry*, 168(1): 97.
- Shedler, J.; Mayman, M.; & Manis, M. (1993). The illusions of mental health. *American Psychologist*, 48(11): 1117-1131.
- Shedler, J. & Westen, D. (1998). Refining the measurement of axis II: a Q-sort procedure for assessing personality pathology. *Assessment*, 5(4): 333-353.
- Shedler, J. & Westen, D. (2004). Dimensions of personality pathology: An alternative to the Five-Factor Model. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1743-1754.
- Shedler, J. & Westen, D. (2005). Letters to the editor: Drs. Shedler and Westen reply. *American Journal of Psychiatry*, 162(8): 1551.
- Stone, M. (1990). *The fate of Borderline patients: successful outcome and psychiatric practice*. New York: Guilford Press.

- Stone, M. (1999). *A cura da mente: história da psiquiatria da antiguidade até o presente*. Porto Alegre: Artmed.
- Stone, M. (2009). *The anatomy of evil*. New York: Prometheus Books.
- Stone, M. (1986). *Essential papers on borderline disorders: one hundred years at the border*. New York: New York University Press.
- Schmideberg, M. (1949). *The borderline patient*. In M. Stone, (Ed), *Essential papers on borderline disorders: one hundred years at the border* (pp. 92-118). New York: New York University Press.
- Stone, L. (1954). *Wedning scope of indications for psychoanalysis*. In M. Stone, (Ed), *Essential papers on borderline disorders: one hundred years at the border* (pp. 203-228). New York: New York University Press.
- Schore, A. (2012). *The science of the art of psychotherapy*. New York: Norton.
- Thaler, L.; Gauvin, L.; Joober, R.; Groleau, P.; Guzman, R.; Ambalavan, A.; Israel, M.; Wilson, S.; & Steiger, H. (2014.). Methylation of BDNF in women with bulimic eating syndromes: Associations with childhood abuse and borderline personality disorder. *Progress in Neuro-Psychofarmacology & Biological Psychiatry*, 54; 43-49.
- Volkan, V. (1976). *Primitive internalized object relations: a clinical study of schizophrenic, borderline and narcissistic patients*. New York: International University Press.
- Westen, D.; Gabbard, G.; & Blagov, P. (2006). *Back to the future: personality structure as a context for psychopathology*. In R. Krueger & Tackett (Eds.) *Personality and Psychopathology* (pp. 335-384). New York: Guilford Press.
- Westen, D. (1995). A clinical-empirical model of personality: life after the Mischelian ice age and the NEO-lithic era. *Journal of Personality*, 63: 495-524.

- Westen, D. (1997). Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: implications for research and evolution of axis II. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 895-903.
- Westen, D. (2000). *Case formulation and personality diagnosis: two processes or one*. In: Making Diagnosis Meaningful: Enhancing evaluation and treatment for psychological disorders. James W. Barron (Ed.). American Psychological Association.
- Westen, D. (2006) *Discovering what works in the community: toward a genuine partnership of clinicians and researchers*. In S. Hoffman & J. Weinberger (Eds.) *The art and science of psychotherapy* (pp 4-30). London: Routledge.
- Westen, D. & Arkowitz-Westen, L. (1998). Limitations of axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 155(12): 1767-1771.
- Westen, D.; Defife, J.; Bradley, R.; & Hilsenroth, M. (2010). Prototype personality diagnosis in clinical practice: a viable alternative for DSM-5 and ICD-11. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 482-487.
- Westen, D. & Harnden-Fischer, J. (2001) Personality profiles and eating disorders: Rethinking the distinction between of Axis I and Axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158(4): 547-562.
- Westen, D. & Moderrisoglu, S. (2006). Clinical assessment of pathological personality traits. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1285-1287.
- Westen, D. & Moderrisoglu, S. (2003). Assessing personality disorders using a systematic clinical interview: evaluation of an alternative to structured interviews. *Journal of Personality Disorders*, 17(4), 351-369.

- Westen, D., Novotny, C., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, *130*(4), 631-663.
- Westen, D. & Shedler, J. (1999a). Revising and assessing axis II, part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, *156*(2), 258-272.
- Westen, D. & Shedler, J. (1999b). Revising and assessing axis II, part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *156*(2), 273-285.
- Westen D. & Shedler, J. (2000). A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, *14*(2), 109-126.
- Westen D. & Shedler, J. (2007). Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Integrating clinical and statistical measurement and prediction. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*(4), 810-822.
- Westen, D.; Shedler, J., & Bradley, R. (2006). A prototype approach to personality disorder diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 846-856.
- Westen, D.; Shedler, J.; & Bradley, R.; & Defife, J. (2012). An empirically derived taxonomy for personality diagnosis: bridging science and practice in conceptualizing personality. *American Journal of Psychiatry*, *169*, 273-284.
- Widiger, T., Livesley, J., & Clark, L. (2009). An integrative dimensional classification of personality disorder. *Psychological Assessment*, *21*(3), 243-255.



Wolstein, B. (1988). *Essential papers on countertransference*. New York: New York University Press.

Yalisove, D. (1997). *Essential papers on addiction*. New York: New York University Press.

Yeomans, F.; Selzer, M.; Clarkin, J. (1992). *Treating the borderline patient: a contract-based approach*. New York: Basic Books.

Young, J. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada no esquema*. Porto Alegre: Artmed.

Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed.

Estudo 1

Adaptação transcultural para o Brasil do Shedler-Westen Assessment Procedure-  
SWAP-200

Transcultural adaptation of the Shedler-Westen Assessment Procedure-SWAP-200 to  
Brazil

Este artigo é resultado da Tese de doutorado do primeiro autor.

**Rafael Stella Wellausen<sup>1,2,3</sup> & Clarissa Marcelli Trentini<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Instituto de Psicologia - Departamento  
de Psicologia do Desenvolvimento)

<sup>2</sup> Psicólogo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

<sup>3</sup> Psicólogo do Instituto Psiquiátrico Forense Dr. Mauricio Cardoso

Instituto de Psicologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Av. Ramiro Barcelos, 2600; Sala 119.

Bairro Santa Cecília

Porto Alegre - RS

CEP 90035-003

Endereço: Av. Taquara, 596 conj. 201

Bairro Petrópolis

CEP 90460-210

Porto Alegre - RS - Brasil

rwellausen@hcpa.ufrgs.br

Adaptação transcultural para o Brasil do Shedler-Westen Assessment Procedure-  
SWAP-200

Cross-cultural adaptation to *Brazilian-Portuguese* of the Shedler-Westen Assessment  
Procedure-SWAP-200

## Resumo

O presente artigo descreve o processo de tradução e adaptação para o Brasil do SWAP-200 (*Shedler-Westen Assessment Procedure – SWAP-200*) utilizado para avaliação de transtornos de personalidade (TP). Método: A tradução e a adaptação do instrumento foram realizadas por psicólogos e psiquiatras bilíngues com experiência clínica na área dos transtornos mentais. Resultados: As equivalências semânticas, idiomáticas e conceituais foram amplamente mantidas a fim de que as características originais do instrumento fossem adequadamente preservadas. Discussão: a tradução e a adaptação do SWAP-200 para o Brasil irão permitir que um instrumento, que reúne o que há de melhor na tradição clínica (profundidade) e na tradição empírica (objetividade), esteja acessível àqueles interessados em integrar a pesquisa e clínica dos TP.

Palavras chave: transtornos de personalidade, avaliação, adaptação, SWAP-200.

## Abstract

This article describes the process of translating and adapting the SWAP-200 (*Shedler-Westen Assessment Procedure – SWAP-200*) used for the assessment of personality disorders (PD) to Brazil. Method: The translation and adaptation of the instrument were carried out by bilingual psychologists and psychiatrists with clinical experience in the area of mental disorders. The semantic, idiomatic and conceptual equivalences were widely kept so that the original characteristics of the instruments remained appropriately preserved. Discussion: the translation and adaptation of the SWAP-200 to Brazil will make an instrument that gathers what is best in clinical tradition (depth) and empirical tradition (objectivity) available to those interested in joining research and clinical practice on PD.

Key words: personality disorders, assessment, adaptation, SWAP-200.

## Introdução

As pessoas com transtornos de personalidade (TP) geralmente apresentam problemas graves que trazem sérios prejuízos a si mesmos, bem como àqueles com quem convivem. As manifestações comportamentais dos TP, tais como mentir, enganar, manipular, desconfiar, controlar, evitar contato social, se sentir superior ou especial em relação aos outros, infligir auto e/ou hetero agressão, não respeitar os limites de privacidade e/ou autonomia alheias, entre tantos outros, costumam transcorrer dentro de um espectro ou dimensão (APA, 2013). Essas manifestações sintomáticas, bem como seus estados mentais correspondentes, tendem a ser multicausais e globais interferindo nas relações interpessoais entre pais e filhos (Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2003; Fonagy et. al, 2010), entre parceiros de um casal (Lackhar, 1992), na capacidade laboral e acadêmica (Rockland, 1992), em comportamentos aditivos, incluindo o consumo exagerado de comidas, bens, produtos e serviços, álcool, drogas, jogo e sexo (Ekleberry, 2009; Gabbard, 2006; Kaufman, 1994; Khantzian, 1999; Kernberg, 1995a, 1995b, 2006; Wellausen, 1988), nos problemas com o Sistema Legal e de Justiça (Meloy, 1988; Wellausen & Bandeira, 2009), apenas para citar alguns.

Apesar de não frequentemente diagnosticados<sup>1</sup> (Westen, 2000), estima-se que entre 10 e 15% da população possui algum TP (Mattia & Zimmerman, 2001; APA, 2013), fato esse que os torna um tema com impacto na saúde pública. Em razão da gravidade de alguns casos, é comum que os outros 90% das pessoas acabem, de algum modo, sofrendo as consequências dos comportamentos daquela minoria. Em um plano social pode haver sérios danos sociais e econômicos a uma nação, tais como: altos níveis de absenteísmo, acidentes de trânsito e no trabalho, gastos

---

<sup>1</sup> Frequentemente o diagnóstico de um TP fica protelado ou simplesmente não é considerado justificando-se, entre outros motivos, a necessidade de um longo intervalo de tempo.

desnecessários com saúde, adições, comportamento sexual de risco, violência, agressão e criminalidade (Piper & Steinberg, 2010; Stone, 2009).

A quinta edição do DSM (APA, 2013) promoveu algumas mudanças sutis na classificação dos TP, contudo manteve a estrutura dos 10 TP organizadas em três clusters - esquisitos, dramáticos e ansiosos - (APA, 2003). As modificações empregadas na última versão parecem refletir mais especificamente uma resposta às críticas (Shedler et. al, 2010) de que o modelo categorial não representava as pessoas do mundo real e que modelos alternativos eram necessários (ver sessão III APA, 2013).

Como uma alternativa para uma maior integração entre a pesquisa e a clínica dos TP no “mundo real”, Shedler e Westen criaram o SWAP-200 (Westen & Shedler, 1999a, 1999b) para operacionalizar o mais fidedigna e objetivamente possível o diagnóstico dos TP. Através de uma serie de estudos Shedler e Westen (1998; 2000) definiram as sentenças (itens) que melhor descreviam, não somente aspectos comportamentais, mas cognitivos, afetivos, relacionais, motivacionais, entre outros, dos pacientes com TP. Essas informações permitiram a criação de um perfil hipotético, prototípico para cada um dos TP. As combinações de determinadas sentenças cria uma constelação distinta de motivações e conflitos, de recursos psicológicos e de padrões de relações objetais, que permite uma descrição mais ou menos aproximada ao modelo prototípico. Essa dimensionalidade permite desde a identificação de traços proeminentes até a caracterização de um TP propriamente dito.

Para cada uma das 200 sentenças o paciente/avaliando recebe uma classificação (de 0 a 7) que abrange desde itens não-descritivos (0) até os altamente descritivos (7). O SWAP-200 não utiliza o auto-relato e sim é um instrumento que o psicólogo ou psiquiatra preenche a partir das suas impressões clínicas, principalmente da observação dos pacientes durante as entrevistas, observação do que dizem a

respeito de si mesmos e de suas relações com os outros e também a partir do modo como se relacionam com o entrevistador ao longo do tempo (Westen, 1997). Deste modo, o julgamento clínico, que é parte fundamental de uma avaliação de personalidade, fica preservado (DeFife; Drill, Nakash & Westen; 2010). O SWAP-200 é baseado no método Q-Sort cuja característica principal é exigir uma escolha forçada do valor de cada um dos itens (sentenças) para que se obtenha o diagnóstico.

Os autores sugerem que após seis encontros já é possível a um clínico experiente preencher o SWAP-200 de forma apropriada. O tempo estimado de preenchimento do SWAP-200 é em torno de 45 minutos para os iniciantes, mas pode ser reduzido para cerca de 20 minutos para quem já está familiarizado com o instrumento.

Segundo os autores o SWAP-200 (Shedler, 2009) combina o que há de melhor na tradição clínica (descrições psicológicas ricas dos pacientes, profundidade) com o que há de melhor na tradição empírica, qual seja, usar métodos estatísticos e psicométricos para maximizar a confiabilidade, validade e acurácia preditiva.

Outra vantagem do SWAP-200 é que, além de um diagnóstico categorial nos moldes do DSM-IV e do DSM-5, ele permite outros diagnósticos. Um deles é o diagnóstico das Síndromes de Personalidade segundo o próprio SWAP que abrange outros diagnósticos de personalidade não contemplados no DSM, mas que apresentam constelações clinicamente úteis, tais como, o Funcionamento Depressivo Elevado, Índice de Saúde Psicológica, entre outros. Além disso, o SWAP-200 identifica 12 traços de personalidade que podem se tornar objeto de intervenção e tratamento tais como, transtorno do pensamento, desregulação emocional, dissociação, hostilidade e conflito sexual. A formulação de casos também fica simplificada uma vez que ao final da avaliação o SWAP-200 emite uma síntese dos itens críticos que formam o diagnóstico facilitando o trabalho de discussão/supervisão de casos clínicos.



O instrumento também tem sido utilizado para avaliar processo e efetividade de tratamento (Shedler & Westen, 2010).

O objetivo deste artigo foi descrever o processo de tradução e adaptação transcultural do SWAP-200 para o Brasil.

## Método

Em uma primeira etapa as 200 sentenças do instrumento foram traduzidas para o português brasileiro por dois psicólogos bilíngues independentemente. Cada profissional possuía mais de uma década de experiência na área dos transtornos mentais graves. Houve uma concordância elevada entre inúmeros itens da tradução sendo que poucas diferenças puderam ser identificadas. Uma síntese dessas duas versões foi extraída e, em seguida, outro psicólogo bilíngue com mais de 20 anos de experiência clínica avaliou a tradução e a adaptação dos termos para a cultura brasileira.

Alguns ajustes precisaram ser feitos para que determinados termos se ajustassem melhor ao contexto brasileiro. Na sequência essa versão foi avaliada por um psicólogo e um psiquiatra bilíngues, também com vasta experiência clínica e de pesquisa. Cabe destacar que sendo o SWAP-200 um instrumento para uso de profissionais e não de pacientes, são preservadas algumas expressões mais sofisticadas, porém sem o uso de em jargões técnicos excessivos.

Na etapa final as 200 questões traduzidas e adaptadas para o português foram retraduzidas (*backtranslation*) para o inglês por um grupo de *experts* com qualidade técnica semelhante aos tradutores. Algumas palavras e expressões sofreram alterações que foram compreendidas e aceitas pelos autores do instrumento, tais

como, a expressão inglesa *mood* foi traduzida pelo seu equivalente *humor* em português.

Por fim, a versão americana original, a versão em português e a *backtranslation* foram comparadas e avaliadas por um *expert* na língua inglesa com vasto conhecimento no campo da psicologia.

## Resultados

A versão brasileira final do instrumento buscou manter, a pedido dos autores do SWAP-200, o máximo de rigor a equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual do instrumento original (Tabela 1).

**Tabela 1. Processo de tradução e adaptação do Shedler-Westen Assessment Procedure para o português brasileiro.**

<b>Versão original</b>	<b>Versão para o Brasil</b>	<b><i>Backtranslation</i></b>
9. Tends to think others are envious of him/her.	Costuma pensar que os outros têm inveja dele(a).	Often thinks that others envy him/her.
23. Tends to become involved in romantic or sexual “triangles” (e.g., is most interested in partners who are already attached, sought by someone else, etc.).	Costuma se envolver romanticamente ou sexualmente em triângulos (ex. se interessa mais por parceiros que já se encontram envolvidos em outros relacionamentos).	Usually engages in an romantic or sexual <i>ménage à trois</i> (e.g., cares more for partners who are already involved in other relationship).
177. Repeatedly convinces others of his/her commitment to change but then reverts to previous maladaptive behavior; tends to convince others that “this time is really	Repetidamente convence os outros de que está comprometido(a) em mudar comportamento, mas volta novamente a apresentar os mesmos problemas anteriores;	Repetidamente convinces the other that is committed to changing his/her behavior, but goes back again to present the same previous problems; tends to convince others that “this

different.”                      convencer os outros de “time will be different”.  
que “desta vez vai ser  
diferente”.

## Discussão

A experiência clínica dos envolvidos na tradução e adaptação foi importante uma vez que procurou manter o modo coloquial com que o material clínico costuma ser discutido em apresentações de caso e supervisões clínicas. Essas características permitem com que o SWAP-200 de fato constitua-se, em nossa realidade brasileira, numa ferramenta moderna, atual e de uso tanto na pesquisa quanto na clínica para o diagnóstico dos TP. Como instrumento de personalidade o SWAP-200 destaca-se por:

- 1) ter sua origem na clínica e, portanto, em pessoas do mundo real;
- 2) ser um instrumento psicometricamente robusto e que usa o método Q-Sort;
- 3) se ajustar a um dos manuais diagnósticos mais utilizado na classificação dos transtornos mentais;
- 4) não se prender a um jargão técnico, o que permite sua utilização dentro de diferentes modelos teóricos;
- 5) ser de rápida e fácil utilização e resultado;
- 6) estar disponível em nosso idioma;
- 7) não estar sujeito a distorções do examinando;
- 8) permitir um diagnóstico mais abrangente e de utilização direta na clínica e na pesquisa;
- 9) orientar o clínico quanto as áreas frágeis e fortes da personalidade;
- 10) emitir um parecer resumido daqueles aspectos críticos do modo de funcionar da pessoa que podem ser foco de atenção e tratamento;
- 11) poder ser respondido pelo clínico dispensando a presença do avaliando;
- 12) organizar e sistematizar o material clínico permitindo uma real aproximação entre a clínica e a pesquisa dos TP;
- 13) trazer para o cenário dos transtornos mentais tanto em âmbito privado, mas principalmente público, a possibilidade dos TP de fato serem incluídos nas avaliações diagnósticas;
- 14) facilitar a inclusão os problemas de personalidade nas pesquisas em saúde mental;
- 15) poder ser utilizado para avaliar processo e resultado de tratamentos.

Estudos de validade e fidedignidade do instrumento estão sendo conduzidos com amostras clínicas em consultórios privados, ambulatórios do Sistema Único de Saúde (SUS), em clínicas escola, em hospitais psiquiátricos e forenses. O SWAP-200 encontra-se disponível para comercialização no endereço eletrônico <http://www.swapassessment.org> com a versão para o Brasil finalizada em 2013. Os interessados em utilizar o SWAP-200 devem entrar em contato com os tradutores (RW) ou acessar o link e adquirir a licença para uso.

## Referências

- American Psychiatric Association. (2003). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed.). Allington, VA: American Psychiatric Publishing.
- DeFife, J. A., Drill, R., Nakash O., & D. Westen. (2010). Agreement between clinician and patient ratings of adaptive functioning and developmental history: *American Journal of Psychiatry*, 167, 1472-8.
- Ekleberry, S. (2009). Integrated treatment for co-occurring disorders: personality disorders and addiction. New York: Routledge.
- Fonagy, P., Luyten, P., Bateman, A., Gargely, G., Strantheam, L., Target, M., & Allison, E. (2010). Attachment and Personality Pathology. In J. Clarkin; P. Fonagy; & G. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders: a clinical handbook*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Gabbard, G. (2006). *Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Kaufman, E. (1994). *Psychotherapy of addicted persons*. New York: Guilford Press.
- Kernberg, O. (1995a). Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas. Porto Alegre: Artes Médicas (Original work published in 1984).
- Kernberg, O. (1995b). *Agressão nos transtornos de personalidade e nas perversões*. Porto Alegre: Artes Médicas (Original work published in 1992).
- Kernberg, O. (2006). *Agressividade, narcisismo e auto-destrutividade na relação terapêutica*. Climepsi Editores: Portugal (Original work published in 2004).
- Kernberg, P., Weiner, A., & Bardenstein, K. (2003). *Transtornos de Personalidade em crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.

- Khantzian, E. (1999). *Treating Addiction as a human process*. New Jersey: Jason Aronson.
- Lackhar, J. (1992). *The narcissistic/borderline couple: a psychoanalytic perspective on marital treatment*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Mattia, J., & Zimmerman, M. (2001). *Epidemiology*. In John Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorder: Theory, research and treatment*. New York: Guilford Press.
- Meloy, R. (1988). *The Psychopathic Mind: origins, dynamics, and treatment*. New Jersey: Jason Aronson.
- Piper, W. & Steinberg, P. (2010). *Psychodynamic approaches integrated into day treatment and inpatient settings*. In J. Clarkin; P. Fonagy; & G. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders: a clinical handbook*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Rockland, L. (1992). *Supportive therapy for Borderline Patients: a psychodynamic approach*. London: Guilford Press.
- Shedler, J., & Westen, D. (1998). Refining the measurement of axis II: a Q-sort procedure for assessing personality pathology. *Assessment*, 5(4), 333-353.
- Shedler, J., Beck, A., Fonagy, P., Gabbard, G., Gunderson, J., Kernberg, O., Michels, R., & Westen, D. (2010). Personality disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 167(3), 1026-1028.
- Shedler, J. & Westen, D. (2010). *The Shedler-Westen Assessment Procedure: Making Personality diagnosis clinically meaningful*. In J. Clarkin; P. Fonagy; & G. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders: a clinical handbook*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Stone, M. (2009). *The anatomy of evil*. New York: Prometheus Books.
- Wellausen, A. (1988) *Consumismo: Origem em cada um de nós*. Tch e: Porto Alegre.

- Wellausen, R., & Bandeira, D. (2010). O tipo de vínculo entre pais e filhos está associado ao desenvolvimento de comportamento antissocial? *Interamerican Journal of Psychology*, *44*(3), 498-506.
- Westen, D. (1997). Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: implications for research and evolution of axis II. *American Journal of Psychiatry*, *154*(7), 895-903.
- Westen, D. & Shelder, J. (1999a). Revising and assessing axis II, part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, *156*(2), 258-272.
- Westen, D. & Shelder, J. (1999b). Revising and assessing axis II, part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *156*(2), 273-285.
- Westen, D. (2000). Case formulation and personality diagnosis: two processes or one. In: *Making Diagnosis Meaningful: Enhancing evaluation and treatment for psychological disorders*. J. Barron (Ed.). Washington: American Psychological Association.

## Estudo 2

### Evidências de validade e fidedignidade para patologias de personalidade através do SWAP-200 em amostras clínicas

#### Resumo

Um número considerável dos serviços de saúde mental no Brasil está sendo organizado de forma multiprofissional. A troca de informações entre os membros das equipes que atendem aos pacientes com graves transtornos mentais tende a facilitar a abordagem e o tratamento dessas pessoas. A(s) hipótese(s) diagnóstica(s) orienta(m) a(s) tomada(s) de decisão(ões) em relação ao planejamento da(s) intervenção(ões), bem como no que tange ao processo de tratamento. Devido à carência, no Brasil, de instrumentos adaptados e validados para avaliação de transtornos de personalidade é provável que uma parcela considerável de amostras clínicas de pacientes atendidos tanto em serviços públicos de saúde mental, quanto em clínicas privadas, acabe sendo subdiagnosticada. Os objetivos deste estudo foram: verificar evidências de validade e de fidedignidade das escalas do SWAP-200 (*Shedler-Westen Assessment Procedure*) através do método de Rasch da Teoria de Resposta ao Item (TRI) em uma amostra clínica de 95 pacientes em tratamento; e buscar evidências de validade a partir das correlações das avaliações de psicólogos e psiquiatras através do SWAP-200 em relação a um mesmo caso clínico (Kappa). Os resultados apontam para bons índices de validade e fidedignidade, tendo sido encontrada uma fidedignidade dos itens acima de 0,70 e a concordância geral entre os examinadores para o escore geral de 0,73. Alguns poucos itens, contudo, apresentaram escores abaixo do esperado sugerindo a necessidade de novos estudos.

Palavras chave: validade; fidedignidade; transtornos de personalidade; SWAP-200.



## Study 2

### **Validity and reliability evidence for personality pathologies through SWAP-200 in clinical samples**

#### Abstract

A considerable number of mental health services in Brazil is being organized in a multiprofessional way. Information exchange among the members of the teams assisting patients with serious mental disorders tends to make the approach and treatment of these patients easier. The diagnostic hypothesis (or hypotheses) guides decision-making toward the planning of intervention(s), as well as the treatment process. Due to the lack of adapted and validated instruments for the assessment of personality disorders, it is likely that a considerable number of clinical samples of patients in public, as well as private practices is underdiagnosed. The aims of this study were: to verify validity and reliability of the SWAP-200 (*Shedler-Westen Assessment Procedure*) through the Rasch method of Item Response Theory (IRT) in a clinical sample of 95 patients under treatment; and search for validity evidence based on the correlation of psychologists and psychiatrists' evaluations through the SWAP-200 regarding the same clinical case (Kappa). Results point to good validity and reliability scores, in which reliability was considered in items above 0.70 and the general agreement among the examiners was the general score 0.73. A few items, however, showed lower scores than expected, suggesting the need for further studies.

Key words: validity, reliability, personality disorders, SWAP-200.

## Introdução

Muitos serviços da rede de saúde mental no Brasil, tais como CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas), ambulatorios, serviços de emergência, unidades psiquiátricas, e até manicômios judiciários, estão sendo planejados para que a assistência seja multiprofissional (Brasil, 2010). A composição básica das equipes geralmente inclui um psicólogo e um psiquiatra, além de assistentes sociais, enfermeiros, nutricionistas, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, entre outros.

O trabalho em equipe costuma ser um desafio aos profissionais uma vez que cada um costuma trazer uma visão em relação aos pacientes, muito particular em razão dos pressupostos epistemológicos, filosóficos e paradigmáticos de sua área de atuação. Uma equipe que consegue trabalhar de forma integrada tende a estar mais preparada para enfrentar os desafios subjacentes ao tratamento de pessoas com graves problemas mentais. Pacientes com transtornos de personalidade (TP), como, por exemplo, os do cluster B (APA, 2013), conhecidos como o grupo dos dramáticos, são um desafio aos profissionais uma vez que comumente apresentam uma sintomatologia bastante intensa acompanhada de baixa adesão aos tratamentos, prejuízos importantes nas relações interpessoais, riscos eminentes de problemas com o sistema jurídico-legal, recorrente necessidade de internação, abuso ou dependência de substâncias químicas, tentativas ou ameaças frequentes de suicídio, entre tantas outras (Akhtar, 1992; Bursten, 1973; Gunderson & Links, 2009; Hare, 1999; Kernberg, 2006; Meloy, 1988; Paris, 2008; Ronningstam, 2000; Stone, 1990; Yeomans, Selzer, & Clarkin, 1992).

A sintonia entre os membros que assistem ao caso pode ser decisiva no sucesso terapêutico e conseqüentemente no bem estar dos pacientes. O trabalho integrado entre os diferentes membros da equipe pode ser considerado função do

modo como percebem ou interpretam o funcionamento e os comportamentos dos pacientes, assim como em relação ao manejo dos sentimentos contratransferenciais rotineiramente despertados. Pacientes com diagnósticos de transtornos de personalidade são conhecidos por sua destreza e habilidade em promover, naqueles que os tratam, sentimentos intensos, porém notadamente opostos (Gabbard & Wilkinson, 2000). Uns tendem a ter simpatia/empatia pelo sofrimento do paciente, gostam de atendê-lo e se sentem realizados em poder ajudá-los, outros por sua vez, têm muita resistência, não os compreendem ou tem dificuldade no manejo com esta parcela da população. Essas diferentes e por vezes contraditórias impressões em relação a uma mesma pessoa (fruto da dissociação), na maior parte das vezes, é alimentada pela doença do paciente que costuma acionar em cada profissional determinados sentimentos via processos não conscientes (por exemplo, identificação projetiva) e nem sempre intencionais (Grotstein, 1985; Kernberg, 1989; Scharff, 1992).

Talvez uma das formas mais humanizadas e respeitadas de se lidar com pessoas em sofrimento mental seja lhes diagnosticar bem. O estabelecimento de uma hipótese diagnóstica inicial bem fundamentada aumenta as chances dos profissionais, em particular, e da equipe, em geral, para planejar o tratamento (Projeto Terapêutico Singular), bem como as intervenções e manejos que, de fato, sejam as mais indicadas para as necessidades do caso em questão (Goldman & Gregory, 2010). Tendo em vista que a prevalência de transtornos de personalidade é, em média, de 10% na população geral (Lezenweber & Clarkin, 2005; Clarkin, Fonagy, & Gabbard, 2010), chegando a 50% (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2007; Paris, 2008) e até 70% em contextos prisionais e forenses (Stone, 2009), a questão da fidedignidade e validade do diagnóstico deve ser considerada essencial.

Para avaliação dos TP existem diversos instrumentos desenvolvidos em outros países. A maioria deles foi construída para diagnosticar os pacientes do cluster B (O'Donohue, Fowler, & Lilienfeld, 2010) do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico dos

Transtornos Mentais) e uma vasta literatura tem sido produzida nos últimos vinte e cinco anos. Para o transtorno de personalidade antissocial o principal instrumento é o Psychopathy Checklist Revised (PCL-R); já para os transtornos de personalidade narcisista, por exemplo, existem o *Personality Diagnostic Questionnaire-Revised* (PDQ-R), o *Personality Assessment Inventory* (PAI), o *Dimensional Assessment of Personality Pathology - Basic Questionnaire* (DAPP-BQ), entre outros tantos. Cada um destes instrumentos segue um modelo teórico específico e possui suas normatizações e propriedades psicométricas específicas. A principal maneira de se aferir a qualidade de um instrumento de avaliação psicológica é verificar sua validade e fidedignidade, ou seja, se ele de fato mede/avalia aquilo que se propõe a medir (Urbina, 2007). A fidedignidade e a validade asseguram que diferentes profissionais com formações semelhantes possam obter resultados muito parecidos. Esses critérios permitem que o instrumento se torne confiável para aqueles que dele fazem uso.

Apesar de algumas iniciativas recentes (Morano, 2003; Carvalho, Balbino de Sousa, & Primi, 2014; Carvalho, Bartholomeu, & Rocha da Silva, 2010; Carvalho de Sousa, Rocha, & Alchieri, 2012) ainda há uma carência de instrumentos para a avaliação de transtornos de personalidade no Brasil. Em diversos contextos clínicos os profissionais muitas vezes deixam de considerar os problemas de personalidade de seus pacientes devido à falta de instrumentos validados e adaptados ao nosso contexto. Esta situação aponta para a probabilidade de que uma parcela de casos esteja sendo subavaliada em contextos clínicos.

Desde o final da década de noventa Shedler e Westen (Shedler & Westen, 1999a, 1999b), tem disponibilizado um instrumento desenvolvido para avaliar não apenas um TP específico, mas todos aqueles descritos no DSM. O SWAP-200, como ficou conhecido o Shedler-Westen Assessment Procedure – 200 passou a ser considerado um instrumento padrão-ouro (Ricardo Primi, comunicação pessoal) devido a várias características dentre os quais suas propriedades psicométricas e sua

capacidade de valorizar a impressão clínica ao invés do auto-relato. Estas duas especificidades possibilitaram uma verdadeira aproximação entre a pesquisa e a clínica dos transtornos de personalidade.

Foram dois os objetivos desse estudo. O primeiro foi verificar, através da Teoria de Resposta ao Item (TRI), evidências de validade e fidedignidade das escalas do SWAP-200 para os diagnósticos das Síndromes e dos Traços de personalidade. O segundo objetivo foi verificar evidências de validade e de fidedignidade do SWAP-200 através da correlação entre avaliadores em relação ao diagnóstico dos transtornos de personalidade (TP) em uma amostra clínica.

## Método

### Participantes e procedimentos

A amostra desse primeiro estudo foi composta por pacientes (n=95) que se encontravam em avaliação ( $\geq 6$  sessões) ou em processo psicoterápico ( $\leq 2$  anos) com psicólogos e/ou psiquiatras. Foi solicitado aos profissionais que escolhessem um caso ( $\geq 18$  anos) que considerassem como tendo problemas de personalidade (problemas duradouros nas relações interpessoais devidos a padrões desadaptados de comportamento, relacionamento, cognição e afeto) e respondessem ao SWAP-200. Deveriam ser excluídos da amostra pacientes clinicamente avaliados como portadores de deficiência intelectual ou quaisquer sintomas indicativos de psicose ou esquizofrenia. Para o primeiro objetivo deste estudo foram estimados os parâmetros de dificuldade, os índices de ajuste dos itens (*infit* e *outfit*) e as medidas de fidedignidade para os itens e as pessoas.

Para o segundo objetivo deste estudo as evidências de fidedignidade do SWAP-200 foram avaliadas através de concordância entre avaliadores. Uma amostra de pacientes internados (n=11) em duas unidades psiquiátricas (pacientes forenses e

dependentes químicos) foi avaliada por pares de profissionais da saúde mental (um psicólogo e um psiquiatra) de forma independente através do SWAP-200 e da EEPP (Entrevista Estruturada sobre o Processo Psicoterapêutico). Esses profissionais foram convidados a eleger um caso que estivessem avaliando ou tratando em conjunto por um período não maior do que dois anos e que, segundo seu julgamento clínico, fossem portadores de problemas da personalidade. Cada um desses profissionais preencheu o SWAP-200 e a EEPP separadamente e independente do colega. Para aqueles pacientes que estavam em psicoterapia o preenchimento do SWAP-200 deveria considerar o primeiro ano de tratamento.

## Instrumentos

Dois instrumentos foram utilizados para atingir os objetivos desse estudo. No estudo com a TRI apenas o SWAP-200 foi utilizado. No estudo dois a EEPP também foi utilizada pelos psicoterapeutas.

*Shedler-Westen Assessment Procedure - SWAP-200* (Shedler & Westen, 1999a, 1999b): Este é um instrumento construído para avaliar a presença de patologia de personalidade e é composto de 200 sentenças que expressam aspectos comportamentais, cognitivos, afetivos, relacionais, entre outros, dos pacientes com TP. Essas informações permitiram a criação de 12 perfis hipotéticos, prototípicos para cada um dos TP. Esses protótipos, obtidos através de análises fatoriais Q (na qual há uma inversão entre linhas e colunas na matriz de dados) são os da personalidade antissocial, narcisista, paranoide, histriônica, obsessiva, esquizóide e a disfórica (sendo que essa última se ramifica em cinco protótipos: evitativo, hostil-externalizante, alto funcionamento depressivo, emocionalmente desregulado e dependente) que irão configurar as Síndromes clínicas do SWAP-200. Ao preencher critérios para qualquer um desses diagnósticos automaticamente é possível se obter um dos 10 diagnósticos

de TP do DSM-IV-TR. A estrutura fatorial do SWAP-200 ainda abrange outros 12 traços (fatores) que indicam áreas importantes do funcionamento: índice saúde psicológica, psicopatia, hostilidade, narcisismo, desregulação emocional, disforia, orientação esquizóide, obsessividade, transtorno do pensamento, conflitos edípicos, dissociação e conflito sexual.

O SWAP-200 é um instrumento que o psicólogo ou psiquiatra irá preencher a partir das suas impressões clínicas (observação do que os pacientes dizem nas entrevistas a respeito de suas relações com os outros e também a partir do modo como se relacionam com o entrevistador ao longo do tempo). Para cada uma das 200 sentenças o paciente recebe uma classificação (de 0 a 7) que vai desde itens não-descritivos a respeito do paciente (0) até os altamente descritivos (7). O método Q-sort exige do clínico uma escolha forçada na distribuição dos escores para cada resposta. Isso significa que existe um número exato de vezes que o escore “0” precisa ser usado, que o escore “7” precisa ser usado e assim com todos os valores intermediários (1, 2, 3, 4, 5 e 6). Apesar de tomar um pouco mais de tempo do examinador para que os ajustes sejam feitos, as vantagens psicométricas da distribuição fixa minimizam possíveis erros de medida. Um exemplo desta distribuição fixa é o do escore “7” (para aquelas sentenças que são altamente descritivas do paciente) que precisa ser usado oito vezes. O avaliador que está preenchendo o instrumento deve considerar que aquelas oito sentenças que receberão este valor realmente descrevem aspectos da personalidade daquela pessoa que se destacam em relação a outros que receberão uma pontuação menor. O uso de um conjunto de itens padrão faz com que o SWAP-200 não fique a mercê do estilo do avaliador ou de seu “calibre” e cria um vocabulário comum entre os clínicos na medida em que o protótipo de um TP reúne aquelas sentenças que recebeu, em média, maior peso nas descrições dos clínicos durante a construção do instrumento.

Aqueles pacientes que alcançarem escores T superiores a 60 (ponto de corte) com desvio-padrão de 10 passam a se aproximar da descrição de um determinado protótipo podendo receber um diagnóstico de Transtorno de Personalidade. A metodologia dos autores procurou integrar abordagens dimensionais e categóricas em suas descrições dos protótipos.

Entrevista Estruturada sobre o Processo Psicoterapêutico (EEPP): Esta é uma entrevista estruturada preenchida pelo avaliador/terapeuta e não pelo avaliando/paciente. Esse instrumento foi criado pelos autores com o fito de se obter algumas informações sociodemográficas sobre o avaliando/paciente (idade, sexo, grau de instrução, estado civil, renda, etc.), sobre o avaliador/terapeuta (sexo, idade, orientação teórica, experiência clínica, etc.), bem como sobre alguns elementos do processo terapêutico/avaliativo. São questionados alguns dados sobre a evolução do atendimento, dentre os quais, o motivo da busca de atendimento/avaliação, as impressões do clínico sobre fatores positivos e negativos da sua relação com o avaliando/paciente, os sentimentos que o avaliando/paciente desperta na pessoa que o avalia/trata (aspectos contratransferenciais), mecanismos de defesa prevalentes, capacidade de adaptação (funcionamento social e lazer, manejo do dinheiro, sexualidade, questões acadêmico-laborais, envolvimento criminal, abuso de álcool e drogas, etc.), uma hipótese diagnóstica (DSM-IV-TR), entre outros.

#### Análise de dados

Para o primeiro estudo o parâmetro de dificuldade, expresso pela letra grega  $\delta$ , indica o ponto em uma escala de logaritmos de chance (*log-odds units* ou apenas *logits*), em que há 50% de chance de endossar o item, ou sua categoria média. Esta escala compreende um intervalo entre  $\pm \infty$ , contudo, na prática os valores tendem a se situar entre  $\pm 6$  logits. Os índices *infit* e *outfit* indicam quanto o item é explicado pela dimensão de mensuração, sendo o valor 1 indicador de ajuste perfeito, e avaliando



como aceitáveis valores entre 0,50 e 1,50. Foram estimados os índices de fidedignidade dos itens e das pessoas, considerando adequados valores  $\geq 0,70$ . A fidedignidade refere-se a uma medida de reprodutibilidade, ou seja, a probabilidade em obter-se a mesma ordenação de itens em pessoas em infinitas replicações (Linacre, 2011).

Para o segundo objetivo deste estudo os dados foram analisados a partir da concordância entre os avaliadores. Foram comparadas as médias dos escores em cada uma das dimensões por meio do coeficiente de correlação intraclasse (CCI). Foram considerados aceitáveis níveis de concordância  $\geq 0,70$ .

#### Procedimentos Éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, tendo atendido aos requisitos éticos para pesquisas com seres humanos.

#### Resultados

Os 95 casos do primeiro estudo foram obtidos através de protocolos do SWAP-200 de pacientes que se encontravam em tratamento em razão de diferentes problemas de ordem psicológica/psiquiátrica. Os profissionais que responderam ao instrumento eram psicólogos e psiquiatras com treinamento em variadas abordagens teórico-técnicas e com experiências clínicas diversas.

Em relação aos resultados da análise de Rasch (TRI) destes casos é possível observar que foram encontrados bons índices para a fidedignidade dos itens e das pessoas. Conforme se verifica na Tabela 1 (abaixo), a amplitude do parâmetro de dificuldade ( $\delta$ ) das subescalas situou-se em um intervalo próximo a 1 *logit*, indicando

que os itens cobrem uma porção específica do traço em questão, sendo escassos aqueles que cobrem regiões mais extremas do mesmo. Esse resultado é esperado, uma vez o SWAP-200 foi construído com o propósito de avaliar populações clínicas com características marcantes de patologias de personalidade (Westen & Shedler, 2007). Os índices de *infit* e *outfit* sugerem a adequação dos itens ao modelo de mensuração em todas as subescalas.

Em relação à fidedignidade, os índices mostram-se satisfatórios para a maioria das subescalas. A fidedignidade dos itens diz respeito à probabilidade da reprodutibilidade do ordenamento dos itens em repetidas avaliações, ficando abaixo do valor esperado apenas nas subescalas Conflito edípico e Dissociação. Já os índices de fidedignidade das pessoas e o *Alpha* de Cronbach indicam, respectivamente, a probabilidade da reprodutibilidade do ordenamento das pessoas em repetidas situações de avaliação e a consistência interna do padrão de respostas dos sujeitos. Esses índices são facilmente influenciados pelo tamanho amostral, e, portanto, são neste caso menos confiáveis. As subescalas que tiveram um desempenho abaixo do esperado nesses índices foram: Transtorno do pensamento, Conflito Edípico, Dissociação e Conflito Sexual.

	Índice Saúde Psicológica	Psicopatia	Hostilidade	Narcisismo	Desregulação emocional	Disforia	Orientação esquizóide	Obsessividade	Transtorno pensamentoso	Conflito edípico	Dissociação	Conflito sexual
Dificuldade min/max M(SD)	- 0,39/0,45 00,00(0,23)	- 0,50/0,15 0,00(0,15)	- 0,31/0,23 0,00(0,17)	-0,24/0,51 00,00(0,23)	-0,45/0,28 00,00(0,24)	- 0,22/0,28 00,00(0,17)	- 0,20/0,15 00,00(0,11)	-0,37/0,21 00,00(0,15)	-0,46/0,45 00,00(0,25)	-0,15/0,18 00,00(0,11)	- 0,08/0,21 00,00(0,10)	- 0,24/0,36 00,00(0,25)
Infit	1,02 (0,28)	1,02(0,35)	1,02(0,15)	1,01(0,16)	1,02(0,17)	1,01(0,13)	1,02(0,16)	1,02(0,19)	1,07(0,20)	1,00(0,13)	1,00(0,30)	0,99(0,14)
Outfit	1,00(0,29)	0,98(0,38)	0,98(0,12)	0,97(0,19)	1,01(0,22)	1,02(0,19)	0,97(0,20)	0,97(0,24)	1,00(0,29)	0,93(0,13)	0,96(0,24)	0,89(0,15)
Fidedignidade de itens	0,91	0,84	0,87	0,91	0,94	0,87	0,69	0,78	0,90	0,64	0,41	0,87
Fidedignidade de pessoas	0,86	0,77	0,73	0,57	0,69	0,75	0,53	0,40	0,15	0,34	0,45	0,08
Alfa	0,91	0,90	0,75	0,71	0,68	0,79	0,66	0,61	0,30	0,68	0,69	0,47

  

	Esquizóide comp	Paranoide comp	Obsessivo comp	Dependente comp	Evitativo comp	Narcisismo comp	Hitrionico comp	Border comp	Tasp comp	Esquizotipico comp
Dificuldade min/max M(SD)	- 0,44/0,44 0,00 (0,21)	- 0,23/0,26 0,00 (0,15)	- 0,48/0,34 0,00 (0,21)	-0,31/0,27 0,00 (0,18)	-0,40/0,29 0,00 (0,19)	- 0,28/0,35 0,00 (0,17)	- 0,34/0,38 0,00 (0,18)	-0,32/0,25 0,00 (0,16)	-0,37/0,31 0,00 (0,18)	-0,37/0,54 0,00 (0,25)
Infit	1,03 (0,20)	1,01 (0,22)	1,02 (0,20)	1,01 (0,12)	1,00 (0,17)	1,01 (0,17)	1,02 (0,17)	1,00 (0,14)	1,02 (0,25)	1,05 (0,21)
Outfit	1,01 (0,25)	1,00 (0,25)	0,98 (0,25)	1,02 (0,18)	1,02 (0,26)	1,01 (0,21)	1,02 (0,19)	1,01 (0,17)	1,00 (0,32)	1,00 (0,20)
Fidedignidade de itens	0,93	0,88	0,93	0,92	0,93	0,90	0,93	0,91	0,90	0,95
Fidedignidade de pessoas	0,76	0,74	0,75	0,73	0,79	0,71	0,67	0,68	0,85	0,69

Alfa 0,79 0,73 0,75 0,70 0,80 0,72 0,64 0,65 0,89 0,66

	Esquizóide	Paranoide	Obsessivo	Dependente	Evitativo	Narcisista	Histriônico	Borderline	Antissocial	Esquizotípico
Dificuldade min/max	-	-	-	-0,33/0,24	-0,41/0,45	-	-	-0,42/0,52	-0,41/0,28	-0,36/0,35
M(SD)	0,35/0,35 (0,17)	0,27/0,5 9 (0,19)	0,27/0,31 0,00 (0,17)	0,00 (0,16)	0,00 (0,24)	0,36/0,55 0,00 (0,19)	0,47/0,25 0,00 (0,19)	0,00 (0,22)	0,00 (0,18)	0,00 (0,21)
Infit	1,04 (0,19)	1,03 (0,29)	1,00 (0,23)	1,01 (0,12)	1,02 (0,21)	1,02 (0,27)	1,01 (0,18)	1,04 (0,20)	1,02 (0,31)	1,05 (0,23)
Outfit	1,01 (0,23)	1,05 (0,41)	1,02 (0,27)	1,02 (0,18)	1,00 (0,23)	1,05 (0,44)	1,03 (0,27)	1,02 (0,18)	1,01 (0,40)	1,02 (0,30)
Fidedignidade de itens	0,88	0,92	0,87	0,90	0,95	0,91	0,93	0,94	0,90	0,91
Fidedignidade de pessoas	0,75	0,77	0,69	0,77	0,76	0,72	0,70	0,72	0,84	0,71
Alfa	0,79	0,72	0,75	0,74	0,76	0,73	0,66	0,72	0,90	0,72

No que tange ao segundo objetivo desse estudo a amostra de profissionais foi constituída por 50% de psicólogos (sendo cinco do sexo feminino) e 50% de psiquiatras (também cinco do sexo feminino). Do total de 22 protocolos avaliados através da EEPP (11 por psicólogos e 11 por psiquiatras) três foram perdidos por informações incompletas. A média de tempo de experiência dos 19 profissionais que contribuíram com seus casos foi de 12 anos (variando de 2 a 37 anos). Desses profissionais, 68,4%(13) informou trabalhar com os modelos psicodinâmicos, 21,1%(4) denominavam-se ecléticos e, 10,5%(2) aderiam ao modelo biológico.

A amostra de pacientes incluía apenas duas pacientes do sexo feminino; a média de idade dos pacientes avaliados foi de 34 anos; do total de 11 casos 42,1% possuía o ensino médio completo, 57,9% eram solteiros e 63,2% não tinham filhos. Na época da coleta dos dados ainda estavam em tratamento 68,4% dos pacientes, alguns estavam em período de avaliação e apenas um caso já havia recebido alta. A frequência de uma vez por semana ocorria em 52,6% dos tratamentos. O principal motivo alegado pelos pacientes para a busca de tratamento envolvia histórico de problemas com álcool e ou drogas, exceto para um paciente. Em relação ao tratamento para comorbidade com transtornos clínicos (antigo Eixo I), 37,5% fazia uso de antipsicóticos, 33,3% de estabilizadores do humor e 29,2% utilizava antidepressivos. A rigidez e a falta de flexibilidade foi destacada (42,1%) pelos psicoterapeutas como sendo os traços de caráter mais marcantes desses pacientes. Cerca de 40% dos casos tinham algum envolvimento com o sistema jurídico-legal.

Conforme pode ser verificado (Tabela 2) na maior parte das dimensões do SWAP-200 houve boa concordância, sendo a concordância geral igual a 0,73 (Kappa) entre os avaliadores (psicólogos x psiquiatras). A média de concordância entre esses profissionais para os diagnósticos do DSM-IV-TR foi 0,62 e para as Síndromes do SWAP-200 foi 0,54. Em relação aos diagnósticos pelo DSM-IV, excetuando os escores para o TP Paranoide e o Passivo-agressivo (0,20 e 0,18, respectivamente), todos os

outros ficaram acima de 0,50. Os diagnósticos que mostraram maior concordância entre os avaliadores foram os TP Histriônico (0,85) e o Antissocial (0,82).

Em relação aos diagnósticos para as Síndromes, que são os diagnósticos prototípicos e uma proposta taxonômica propriamente obtidas empiricamente através do SWAP-200, a concordância para o subtipo Antissocial atingiu 0,80 e o Histriônico 0,75. O subtipo Narcisista alcançou o limite (0,40), ao passo que o Paranoide pontuou baixo (0,15). O subtipo Hostil-externalizante, por outro lado, foi aquele que indicou discordância entre os avaliadores.

No que se refere aos Traços avaliados com o SWAP-200, os diagnósticos que apresentaram pior concordância foram em relação ao subtipo Dissociação (0,19), Transtorno do pensamento (0,10). Em relação ao subtipo Conflito edípico (0,00) não houve concordância e para o subtipo Hostilidade houve discordância entre os avaliadores (-0,15).

Tabela 2. Coeficiente de Correlação Intraclasse entre avaliadores para as dimensões do DSM-IV, Síndromes do SWAP-200 e Traços do SWAP-200

Dimensão	CCI	<i>p</i>
<b>DSM-IV</b>		
Paranoide	0,20	0,265
Esquizoide	0,72	0,004
Esquizotípico	0,66	0,010
Antissocial	0,82	0,001
Borderline	0,67	0,009
Histriônico	0,85	0,001
Narcisista	0,54	0,036
Evitativo	0,75	0,003
Dependente	0,67	0,008
Obsessivo	0,52	0,043
Depressivo	0,77	0,002
Passivo-Agressivo	0,18	0,290
Índice de Saúde Psicológica	0,71	0,005
<b>Síndromes SWAP-200</b>		
Disfórico	0,57	0,027
Antissocial	0,80	0,001
Esquizoide	0,55	0,033
Paranoide	0,15	0,320
Obsessivo	0,72	0,004
Histriônico	0,75	0,003
Narcisista	0,40	0,100
Evitativo	0,68	0,007

Depressivo de Alto funcionamento	0,63	0,014
Desregulação emocional	0,74	0,003
Dependente	0,50	0,049
Hostil-externalizante	-0,15	0,680
Índice de Saúde Psicológica	0,71	0,005

#### **Traços SWAP**

Saúde Psicológica	0,67	0,009
Psicopatia	0,79	0,001
Hostilidade	-0,15	0,675
Narcisismo	0,50	0,048
Desregulação	0,72	0,004
Disforia	0,64	0,012
Orientação Esquizoide	0,52	0,040
Obsessivo	0,46	0,066
Transtorno do Pensamento	0,10	0,374
Conflito Edípico (sexualidade histriônica)	0,00	0,497
Dissociação	0,19	0,275
Conflito Sexual	0,45	0,069

$p \leq 0,05$

Kappa = 0,73  $p < 0,001$

O coeficiente de correlação intraclasse (CCI) ou coeficiente de reprodutibilidade é uma estimativa da fração da variabilidade total de medidas devido a variações entre os indivíduos. Valores de ICC  $\leq 0,40$  são pobres.

## Discussão

O SWAP-200 em sua versão para o Brasil se revelou um instrumento fidedigno e válido para avaliar patologias de personalidade. Tanto os achados da análise de Rasch (TRI) quanto à correlação entre avaliadores mostrou que o SWAP-200 mostrou adequação da versão adaptada para o Brasil em relação a ordenação tanto de itens quanto de pessoas. A média geral de 0,73 chegou bem próxima dos estudos originais do instrumento que encontraram uma média de fidedignidade entre avaliadores entre 0,72 e 0,74 (Westen, Defife, Bradley, & Hilsenroth, 2010) ou de outro estudo também conduzido por Westen (Westen & Moderrisoglu, 2003) que chegou a fidedignidade através de diversas medidas de correlação ao índice de  $r 0,80$ .

No segundo estudo os achados foram obtidos numa amostra clínica de pacientes internados em instituições de tratamento para graves transtornos mentais. Devido ao fato de que a maioria dos pacientes estavam internados para tratamento para outras comorbidade, foi frequente o uso de medicações na amostra. Na ausência

de medicações específicas para os TP, a escolha da medicação estava atrelada, principalmente, ao esbatimento sintomático, seja ele o controle dos impulsos, as alterações do humor, as crises de ansiedade, entre outros. É provável que devido a algumas dessas características da amostra tenha havido, para alguns diagnósticos, uma maior concordância entre os profissionais ao passo que em outras escalas isto não se repetiu. Nesse sentido vale destacar que o reduzido número amostral também foi um fator que pode ter contribuído para que em algumas subescalas os escores ficassem abaixo do esperado.

As diferenças do tempo de experiência clínica entre os profissionais e as afiliações teóricas distintas também podem ter afetado a concordância em alguns subtipos de diagnóstico, apesar de que, no geral, o índice de concordância ficou acima do esperado. Por exemplo, os profissionais com uma orientação biológica tendem, de modo geral, a conceder mais peso aos aspectos manifestos e verbais do comportamento do que aqueles de orientação psicodinâmica que tendem a valorizar mais os aspectos contratransferenciais e não verbais em suas avaliações (Westen 1998; Shedler, 2014).

Como se pode observar em alguns itens das subescalas, entretanto, o nível de concordância ficou aquém do esperado. Em relação a estes itens verificou-se que os TP Paranoide (DSM-IV) e a Síndrome Paranoide (SWAP-200) foram os diagnósticos com menor nível de concordância entre os avaliadores. O estudo de validade americano do SWAP-200 (Westen & Shedler, 1999a, 1999b) encontrou para esse diagnóstico uma validade convergente, correlação de 0,60, entre o diagnóstico obtido com o SWAP-200 para esse transtorno quando comparado com a hipótese clínica do terapeuta que atendia o caso. Por outro lado, o fato de que as duas subescalas pontuaram um escore de concordância baixo revela que um diagnóstico consubstancia o resultado do outro. Em outras palavras, é possível verificar que os critérios exigidos



pelo DSM-IV para esse diagnóstico, de fato, estão incluídos no modelo prototípico das Síndromes do SWAP-200.

Em relação ao diagnóstico de TP Passivo-Agressiva, pelos critérios do DSM-IV, foi o que apresentou a pior concordância entre os avaliadores (0,18) ao passo que o estudo de validade americano encontrou para esse diagnóstico uma correlação de 0,45 quando comparado o diagnóstico obtido com o SWAP-200 e o descrito pelo clínico. Vale destacar que o diagnóstico de transtorno de personalidade passivo-agressiva constava no apêndice do DSM-IV-TR e por diversos motivos, dentre os quais o principal foi a dificuldade de comprovação empírica de sua incidência devido principalmente a necessidade de maximizar a consistência interna dos critérios diagnósticos de cada transtorno (isto é, a correlação entre eles) e reduzir a correlação com critérios de outros transtornos (DSM) tem sido um desafio diferenciá-lo dos diagnósticos de TP Borderline, Depressiva ou Dependente (PDM, 2006), foi decidido excluí-lo do DSM-5.

Outro diagnóstico de Síndromes que ficou abaixo de esperado foi o de personalidade Narcisista. No estudo de validade americano conduzido pelos autores do SWAP-200 esse item alcançou um escore de 0,67 (Westen & Moderrisoglu, 2003) quando se comparou a avaliação do clínico que tratava o paciente com o resultado obtido através de uma entrevista estruturada conduzida por um entrevistador que não conhecia o paciente, enquanto que no presente estudo foi obtido um escore de 0,40. Em razão das características da amostra era esperado que especificamente em relação a esse diagnóstico os escores fossem iguais ou superiores aos encontrados para as dimensões do DSM-IV (0,54) do SWAP-200. Uma maneira de se entender esse dado pode ser em razão de que a literatura tem descrito dois tipos de pacientes que preenchem esse diagnóstico – tipo distraído e o tipo hipervigilante (Gabbard, 2006) - enquanto apenas o segundo tipo é descrito no DSM-IV podendo trazer alguma confusão nessa área. Contudo, o tamanho amostral muito provavelmente teve um

impacto desfavorável em relação ao resultado obtido. Em relação ao subtipo Disfórico das Síndromes de Personalidade do SWAP-200 que abrange cinco tipos, os que obtiveram melhor escore foram os de Desregulação emocional e o Evitativo (0,74 e 0,68, respectivamente). Quanto ao tipo Hostil-externalizante esse foi o único que apresentou escores opostos entre os avaliadores que exigirão mais estudos com amostras clínicas e não clínicas mais extensas a fim de se verificar possíveis problemas de inconsistência em seus itens.

No que se refere à avaliação dos Traços através do SWAP, que não são tipos de personalidade, mas elementos que contém informações clínicas e teóricas importantes (Westen & Shedler, 2000) foram onde houve os menores índices de concordância entre os avaliadores, em especial para o transtorno do pensamento e a dissociação. Na amostra foram excluídos pacientes que tivessem deficiência intelectual clinicamente avaliada e aqueles que, no momento da avaliação, apresentassem sinais e sintomas de psicose (alucinações, delírios, etc.). Esses critérios de exclusão com uma amostra pequena de pacientes podem ter afetado a incidência de pacientes do espectro do Cluster A, nos quais essas áreas comumente estão mais comprometidas (Gabbard, 2006). Além disso, do ponto de vista psicométrico, esses dois traços possuem poucos itens que os descrevem (8 e 6, respectivamente) o que pode afetar sua consistência interna (Westen & Muderrisoglu, 2006).

Em relação ao Traço Conflito edípico (sexualidade histriônica) também houve inconsistências na avaliação. Ao que parece, as sentenças (itens) que descrevem esse construto (*“fantasia encontrar o amor perfeito, ideal”,* ou *“costuma ser sexualmente provocativo(a) ou sedutor(a) seja consciente ou inconscientemente (p. ex. flerta inapropriadamente, preocupa-se com conquistas sexuais, tem a propensão em criar falsas expectativas nos outros, etc.)”*), entre outras, podem ser descrições que estavam muito longe da experiência dos pacientes. O número de itens que abrangem

esse traço, de fato, são bastante reduzidos (apenas 6) o que pode também afetar sua consistência interna (Westen & Muderrisoglu, 2006). Por fim, cabe destacar que em sua maioria os pacientes deste estudo eram homens que, devido a gravidade de suas psicopatologias, costumam apresentar maiores fixações e conflitos em períodos pré-edípicos do que propriamente edípicos (Akhtar, 1992; Kernberg, 1995; Volkam, 1976).

A avaliação do traço Hostilidade foi aquela que novamente indicou que os profissionais pontuavam seus escores em direções diametralmente opostas. Esse aspecto chama a atenção alertando para a necessidade de revisar possíveis problemas na interpretação das sentenças ou na consistência interna dos itens que compõe este traço uma vez que ele é descrito por apenas nove itens.

Por fim, outro achado relevante neste estudo foi em relação ao Índice de Saúde Psicológica que frequentemente não é avaliado em instrumentos para transtornos de personalidade. Em todas as subescalas do SWAP-200 (DSM-IV = 0,67 e Síndromes 0,71), esse Índice mostrou ser um critério válido e fidedigno para avaliar aspectos saudáveis do funcionamento da personalidade.

Em síntese, o SWAP-200 é compatível com os critérios modernos e aceitos na comunidade científica (DSM-5), uma vez que mesmo nesta versão mais atual do manual (APA, 2013), em essência, o modelo categorial permanece prevalecendo ainda que haja uma tendência maior em reconhecer a dimensionalidade de alguns diagnósticos (por exemplo, critérios A e B da Seção III do manual). Desse modo o SWAP-200 parece se constituir em uma ferramenta de uso tanto na clínica quanto na pesquisa dos problemas de personalidade. Ele parece atender as exigências psicométricas de validade e fidedignidade necessárias aos instrumentos de avaliação psicológica nesta área. O SWAP-200 irá permitir que psicólogos e psiquiatras tenham subsídios empíricos para planejar o tratamento de pacientes com TP.

Na medida em que o diagnóstico fidedigno e válido é obtido, será possível que os tratamentos sejam indicados de forma a atender a reais necessidades dos pacientes podendo inclusive se refletir em relações de custo-efetividade mais favoráveis, sem contar a provável melhora na qualidade de vida desses pacientes e no custo social que os problemas de personalidade acarretam e que tenderá a se reduzir.

#### Limitações do Estudo

São algumas as limitações deste estudo, mas uma das principais se refere aos participantes. Todas as informações obtidas provinham dos clínicos que tratavam os pacientes. O fato de serem eles os únicos informantes poderia ser problema; entretanto, ao menos em tese, estes profissionais são pessoas que por exigência do papel que ocupam deveriam ter a capacidade de observar de forma o mais neutra e isenta possível os fenômenos clínicos que tratam. Estudos revelam que as pessoas são mais capazes de informar através de auto-relato sobre problemas internalizantes (tristeza, ansiedade, ideação suicida, etc.) do que sobre padrões de funcionamento da própria personalidade. Observadores clínicos treinados têm vantagens em relação aos leigos, pois recebem treinamento para acessar esses dois níveis de informação (Westen & Shedler, 2007).

O tamanho reduzido da amostra, principalmente em relação ao estudo 2 (n=11) precisa ser incrementada em estudos futuros. Por outro lado, ainda são raras as pesquisas com amostras clínicas na área da psicologia e da psicopatologia. Este estudo reuniu um grupo de pacientes que reconhecidamente são um grande desafio aqueles se propõe a diagnosticá-los e tratá-los, e os resultados obtidos poderão futuramente despertar a atenção e o interesse para outras pesquisas nesta área. Por outro lado, em razão de se tratar de uma amostra clínica foi possível verificar que a maioria dos pacientes procurou espontaneamente tratamento, o que fornece também validade externa ao estudo. Além disso, permite se constatar que os problemas e queixas que os levaram a buscar auxílio profissional estavam relacionadas ao antigo

Eixo I do DSM, este fato apontando para a necessidade de que se possa detectar de forma minuciosa e separar claramente aquilo que o paciente, em função de seu sistema defensivo, egossintonia, desejabilidade social etc., é capaz de informar sobre seus sintomas e de reconhecer em si mesmo (sua psicopatologia), daqueles aspectos do funcionamento de sua personalidade que, apesar de afetarem drasticamente suas relações interpessoais e lhe trazer sérios prejuízos, não lhe estão acessíveis a nível consciente. Nesse sentido, um dos principais resultados que se alcançou neste estudo foi permitir uma maior aproximação entre a pesquisa e a clínica de um tipo de psicopatologia, que devido às dificuldades inerentes a este diagnóstico, muitas vezes não são foco de atenção em estudos na área da psicologia nem da psiquiatria.

Por fim, mas relacionado a estes pontos mencionados anteriormente, cabe destacar que ainda parece haver, em nosso meio, algum grau de resistência da comunidade clínica em participar de pesquisas. Alguns profissionais pareciam não estar suficientemente convencidos de que o conhecimento produzido na Academia poderia ter utilidade clínica, assim como muitas vezes o conhecimento produzido na clínica não foi reconhecido como tendo valor científico pela Academia.

Futuramente novos estudos deverão ser realizados com amostras maiores a fim de incrementar a fidedignidade e a validade do SWAP-200 para amostras clínicas e não clínicas.

## Referências

- Akhtar, S. (1992). *Broken Structures: Severe personality disorders and their treatment*. New Jersey: Jason Aronson.
- American Psychiatric Association (2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Bursten, B. (1973). *The manipulator: a psychoanalytic view*. Yale: Yale University Press.
- BRASIL (2010). Cartilha sobre políticas de humanização da saúde. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_textos\\_cartilhas\\_politica\\_humanizacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf).
- Carvalho, L.; Souza, B.; Primi, R. (2014). Psychometric properties of the revised conscientiousness dimension of Inventário Dimensional Clínico da Personalidade. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36(1), 23-31.
- Carvalho, L.; Bartholomeu, D.; & Rocha da Silva, M. (2010). Instrumentos para avaliação de transtornos de personalidade no Brasil. *Avaliação Psicológica*, 9(2); 289-298.
- Carvalho de Souza, H.; Paiva da Rocha, H.; Alchieri, J. (2012). Evidências de validade convergente do Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14(3); 88-100.
- Clarkin, J.; Fonagy, P.; & Gabbard, G. (2010). *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook*. New York: American Psychiatric Press.
- Clarkin, J.; Yeomans, F.; & Kernberg, O. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York. John Wiley and Sons.
- Gabbard, G. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.

- Gabbard. O.; Wilkinson, S. (2000) *Management of countertransference with Borderline patients*. London: Jason Aronson.
- Gunderson, J. & Links, P. (2009). *Transtorno limite de la personalidad: guia clinico*. Madrid: Grupo Aula Médica.
- Grotstein, J. (1985). *Divisão e identificação projetiva*. Rio de Janeiro: Imago.
- Goldman, G. & Gregory, R. (2010). Relationship between techniques and outcomes for borderline personality disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 64(4): 359-371.
- Hare. R. (1993). *Without conscience: the disturbing world of the psychopaths among us*. London: Guilford Press.
- Kaplan, H.; Sadock, B.; & Grebb, J. (2007). *Transtornos de personalidade*. In Kaplan, H.; Sadock, B.; & Grebb, J. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (pp. 686-705). Porto Alegre: Artmed.
- Kernberg, O. (1995). *Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Meloy, J. (1988). *The psychopath mind: origins, dynamics, and treatment*. Jason Aronson: New Jersey.
- Morano, H. (2003). Identificação do ponto de corte para a escala PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) em população forense brasileira: caracterização de dois subtipos de personalidade; transtorno global e parcial. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 2014-07-12, de <http://www.teses.usp.br/teese/disponiveis/5/5142/tde>.
- Lenzenweger, M., & Clarkin, J. (2005). *Major theories of personality disorder*. New York, London: The Guilford Press.
- O'Donohue, W.; Fowler, K.; & Lilienfeld, S. (2010). *Transtornos de personalidade: em direção ao DSM-V*. São Paulo: Rocca.
- Paris, J. (2008). *Treatment of borderline personality disorder: a guide to evidence-based practice*. London: Guilford Press.
- PDM (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. New York: International Psychoanalytic Association.

- Ronningstam, E. (2000). *Disorders of narcissism: diagnostic, clinical and empirical implications*. London: Jason Aronson.
- Stone, M. (1990). *The fate of Borderline patients: successful outcome and psychiatric practice*. New York: Guilford Press.
- Scharff, J. (1992). *Projective and introjective identification and the use of therapist self*. New Jersey: Jason Aronson.
- Shedler, J. (2014) Doublethink Diagnosis 2.0 A psychiatric diagnosis cannot be the “cause” of anything <http://www.psychologytoday.com/blog/psychologically-minded/201310/doublethink-diagnosis-20>
- Yeomans, F.; Selzer, M.; & Clarkin, J. (1992). *Treating the borderline patient: a contract-based approach*. Basic Books: New York.
- Westen, D. (2000). *Case formulation and personality diagnosis: two processes or one*. In: Making Diagnosis Meaningful: Enhancing evaluation and treatment for psychological disorders. James W. Barron (Ed.). American Psychological Association.
- Westen, D.; Defife, J.; Bradley, R.; & Hilsenroth, M. (2010). Prototype personality diagnosis in clinical practice: a viable alternative for DSM-5 and ICD-11. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 482-487.
- Westen, D. & Moderrisoglu, S. (2006). Clinical assessment of pathological personality traits. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1285-1287.
- Westen, D. & Moderrisoglu, S. (2003). Assessing personality disorders using a systematic clinical interview: evaluation of an alternative to structured interviews. *Journal of Personality Disorders*, 17(4), 351-369.
- Westen, D. & Shelder, J. (1999a). Revising and assessing axis II, part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 258-272.
- Westen, D. & Shelder, J. (1999b). Revising and assessing axis II, part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 273-285.



Westen D. & Shedler, J. (2000). A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, 14(2), 109-126.

Westen D. & Shedler, J. (2007). Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Integrating clinical and statistical measurement and prediction. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(4), 810-822.

Urbina, S. (2007). Fundamentos da testagem psicológica. Porto Alegre: Artmed.

Volkan, V. (1976). *Primitive internalized object relations: a clinical study of schizophrenic, borderline and narcissistic patients*. New York: International University Press.

### **Estudo 3**

#### **Evidências de validade clínica de transtornos de personalidade em pacientes do Cluster B diagnosticados através do SWAP-200**

##### Resumo:

A literatura em relação ao tratamento de pacientes com transtornos de personalidade, em especial aos do Cluster B (dramáticos), indica que determinadas ações tanto por parte dos pacientes quanto reações por parte dos próprios terapeutas são bastante comuns e até esperadas. Pacientes diagnosticados neste agrupamento são fortes candidatos a ameaças ou tentativas de suicídio, uso, ou dependência de substâncias químicas, história de traumas e abuso, prejuízo ou fracasso nas relações interpessoais, bem como, problemas em áreas específicas do funcionamento psicossocial como trabalho e lazer, por exemplo. Problemas contratransferências também são muito frequentes no atendimento a estes pacientes. O início de um processo avaliação/psicoterápico é um momento em que o avaliador/terapeuta costuma ter acesso a um conjunto significativo de informações sobre padrões de funcionamento da personalidade. Nas primeiras entrevistas de avaliação ou psicoterapia se tem acesso a modos padronizados de pensar, sentir, se relacionar e se comportar característicos do paciente/avaliando que podem esclarecer questões de diagnóstico e contribuir na construção e planejamento do tratamento em termos de estratégias, técnicas e táticas. Tanto em contextos clínicos privados quanto públicos poder ter acesso a estas informações e organizá-las de modo sistemático costuma ser um desafio para quem assiste a esta população. No Brasil, apesar de algumas iniciativas, ainda existe uma carência de instrumentos para avaliação dos transtornos da personalidade. O objetivo deste estudo foi verificar evidências de validade clínica de vários critérios diagnósticos numa amostra de pacientes agrupados no cluster B diagnosticados através do SWAP-200.

Palavras chave: validade clínica; validade externa, transtornos de personalidade; cluster B; SWAP-200.

### **Study 3**

#### **Clinical validity evidence of personality disorders in Cluster B patients through SWAP-200**

##### **Abstract**

Literature regarding the treatment of patients with personality disorders, especially Cluster B (dramatic), indicates that certain patients' actions, as well as therapists' reactions are quite common and expected. Patients diagnosed in this cluster are strong candidates to suicide threats or attempts, use or dependence of chemical substances, history of trauma or abuse, loss or failure in interpersonal relationships, as well as problems in specific areas of psychosocial functioning such as work and leisure, for instance. Countertransference problems are quite frequent in these patients' treatment. The beginning of a psychotherapeutic/assessment process is the moment the appraiser/therapist usually has access to a significant set of information about patterns of personality functioning. In the first appraisal or psychotherapy interviews, there is access to patterned ways of thinking, feeling, relating and behaving of the patient/appraisee that may clarify diagnosis issues and contribute for the construction and planning of the treatment in terms of strategies, techniques and tactics. In private as well as public clinical settings, having access to this information and organizing them in a systematic way is usually a challenge for those who assist this population. In Brazil, despite a few initiatives, there is still the need for instruments to assess personality disorders. The aim of this study was to verify clinical validity evidence of several diagnostic criteria in a sample of patients grouped in cluster B diagnosed through the SWAP-200.

**Key words:** clinical validity; external validity, personality disorders; cluster B;SWAP-200.

## Introdução

Freud (1913/1976) certa vez comparou o tratamento psicoterápico a uma partida de xadrez na qual depois dos primeiros movimentos no tabuleiro as jogadas subsequentes e o resultado do jogo seriam completamente incertos. Naquela época, ainda de Freud também estivesse preocupado com questões diagnósticas, o conhecimento sobre o funcionamento da personalidade estava em seus primórdios (Abraham, 1924/1970; Jones, 1911/1974; Reich, 1933/1999). Quaisquer formas de previsão em relação ao andamento ou desfecho de um caso em tratamento seriam baseadas em meras especulações. Desde o caso Dora (1905/1976), contudo, Freud já tentava conhecer, compreender e descrever melhor os erros técnicos que pudessem, por exemplo, evitar a interrupção abrupta e inesperada de um tratamento (Freud, 1913/1976).

Por volta da década de 50, em especial a partir do Projeto Menninger (Wallerstein, 1986), diversos clínicos tanto na Europa quanto nos Estados Unidos (Green, 1988; Greenson, 1981; Greenacre, 1959; Shapiro, 1965; Zetzel, 1970) passaram a constatar a presença em seus consultórios e em hospitais psiquiátricos de pacientes cujos sintomas eram mais egossintônicos e externalizantes (atuações graves envolvendo auto e hetero agressão, problemas com sistemas legais e de justiça, exposição sexual em situações de risco, abuso de substâncias psicoativas, fracasso nas relações interpessoais, etc.) do que aqueles classicamente descritos na literatura, nos quais os conflitos eram eminentemente internalizados e egodistônicos (lhes traziam sofrimento psicológico). Naquela época tais pacientes passaram a ser descritos na literatura psicanalítica como sofrendo do que ficou denominado de patologias de caráter (Fenichel, 1945/1981; Lax, 1989). Porém, desde a terceira edição do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais) eles

passaram a ser classificados separadamente e conhecidos pela denominação de transtornos de personalidade (TP) (antigo Eixo II do DSM-IV-TR).

Passou-se muito tempo até que uma consolidação e consenso (ainda que relativos, tendo em vista que dentro do próprio referencial psicanalítico podem ser identificadas diferentes “Escolas”) de modelos teórico-técnicos fossem alcançados (Wallerstein, 1998). Entretanto, desde aquela sugestão de Freud há 100 anos, uma extensa literatura tanto psicodinâmica (Adler, 1985; Kernberg, 1967, 1975, 1991; Kohut, 1971, 1977; Searles, 1994; Masterson, 1988; Plakun, 1990; PDM, 2006; Ronningtam, 2000), psiquiátrica (DSM I, II, III, IV e 5), quanto empírica (Russ, Shedler, Bradley, & Westen, 2008; Conklin & Westen, 2005) tem procurado identificar e descrever as principais características destes pacientes bem como aprimorar as formas de tratá-los (Bateman & Fonagy, 2005; Beck, Freeman, & Davis, 2005; Kernberg, 1975, 1976, 1991, 1999; Kohut, 1971, 1977; Linehan, 2010, Ryle & Kerr, 2009; Young, 2003).

### **Sobre o tratamento: avaliação e diagnóstico**

Psicoterapeutas sejam eles psicólogos ou psiquiatras geralmente quando recebem um novo paciente sentem algum nível de ansiedade e expectativa. Dentre as várias razões para estas reações estão, por exemplo, curiosidade em relação a como será a pessoa que em breve irão conhecer: que motivações esta pessoa tem para procurar tratamento nesta altura de sua vida? Há uma crise atual? Seus problemas são crônicos e de longa data? Também costumam se preocupar se farão uma boa dupla para trabalhar, ou, em outras palavras, se terão condições pessoais e técnicas de ajudar aquela pessoa que se encontra em busca de auxílio profissional (McWilliams, 2005, 2006; Klauber, 1987).

Os primeiros contatos, inclusive os mediados pela tecnologia (telefonemas, mensagens, e-mails) podem ser preciosas fontes de informação, pois revelam

aspectos significativos sobre os modos de se relacionar característicos daquela personalidade. Atualmente ferramentas como as redes sociais (*facebook, orkut, etc.*), têm sido utilizados por pacientes (e até por alguns psicoterapeutas) para terem uma “prévia” do quê ou de quem irão encontrar no consultório, tentando assim reduzir um pouco da ansiedade frente a esta nova situação (Akhtar, 2013; Gabbard, 2000; Machado et al. 2014 (in press).

Independentemente dos recursos tecnológicos, a maneira como o paciente interage durante as entrevistas iniciais é preciosa fonte de informação. Nesse sentido, é importante identificar alguns aspectos: Qual o modo como a pessoa prevalentemente costuma se comunicar? Os canais de comunicação que preferencialmente utiliza são verbais, não verbais, paraverbais? (Kernberg, 2006). Como demonstra se relacionar com as pessoas (incluindo o entrevistador)? É desconfiado, reticente, se “entrega sem medo”, é dramático, é logico-racional, tem um estilo épico? (Horowitz, 1991; Liberman, 1976). Como ele lida com seus sentimentos/afetos? Nega-os? Projeta-os? Aceita-os? Seus problemas e dificuldades são mais internalizados ou externalizados? (Westen, Shedler, Bradley, & Defife, 2012). Nas formações de compromisso que estabelece prevalecem soluções maduras ou imaturas, conforme seu momento no ciclo vital? (Brenner, 1982; Erikson, 1976). O jeito como se veste está condizente com sua faixa etária e situação socioeconômica cultural? Quais sentimentos são despertados no avaliador/psicoterapeuta?

Estas primeiras entrevistas são essenciais para que se tome contato com todo este material que envolve não somente aspectos conscientes, tais com a observação atenta das informações descritas acima, mas também inconscientes como os sentimentos contratransferências. Estes podem ser despertados, por exemplo, por algum tipo de atitude ou comentário que acionou negativamente um pré-conceito ou valor do terapeuta, e que, muitas vezes, só se consegue apercebê-los com certo distanciamento temporal e espacial da sessão (Wellausen, 2009).

Todas estas informações em relação ao funcionamento da pessoa (sua personalidade, seu jeito predominante de ser, pensar, ser relacionar) naturalmente costumam ser parte do cotidiano de quem atende pacientes em psicoterapia ou faz avaliações, mas que na grande maioria das vezes ficam armazenadas de forma não sistemática nem são organizados objetivamente na mente (memória implícita e explícita, Westen & Gabbard, 2002) do psicoterapeuta/avaliador. Por estarem emocionalmente propensos e por isto também muito mais treinados para lidar com a subjetividade e com informações qualitativas, parece uma tendência entre muitos psicoterapeutas não terem desenvolvido suficientemente as habilidades para raciocinar de modo mais pragmático, objetivo e quantitativo em relação aos dados clínicos nem a sistematizar suas impressões diagnósticas. Submeter tais impressões a um escrutínio psicométrico, classificando tais hipóteses através de escores é algo que para muitos psicoterapeutas seria nada menos do que uma heresia.

Reconhecendo tais dificuldades e empecilhos Westen (1995) desenvolveu um modelo de avaliação da personalidade que reúne de forma estruturada muitas destas informações que são essenciais àqueles que se dispõem a conhecer e tratar pessoas. O autor sugere que a partir de três questões amplas se pode diagnosticar problemas de personalidade, sendo elas: 1) O que a pessoa deseja e o que ela teme, e em que medida esses desejos e medos são conflitivos ou inconscientes? 2) Quais os recursos psicológicos – cognitivos, afetivos e comportamentais – podem ser utilizados pela pessoa para enfrentar demandas internas e externas? 3) De que modo a pessoa experimenta e percebe a si mesma e aos outros, e o quanto ela é capaz de estabelecer e manter relacionamentos significativos e prazerosos?

Posteriormente este modelo evoluiu para um sistema de classificação dos transtornos de personalidade chamado *Shedler-Westen Assessment Procedure* (SWAP-200) elaborado por Shedler e Westen (1999a, 1999b).

Apesar de algumas iniciativas recentes (Morano, 2003; Carvalho, Balbino de Sousa, & Primi, 2014; Carvalho, Bartholomeu, & Rocha da Silva, 2010; Carvalho de Sousa, Paiva da Rocha & Alchieri, 2012) ainda há uma carência de instrumentos para a avaliação de transtornos de personalidade no Brasil. Tal situação é preocupante uma vez que a prevalência dos TP é alta. Diversos estudos (Clarkin, Fonagy, & Gabbard, 2010; Roth & Fonagy, 2005) indicam uma prevalência de pacientes do cluster B, por exemplo, encontram-se em torno de 10% sendo que entre os pacientes borderline esta prevalência oscila entre 1,1% e 4,6%, entre os narcisistas entre 0,0% a 0,4%, com os antissociais ela fica entre 1,5% e 3,2% e, por fim entre 1,3% a 3,0% para os histriônicos.

Devido à falta de instrumentos validados e adaptados ao nosso contexto os profissionais muitas vezes deixam de considerar os problemas de personalidade de seus pacientes dedicando-se aos problemas do Eixo I. Esta situação aponta para a probabilidade de que uma parcela de casos esteja sendo subdiagnosticada.

A validade clínica (Tavares, 2003) é um conceito bastante útil, pois diz respeito à tentativa de identificar determinadas manifestações clínicas através de instrumentos de avaliação psicológica. Deste modo é possível consubstanciar as impressões e hipóteses clínicas que frequentemente são muito mais subjetivas e qualitativas tornando-as mais objetivas e quantificadas. Em certo sentido a validade clínica se aproxima de uma forma de validade externa na medida em que incrementa o processo psicodiagnóstico.

O objetivo deste estudo foi investigar a presença de manifestações clínicas descritas na literatura nos últimos 60 anos em uma determinada amostra de pacientes com transtornos de personalidade do cluster B diagnosticados através do SWAP-200 conforme estes pacientes são descritos na literatura.



## Método

### Participantes e procedimentos

Após anuência dos dirigentes das respectivas instituições de formação em psicoterapia, dos hospitais e das clínicas privadas, os terapeutas foram contatados pessoalmente ou via e-mail e convidados a participar deste estudo. Participaram uma amostra de psicólogos e psiquiatras que no conjunto contribuíram com (n=54 casos). Estes profissionais possuíam uma experiência clínica ( $\geq$  a 2 anos) e estavam vinculados a uma instituição de atendimento psicológico/psiquiátrico ou exerciam atividade clínica privada. Estes profissionais responderam ao SWAP-200 e a Entrevista Estruturada sobre o Processo Psicoterapêutico - EEPP de um paciente/avaliando homem ou mulher que, segundo sua hipótese clínica, fosse portador de um transtorno da personalidade. A amostra de pacientes/avaliandos foi composta por aqueles com mais de 18 anos de idade, atendidos semanalmente por um período igual ou maior do que seis encontros/sessões. Aqueles pacientes que estavam em psicoterapia o preenchimento do SWAP-200 deveria considerar o primeiro ano de tratamento.

### Instrumentos

*Shedler-Westen Assessment Procedure* - SWAP-200 (Shedler & Westen, 1999a; 1999b): Este é um instrumento construído para avaliar a presença de patologia de personalidade e é composto de 200 sentenças que expressam aspectos comportamentais, cognitivos, afetivos, relacionais, entre outros, dos pacientes com TP. Estas informações permitiram a criação de 12 perfis hipotéticos, prototípicos para cada um dos TP. Estes protótipos, obtidos através de análises fatoriais Q, são os da personalidade antissocial, narcisista, paranoide, histriônica, obsessiva, esquizoide e a disfórica (sendo que esta última se ramifica em cinco protótipos: evitativo, hostil-externalizante, alto funcionamento depressivo, emocionalmente desregulado e dependente) que irão configurar as Síndromes clínicas prototípicas do SWAP-200. Ao

preencher critérios para qualquer um destes diagnósticos automaticamente é possível se obter um dos 10 diagnósticos de TP do DSM-IV. A estrutura fatorial do SWAP-200 ainda abrange outros 12 traços (fatores) que indicam áreas importantes do funcionamento: índice saúde psicológica, psicopatia, hostilidade, narcisismo, desregulação emocional, disforia, orientação esquizóide, obsessividade, transtorno do pensamento, conflitos edípicos, dissociação e conflito sexual.

O SWAP-200 é um instrumento que o psicólogo ou psiquiatra irá preencher a partir das suas impressões clínicas (observação do que os pacientes dizem nas entrevistas a respeito de suas relações com os outros e também a partir do modo como se relacionam com o entrevistador ao longo do tempo). Para cada uma das 200 sentenças o paciente recebe uma classificação (de 0 a 7) que vai desde itens não-descritivos a respeito do paciente (0) até os altamente descritivos (7). Aqueles pacientes que alcançarem escores T superiores a 60 (ponto de corte) com desvio padrão de 10 passam a se aproximar da descrição de um determinado protótipo podendo receber um diagnóstico de Transtorno de Personalidade. A metodologia dos autores procurou integrar abordagens dimensionais e categóricas em suas descrições dos protótipos. A partir de uma classificação em cinco pontos é possível verificar o quanto cada protótipo descreve idealmente e de modo dimensional o funcionamento de determinada patologia de personalidade. De modo crescente a classificação um indica uma ausência de relação entre o funcionamento da pessoa e o protótipo; a dois alude à presença de características marginais, periféricas; a três sugere a presença de características significativas; a classificação quatro já aponta para a presença de um diagnóstico e, finalmente a cinco, implica a presença do diagnóstico de transtorno de personalidade similar ao protótipo.

Entrevista Estruturada sobre o Processo Psicoterapêutico (EPPP): Essa é uma entrevista estruturada preenchida pelo avaliador/terapeuta e não pelo avaliando/paciente. Esse instrumento foi criado pelos autores com o fito de se obter

algumas informações sociodemográficas sobre o avaliando/paciente (idade, sexo, grau de instrução, estado civil, renda, etc.), sobre o avaliador/terapeuta (sexo, idade, orientação teórica, experiência clínica, etc.), bem como sobre alguns elementos do processo terapêutico/avaliativo. São questionados alguns dados sobre a evolução do atendimento, dentre os quais, o motivo da busca de atendimento/avaliação, as impressões do clínico sobre fatores positivos e negativos da sua relação com o avaliando/paciente, os sentimentos que o avaliando/paciente desperta na pessoa que o avalia/atende (aspectos contratransferenciais), mecanismos de defesa prevalentes, capacidade de adaptação (funcionamento social e lazer, manejo do dinheiro, sexualidade, questões acadêmica-laborais, envolvimento criminal, abuso de álcool e drogas, etc.), uma hipótese diagnóstica (DSM-IV-TR), entre outros.

#### Análise dos dados

Foram investigados evidências de validade clínica comparando-se os diagnósticos do SWAP-200 (para o DSM-IV e para as Síndromes prototípicas) com manifestações clínicas registradas pelo terapeuta/avaliador na EEPP por meio de análises de frequências e de correlação.

#### Resultados

A amostra foi composta por 54 profissionais sendo 68,5% psicólogos (n=37) e 31,5% psiquiatras (n=17); a média de experiência clínica foi de mais de 12 anos e a média de idade dos clínicos foi de 34 anos (de 24 a 66 anos). Destes, 83,3% referia seguir o referencial psicodinâmico/psicanalítico como orientação teórico-técnica; 7,4% denominavam-se ecléticos em sua abordagem terapêutica; 5,6% diziam ter uma orientação biológica e 3,7% seguiam um referencial cognitivo-comportamental em sua prática clínica.

A média de idade dos 54 pacientes foi de 31,7 anos, sendo que 55,6% da amostra era feminina (n=30); 64,8% não possuíam filhos; e a maioria eram solteiros

(61,1%) e apenas 14,8% eram casados ou tinham uma união estável. Pouco mais de um terço dos pacientes tinha o ensino médio completo (37,7%), ou curso superior completo (29,6%) e 14,8% pós-graduação. A renda de 40,7% dos pacientes era de até quatro salários mínimos. Os principais motivos para busca de tratamento estavam relacionados a queixas de ansiedade, problemas nos relacionamentos interpessoais (dificuldade na família e no trabalho, principalmente) e uso de álcool e outras drogas.

Para 51,9% dos psicoterapeutas suas intervenções estavam ajudando o paciente a ter uma maior compreensão sobre si mesmo, porém 16,7% pensavam que seus pacientes pudessem estar se sentindo criticados com suas intervenções. Frente a situações estressantes ou traumáticas 37% dos terapeutas relataram que seus pacientes sentiam ataques de ansiedade e/ou pânico às vezes acompanhados de alterações fisiológicas (aceleração cardíaca, sudorese, etc.), sentimentos de morte iminente que manejam através de atuações, tais como uso de álcool e outras drogas. Um percentual bastante elevado dos clínicos (79,6%) disseram que os pacientes costumam usar defesas (mecanismos psicológicos) imaturas e primitivas, tais como identificação projetiva, negação, idealização primitiva, entre outros, como forma de auto-regulação emocional.

Para cada psicoterapeuta foi solicitado que fornecesse sua hipótese diagnóstica para TP para seu caso conforme o DSM-IV-TR. Do total de 54 casos 72,3% dos pacientes foram classificados como pertencendo ao cluster B (14,8% antissociais; 24,1% borderline; 13% histriônicos e 20,4% narcisistas). O restante dos pacientes 21,7% se distribuía entre os diagnósticos de personalidade dependente (9,3%), depressiva (5,6%), esquiva (3,7%), esquizoide (1,9%), obsessivo-compulsiva (3,7) e personalidade passivo-agressiva (3,7%).

A partir dos diagnósticos de transtorno de personalidade obtidos através do SWAP-200 tanto para o DSM-IV quanto para as Síndromes prototípicas foram

analisadas 64 variáveis em relação a oito eixos relativos a diferentes dimensões da vida cotidiana. Estes eixos incluíam diversas perguntas e foram organizados da seguinte forma: gerenciamento do dinheiro e gastos pessoais; hábitos científicos, culturais e estéticos; manutenção da adaptação social e trabalho; hábitos alimentares e compulsões; envolvimento com o sistema jurídico-legal; identidade e sexualidade; relacionamentos íntimos e com figuras parentais e, uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas e outras adições.

Em relação aos fenômenos clínicos que se mostraram característicos do agrupamento B (cluster B) em comparação ao agrupamento não-B (clusters A e C), vários aspectos foram observados. Das 64 variáveis investigadas 37 apresentaram associação significativa com um diagnóstico de TP. Algumas destas variáveis se correlacionaram apenas com os diagnósticos do DSM-IV, outras apenas com os das Síndromes prototípicas e outras com ambos os diagnósticos obtidos através do SWAP-200 (Tabela 1 abaixo). Dos oito eixos apenas aquele referente aos “hábitos alimentares e compulsões” não mostrou associação significativa com os TP.

**Tabela 1. Relação entre as variáveis clínicas e os diagnósticos do DSM-IV e das Síndromes prototípicas do SWAP-200.**

	DSM-IV-TR			Síndromes SWAP-200		
	Cluster B	Cluster não-B	X <sup>2</sup> , p	Cluster B	Cluster não-B	X <sup>2</sup> , p
Esteve envolvido(a) em algum momento com problemas com dívidas em cartão de crédito, empréstimos financeiros, etc.	25(86,2%)	4(13,8%)	14,513(1) p = 0,001	14(48,3%)	15(51,7%)	1,473(1) p = 0,225
Frequentemente se desorganiza em questões financeiras	22(84,6%)	4(15,4%)	10,081(1) p = 0,001	11(42,3%)	15(57,7%)	0,051(1) p = 0,821
Contraíu dívidas no último ano (dentro	21(87,5%)	3(12,5%)	11,153(1)	12(50%)	12(50%)	1,534(1)

ou fora da família)			$p = 0,001$			$p = 0,215$
Compra/adquiri objetos/utensílios (bens, produtos) que em pouco tempo perdem sua importância ou deixam de ser “necessários”	15(88,2%)	2(11,8%)	6,795(1) $p = 0,009$	10(58,8%)	7(41,2%)	3,360(1) $p = 0,067$
Parece excessivamente preocupado em adquirir novidades (tecnológicas, bens produtos e serviços, etc.)	6(100%)	0 (0%)	4,101(1) $p = 0,043$	4(66,7%)	2(33,3%)	1,764(1) $p = 0,184$
Preocupa-se frequentemente em estar na moda (carro, clube, vestimenta, produtos eletrônicos, etc.)	15(75%)	5(25%)	1,974(1) $p = 0,160$	11(55%)	9(45%)	2,675(1) $p = 0,102$
É sustentado(a) economicamente por familiares	26(76,5%)	8(23,5%)	7,183(1) $p = 0,007$	18(52,9%)	16(47,1%)	5,660(1) $p = 0,017$
É capaz de se entreter através da leitura (de livros, revistas, estudos, etc.), sem se sentir excessivamente angustiado(a), solitário(a), vazio(a), etc.	8(38,1%)	13(61,9%)	9,113(1) $p = 0,003$	5(23,8%)	16(76,2%)	4,080(1) $p = 0,043$
Convive com um grupo de pessoas (amigos, colegas) da mesma faixa etária e nível socioeconômico e	24(66,7%)	12(33,3%)	0,309(1) $p = 0,578$	17(47,2%)	19(52,8%)	1,509(1) $p = 0,219$

cultural do seu

Costuma se divertir e tendo uma vida social ativa (cinema, teatro, musica)	12(70,6%)	5(29,4%)	0,619(1) p = 0,432	8(47,1%)	9(52,9%)	0,410(1) p = 0,522
--	-----------	----------	-----------------------	----------	----------	-----------------------

Toca algum instrumento musical	3(75%)	1(25%)	0,268(1) p = 0,604	1(25%)	3(75%)	0,443(1) p = 0,506
--------------------------------	--------	--------	-----------------------	--------	--------	-----------------------

Possui algum grau de talento para arte (pintura, escultura, desenho, etc.).	7(63,6%)	4(36,4%)	0,003(1) p = 0,959	5(45,5%)	6(54,5%)	0,127(1) p = 0,721
---	----------	----------	-----------------------	----------	----------	-----------------------

Costuma frequentar ambientes e pessoas para as quais a arte

é considerada um valor (bibliotecas, cinemas, teatros, museus, galerias de arte, etc.)	5(33,3%)	10(66,7%)	7,819(1) p = 0,005	3(20%)	12(80%)	3,701(1) p = 0,054
--	----------	-----------	-----------------------	--------	---------	-----------------------

Se “distrai” facilmente esquecendo, perdendo, danificando, etc., seus bens

	16(88,9%)	2(11,1%)	7,782(1) p = 0,005	12(66,7%)	6(33,3%)	7,517(1) p = 0,006
--	-----------	----------	-----------------------	-----------	----------	-----------------------

e produtos ou o de outras pessoas

Possui uma fonte renda fixa e regular decorrente do próprio trabalho	14(46,7%)	16(53,3%)	7,687(1) p = 0,006	8(26,7%)	22(73,3%)	5,538(1) p = 0,019
--	-----------	-----------	-----------------------	----------	-----------	-----------------------

Exerce a profissão para a qual se qualificou	15(53,6%)	13(46,4%)	3,741(1) p = 0,053	6(21,4%)	22(78,6%)	10,835(1) p = 0,001
--	-----------	-----------	-----------------------	----------	-----------	------------------------

Não consegue ingressar ou se manter no mercado	15(88,2%)	2(11,8%)	6,313(1) p = 0,012	11(64,7%)	6(35,3%)	5,547(1) p = 0,019
--	-----------	----------	-----------------------	-----------	----------	-----------------------

de trabalho

Consegue ter uma vida acadêmica ou laboral funcional	15(51,7%)	14(48,3%)	4,300(1) p = 0,038	8(27,6%)	21(72,4%)	5,113(1) p = 0,024
Atualmente exerce atividade profissional com carteira assinada	9(39,1%)	14(60,9%)	9,758(1) p = 0,002	4(17,4%)	19(82,6%)	9,047(1) p = 0,003
Exerce algum cargo público por concurso	2(33,3%)	4(66,7%)	2,541(1) p = 0,111	0(0%)	6(100%)	4,641(1) p = 0,031
É autônomo	16(76,2%)	5(23,8%)	2,192(1) p = 0,139	10(47,6%)	11(52,4%)	0,535(1) p = 0,465
Frequentemente adocece (desenvolve facilmente resfriados, gripes, enxaquecas, alta sensibilidade à dor) que interferem em sua vida pessoal, profissional, laboral, etc.	9(69,2%)	4(30,8%)	0,2888(1) p = 0,591	5(38,5%)	8(61,5%)	0,037(1) p = 0,848
Já foi demitido de emprego(s) sem justa causa	14(77,8%)	4(22,2%)	2,541(1) p = 0,111	8(44,4%)	10(55,6%)	0,153(1) p = 0,695
Apresenta alguma compulsão/obsessão alimentar	7(63,6%)	4(36,4%)	0,003(1) p = 0,959	4(36,4%)	7(63,6%)	0,110(1) p = 0,741
Esta acima do peso	10(66,7%)	5(33,3%)	0,122(1) p = 0,727	5(33,3%)	10(66,7%)	0,472(1) p = 0,492
Está abaixo do peso	1(25%)	3(75%)	2,557(1) p = 0,110	1(25%)	3(75%)	0,486(1) p = 0,486
Frequentemente se preocupa com comer/comida	10(66,7%)	5(33,3%)	0,122(1) p = 0,727	6(40%)	9(60%)	0,005(1) p = 0,945
Poderia ser dito que: “come para viver”	8(72,7%)	3(27,3%)	0,565(1) p = 0,452	6(54,5%)	5(45,5%)	1,090(1) p = 0,296



Poderia ser dito que: “vive para comer”	4(66,7%)	2(33,3%)	0,040(1) p = 0,842	2(33,3%)	4(66,7%)	0,153(1) p = 0,695
Pratica exercícios físicos regularmente	12(63,2%)	7(36,8%)	0,000(1) p = 0,983	7(36,8%)	12(63,2%)	0,185(1) p = 0,667
Pratica atividades físicas de modo exagerado	2(66,7%)	1(33,3%)	0,019(1) p = 0,891	0(0%)	3(100%)	2,184(1) p = 0,139
Já teve algum envolvimento com situações de violência/agressão (como vítima ou agressor)	20(83,3%)	4(16,7%)	7,018(1) p = 0,008	13(54,2%)	11(45,8%)	2,894(1) p = 0,089
Responde algum processo na área criminal	12(85,7%)	2(14,3%)	3,847(1) p = 0,050	11(78,6%)	3(21,4%)	10,764(1) p = 0,001
Já esteve em alguma delegacia ou tribunal na qualidade de réu	13(86,7%)	2(13,3%)	5,004(1) p = 0,025	12(80%)	3(20%)	13,259(1) p = 0,001
Já esteve em algum presídio ainda que por poucas horas	9(75%)	3(25%)	0,959(1) p = 0,328	8(66,7%)	4(33,3%)	4,295(1) p = 0,038
Já foi condenado por algum delito/crime	10(83,3%)	2(16,7%)	2,745(1) p = 0,098	9(75%)	3(25%)	7,501(1) p = 0,006
Já cumpriu pena ou foi internado judicialmente	9(75%)	3(25%)	0,959(1) p = 0,328	8(66,7%)	4(33,3%)	4,295(1) p = 0,038
Já tirou a vida de outra pessoa	5(71,4%)	2(28,6%)	0,247(1) p = 0,619	4(57,1%)	3(42,9%)	0,896(1) p = 0,344
Se relaciona de forma conturbada com figuras que representam autoridade	21(80,8%)	5(19,2%)	6,818(1) p = 0,009	14(53,8%)	12(46,2%)	3,567(1) p = 0,059
Já fez alguma tentativa de suicídio na vida	12(70,6%)	5(29,4%)	0,738(1) p = 0,390	6(35,3%)	11(64,7%)	0,398(1) p = 0,528

Sua autoimagem é condizente com sua aparência	23(57,5%)	17(42,5%)	1,975(1) p = 0,160	15(37,5%)	25(62,5%)	0,671(1) p = 0,413
Já se submeteu a cirurgias plásticas por estética	6(66,7%)	3(33,3%)	0,064(1) p = 0,801	4(44,4%)	5(55,6%)	0,061(1) p = 0,804
É homossexual	0(0%)	1(100%)	1,732(1) p = 0,188	0(0%)	1(100%)	0,700(1) p = 0,403
Se considera bissexual	4(80%)	1(20%)	0,696(1) p = 0,408	2(40%)	3(60%)	0,001(1) p = 0,972
Consegue preservar sua integridade física e sua saúde praticando sexo de modo seguro	15(51,7%)	14(48,3%)	3,393(1) p = 0,065	9(31%)	20(69%)	2,444(1) p = 0,118
Constantemente muda os parceiros sexuais	15(93,8%)	1(6,3%)	9,242(1) p = 0,002	10(62,5%)	6(37,5%)	4,459(1) p = 0,035
Nunca teve parceiros sexuais	2(40%)	3(60%)	1,246(1) p = 0,264	1(20%)	4(80%)	0,982(1) p = 0,322
Possui alguma perversão sexual	5(83,3%)	1(16,7%)	1,201(1) p = 0,273	5(83,3%)	1(16,7%)	5,072(1) p = 0,024
Foi contagiado em algum momento por alguma doença sexualmente transmissível	7(100%)	0(0%)	5,056(1) p = 0,025	5(71,4%)	2(28,6%)	3,238(1) p = 0,072
Brigou/se afastou (rompeu relações) com um familiar importante	22(73,3%)	8(26,7%)	3,113(1) p = 0,078	13(43,3%)	17(56,7%)	0,188(1) p = 0,665
Costuma conseguir estabelecer uma relação de intimidade e dependência adequadas	12(63,2%)	7(36,8%)	0,000(1) p = 0,983	8(42,1%)	11(57,9%)	0,023(1) p = 0,880
Foi vítima de abuso	10(100%)	0(0%)	6,888(1)	4(40%)	6(60%)	0,001(1)

sexual na infância			$p = 0,009$			$p = 0,978$
Teve ou tem relações rompidas com o pai	18(78,3%)	5(21,7%)	4,021(1) $p = 0,045$	11(47,8%)	12(52,2%)	0,833(1) $p = 0,361$
Teve ou tem relações rompidas com a mãe	7(77,8%)	2(22,2%)	1,016(1) $p = 0,313$	4(44,4%)	5(55,6%)	0,061(1) $p = 0,804$
Teve ou tem relações rompidas com irmãos	11(68,8%)	5(31,2%)	0,279(1) $p = 0,598$	6(37,5%)	10(62,5%)	0,080(1) $p = 0,777$
Teve ou tem relações rompidas com filho(s)	3(75%)	1(25%)	0,299(1) $p = 0,585$	3(75%)	1(25%)	2,263(1) $p = 0,132$
Faz uso de álcool mais de 3x por semana	11(78,6%)	3(21,4%)	1,975(1) $p = 0,160$	9(64,3%)	5(35,7%)	4,340(1) $p = 0,037$
Já se envolveu em acidentes de trânsito em razão de problemas com álcool e outras drogas	3(60%)	2(40%)	0,021(1) $p = 0,885$	2(40%)	3(60%)	0,001(1) $p = 0,972$
Já causou morte envolvendo acidentes, brigas por ter	5(100%)	0(0%)	3,346(1) $p = 0,067$	5(100%)	0(0%)	8,413(1) $p = 0,004$
ingerido álcool ou outras drogas						
Já fez tratamento para DQ	17(89,5%)	2(10,5%)	8,835(1) $p = 0,003$	12(63,2%)	7(36,8%)	6,102(1) $p = 0,014$
Agride verbal ou fisicamente outras pessoas quando está sob o efeito de alguma substância psicoativa	14(87,5%)	2(12,5%)	6,212(1) $p = 0,013$	11(68,8%)	5(31,3%)	8,128(1) $p = 0,004$
Passa boa parte do tempo em interações virtuais (internet, TV) do que investindo	4(44,4%)	5(55,6%)	1,588(1) $p = 0,208$	1(11,1%)	8(88,9%)	3,927(1) $p = 0,048$

em relacionamentos  
reais

Usa maconha ou alguma outra substância “leve” com pretexto de “relaxar”	17(85%)	3(15%)	6,615(1) p = 0,010	13(65%)	7(35%)	7,743(1) p = 0,005
Usa cocaína para ficar alto (alegre, divertido, “solto”, concentrado no trabalho)	12(92,3%)	1(7,7%)	6,323(1) p = 0,012	9(69,2%)	4(30,8%)	5,756(1) p = 0,016
Faz uso de crack	9(100%)	0(0%)	6,353(1) p = 0,012	6(66,7%)	3(33,3%)	3,007(1) p = 0,083

Em primeiro lugar ficou evidente o prejuízo em estabelecer uma independência econômica da família estando os pacientes envolvidos em dívidas e ou desorganização financeira e econômica. Verificou-se ainda certa dificuldade em gerir os próprios gastos. Outro aspecto que pode ser observado foi um prejuízo no desenvolvimento de talentos e habilidades, bem como, no lazer, sugerindo que os pacientes com TP do cluster B têm mais dificuldade em desfrutar de oportunidades para crescimento pessoal, artístico e cultural. Outra área em que os pacientes mostraram evidente fracasso foi no que se refere à capacidade para o exercício profissional e a obtenção de uma fonte de renda decorrente de atividades laborais.

Um aspecto bastante significativo dessa amostra de pacientes foi seu envolvimento com o sistema de Justiça e Legal. Havia casos envolvendo crime, prisão e morte claramente associados ao cluster B. Problemas com figuras de autoridade também ficaram evidentes nesse agrupamento. A área da sexualidade mostrou ser um campo de problemas e conflitos importantes para os pacientes com TP do cluster B. Constataram-se prejuízos no autocuidado, certo grau de promiscuidade, além da presença de doenças sexualmente transmissíveis nesse grupo. O rompimento ou

afastamento de um familiar importante, como o pai, foi identificado nesta amostra de pacientes, assim como, a presença de abuso sexual na infância. No que se refere ao uso de drogas esta foi uma das áreas em que mais apresentou associação significativa com os TP do cluster B.

#### Discussão

Os resultados desse estudo identificaram evidências que poderiam ser descritas como marcadores psicológicos para os problemas de personalidade. Tais características (sinais e sintomas) indicam evidências empíricas de determinados aspectos do funcionamento emocional, cognitivo e relacional, concernente aos pacientes do cluster B dos TP do DSM e das Síndromes prototípicas do SWAP-200. Algumas destas evidências consubstanciam o que têm sido descrito na literatura sobre pacientes com TP do cluster B por mais de cinco décadas.

A discussão em relação a esses resultados poderia ser elaborada de forma segmentada e estática, porém do ponto de vista teórico foi possível verificar uma interação e dinamismo entre estes achados e o que a literatura aponta sobre a etiologia e a as características manifestas dos TP. A partir dessa constatação se buscou contextualizá-las dentro de alguns fenômenos sociais e culturais quando possível. Estes marcadores psicológicos parecem ter valor preditivo em relação aos TP e, se puderem ser replicados em outras pesquisas, poderão ser foco de atenção tanto no tratamento quanto na elaboração de estratégias de prevenção destes transtornos. Nos parágrafos abaixo, sempre que pertinente estas correlações teóricas tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo serão estabelecidas buscando oferecer um protótipo, um modelo do que o trabalho clínico costuma fazer na formulação de casos.

Antes de discutir os achados em relação aos pacientes talvez caibam algumas considerações sobre a amostra de psicoterapeutas. No que se refere à proporção de profissionais por modelo teórico-técnico o resultado deste estudo reflete uma característica peculiar desta região do país. Historicamente o Estado do Rio Grande

do Sul sofreu, por sua localização geográfica, forte influência da psicanálise argentina (por sua vez influenciada pelos psicanalistas europeus refugiados durante a Segunda Guerra) na formação de várias gerações de psicoterapeutas que, através de cursos e supervisões, trocavam experiências e conhecimentos (Eizirik & Seidmann de Armesto, 2007).

Atualmente, em razão da oferta de tratamentos mais curtos e rápidos, e mediante o acesso mais fácil e direto a (in)formação, mas principalmente devido ao imediatismo característico da cultura atual (Baumann, 2005), uma parcela mais jovem de profissionais tem se interessado por outros modelos de tratamento. Entre os médicos têm crescido o interesse pelos modelos biológicos ao passo que as terapias cognitivo-comportamentais têm sido reconhecidas e validadas entre os psicólogos (Barlow, 2009). As terapias de família também tiveram influência na formação de clínicos nos últimos trinta anos (Falceto, 2008; Ponciano & Ferres-Carneiro, 2006), entretanto a instituição contatada por formar profissionais especializados nesta modalidade de tratamento, infelizmente não contribui com nenhum caso. O ecletismo teórico também é uma alternativa frente à oferta de modelos de tratamento.

Ainda que segundo Westen e Heim (2003) sejam raros os estudos genéticos com pacientes com TP, se sabe que para os antissociais fatores de ordem genética e ambiental são importantes. Estudo com crianças adotadas verificou que aqueles cujos pais biológicos já tinham sido presos por comportamento antissocial tinham quatro vezes mais chance de se envolver com problemas com agressão. Por outro lado, quando os pais adotivos tinham diagnóstico de transtorno antissocial a chance das crianças de desenvolver este diagnóstico era três vezes maior apesar da história biológica. No caso de pacientes borderline esses índices não são conclusivos. Kernberg (1995a) e Roth e Buchheim (2010) sugere que constitucionalmente estes pacientes têm um temperamento mais agressivo. Independentemente de questões genéticas (que não foram objeto desse estudo), a história desenvolvimental descrita

na literatura em relação aos pacientes com TP do cluster B é que, de modo geral, são frequentes uma série de traumas, perdas não elaboradas, negligência, abusos e violência (Paris, 2008). Uma significativa desconsideração pelas necessidades da criança em desenvolvimento é marca registrada das experiências a que esses pacientes estiveram expostos ao longo de seu desenvolvimento (Kernberg, Weiner, & Bardenstein, 2003).

Do ponto de vista da psicopatologia psicodinâmica desenvolvimental (Fonagy & Target, 2003) as pessoas com TP costumeiramente não tiveram aquelas experiências precoces essenciais no relacionamento parental que ajudam a construir um sentimento de segurança emocional, de autoconfiança e de um senso de *self* (si mesmas) valorado (Westen & Heim, 2003). Em razão de vivências iniciais em um ambiente frequentemente caótico e desorganizado uma das principais características desses pacientes é a tendência a externalização de seus conflitos psicológicos para as relações interpessoais (Westen, Shedler, Bradley, & DeFife, 2012). Essa característica explica, por exemplo, a alta frequência de envolvimento dessas pessoas, reunidas no agrupamento “dramático” do DSM-IV-TR, com o sistema de Justiça e Legal, seu elevado fracasso nas relações pessoais e profissionais, um percentual maior de problemas na capacidade para amar e trabalhar, bem com uso de álcool e drogas como forma de auto regulação emocional (Bradley, 2000; Shapiro, 2000).

O rompimento de relações com o pai foi um achado deste estudo que precisa ser destacado primeiramente, pois é possível que a ele esteja associados a outras características clínicas da amostra. Cada vez mais frequentemente as famílias tem se organizado de maneira monoparental. Frente aos desafios do casamento e da paternidade por um lado e a liberdade sexual por outro, alguns homens não tem tido maturidade para suportar as exigências, responsabilidades e obrigações inerentes à formação de uma família, deixando a criação de filhos ao encargo da mulher. Frente a esta situação muitas mães acabam tentando desempenhar tanto a função materna

quanto paterna como forma de compensar a ausência do pai. Tal situação frequentemente afeta e modela o desenvolvimento da capacidade de estabelecer e manter relações de confiança não apenas com o pai, mas com outras figuras, inclusive as que deveriam representar autoridade, ao longo da vida. Não por coincidência que nos últimos anos os casos envolvendo a síndrome de alienação parental tem sido objeto de interesse não só no campo da Psicologia, mas também do Direito (Sandri, 2013).

É provável que em algumas situações a imaturidade do pai chegue ao ponto extremo de psicopatologia e um envolvimento sexual com a prole se configure (pedofilia). A literatura tem sido clara em apontar a associação entre abuso sexual na infância e as patologias borderline ou histriônica na vida adulta (Paris, 2008; Gabbard & Wilkinson, 2000). No presente estudo o abuso sexual foi observado em relação ao agrupamento B confirmando achados destes outros estudos. Não se sabe se o genitor foi o responsável pelo abuso sexual, todavia é bastante provável que em decorrência dessa experiência traumática se instalem conflitos na vítima em relação à autoimagem, a identidade, a sexualidade e a capacidade futura para estabelecer e manter relações de confiança e intimidade com pessoas do sexo oposto.

O fato de não ter sido identificado neste estudo uma ruptura no vínculo com a mãe não necessariamente indica que a qualidade desta relação seja melhor do que com o pai. É provável que ficando à criança na dependência afetiva exclusiva do vínculo com a mãe, uma vez que o pai abandonou a família, algumas delas tendam a desenvolver um sentimento de dependência tão intenso, porém frágil com a mãe, que quaisquer afetos negativos precisarão ser veementemente negados (não pensados nem sentidos) a fim de preservar a única relação que restou (formas de apego ansioso são comuns nesses casos). Por seu turno, a relação da mãe com o/a filho(a) também tende a ser ambivalente já que por vezes a criança é responsabilizada direta ou indiretamente pelo fim do relacionamento/casamento. Como forma de “sobrevivência



psíquica” a idealização primitiva (mútua entre mães e filhos), a negação e a dissociação (principalmente dos afetos negativos tais como raiva, remorso, ressentimento, entre outros) e a projeção (responsabilização e culpabilização de outrem) costumam ser as principais defesas destes pacientes (e em alguns casos de seus genitores) em suas relações interpessoais (Adler, 1985; Kernberg, 1991; Stone, 1992).

De fato, a utilização de defesas primitivas é uma característica que tem sido amplamente descrita entre as pessoas com transtornos de personalidade do cluster B (Volkan, 1976; Meloy, 1988). Diferentemente das estratégias de enfrentamento (*coping*) que são conscientes e intencionais, os mecanismos de defesas são formas psicológicas não conscientes de evitar sentimentos de desprazer ou dolorosos tais como vergonha e humilhação e que automaticamente (sem intenção consciente) são acionados sempre que alguma situação internamente ameaçadora se instale (Morrison, 1989; McWilliams, 2006; Nathanson, 1987). Frente a situações de ansiedade (culpa, separações, perdas, etc.) ou traumáticas (luto, exposição, vergonha, etc.) cada pessoa tende a se defender de modo peculiar (Gray, 1998).

Assim como as defesas exercem uma função de manter ao máximo possível a integridade psíquica e o funcionamento mental (ainda que de modo precário e às vezes à custa de muito gasto de energia conforme a gravidade da psicopatologia), outras formas de auto regulação emocional (busca de prazer e evitação do desprazer) podem ser utilizadas quando as defesas falham ou são insuficientes (Bradley, 2000; Westen, 1985). As atuações sexuais (auto exposição em situações de risco, promiscuidade, entre outras) e a externalização da agressividade (agressão verbal ou física, por exemplo), são formas recorrentes de manejar afetos dolorosos (Kernberg, 1995b, Kroll, 1988).

O envolvimento em situações de violência e agressão distinguiu os grupos de pacientes nesse estudo. A baixa capacidade de tolerância à frustração associada a um precário controle dos impulsos (sexuais e agressivos) foi descrita como uma das principais características dos pacientes com TP (Kernberg, 1976, 1995a). Os antisociais têm forte ímpeto para o controle e o domínio dos outros através do comportamento manipulador ou da força física e da violência. Os pacientes histriônicos por outro lado tendem a usar a sexualidade ou o sexo para exercer controle sobre as pessoas utilizando o corpo e a sedução para tentar mostrar a superioridade de seu gênero em relação ao do outro (PDM, 2006). Os pacientes narcisistas têm sido descritos como altamente susceptíveis a crítica e a sentimentos de vergonha e humilhação, tendendo a reagir de forma furiosa frente a estas situações (Bach, 1985; Kohut, 1984; Ronningstan, 2000). Por sua vez os pacientes borderlines são conhecidos por suas dificuldades no controle da agressão com rompantes frequentes de auto e hetero agressão frente à ameaça de abandono real ou imaginada, por exemplo (Akhtar, 1992; Clarkin, Marziali, & Munroe-Blum, 1992).

Outro aspecto que parece ter relação com a questão da agressividade diz respeito a possível identificação com o agressor (Freud, 2006). Em decorrência de situações de trauma, abuso físico, negligência e violência é frequente, devido a processos identificatórios ou de modelagem (Bandura, Azzi, & Polydoro, 2008), que essas experiências sofridas de modo passivo (na qualidade vítima) sejam recriadas em outras etapas da vida, porém com a vítima assumindo o papel de algoz. O fato de que alguns pacientes respondem por processo na área criminal sugere uma incapacidade de algumas dessas pessoas para lidar e solucionar seus problemas de forma adaptada e dentro de parâmetros socialmente aceitos.

O uso de álcool e drogas (maconha, cocaína e crack) foi outra manifestação sintomática (Berger, 1991) - ou comorbidade conforme o diagnóstico categórico do DSM-IV-TR - que mostrou associação significativa com o cluster B. Ainda que a

sociedade brasileira, neste momento, pareça se encaminhar para a legalização do uso de determinadas substâncias psicoativas, tais com a maconha, não resta dúvida que este assunto tem gerado debates importantes entre os profissionais que atuam nesta área (Laranjeira, 2010; Goldin, Fernandes, & Pechansky, 2011; Kessler & Pechansky, 2008). A precária capacidade para regulação emocional, característica marcante desse perfil de pacientes descritos como dramáticos exatamente por suas limitações em manejar adequadamente situações de ansiedade, tristeza e estresse, (Carpenter & Trull, 2013), muitas vezes encontra no uso de substâncias químicas uma auto-medicação, ainda que paliativa e temporária, para se tranquilizarem (Kaufman, 1994; Khantizian, 1999). Estudos têm apontado que as drogas são importantes fontes de regulação emocional ausente em pacientes como os antissociais, borderlines e narcisistas para os quais o álcool e as drogas servem para suprir funções de ego/self não suficientemente desenvolvidas (Krystal, 1997; Wurmser, 1997).

Outras áreas comuns em que as pessoas com problemas na personalidade tendem a atuar seus conflitos é no consumo exagerado (consumismo) de bens produtos e serviços (Wellausen, 1988). Os problemas envolvendo dívidas e desorganização econômica poderiam ser consideradas formas precárias e mal adaptativas de manejar carências internas que encontram no consumo desenfreado e desnecessário uma espécie de autopreenchimento. Esta aparente solução (formação de compromisso) para os problemas emocionais (Brenner, 1982) costuma ser ineficaz, pois assim como o álcool e as drogas, exige constante utilização com efeito temporário. Comprar, adquirir, ter, pode se tornar um vício, uma adição, pois mesmo a pessoa reconhecendo que tais objetos, produtos são muitas vezes supérfluos, eles parecem dar um sentido e um valor à própria vida.

Ainda nesse mesmo sentido, chamou atenção não serem encontradas evidências de problemas relacionados à alimentação (comorbidade com os transtornos alimentares). A adição, seja ela as drogas, ao jogo, aos produtos e

também à comida costuma ser um indicativo altamente significativo neste tipo de pacientes. Uma maior presença de indivíduos com problemas em relação à ingestão de alimentos era esperada nesse estudo. Entretanto, pode-se aventar que a cultura atual rende a beleza e a boa forma física um forte sinal de saúde e até mesmo de sucesso. Dietas de todas as naturezas e para todos os gostos são abundantemente oferecidas a quem delas quiser fazer uso. A amostra desse estudo apontou que os pacientes do cluster B tinham menos interesses em atividades voltadas para o enriquecimento interno (leituras, arte, conhecimento e cultura) do que os do cluster não-B. Este achado pode ter alguma associação com a necessidade maior de valorizar a aparência externa do que o mundo interior (Lasch, 1983).

Em relação à amostra ter sido constituída por mais pacientes do sexo feminino provavelmente também é um reflexo do fato de que as mulheres tendem mais frequentemente a procurar ajuda/tratamento para alguns de seus problemas de saúde do que os homens (Lewis & Nixon, 2014). Isso não significa que as mulheres tenham mais problemas, mas talvez que elas parecem aceitar mais facilmente auxílio profissional quando em sofrimento. Um aspecto relacionado a este é que a maioria dos pacientes estava na faixa dos trinta anos, era solteira e sem filhos. Alguns aspectos podem ser considerados em relação a estes fenômenos: 1) em primeiro lugar este achado parece representar uma característica do momento cultural bastante frequente entre os adultos jovens em sociedades em desenvolvimento ou desenvolvidas; 2) O casamento (ou a união estável) e a maternidade muitas vezes têm sido preteridos em detrimento da carreira e do investimento na profissão; 3) Ainda do ponto de vista social, o crescente acesso ao mercado de trabalho bem como o desejo de autonomia e independência econômica tem promovido mudanças nas configurações familiares; 4) todos estes fatores conjunta o separadamente podem responder por alguns fatores externos ou socioculturais. Todavia, como se pode notar a área profissional por seu turno também apresentava problemas. Isto pode estar

indicando que, mesmo na ausência ou redução de dificuldades de ordem econômica no país (a economia no Brasil no período em que os dados foram coletados indicavam uma elevada taxa de empregos disponíveis), os problemas nas relações interpessoais podem estar dificultando o ingresso ou a manutenção no mercado de trabalho.

Da perspectiva psicológica é possível entender tal cenário como fruto de dificuldades nas relações interpessoais, fracasso no estabelecimento de vínculos estáveis e duradouros e prejuízos na manutenção de relações de confiança ao longo prazo, de acordo com as hipóteses discutidas acima. Em relação à maternidade, bem como outras questões envolvendo a psicologia da saúde, alguns evolucionistas (Tybur, Bryan e Hooper, 2012) sugerem que à medida que a consciência da mulher aumenta em relação ao seu “prazo de validade” pode instalar-se uma crise que muitas vezes desencadeia diversos sintomas (depressão, ansiedade, etc.). Alguns desses sintomas podem ser combatidos mediante uma atividade sexual desenfreada (Lachkar, 1991) e sem consideração pelas consequências (o RS é o Estado brasileiro com maior incidência de casos de HIV-AIDS no país) como pode ser verificado na amostra na qual as doenças sexualmente transmissíveis do cluster B era superior.

Todos estes fenômenos clínicos descritos até aqui formam um conjunto de informações que quando estas pessoas estão em tratamento psicoterápico se materializa e se organiza na mente dos clínicos. Uma série de reações são possíveis frente às histórias de vida. Devido à quantidade de problemas e por vezes frente à limitada disponibilidade de recursos (internos e externos) para resolvê-los, alguns clínicos nem sequer deixam a relação terapêutica se estabelecer e de algum modo interrompem o processo de avaliação não lhes indicando tratamento psicoterápico. Outros por sua vez empatizam com a experiência subjetiva destes pacientes e com seu sofrimento psicológico aceitando-os e buscando ajudá-los (Schestatsky, 1999).

Ao longo do processo de tratamento diversos sentimentos contratransferenciais serão despertados e haverá momentos em que o desejo de desistir do caso ocorrerá e outros em que o desejo de ajudar prevalecerá. Os sentimentos contratransferências de desejo de ajudar foi o mais destacado pelos clínicos nesse estudo. Do ponto de vista técnico os psicoterapeutas experimentam taxas importantes de sentimentos de impotência quando tratam pacientes do cluster B, em especial (Gabbard & Wilkinson, 2000; Giovachinni, 1989). Esta sensação é comumente descrita na literatura e ilustra muito bem as dificuldades contratransferenciais e os desafios técnicos que estes pacientes trazem para os que deles tratam (Searles, 1994; Schestastky, 2005). O fato de que alguns psicoterapeutas cogitaram a hipótese de que suas intervenções pudessem estar sendo percebidas como críticas pode estar relacionada aos pacientes narcisistas nos quais a transferência tende a exigir uma atitude de aceitação e validação irrestrita e qualquer discórdia ou manifestação de divergências entre paciente e terapeuta pode ser sentida como crítica (Kohut, 1971).

Em resumo, os resultados deste estudo alertam para que não se ignore as patologias de personalidade dos pacientes que buscam tratamento. Ainda que tais pessoas possam ser portadores de outros transtornos mentais (a hipótese da comorbidade não foi descartada neste estudo e sabe-se do impacto que os TP podem ter no resultado de tratamento para outros transtornos) ficou evidente a relação entre um fracasso ou prejuízo no funcionamento psicossocial e os problemas de personalidade. Pacientes com transtornos de personalidade apesar de terem preservadas algumas áreas de seu funcionamento, comumente apresentam sérios prejuízos em outras. As relações interpessoais, a vida acadêmica-laboral, a economia doméstica, a dependência química, a família, por vezes são áreas altamente comprometidas para algumas destas pessoas.

É preciso lembrar que estes dados foram encontrados em contextos reais de psicoterapia ou em processo de avaliação para começo de tratamento

psicológico/psiquiátrico, o que confere a eles validade externa e não apenas interna. De modo geral, um tratamento psicoterápico não deveria ser um empreendido sem que uma formulação de caso clínico fosse empreendida (McWilliams, 2006; Westen, 2000). A(s) hipótese(s) diagnóstica(s) que cada psicoterapeuta formula quando avalia e trata um paciente deveria ser o ponto de partida e seu parâmetro para orientá-lo em suas estratégias, táticas e técnicas (Yeomans, Clarkin, & Kernberg, 2002).

Do mesmo modo, sabe-se que as psicoterapias não deveriam ser como a cama de Procusto (McDougall, 1991) uma vez que existem indicações e contraindicações para formas específicas de psicopatologias (Gastaud et al, 2013). Atualmente é possível encontrar formas manualizadas de psicoterapia que vão desde aquelas bastante estruturadas (Beck, Freeman & Davis 2005; Linehan, 2010; Young, 2003) até as menos estruturadas (Bateman & Fonagy, 2005; Clarkin, Yeomans & Kernberg, 1999, 2006; Ryle & Kerr, 2006) e com resultados promissores (Liechsenring, 2010). O que parece claro, independentemente do modelo teórico-técnico a ser adotado, é a necessidade de uma adaptação da técnica ao perfil e às necessidades dos pacientes que, em maior ou menor grau, diferem daquelas dos pacientes menos graves, cujas personalidades são mais flexíveis e menos rígidas em seus padrões cognitivos, emocionais, relacionais e comportamentais (Caligor, Kernberg, & Clarkin, 2008).

Cabe destacar que não se está advogando que ao se conhecer o diagnóstico de um paciente se tem total proteção contra todo tipo de surpresa ou infortúnio, ou de que todas as situações adversas estarão sob controle, ou ainda que se saberá perfeitamente como lidar com os problemas e dificuldades apresentados pelo paciente, etc. No entanto, em se tratando de casos com sérios problemas e comprometimentos em suas relações interpessoais e com elevados riscos (atuações auto e hetero destrutivas) como é o caso dos problemas de personalidade, ter em mente essa hipótese diagnóstica pode ajudar a evitar situações que poderiam colocar

o paciente, a relação terapêutica ou outras pessoas em risco (Gabbard, 2006; Stone, 2009).

Os resultados desse estudo revelaram alguns dados importantes. Parece haver uma parcela de pacientes com grave patologia de personalidade necessitando de tratamento específico. Conforme as características dos serviços que venham a atendê-los, sejam esses de alta ou de baixa complexidade, suas tarefas serão específicas, contudo não deveriam se furtar da responsabilidade de um adequado diagnóstico dos problemas da personalidade (Gunderson & Links, 2009). Abordagens terapêuticas focadas apenas em sintomas manifestos ou aparentes ao invés de em relação à pessoa tendem a fracassar ou a até ter efeitos deletérios com pacientes com transtornos de personalidade (Blatt & Luyten, 2009). Tal situação alerta para a possibilidade de que uma quantidade significativa de recursos estejam sendo gastos com tratamentos focados no esbatimento de sintomas (tais como a dependência química, problemas de humor, déficit de atenção-hiperatividade, etc.), ou em modelos de tratamento (não intensivo *versus* intensivo, tais como internação, ambulatório ou Centro de Atenção Psicossocial), sendo que a relação custo-efetividade de tais tratamentos nem sempre parece ser favorável, haja vista as taxas de recaída ou recidiva em alguns desses casos.

Com a decisão da American Psychological Association em 2005 em relação à necessidade de comprovação sobre a efetividade dos tratamentos psicológicos, vem-se dando ênfase especial aos chamados “tratamentos baseados em evidência” (Westen, 2006). Um dos grandes desafios em países mais desenvolvidos têm sido mostrar que os tratamentos psicoterápicos são válidos e efetivos. Não obstante, alguns desses estudos sobre efetividade apresentam vários problemas metodológicos, como por exemplo, em relação aos critérios de seleção de suas amostras, na escolha dos instrumentos de avaliação/diagnóstico, no limitado tempo de seguimento em



relação aos resultados ou efeitos do tratamento “baseado em evidência”, entre outros (Westen, Novothy, & Thompson-Brenner, 2004).

Interesses de terceiros (planos de saúde, empresas farmacêuticas, etc.) muitas vezes podem estar em jogo e questões políticas e ideológicas tendem a intervir nas decisões. Neste sentido ter acesso ao SWAP-200 pode servir para elaboração de pesquisas mais voltadas para as reais características das amostras clínicas, trazendo os diagnósticos de patologias de personalidade para o âmbito da avaliação juntamente com outros transtornos mentais. O SWAP-200 fornece dados claros e objetivos que também podem ser utilizados na avaliação do processo psicoterápico e efetividade do tratamento (Shedler & Westen, 2010).

#### Limitações do estudo

Dentre as limitações desse estudo estão em primeiro lugar o reduzido tamanho amostral. Ter uma amostra pequena exigiu que o grupo de pacientes fosse dividido em apenas dois grupos e não em três clusters como preconiza o DSM-5 (APA, 2013). Devido ao escasso número de pacientes com patologias do cluster A (esquitos) e C (ansiosos) se optou por reuni-los em apenas um grupo ainda que se saiba que existem diferenças importantes entre esses dois agrupamentos.

Em relação à EEPP se percebeu que dados importantes sobre história de vida não foram suficientemente abordados. Na tentativa de manter a relação terapeuta-paciente o mais preservada em termos de sigilo e confidencialidade se evitou investigar de forma mais profunda questões que poderiam enviesar ou interferir no processo terapêutico (questões mais detalhadas sobre abuso sexual, relação afetiva do paciente com sua dupla parental, medos e fobias, por exemplo).

Ainda que não se tenha descartada a presença de comorbidades com transtornos de Eixo I, e essa informação foi parcialmente obtida através do uso de medicações prescritas, não foi utilizado nenhum instrumento de avaliação para estes

transtornos. De fato, devido às características do SWAP-200 em relação ao seu preenchimento se optou por não introduzir instrumentos que pudessem interferir na qualidade da relação terapêutica.

Estudos futuros deverão ser conduzidos para verificar se as evidências clínicas encontradas nesse estudo serão também encontradas quando amostras clínicas forem comparadas com pessoas da comunidade.

## Referências

- Abraham, K. (1970). *Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido*. Rio de Janeiro: Imago.
- Adler, G. (1985). *Borderline: psychopathology and its treatment*. New Jersey: Jason Aronson.
- Akhtar, S. (1992). *Broken Structures: Severe personality disorders and their treatment*. New Jersey: Jason Aronson.
- Akhtar, S. (2013). *The electrified mind: development, psychopathology and treatment in the era of cell phones and the internet*. New Jersey: Jason Aronson.
- American Psychiatric Association (2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais: DSM-5*. New York: American Psychiatric Publishing
- Bauman, S. (2005). *Identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.
- Bach, S. (1985). *Narcissistic states and the therapeutic process*. New Jersey: Jason Aronson.
- Bandura, A., Azzi, R., & Polydoro (2008). *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Barlow, H. (2009). *Manual clínico dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2005). *Psicoterapia para el trastorno limite de la personalidad: Tratamiento basado em la mentalización*. Mexico: Universidad de Guadalajara.
- Beck, A.; Freeman, A.; & Davis, D. (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Berger. L. (1991). *Substance abuse as a symptom: a psychoanalytic critique of treatment approaches and the cultural beliefs that sustain them*. Hillsdale: The Analytic Press.

- Blatt, S. & Luyten, P. (2009). A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology*, 21: 793-814.
- Bradley, S. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Brenner, C. (1989). *La mente en conflicto*. Madrid: Tecnipublicaciones S.A.
- Caligor, E.; Kernberg, O.; & Clarkin, J. (2008). *Psicoterapia dinâmica das patologias leves de personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Carpenter, R. & Trull, T. (2013). Components of emotional dysregulation in borderline personality disorders: a review. *Current Psychiatry Reports*;15(1):335-348.
- Carvalho, L.; Souza, B.; Primi, R. (2014). Psychometric properties of the revised conscientiousness dimension of Inventário Dimensional Clínico da Personalidade. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36(1), 23-31.
- Carvalho, L.; Bartholomeu, D.; & Rocha da Silva, M. (2010). Instrumentos para avaliação de transtornos de personalidade no Brasil. *Avaliação Psicológica*, 9(2); 289-298.
- Carvalho de Souza, H.; Paiva da Rocha, H.; Alchieri, J. (2012). Evidências de validade convergente do Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14(3); 88-100.
- Clarkin, J.; Fonagy, P.; & Gabbard, G. (2010). *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook*. New York: American Psychiatric Press.
- Clarkin, J.; Yeomans, F.; & Kernberg, O. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York. John Wiley and Sons.
- Clarkin, J.; Yeomans, F.; & Kernberg, O. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations*. New York. American Psychiatric Publishing.
- Clarkin, J., Marziali, E., & Munroe-Blum, H. (1992) *Borderline personality disorder: clinical and empirical perspectives*. New York: Guilford Press.

- Conklin, C. & Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 162, 867-875.
- Eizirik, C. & Seidmann de Armesto, M. (2007). *Psicanálise na América Latina*. In E. Person; A. Cooper; & G. Gabbard (Eds.). *Compêndio de psicanálise* (pp. 431-444). Porto Alegre: Artmed.
- Erikson, E. (1976). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.
- Falceto, O. (2008). *Terapias de família*. In A.V. Cordoli (Ed.). *Psicoterapias abordagens atuais* (pp. 221-245). Porto Alegre: Artmed.
- Fenichel, O. (1945/1981). *Teoria psicanalítica das neuroses*. São Paulo: Atheneu.
- Freud, A. (2006). *O ego e os mecanismos de defesa*. Porto Alegre: Artmed.
- Freud, S. (1905/1976). *O caso Dora*. In *Obras Completas de Sigmund Freud* (vol. VII). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1913/1976). *Sobre o início do tratamento*. In *Obras Completas de Sigmund Freud* (vol. XII). Rio de Janeiro: Imago.
- Fonagy, P. & Target, M. (2003). *Psychoanalytic Theories: Perspectives from developmental psychopathology*. London: Routledge.
- Gabbard, G. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Gabbard, O. & Wilkinson, S. (2000). *Management of countertransference with Borderline patients*. London: Jason Aronson.
- Gastaud, M.; Goi, J.; Bassols, A.; Costa, C.; Krieger, D.; Machado, D.; Costa, F. Knijnik, J.; Torres, M.; Braga, P.; Teche, S.; Wellausen, R.; & Eizirik, C. (2013). Is it all grist to the mill? Wandering between indications for psychoanalytic treatment and the analytic field. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(1), 12-23.
- Giovacchini, P. (1993). *Counter-transference triumphs and catastrophes*. New Jersey: Jason Aronson.
- Goldin, J., Fernandes, M, & Pechansky, F. (2011). Ethical, legal and social issues related with alcohol and drug research. *Current Opinion in Psychiatry*. ;24(3):181-5
- Gunderson, J. & Links, P. (2009). *Transtorno limite de la personalidad: guía clínico*. Madrid: Grupo Aula Médica.

- Gray, P. (1998). *El yo y el analisis de la defensa*. Madrid: Tecnicpublicaciones.
- Green, A. (1988). *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro: Imago.
- Greenacre, P. (1959). *Trauma, desarrollo y personalidad*. Buenos Aires: Hormé.
- Greenson, R. (1981). *A técnica e a prática da psicanalise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Horowitz, M. (1991). *Introdução à psicodinâmica: Uma nova síntese*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Jones, E. (1965). *The god complex*. Essential papers of Ernst Jones. New York: New York University Press.
- Kaufman, E. (1994). *Psychotherapy of addicted persons*. New York: Guilford Press.
- Kernberg, O. (1967). *Borderline personality organization*. In M. Stone (Ed), Essential papers on borderline disorders: one hundred years at the border (pp. 279-319). New York: New York University Press.
- Kernberg, O. (1975). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Kernberg, O. (1976). *La teoria de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Paidós.
- Kernberg, O.; Selzer, M.; Koennigsberg, H.; Carr, A.; & Appelbaum, A. (1991). *Psicoterapia psicodinâmica de pacientes borderline*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kernberg, O. (1995a). *Transtornos graves de personalidade: estratégias psicoterapêuticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kernberg, O. (1995b). *Agressão nos transtornos de personalidade e nas perversões*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kernberg, O. (2006). *Agressividade, narcisismo e auto-destrutividade na relação terapêutica*. Portugal: Climepsi.
- Kernberg, P.; Weiner, A.; & Bardenstein, K. (2003). *Transtornos de personalidade em crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Kessler, F. & Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(2); 96-98.

- Khantzian, E. (1999). *Treating addiction as a human process*. New Jersey: Jason Aronson.
- Kohut, H. (1971). *Análise do self*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kohut, H. (1977). *A restauração do self*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kohut, H. (1966). *Self e narcisismo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Klauber, J. (1987). *Dificuldades no encontro analítico*. Rio de Janeiro: Imago.
- Krystal, H. (1997). *Self representation and the capacity for self care*. In D. Yalisove (Ed.). *Essential papers on addiction* (pp. 109-146). New York: New York University Press.
- Kroll, J. (1988). *The challenge of the borderline patient: competency in diagnosis and treatment*. New York: WW Norton & Company.
- Lackar, J. (1991). *The narcissistic/borderline couple: a psychoanalytic perspective on marital treatment*. New York: Brunner-Mazel.
- Lasch, C. (1983). *A cultura do narcisismo: A vida americana numa era de esperanças em declínio*. Rio de Janeiro: Imago.
- Laranjeira, R. (2010). Drugs legalization and public health. *Ciencia e Saúde Coletiva*; 15(3):621-31.
- Lax, R. (1989). *Essential papers on character neurosis and treatment*. New York: University Press.
- Leichensiring, F. (2010). *Evidence for psychodynamic psychotherapy in personality disorders: A review*. In J. Clarkin; P. Fonagy; & G. Gabbard (Eds.). *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook*. (pp. 421-438). New York: American Psychiatric Press.
- Liberman, D. (1976). *Comunicacion y psicoanalisis*. Buenos Aires: Alex Editor.
- Linehan, M. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos da personalidade borderline*. Porto Alegre: Artmed.
- Lewis, B. & Nixon, S. (2014). Characterizing gender differences in treatment seekers. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*; 38(1): 275-84.
- Masterson, J. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult*. New York: Brunner-Mazel.

- Meloy, R. (1992). *The psychopathic mind: origins, dynamics, and treatment*. New York: Jason Aronson.
- McDougall, J. (1991). *O divã de Procusto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico psicanalítico*. Lisboa: Climepsi.
- McWilliams, N. (2006). *Psicoterapia psicanalítica*. Lisboa: Climepsi.
- Morano, H. (2003). *Identificação do ponto de corte para a escala PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) em população forense brasileira: caracterização de dois subtipos de personalidade; transtorno global e parcial*. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 2014-07-12, de <http://www.teses.usp.br/teese/disponiveis/5/5142/tde>.
- Morrison, A. (1989). *The underside of narcissism*. Hillsdale: Analytic Press.
- Nathanson, D. (1987). *The many faces of shame*. New York: Guilford Press.
- Paris, J. (2008). *Treatment of borderline personality disorder: a guide to evidence-based practice*. London: Guilford Press.
- PDM (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. New York: International Psychoanalytic Association.
- Ponciano, E. & Ferres-Carneiro, T. (2006). Terapia de família no Brasil: uma visão panorâmica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*; 19(2): 252-260.
- Plakun, E. (1990). *New perspectives on narcissism*. Washington: American Psychiatric Press.
- Reich, W. (1995). *Análise do caráter*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1933).
- Ryle, A. & Kerr, I. (2006). *Psicoterapia cognitiva analítica: teoría y práctica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Ronningstam, E. (2000). *Disorders of narcissism: diagnostic, clinical and empirical implications*. London: Jason Aronson.
- Roth & Buchheim (2010). *Neurobiology of personality disorders*. In J. Clarkin; P. Fonagy; & G. Gabbard (Eds.). *Psychodynamic psychotherapy for personality*



- disorders: A clinical handbook. (pp. 89-124). New York: American Psychiatric Press.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *Personality disorders*. In A. Roth & P. Fonagy (Ed.). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (pp. 297-319). New York: Guilford Press.
- Russ, E.; Shedler, J.; Bradley, R.; & Westen, D. (2008). Refining the construct of narcissistic personality disorder: diagnostic criteria and subtypes. *American Journal of Psychiatry, AiA*, 1-9.
- Sandri, J. (2013). *Alienação parental: o uso dos filhos como instrumento de vingança entre os pais*. São Paulo: Juruá.
- Searles, H. (1994). *My work with borderline patients*. New Jersey: Jason Aronson.
- Schestatsky, S. (1999). Quem tem medo do paciente borderline? *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 1(1), 117-128.
- Schestatsky, S. (2005). Abordagem psicodinâmica do paciente borderline. In C. Eizirik; R. Aguiar; S. Schestatsky (Eds.). *Psicoterapia de orientação psicodinâmica: fundamentos teóricos e clínicos* (pp. 606-627). Porto Alegre: Artmed.
- Schestatsky, S. (2008). Psicoterapia psicodinâmica nos transtornos de personalidade. In A.V. Cordioli (Ed.). *Psicoterapias abordagens atuais* (pp. 341-365). Porto Alegre: Artmed.
- Shapiro, D. (1965). *Los estilos neuróticos: obsesivo-compulsivo, paranoico, histérico e impulsivo*. Buenos Aires: Editorial Psique.
- Shapiro, D. (2000) *Dynamics of character: self-regulation in psychopathology*. New York: Basic Books.
- Shedler J. & Westen, D. (2010). *The Shedler-Westen Assessment Procedure: making personality diagnosis clinically meaningful*. In J. Clarkin; P. Fonagy; & G. Gabbard (Eds.). *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook*. (pp. 125-161). New York: American Psychiatric Press.
- Stone, M. (1990). *The fate of Borderline patients: successful outcome and psychiatric practice*. New York: Guilford Press.
- Stone, M. (2009). *The anatomy of evil*. New York: Prometheus Books.

- Tavares, M. (2003). Validade clínica. *Psico-USF*, 8(2); 125-136.
- Tybur, J.; Bryan, A.; & Hooper, A. (2012). An evolutionary perspective on health psychology: new approaches and applications. *Evolutionary Psychology*;10(5):855-67.
- Volkan, V. (1976). *Primitive internalized object relations: a clinical study of schizophrenic, borderline and narcissistic patients*. New York: International University Press.
- Wallerstein, R. (1986). *Forty-two lives in treatment: a study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Wellausen, A. (1988). *Consumismo: Origem em cada um de nós*. Tchê: Porto Alegre.
- Wellausen, R. (2009). Algumas observações da relação terapêutica a partir da contratransferência. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 11(1); 54-69.
- Westen, D. (1985). *Self & society: narcissism, coletivism, and the development of morals*. New York: Cambridge University Press.
- Westen, D. (1995). A clinical-empirical model of personality: life after the Mischelian ice age and the NEO-lithic era. *Journal of Personality Disorders*, 63: 495-524.
- Westen, D. (2000). *Case formulation and personality diagnosis: two processes or one*. In: Making Diagnosis Meaningful: Enhancing evaluation and treatment for psychological disorders. James W. Barron (Ed.). American Psychological Association.
- Westen, D. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4); 271-285.
- Westen, D. (2006) *Discovering what works in the community: toward a genuine partnership of clinicians and researchers*. In S. Hoffman & J. Weinberger (Eds.) *The art and science of psychotherapy* (pp 4-30). London: Routledge.
- Westen D. & Gabbard, G. (2002). Developments in cognitive neuroscience II: Implications for theories of transference. *Journal of American Psychoanalytic Association*.

- Westen D. & Heim, (2003). *Disturbances of self and identity in personality disorders*. In M. Leary; J. Tangney (Eds.) *Handbook of self and Identity* (pp. 643-664). New York: Guilford Press.
- Westen, D., Novothy, C., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, *130*(4): 631-663.
- Westen, D. & Shelder, J. (1999a). Revising and assessing axis II, part I: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, *156*(2), 258-272.
- Westen, D. & Shelder, J. (1999b). Revising and assessing axis II, part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *156*(2), 273-285.
- Westen, D.; Shedler, J.; & Bradley, R.; & Defife, J. (2012). An empirically derived taxonomy for personality diagnosis: bridging science and practice in conceptualizing personality. *American Journal of Psychiatry*, *169*, 273-284.
- Wurmser, L. (1997). *Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug abuse*. In D. Yalisove (Ed.). *Essential papers on addiction* (pp. 87-108). New York: New York University Press.
- Zetzel, E. (1970). *The capacity for emotional growth*. New York: New York University Press.

## Considerações finais

Nas páginas iniciais desta tese mencionei que meu interesse em pesquisar a personalidade se originava do desejo em compreender melhor o mundo em que vivo. Levantei alguns questionamentos sobre possíveis mudanças nos quadros psicopatológicos na atualidade e aventei uma possível associação entre fatores biopsicossociais e os transtornos de personalidade. Após concluir estes estudos me sinto mais apropriado em relação ao tema em questão e com subsídios empíricos que indicam que as patologias de personalidade de fato devem ser foco de atenção clínica.

O processo de adaptação e validação do SWAP-200 para o Brasil surgiu como uma necessidade pessoal de ter a disposição uma ferramenta que melhorasse a avaliação dos pacientes com graves problemas mentais. O primeiro estudo descreveu esse processo de tradução e adaptação do SWAP-200 para o idioma brasileiro. Mostrou que a versão para o Brasil procurou conversar sempre que possível a equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual do instrumento original. Indicou ainda as possíveis vantagens de se ter à disposição um instrumento como o SWAP-200 para os profissionais se apoiarem quando em contato com pacientes com estas patologias.

O segundo estudo foi sobre os fundamentos psicométricos do SWAP-200. Esse estudo acabou revelando informações importantes sobre sua robustez enquanto instrumento de avaliação psicológica para os transtornos de personalidade. Devido aos resultados obtidos através de análise de Rasch e de validade e fidedignidade, hoje se torna disponível um instrumento para avaliação dos transtornos de personalidade que conserva o que há de melhor na psicomетria (objetividade) e na clínica (profundidade).

O terceiro estudo foi aquele que mais se aproximou do trabalho clínico que venho desenvolvendo nos últimos anos. Há muito tempo percebia a necessidade de

agregar à minha prática clínica um maior rigor científico e ferramentas modernas de pesquisa. Nesse terceiro estudo tentei criar a oportunidade de integrar a prática clínica através de um instrumento desenvolvido pelo nosso grupo (EEPP) com as informações obtidas através do SWAP-200. Os resultados desse estudo parecem promissores apontado, entre outras coisas, para a validade clínica do SWAP-200 como instrumento para o diagnóstico das patologias de personalidade, mas também como ferramenta essencial na pesquisa clínica.

Minha expectativa é que esses estudos possam futuramente se refletir no aumento do interesse de outros profissionais com relação às patologias de personalidade. Uma camada considerável de indivíduos tem buscado recursos de saúde na comunidade e infelizmente nem sempre encontram os tratamentos voltados às suas necessidades. Como recentemente sugeriu Ernest Drucker (2013), às prisões têm se tornado, com uma frequência espantosa, o “hospital” para muitas pessoas que não encontraram o tratamento de que precisam na rede de saúde.

Poder ter a disposição um instrumento diagnóstico válido e fidedigno como o SWAP-200 pode melhorar a acurácia clínica e conseqüentemente a chance de tornar os tratamentos psicológicos/psicoterapêuticos mais eficazes. Fico com a esperança de que futuramente os profissionais possam fazer um bom uso desse instrumento como forma de diminuir o estigma e o preconceito com que essas pessoas costumam ser tratadas na sociedade. Ao invés de rotular seus comportamentos, poder entender o diagnóstico como uma forma de melhor aplicar os conhecimentos teóricos e técnicos melhorando a qualidade de vida de todos os envolvidos foi, e continua sendo, meu principal objetivo.

Anexo I

1. Tends to blame self or feel responsible for bad things that happen.
2. Is able to use his/her talents, abilities, and energy effectively and productively.
3. Takes advantage of others; is out for number one; has minimal investment in moral values.
4. Has an exaggerated sense of self-importance.
5. Tends to be emotionally intrusive; tends not to respect others' needs for autonomy, privacy, etc.
6. Is troubled by recurrent obsessional thoughts that s/he experiences as senseless and intrusive.
7. Appears conflicted about his/her racial or ethnic identity (e.g., undervalues and rejects, or overvalues and is preoccupied with, own cultural heritage).
8. Tends to get into power struggles.
9. Tends to think others are envious of him/her.
10. Feels some important other has a special, almost magical ability to understand his/her innermost thoughts and feelings (e.g., may imagine rapport is so perfect that ordinary efforts at communication are superfluous).
11. Tends to become attached quickly or intensely; develops feelings, expectations, etc. that are not warranted by the history or context of the relationship.
12. Emotions tend to spiral out of control, leading to extremes of anxiety, sadness, rage, excitement, etc.
13. Tends to use his/her psychological or medical problems to avoid work or responsibility (whether consciously or unconsciously) .
14. Tends to blame others for own failures or shortcomings; tends to believe his/her problems are caused by external factors.
15. Lacks a stable image of who s/he is or would like to become (e.g., attitudes, values, goals, and feelings about self may be unstable and changing).
16. Tends to be angry or hostile (whether consciously or unconsciously).
17. Tends to be ingratiating or submissive (e.g., may consent to things s/he does not agree with or does not want to do, in the hope of getting support or approval).
18. When romantically or sexually attracted, tends to lose interest if other person reciprocates.
19. Enjoys challenges; takes pleasure in accomplishing things.
20. Tends to be deceitful; tends to lie or mislead.
21. Tends to be hostile toward members of the opposite sex, whether consciously or unconsciously (e.g., may be disparaging, competitive, etc.).
22. Tends to develop somatic symptoms in response to stress or conflict (e.g., headache, backache, abdominal pain, asthma, etc.).
23. Tends to become involved in romantic or sexual "triangles" (e.g., is most interested in partners who are already attached, sought by someone else, etc.).

24. Tends to be unreliable and irresponsible (e.g., may fail to meet work obligations or honor financial commitments).
25. Has difficulty acknowledging or expressing anger.
26. Tends to get drawn into or remain in relationships in which s/he is emotionally or physically abused.
27. Has panic attacks lasting from a few minutes to a few hours, accompanied by strong physiological responses (e.g., racing heart, shortness of breath, feelings of choking, nausea, dizziness, etc.).
28. Tends to be preoccupied with concerns about dirt, cleanliness, contamination, etc. (e.g., drinking from another person's glass, sitting on public toilet seats, etc.).
29. Has difficulty making sense of other people's behavior; often misunderstands, misinterprets, or is confused by others' actions and reactions.
30. Tends feel listless, fatigued, or lacking in energy.
31. Tends to show reckless disregard for the rights, property, or safety of others.
32. Is capable of sustaining a meaningful love relationship characterized by genuine intimacy and caring.
33. Appears inhibited about pursuing goals or successes; aspirations or achievements tend to be below his/her potential.
34. Tends to be overly sexually seductive or provocative, whether consciously or unconsciously (e.g., may be inappropriately flirtatious, preoccupied with sexual conquest, prone to "lead people on," etc.).
35. Tends to be anxious.
36. Tends to feel helpless, powerless, or at the mercy of forces outside his/her control.
37. Finds meaning in belonging and contributing to a larger community (e.g., organization, church, neighborhood, etc.).
38. Tends to feel s/he is not his/her true self with others; tends to feel false or fraudulent.
39. Appears to gain pleasure or satisfaction by being sadistic or aggressive toward others (whether consciously or unconsciously).
40. Tends to engage in unlawful or criminal behavior.
41. Appears unable to describe important others in a way that conveys a sense of who they as people; descriptions of others come across as two-dimensional and lacking in richness.
42. Tends to feel envious.
43. Tends to seek power or influence over others (whether in beneficial or destructive ways).
44. Perception of reality can become <i>grossly</i> impaired under stress (e.g., may become delusional).
45. Tends to idealize certain others in unrealistic ways; sees them as "all good," to the exclusion of commonplace human defects.



46. Tends to be suggestible or easily influenced.
47. Is unsure whether s/he is heterosexual, homosexual, or bisexual.
48. Seeks to be the center of attention.
49. Has fantasies of unlimited success, power, beauty, talent, brilliance, etc.
50. Tends to feel life has no meaning.
51. Tends to elicit liking in others.
52. Has little empathy; seems unable to understand or respond to others' needs and feelings unless they coincide with his/her own.
53. Seems to treat others primarily as an audience to witness own importance, brilliance, beauty, etc.
54. Tends to feel s/he is inadequate, inferior, or a failure.
55. Is able to find meaning and fulfillment in guiding, mentoring, or nurturing others.
56. Appears to find little or no pleasure, satisfaction, or enjoyment in life's activities.
57. Tends to feel guilty.
58. Has little or no interest in having sexual experiences with another person.
59. Is empathic; is sensitive and responsive to other peoples' needs and feelings.
60. Tends to be shy or reserved in social situations.
61. Tends to disparage qualities traditionally associated with own sex while embracing qualities traditionally associated with opposite sex (e.g., a woman who devalues nurturance and emotional sensitivity while valuing achievement and independence).
62. Tends to be preoccupied with food, diet, or eating.
63. Is able to assert him/herself effectively and appropriately when necessary.
64. Mood tends to cycle over intervals of weeks or months between excited and depressed states (high placement implies bipolar mood disorder).
65. Seeks to dominate an important other (e.g., spouse, lover, family member) through violence or intimidation.
66. Is excessively devoted to work and productivity, to the detriment of leisure and relationships.
67. Tends to be stingy and withholding (whether of money, ideas, emotions, etc.)
68. Appreciates and responds to humor.
69. Has difficulty discarding things even when they are worn-out or worthless; tends to hoard, collect, or hold onto things.
70. Has uncontrolled eating binges followed by "purges" (e.g., makes self vomit, abuses laxatives, fasts, etc.); has bulimic episodes.

71. Tends to seek thrills, novelty, adventure, etc.
72. Perceptions seem glib, global, and impressionistic; has difficulty focusing on specific details.
73. Tends to “catastrophize”; is prone to see problems as disastrous, unsolvable, etc.
74. Expresses emotion in exaggerated and theatrical ways.
75. Tends to think in concrete terms and interpret things in overly literal ways; has limited ability to appreciate metaphor, analogy, or nuance.
76. Manages to elicit in others feelings similar to those he or she is experiencing (e.g., when angry, acts in such a way as to provoke anger in others; when anxious, acts in such a way as to induce anxiety in others).
77. Tends to be overly needy or dependent; requires excessive reassurance or approval.
78. Tends to express aggression in passive and indirect ways (e.g., may make mistakes, procrastinate, forget, become sulky, etc.).
79. Tends to see certain others as “all bad,” and loses the capacity to perceive any positive qualities the person may have.
80. Tends to be sexually possessive or jealous; tends to be preoccupied with concerns about real or imagined infidelity.
81. Repeatedly re-experiences or re-lives a past traumatic event (e.g., has intrusive memories or recurring dreams of the event; is startled or terrified by present events that resemble or symbolize the past event).
82. Is capable of hearing information that is emotionally threatening (i.e., that challenges cherished beliefs, perceptions, and self-perceptions) and can use and benefit from it.
83. Beliefs and expectations seem cliché or stereotypical, as if taken from story-books or movies.
84. Tends to be competitive with others (whether consciously or unconsciously).
85. Has conscious homosexual interests (moderate placement implies bisexuality; high placement implies exclusive homosexuality).
86. Tends to feel ashamed or embarrassed.
87. Is quick to assume that others wish to harm or take advantage of him/her; tends to perceive malevolent intentions in others’ words and actions.
88. Tends to be insufficiently concerned with meeting own needs; appears not to feel entitled to get or ask for things s/he deserves.
89. Appears to have come to terms with painful experiences from the past; has found meaning in, and grown from such experiences.
90. Tends to feel empty or bored.
91. Tends to be self-critical; sets unrealistically high standards for self and is intolerant of own human defects.
92. Is articulate; can express self well in words.

93. Seems to know less about the ways of the world than might be expected, given his/her intelligence, background, etc.; appears naive or innocent.
94. Has an active and satisfying sex life.
95. Appears comfortable and at ease in social situations.
96. Tends to elicit dislike or animosity in others.
97. Tends to use his/her physical attractiveness to an excessive degree to gain attention or notice.
98. Tends to fear s/he will be rejected or abandoned by those who are emotionally significant.
99. Appears to associate sexual activity with danger (e.g., injury, punishment, contamination, etc.), whether consciously or unconsciously.
100. Tends to think in abstract and intellectualized terms, even in matters of personal import.
101. Generally finds contentment and happiness in life's activities.
102. Has a specific phobia (e.g., of snakes, spiders, dogs, airplanes, elevators, etc.).
103. Tends to react to criticism with feelings of rage or humiliation.
104. Appears to have little need for human company or contact; is genuinely indifferent to the presence of others.
105. Tends to avoid confiding in others for fear of betrayal; expects things s/he says or does will be used against him/her.
106. Tends to express affect appropriate in quality and intensity to the situation at hand.
107. Tends to express qualities or mannerisms traditionally associated with own sex to an exaggerated degree (i.e., a hyper feminine woman or hyper masculine, "macho" man).
108. Tends to restrict food intake to the point of being underweight and malnourished.
109. Tends to engage in self-mutilating behavior (e.g., self-cutting, self-burning, etc.).
110. Tends to become attached to, or romantically interested in, people who are emotionally unavailable.
111. Has the capacity to recognize alternative viewpoints, even in matters that stir up strong feelings.
112. Tends to be unconcerned with the consequences of his/her actions; appears to feel immune or invulnerable.
113. Appears to experience no remorse for harm or injury caused to others.
114. Tends to be critical of others.
115. Tends to break things or become physically assaultive when angry.
116. Tends to see own unacceptable feelings or impulses in other people instead of in him/herself.
117. Is unable to soothe or comfort self when distressed; requires involvement of another person to help regulate affect.

118. Tends to see sexual experiences as somehow revolting or disgusting.
119. Tends to be inhibited or constricted; has difficulty allowing self to acknowledge or express wishes and impulses.
120. Has moral and ethical standards and strives to live up to them.
121. Is creative; is able to see things or approach problems in novel ways.
122. Living arrangements tend to be chaotic or unstable (e.g., living arrangements are temporary, transitional, or ill-defined; may have no telephone or permanent address).
123. Tends to adhere rigidly to daily routines and become anxious or uncomfortable when they are altered.
124. Tends to avoid social situations because of fear of embarrassment or humiliation.
125. Appearance or manner seems odd or peculiar (e.g., grooming, hygiene, posture, eye contact, speech rhythms, etc. seem somehow strange or "off").
126. Appears to have a limited or constricted range of emotions.
127. Tends to feel misunderstood, mistreated, or victimized.
128. Fantasizes about finding ideal, perfect love.
129. Tends to be conflicted about authority (e.g., may feel s/he must submit, rebel against, win over, defeat, etc.).
130. Reasoning processes or perceptual experiences seem odd and idiosyncratic (e.g., may make seemingly arbitrary inferences; may see hidden messages or special meanings in ordinary events).
131. Has difficulty allowing self to experience strong pleasurable emotions (e.g., excitement, joy, pride).
132. Tends to have numerous sexual involvements; is promiscuous.
133. Tends to be arrogant, haughty, or dismissive.
134. Tends to act impulsively, without regard for consequences.
135. Has unfounded fears of contracting medical illness; tends to interpret normal aches and pains as symptomatic of illness; is hypochondriacal.
136. Tends to be superstitious or believe in magical or supernatural phenomena (e.g., astrology, tarot, crystals, ESP, "auras," etc.).
137. Shows evidence of unconscious homosexual wishes or interests (e.g., may be excessively homophobic, or may show signs of unacknowledged attraction to a person of the same sex).
138. Tends to enter altered, dissociated state of consciousness when distressed (e.g., the self or the world feels strange, unfamiliar, or unreal).
139. Tends to hold grudges; may dwell on insults or slights for long periods.
140. Has a sexual perversion or fetish; rigidly-scripted or highly idiosyncratic conditions must be met before s/he can experience sexual gratification.

141. Is extremely identified with a social or political "cause," to a degree that seems excessive or fanatical.
142. Tends to make repeated suicidal threats or gestures, either as a "cry for help" or as an effort to manipulate others.
143. Tends to believe s/he can only be appreciated by, or should only associate with, people who are high-status, superior, or otherwise "special."
144. Tends to see self as logical and rational, uninfluenced by emotion; prefers to operate as if emotions were irrelevant or inconsequential.
145. Speech tends to be circumstantial, vague, rambling, digressive, etc.
146. Tends to elicit boredom in others (e.g., may talk incessantly, without feeling, or about inconsequential matters).
147. Tends to abuse alcohol.
148. Has little psychological insight into own motives, behavior, etc.; is unable to consider alternate interpretations of his/her experiences.
149. Tends to feel like an outcast or outsider; feels as if s/he does not truly belong.
150. Tends to identify with admired others to an exaggerated degree; tends to become an admirer or "disciple" (e.g., may take on the other's attitudes, beliefs, mannerisms, etc.).
151. Appears to experience the past as a series of disjointed or disconnected events; has difficulty giving a coherent account of his/her life story.
152. Tends to repress or "forget" distressing events, or distort memories of distressing events beyond recognition.
153. Interpersonal relationships tend to be unstable, chaotic, and rapidly changing.
154. Tends to elicit extreme reactions or stir up strong feelings in others.
155. Tends to describe experiences in generalities; is unwilling or unable to offer specific details.
156. Has a disturbed or distorted body-image; sees self as unattractive, grotesque, disgusting, etc.
157. Tends to become irrational when strong emotions are stirred up; may show a noticeable decline from customary level of functioning.
158. Appears afraid of commitment to a long-term love relationship.
159. Tends to deny or disavow own needs for caring, comfort, closeness, etc., or to consider such needs unacceptable.
160. Lacks close friendships and relationships.
161. Tends to abuse illicit drugs.
162. Expresses contradictory feelings or beliefs without being disturbed by the inconsistency; has little need to reconcile or resolve contradictory ideas.

163. Appears to want to “punish” self; creates situations that lead to unhappiness, or actively avoids opportunities for pleasure and gratification.
164. Tends to be self-righteous or moralistic.
165. Tends to distort unacceptable wishes or feelings by transforming them into their opposite (may express excessive concern or affection while showing signs of unacknowledged hostility; disgust about sexual matters while showing signs of unacknowledged interest or excitement; etc.).
166. Tends to oscillate between undercontrol and overcontrol of needs and impulses (i.e., needs and wishes are expressed impulsively and with little regard for consequences, or else disavowed and permitted virtually no expression).
167. Is simultaneously needy of, and rejecting toward, others (e.g., craves intimacy and caring, but tends to reject it when offered).
168. Struggles with genuine wishes to kill him/herself.
169. Fears becoming like a parent (or parent figure) about whom s/he has strong negative feelings; may go to lengths to avoid or reject attitudes or behaviors associated with that person.
170. Tends to be oppositional, contrary, or quick to disagree.
171. Appears to fear being alone; may go to great lengths to avoid being alone.
172. Experiences a specific sexual dysfunction during sexual intercourse or attempts at intercourse (e.g., inhibited orgasm or vaginismus in females, impotence or premature ejaculation in males).
173. Tends to become absorbed in details, often to the point that s/he misses what is significant in the situation.
174. Expects self to be “perfect” (e.g., in appearance, achievements, performance, etc.).
175. Tends to be conscientious and responsible.
176. Tends to confuse own thoughts, feelings, or personality traits with those of others (e.g., may use the same words to describe the self and another person, believe the two share identical thoughts and feelings, treat the person as an “extension” of him/herself, etc.).
177. Repeatedly convinces others of his/her commitment to change but then reverts to previous maladaptive behavior; tends to convince others that “this time is really different.”
178. Is preoccupied with the feeling that someone or something has been irretrievably lost (e.g., love, youth, the chance for happiness, etc.).
179. Tends to be energetic and outgoing.
180. Has trouble making decisions; tends to be indecisive or to vacillate when faced with choices.
181. Tends to choose sexual or romantic partners who seem inappropriate in terms of age, status (e.g., social, economic, intellectual), etc.
182. Tends to be controlling.
183. Is psychologically insightful; is able to understand self and others in subtle and sophisticated ways.

184. Verbal statements seem incongruous with accompanying affect, or incongruous with accompanying non-verbal messages.
185. Tends to express intense and inappropriate anger, out of proportion to the situation at hand.
186. Has difficulty directing both tender feelings and sexual feelings toward the same person (e.g., sees people as respectable and virtuous, or sexy and exciting, but not both).
187. Tends to feel guilty or ashamed about his/her sexual interests or activities (whether consciously or unconsciously).
188. Work life tends to be chaotic or unstable (e.g., working arrangements seem always temporary, transitional, or ill-defined).
189. Tends to feel unhappy, depressed, or despondent.
190. Appears to feel privileged and entitled; expects preferential treatment.
191. Emotions tend to change rapidly and unpredictably.
192. Tends to be overly concerned with rules, procedures, order, organization, schedules, etc.
193. Lacks social skills; tends to be socially awkward or inappropriate.
194. Tries to manipulate others' emotions to get what s/he wants.
195. Tends to be preoccupied with death and dying.
196. Is able to find meaning and satisfaction in the pursuit of long-term goals and ambitions.
197. Tends to seek out or create interpersonal relationships in which s/he is in the role of caring for, rescuing, or protecting the other.
198. Is not verbally articulate; has limited ability to express self in words.
199. Tends to be passive and unassertive.
200. Is able to form close and lasting friendships characterized by mutual support and sharing of experiences.

**SWAP -200 VERSÃO BRASILEIRA**



1. Costuma se culpar ou se sentir responsável por coisas ruins que acontecem.
2. É capaz de usar seus talentos, habilidades e energia de forma produtiva e eficiente.
3. Tira vantagens dos outros; preocupa-se somente com suas necessidades e desejos; não tem interesse em valores morais.
4. Superestima a sua importância.
5. Costuma ser emocionalmente intrusivo(a); costuma não respeitar as necessidades de autonomia e privacidade dos outros.
6. Frequentemente é acometido(a) por pensamentos obsessivos que considera como sendo sem sentido ou intrusivos.
7. Demonstra incerteza quanto à própria identidade étnica e racial (ex. desvaloriza e rejeita ou supervaloriza e preocupa-se com a própria herança cultural).
8. Costuma entrar em disputas por poder.
9. Costuma pensar que os outros têm inveja dele/dela.
10. Sente que algumas pessoas têm uma habilidade especial, quase mágica de compreender seus pensamentos e sentimentos mais íntimos (ex. imagina uma afinidade tão grande entre elas que um esforço na comunicação se torna supérfluo).
11. Costuma se tornar rápida ou intensamente apegado(a) às outras pessoas, desenvolvendo sentimentos e expectativas, etc., que não correspondem a história ou ao contexto do relacionamento.
12. As emoções costumam fugir do controle levando a extremos de ansiedade, tristeza, raiva, excitação, etc.
13. Costuma usar seus problemas psicológicos ou médicos para evitar o trabalho ou responsabilidades (seja consciente ou inconscientemente).
14. Costuma culpar os outros pelas próprias deficiências e fracassos; costuma acreditar que seus problemas são causados por fatores externos.
15. Falta uma imagem estável de si mesmo ou de quem gostaria de se tornar (ex. atitudes, valores, objetivos, sentimentos sobre si mesmo podem ser instáveis).
16. Costuma ser raivoso(a) e hostil (seja consciente ou inconscientemente).
17. Costuma ser bajulador(a) (“puxa saco”) ou submisso(a) (ex. pode aceitar coisas que não concorda, ou que não quer fazer na esperança de receber apoio e aprovação).
18. Quando envolvido(a) romanticamente ou atraído(a) sexualmente costuma perder o interesse se for correspondido(a).
19. Gosta de desafios, sente prazer em realizar as coisas.
20. Costuma fraudar, mentir ou enganar os outros.
21. Costuma ser hostil em relação às pessoas do sexo oposto, seja consciente ou inconscientemente (ex. depreciando, competindo, etc.).
22. Costuma desenvolver sintomas somáticos como consequência de estresse ou conflitos (ex. dor de cabeça, dor nas costas, dor de barriga, asma, etc.).
23. Costuma se envolver romanticamente ou sexualmente em triângulos (ex. se interessa mais por parceiros que já se encontram envolvidos em outros relacionamentos).
24. Costuma ser pouco confiável e irresponsável (ex. pode não cumprir com as obrigações no trabalho ou deixar de honrar suas dívidas financeiras).
25. Tem dificuldade em reconhecer ou expressar raiva.
26. Costuma se envolver ou permanecer em relacionamentos nos quais é emocionalmente ou fisicamente abusado(a).
27. Tem ataques de pânico que podem durar de poucos minutos até poucas horas, acompanhados de alterações fisiológicas intensas (ex. aceleração cardíaca, falta de ar, sensação de sufocamento, náusea, tontura, etc.).
28. Costuma se preocupar com sujeira, limpeza, contaminação, etc. (ex. beber no copo de outra pessoa, sentar no vaso sanitário público, etc.).
29. Tem dificuldade de compreender o comportamento das outras pessoas; frequentemente não compreende, interpreta mal ou se atrapalha com as ações e reações dos outros.
30. Costuma se sentir letárgico(a), cansado(a) ou sem energia.
31. Costuma desconsiderar os direitos, propriedades ou segurança dos outros.
32. É capaz de manter um relacionamento amoroso significativo caracterizado por intimidade genuína e cuidado amoroso.
33. Parece inibido(a) na busca de objetivos ou sucesso; aspirações ou conquistas tendem a estar

abaixo do seu potencial.
34. Costuma ser sexualmente provocativo(a) ou sedutor(a), seja consciente ou inconscientemente (ex. flerta inapropriadamente, preocupa-se com conquistas sexuais, tem a propensão a criar falsas expectativas nos outros, etc.).
35. Costuma ser ansioso(a).
36. Costuma se sentir desamparado(a), sem poder ou à mercê de forças que estão fora do seu controle.
37. Sente-se bem em pertencer e contribuir com a comunidade (ex. organizações de bairro, igreja, vizinhança, etc.).
38. Costuma ter a sensação de não ser autêntico(a) na presença de outras pessoas; costuma se sentir falso(a) ou fraudulento(a).
39. Parece obter prazer e satisfação sendo sádico(a) ou agressivo(a) com os outros (seja consciente ou inconscientemente).
40. Tem tendência a se envolver em comportamento ilegal ou criminoso.
41. Parece incapaz de descrever as pessoas que lhe são importantes de uma forma realista; as descrições que faz das pessoas envolvem somente duas dimensões, sendo pobre nos detalhes.
42. Costuma sentir inveja.
43. Costuma buscar poder e influencia sobre os outros (seja de forma benéfica ou destrutiva).
44. A percepção da realidade pode se tornar completamente distorcida quando estressado(a) (ex. pode se tornar delirante).
45. Costuma idealizar algumas pessoas de modo irrealista; vê-las como “totalmente boas” excluindo delas os defeitos humanos comuns.
46. Costuma ser sugestível ou facilmente influenciado(a).
47. É inseguro quanto a se definir como heterossexual, homossexual ou bissexual.
48. Procura ser o centro das atenções.
49. Tem fantasias de ter sucesso, poder, beleza, talento ilimitados e de ser brilhante, etc.
50. Costuma sentir que a vida não tem sentido.
51. Costuma despertar a simpatia dos outros.
52. Possui pouca empatia; parece incapaz de compreender ou corresponder às necessidades e sentimentos dos outros a não ser que coincidam com os seus.
53. Costuma tratar os outros como uma plateia que testemunha a sua importância, o seu brilhantismo, sua beleza, etc.
54. Costuma sentir-se inadequado(a), inferior ou fracassado(a).
55. É capaz de encontrar sentido e autossatisfação guiando, orientando ou cuidando de outras pessoas.
56. Parece encontrar pouco ou nenhum prazer, satisfação ou divertimento nas atividades da vida.
57. Costuma sentir-se culpado(a).
58. Tem pouco ou nenhum interesse em ter relações sexuais com outra pessoa.
59. É empático(a); é sensível e responsivo(a) aos sentimentos e necessidades dos outros.
60. Costuma ser tímido(a) ou reservado(a) em situações sociais.
61. Costuma desvalorizar qualidades tradicionalmente associadas ao próprio sexo enquanto valoriza qualidades tradicionalmente associadas ao sexo oposto (ex. mulheres que denigrem a capacidade de cuidar e a sensibilidade emocional enquanto supervalorizam realizações e independência).
62. Costuma ser preocupado(a) com alimentos, dieta e comidas.
63. É capaz de ser efetivo(a) e apropriadamente assertivo(a) quando necessário.
64. O humor costuma variar em intervalos de semanas ou meses entre estados de excitação e depressão (altas oscilações implicando no Transtorno de Humor Bipolar).
65. Procura controlar ou exercer domínio sobre alguém importante (ex. esposa/marido; namorado/namorada; companheiros; membros da família), através da violência ou intimidação.
66. É excessivamente devotado(a) ao trabalho e a produtividade em detrimento do lazer e dos relacionamentos.
67. Costuma ser mesquinho(a) e retentivo(a) (seja com dinheiro, ideias, emoções, etc.).
68. Aprecia e responde bem ao senso de humor.
69. Tem dificuldade em se desfazer de coisas desgastadas ou inúteis; costuma acumular, colecionar, se apegar as coisas.
70. Tem episódios de comer compulsivo seguidos de comportamento purgativo (ex. provoca vômitos, abusa de laxantes, jejuns, etc.); tem episódios bulímicos.
71. Costuma buscar emoções extremas, novidades, aventuras, etc.
72. As percepções são superficiais, globais e impressionistas; tem dificuldade em focar nos

detalhes.
73. Costuma ser catastrófico(a), geralmente vê os problemas como desastrosos ou sem solução, etc.
74. Expressa as emoções de modo exagerado e teatral.
75. Costuma pensar de modo concreto e interpretar as coisas de forma literal; tem capacidade limitada para perceber metáforas, analogias e nuances.
76. Consegue provocar nos outros sentimentos semelhantes aos quais está sentindo (ex. quando enraivecido(a) age de forma a provocar raiva nos outros; quando ansioso(a) age de modo a induzir ansiedade nos outros).
77. Costuma ser muito carente ou dependente; exige constantemente ser reasegurado(a) e receber aprovação por parte dos outros.
78. Costuma expressar agressão de forma passiva e indireta (ex. cometendo enganos, procrastinando, esquecendo, sendo mal-humorado(a), etc.).
79. Costuma ver algumas pessoas como “totalmente más”, e perde a capacidade de perceber qualquer qualidade positiva que a pessoa possa ter.
80. Costuma ser sexualmente possessivo(a) ou ciumento(a), costuma estar preocupado(a) em relação a uma situação de infidelidade real ou imaginada.
81. Repetidamente reexperencia ou revive um evento traumático passado (ex. tem lembranças intrusivas ou sonhos recorrentes sobre o evento; teme ou se apavora quando algum evento atual é parecido ou simboliza o evento passado).
82. É capaz de ouvir informações que são emocionalmente ameaçadoras (ex. que desafiam crenças pessoais, percepções, auto-percepções), podendo utilizá-las e se beneficiar com elas.
83. Suas ideias e expectativas parecem clichê ou estereotipadas, como se tivessem sido tiradas de um livro ou de um filme.
84. Costuma ser competitivo(a) com os outros (seja consciente ou inconscientemente).
85. Experimenta conscientemente interesses homossexuais (quando esses interesses são moderados implicam numa bissexualidade; mas quando elevados, implicam exclusivamente em homossexualidade).
86. Costuma se sentir envergonhado(a) ou encabulado(a).
87. Rapidamente acredita que os outros desejam lhe prejudicar ou tirar vantagem sobre ele/ela; costuma perceber intenções maldosas nas ações e palavras das pessoas.
88. Costuma não ser suficientemente preocupado(a) com a satisfação das próprias necessidades; parece não se sentir merecedor(a) das coisas.
89. Parece ter conseguido elaborar experiências dolorosas vividas no passado, encontrando sentido e crescimento a partir dessas experiências.
90. Costuma se sentir vazio(a) ou entediado(a).
91. Costuma ser autocrítico(a), cria padrões muito altos e irreais para si mesmo e é intolerante com seus próprios defeitos.
92. É articulado(a); consegue se expressar bem através das palavras.
93. Parece saber menos sobre o mundo do que seria esperado em função da sua inteligência, experiência, etc.; parece ingênuo(a) ou inocente.
94. Possui uma vida sexual ativa e satisfatória.
95. Mostra-se confortável e à vontade em situações sociais.
96. Costuma despertar rechaço/aversão ou animosidade nos outros.
97. Costuma utilizar seus atrativos físicos em um grau excessivo para ganhar atenção e ser notado(a).
98. Costuma temer ser rejeitado(a) ou abandonado(a) por aqueles que lhe são emocionalmente significativos.
99. Parece associar a atividade sexual com perigo (ex. dano, punição, contaminação, etc.), seja consciente ou inconscientemente.
100. Costuma pensar de forma abstrata e intelectualizada, mesmo em assuntos pessoais.
101. Geralmente encontra satisfação e alegria em atividades da vida diária.
102. Possui uma fobia específica (ex. cobras, aranhas, cachorros, aviões, elevadores, etc.).
103. Costuma reagir a crítica com sentimentos de fúria ou humilhação.
104. Demonstra possuir pouca necessidade de companhia ou contato humano; é genuinamente indiferente a presença dos outros.
105. Costuma evitar confiar nas pessoas por medo de ser traído(a); acredita que as coisas que diga ou que faça serão usadas contra ele/ela.
106. Costuma expressar emoções de forma apropriada em termos de qualidade e intensidade de acordo com a situação.

107. Costuma expressar características ou maneirismos tradicionalmente associados com o próprio sexo em um grau exagerado (mulher super-feminina, homem super-masculino, “machão”).
108. Costuma restringir a ingestão de comida ao ponto de ficar abaixo do peso e desnutrido(a).
109. Tem a tendência em realizar comportamento automutilante (ex. cortar-se, queimar-se, etc.).
110. Costuma se ligar ou ficar interessado(a) afetivamente por pessoas que são emocionalmente inacessíveis.
111. Tem capacidade para reconhecer pontos de vista alternativos, mesmo em assuntos que despertam emoções intensas.
112. Costuma ser despreocupado(a) com as consequências das suas ações, parece sentir-se imune ou invulnerável.
113. Aparenta não sentir remorso por danos ou prejuízos causados aos outros.
114. Costuma ser crítico(a) com os outros.
115. Costuma quebrar coisas ou tornar-se fisicamente violento(a) quando irritado(a).
116. Costuma ver nas outras pessoas os próprios sentimentos e impulsos inaceitáveis ao invés de em si mesmo(a).
117. É incapaz de se acalmar ou se confortar quando estressado(a); precisa da atenção de outra pessoa para regular o próprio afeto.
118. Costuma ver as experiências sexuais como repugnantes ou nojentas.
119. Costuma ser inibido(a) ou retraído(a); tem dificuldade em reconhecer ou expressar os próprios desejos e impulsos.
120. Possui padrões éticos e morais e se esforça para mantê-los.
121. É criativo(a); é capaz de ver as coisas ou enfrentar os problemas de modo inovador.
122. As moradias onde vive costumam ser caóticas ou instáveis (ex. os ambientes são temporários, transitórios ou mal definidos; podem não ter telefone ou endereço fixo).
123. Costuma aderir rigidamente as rotinas diárias e se torna ansioso(a) ou desconfortável quando elas são alteradas.
124. Costuma evitar situações sociais por medo de sentir vergonha ou humilhação.
125. A aparência ou os modos parecem esquisitos ou peculiares (ex. aparência, higiene, postura, contato visual, ritmo da fala, etc. parece de alguma forma estranho(a) ou “esquisito(a)”).
126. Parece possuir um limitado ou pequeno repertório de emoções.
127. Costuma se sentir mal compreendido(a), maltratado(a), ou vitimizado(a).
128. Fantasia encontrar um amor perfeito e ideal.
129. Costuma se sentir conflituado(a) em relação a autoridade (ex. pode sentir que deve se submeter, se rebelar, buscar aprovação, derrotar, etc.).
130. Processos de raciocínio ou experiências perceptuais parecem esquisitas e idiossincráticas (ex. pode fazer inferências aparentemente arbitrárias; pode ver mensagens escondidas ou significados especiais em eventos comuns).
131. Possui dificuldade em se permitir experimentar emoções prazerosas intensas (ex. excitação, alegria, orgulho).
132. Costuma ter vários envolvimento sexuais; é promíscuo(a).
133. Costuma ser arrogante, desdenhosamente orgulhoso(a) ou indiferente.
134. Costuma agir impulsivamente, sem considerar as consequências.
135. Apresenta medos infundados de contrair doenças; costuma interpretar dores e mal-estares corriqueiros como sintomas de doenças; é hipocondríaco(a).
136. Costuma ser supersticioso(a) ou acreditar em fenômenos sobrenaturais ou mágicos (ex. astrologia, tarô, cristais, percepção extra-sensorial, auras, etc.).
137. Demonstra evidências de desejos ou interesses homossexuais inconscientes (ex. pode ser excessivamente homofóbico(a), ou pode mostrar sinais de atração por pessoas do mesmo sexo sem ter consciência disso).
138. Tende a entrar em estados alterados ou dissociados de consciência quando aflito(a) (ex. sente a si mesmo ou o mundo como estranhos, não familiares ou irrealis).
139. Costuma ser rancoroso(a); pode ruminar insultos ou desconsiderações por um longo período de tempo.
140. Tem uma perversão sexual ou um fetiche; segue um roteiro rígido ou exige condições específicas para poder obter gratificação sexual.
141. É extremamente identificado(a) com uma “causa” social ou política numa intensidade que parece excessiva ou fanática.
142. Costuma fazer gestos ou ameaças repetidas de tentativas de suicídio, seja “como um pedido de ajuda” ou tentando manipular os outros.

143. Costuma acreditar que somente poderá ser valorizado(a) por pessoas de alto <i>status</i> , assim como acredita que deve ligar-se exclusivamente a pessoas que são superiores ou “especiais”.
144. Costuma se ver como alguém lógico(a) e racional, não influenciado(a) por emoções; prefere agir como se as emoções fossem irrelevantes ou inconsequentes.
145. A fala costuma ser circunstancial, vaga, dispersa, tangencial, etc.
146. Costuma provocar tédio nas outras pessoas (ex. é capaz de falar incansavelmente, sem expressar sentimentos ou sobre assuntos sem importância).
147. Costuma abusar de bebidas alcoólicas.
148. Possui pouco <i>insight</i> sobre as próprias motivações, comportamentos etc.; é incapaz de considerar interpretações alternativas para as próprias experiências.
149. Costuma se sentir excluído(a); e/ou como “alguém de fora”; sente como se ele/ela não fizesse parte da situação ou grupo.
150. Costuma se identificar com pessoas admiradas num grau exagerado; costuma se tornar um(a) admirador(a) ou um(a) “discípulo(a)” (ex. “pega emprestado” atitudes, crenças, maneirismo, etc., de outra(s) pessoa(s)).
151. Parece sentir que as experiências passadas são uma série de eventos soltos ou desconexos; tem dificuldade de apresentar uma história de vida coerente.
152. Costuma reprimir ou esquecer eventos estressantes ou distorcer as lembranças relativas a esses eventos até o ponto de não mais reconhecê-los.
153. Relacionamentos interpessoais costumam ser instáveis, caóticos e de curta duração.
154. Costuma gerar reações extremas ou despertar sentimentos intensos nos outros.
155. Costuma descrever as experiências de modo genérico; não tem vontade ou é incapaz de oferecer detalhes específicos.
156. Possui uma distorção na imagem corporal; se vê como não atraente, grotesco(a), nojento(a), etc.
157. Costuma tornar-se irracional quando emoções fortes são despertadas; chega a demonstrar um declínio visível em seu nível de funcionamento normal.
158. Parece temer um compromisso amoroso de longa duração.
159. Costuma negar ou rejeitar as próprias necessidades de cuidado, conforto, envolvimento, etc., ou considerar tais necessidades inaceitáveis.
160. Não tem amigos nem relacionamentos íntimos.
161. Costuma abusar de drogas ilícitas.
162. Expressa sentimentos ou crenças contraditórias sem demonstrar estar incomodado com essa inconsistência; tem pouca necessidade de resolver a contradição entre as ideias.
163. Parece querer se “punir”; cria situações que levam a infelicidade ou ativamente evita oportunidades prazerosas e gratificantes.
164. Costuma agir ou sentir como se fosse moralmente superior aos outros.
165. Costuma distorcer desejos ou sentimentos inaceitáveis transformando-os em seu oposto (ex. pode expressar uma preocupação ou afeição excessiva enquanto demonstra sinais de uma não reconhecida hostilidade; sugere repulsa sobre assuntos sexuais enquanto demonstra sinais não reconhecidos de interesse ou excitação, etc.).
166. Costuma oscilar entre uma atitude descontrolada ou supercontrolada a respeito das próprias necessidades e impulsos (ex. suas necessidades e desejos são expressos impulsivamente e com pouca consideração pelas consequências ou então são repudiados sendo permitida pouca expressão dos mesmos).
167. Demonstra ao mesmo tempo precisar e rejeitar os outros (ex. deseja intimidade e cuidado, mas costuma rejeitá-los quando lhe são oferecidos).
168. Luta com desejos suicidas genuínos.
169. Teme tornar-se parecido(a) com um de seus pais (ou figura substitutiva desses) com o qual tem fortes sentimentos negativos, fará o possível para evitar/rejeitar atitudes ou comportamentos associados com aquela pessoa.
170. Costuma ser opositor(a), desafiador(a) ou pronto para discordar.
171. Parece temer ficar só; busca a qualquer custo evitar ficar sozinho(a).
172. Experimenta uma disfunção sexual específica durante a relação sexual ou nas tentativas de relação sexual (ex. inibição do orgasmo ou vaginismo nas mulheres; impotência ou ejaculação precoce em homens).
173. Costuma ficar preso(a) nos detalhes, frequentemente chegando ao ponto de perder o que é significativo numa dada situação.
174. Espera ser perfeito(a) (ex. na aparência, nas conquistas, no desempenho, etc.).

175. Costuma ser responsável e consciente de compromissos e obrigações.
176. Costuma confundir os próprios pensamentos, sentimentos ou traços de personalidade com os dos outros (ex. pode usar as mesmas palavras para descrever a si mesmo(a) e a outra pessoa, acredita que os dois compartilham pensamentos e sentimentos idênticos, lida com a pessoa como se fosse uma “extensão sua”, etc.).
177. Repetidamente convence os outros de que está comprometido(a) em mudar seu comportamento, mas volta novamente a apresentar os mesmos problemas anteriores; tende a convencer os outros de que “desta vez vai ser diferente”.
178. Preocupa-se com o sentimento de que algo ou alguém foi perdido de modo irrecuperável (ex. amor, juventude, a chance de ser feliz, etc.).
179. Costuma ser cheio(a) de disposição e extrovertido(a).
180. Tem dificuldade em tomar decisões, costuma ser indeciso(a) ou vacilar quando precisa fazer escolhas.
181. Costuma escolher parceiros(as) sexuais ou companheiros(as) que parecem inapropriados em termos de idade, <i>status</i> (ex. social, econômico, intelectual), etc.
182. Costuma ser controlador(a).
183. É psicologicamente capaz de <i>insight</i> ; é capaz de compreender a si mesmo e aos outros de um modo perspicaz e sofisticado.
184. Suas verbalizações parecem incoerentes com os afetos que as acompanham ou incoerentes com as mensagens não-verbais concomitantes.
185. Costuma expressar raiva de forma inapropriada e intensa, desproporcional à situação do momento.
186. Tem dificuldade em dirigir sentimentos ternos e sexuais em relação a uma mesma pessoa (ex. vê as pessoas como respeitáveis e com virtudes, ou como objetos sexuais e de excitação, mas não ambos).
187. Costuma se sentir culpado(a) ou envergonhado(a) em relação aos seus interesses ou atividades sexuais (consciente ou inconscientemente).
188. A vida profissional/laboral costuma ser caótica ou instável (ex. os trabalhos parecem ser sempre temporários, transicionais ou mal definidos).
189. Costuma se sentir infeliz, deprimido(a) ou desanimado(a).
190. Aparenta sentir-se privilegiado(a) e superior esperando tratamento preferencial.
191. As emoções costumam mudar rápida e imprevisivelmente.
192. Costuma ser super preocupado(a) com regras, procedimentos, ordem, organização, programações, etc.
193. Faltam-lhe habilidades sociais, tende a ser socialmente esquisito(a) ou inadequado(a).
194. Tenta manipular as emoções dos outros para obter o que deseja.
195. Costuma estar constantemente preocupado(a) com a morte ou o morrer.
196. É capaz de encontrar sentido e satisfação na busca de objetivos e ambições de longo prazo.
197. Costuma buscar ou criar relacionamentos interpessoais nos quais se coloca no papel de cuidador(a), salvador(a) ou protetor(a) dos outros.
198. Não é verbalmente articulado(a), possui limitada habilidade de se expressar com as palavras.
199. Costuma ser passivo(a) e indeciso(a).
200. É capaz de formar relacionamentos próximos e duradouros caracterizados por apoio mútuo e troca de experiências.

**Anexo 3****Entrevista Estruturada sobre o Processo Psicoterapêutico (EPP)****1) Informações sobre o/a terapeuta:**

Psicólogo(a)

Psiquiatra

Idade:

Experiência na prática clínica: ( ) anos ( ) meses

Você diria que sua orientação teórica tem como base principal:

- a) Teorias Psicanalíticas/psicodinâmicas
- b) Teorias Cognitivo-Comportamentais
- c) Teorias Biológicas
- d) Teorias Sistêmicas ou de Família
- e) Ecletismo teórico

**2) Informações sobre o/a paciente:**

Idade:

Grau de instrução:

ensino fundamental incompleto.

ensino fundamental completo

ensino médio incompleto

ensino médio completo

ensino superior completo

pós-graduação completo

Estado civil atual:

solteiro(a)

casado(a) (união estável)

viúvo(a)

separado(a)/divorciado(a)

Sexo:

Masculino

Feminino

Nº de filhos:

### 3) Situação atual do(a) paciente

em tratamento

só fez avaliação/triagem

interrompeu

alta

### 4) Informações sobre o processo terapêutico:

Freqüência:         1x p/sem             2x p/sem             3 ou mais x p/sem

-

Houve alteração recente na freqüência?  sim  não

Dia(s) da(s) sessão(ões) na semana: 2º 3º 4º 5º 6º

Número de faltas nos últimos 6 meses:

O paciente faz uso de medicação psiquiátrica:

Especifique \_\_\_\_\_

### 5) Informações sobre aspectos teórico-clínicos

- Motivo relatado pelo paciente para a busca pelo tratamento:
- Conflito atual:
- Conflito latente:



**MARQUE A PARTIR DE AGORA O QUE FOR PREDOMINANTE**

**6) Informações sobre a qualidade das relações de objeto (Incluída a Transferência):**

Terapeuta é visto basicamente como um (a): \_\_\_\_\_

**7) Quais aspectos o que o terapeuta considera estarem *contribuindo* para uma boa aliança terapêutica (marque até 3):**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Seu gênero (sexo)    | 4. <input type="checkbox"/> Qualidade da comunicação             | 7. <input type="checkbox"/> Frequência das sessões |
| 2. <input type="checkbox"/> Sua idade            | 5. <input type="checkbox"/> Nível sócio-cultural                 | 8. <input type="checkbox"/> Uso de medicação       |
| 3. <input type="checkbox"/> Valor da sessão      | 6. <input type="checkbox"/> Crise atual                          | 9. <input type="checkbox"/> Diagnóstico            |
| 10. <input type="checkbox"/> Experiência clínica | 11. <input type="checkbox"/> nenhuma das alternativas anteriores |  |

**8) Quais aspectos o terapeuta considera estarem *dificultando* uma boa aliança terapêutica(marque até 3)**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Seu gênero (sexo)    | 4. <input type="checkbox"/> Qualidade da comunicação             | 7. <input type="checkbox"/> Frequência das sessões |
| 2. <input type="checkbox"/> Sua idade            | 5. <input type="checkbox"/> Nível sócio-cultural                 | 8. <input type="checkbox"/> Uso de medicação       |
| 3. <input type="checkbox"/> Valor da sessão      | 6. <input type="checkbox"/> Crise atual                          | 9. <input type="checkbox"/> Diagnóstico            |
| 10. <input type="checkbox"/> Experiência clínica | 11. <input type="checkbox"/> nenhuma das alternativas anteriores |  |

**9) O terapeuta acredita que suas intervenções estão sendo predominantemente recebidas/entendidas pelo paciente como: (marque a mais prevalente)**

- |   |   |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Críticas    | 5. <input type="checkbox"/> capacidade de compreensão |
| 2. <input type="checkbox"/> Julgamentos | 6. <input type="checkbox"/> alimento                  |
| 3. <input type="checkbox"/> Acusações   | 7. <input type="checkbox"/> generosidade              |
| 4. <input type="checkbox"/> Ataques     | 8. <input type="checkbox"/> inteligência superior     |

**10) Quanto às reações contratransferenciais (sentimentos/afetos despertados no terapeuta): (marque até 3)**

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> competição      | <input type="checkbox"/> Desejo de ajudar | <input type="checkbox"/> Identificação             | <input type="checkbox"/> Superproteção |
| <input type="checkbox"/> Pena            | <input type="checkbox"/> Paralisia        | <input type="checkbox"/> Impaciência               | <input type="checkbox"/> Irritação     |
| <input type="checkbox"/> Raiva           | <input type="checkbox"/> Sonolência       | <input type="checkbox"/> Indiferença               | <input type="checkbox"/> Apatia        |
| <input type="checkbox"/> Mal compreensão | <input type="checkbox"/> Vazio            | <input type="checkbox"/> Abandono                  | <input type="checkbox"/> Impotência    |
| <input type="checkbox"/> Submissão       | <input type="checkbox"/> Domínio          | <input type="checkbox"/> De estar sendo controlado |  |

**11) No que se refere aos fenômenos resistenciais (caso esteja em ação, de que modo a resistência mais frequentemente se manifesta):**

- Atrasos às sessões
- Atraso no pagamento
- Faltas as sessões
- Atuações (*acting out*)
- Silêncios

Outros: \_\_\_\_\_

**12) Quando a relação terapêutica sofre algum tipo de abalo (por exemplo, frente a alguma situação de estresse, crise ou trauma, etc.) o terapeuta/analista tende a ser visto como:**

- 1  mãe que atende a todas os desejos e necessidades
- 2  uma mãe que somente frustra e decepciona
- 3  pai que protege o paciente de todo tipo de infortúnio
- 4  pai sádico que somente cobra, exige
- 5  mãe/pai responsáveis pelo insucesso do paciente
6.  nenhuma das anteriores

**13) Naqueles momentos em que a relação entre paciente-terapeuta transcorre sem problemas e que o vínculo está mais baseado no processo secundário e no princípio da realidade, o terapeuta costuma ser visto como:**

- 1 ( ) uma pessoa que colabora com a parte saudável do paciente que quer crescer, amadurecer
- 2 ( ) uma pessoa que reconhece tanto os aspectos positivos e adultos quanto os infantis
- 3 ( ) uma pessoa que tem seus defeitos e limitações mas que mesmo assim ajuda o paciente
- 4 ( ) uma pessoa perspicaz, atenta e que não se deixa enganar
- 5.( ) nenhuma das anteriores

**14) Frente as situações de vida que envolvam estresse, crise ou trauma a ansiedade predominante no paciente costuma ser expressa mediante:**

- ( ) Ataques de pânico, sensação de morte iminente, por vezes acompanhada de alterações fisiológicas ou busca de recursos tais como uso de álcool e outras drogas, *actings*, etc.
- ( ) Medo de não receber o suprimento afetivo das pessoas do mundo exterior, de ficar abandonado a própria sorte, sentimentos de vergonha e/ou de humilhação
- ( ) Sentimentos internos de culpa, medo de ter decepcionado, medo de ter fracassado como pessoa

**15) Mecanismos de defesa predominantes:**

- 1 ( ) Evoluídos e maduros: repressão, humor, intelectualização, sublimação, etc.
- 2 ( ) Primitivos e imaturos: dissociação, identificação projetiva, negação, idealização primitiva, etc.

**16) Atualmente qual a principal área da vida do(a) paciente que apresenta maiores problemas?**

- a ( ) Profissional
- b ( ) Familiar
- c ( ) Amorosa-Sexual
- d ( ) Social
- e ( ) Escolar/Acadêmica
- f) outras: \_\_\_\_\_

**17) Quais os traços de caráter que mais predominam:**

- 1. ( ) Dependência excessiva ou demasiado otimismo
- 2. ( ) Rigidez, pouca flexibilidade
- 3. ( ) Ambição, busca por poder
- 4. ( ) Competição, rivalidade
- 5. ( ) Capacidade para reconhecer e ajustar as próprias necessidades e desejos ao das outras pessoas.

**18) Segundo sua avaliação, a organização da personalidade do(a) paciente encontra-se em nível:**

- ( ) Neurótico
- ( ) Borderline
- ( ) Psicótico

**19) Hipótese diagnóstica para Transtorno de Personalidade segundo o DSM-IV seria:**

- ( ) Paranóide
- ( ) Esquizóide
- ( ) Esquizotípica
- ( ) Antissocial
- ( ) Borderline
- ( ) Histriônica
- ( ) Narcisista
- ( ) Esquiva
- ( ) Dependente
- ( ) Obsessivo-Compulsiva

**20. As demais questões se referem a determinados aspectos observáveis do comportamento do avaliando/paciente em relação a diversas áreas da vida, tais como:**

<b>20.1 Gerenciamento de dinheiro e dos gastos pessoais:</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Esteve envolvido(a) em algum momento com problemas com dívidas em cartão de crédito, empréstimos financeiros, etc.	( )	( )
Frequentemente se desorganiza em questões financeiras	( )	( )
Contraiu dívidas no último ano (dentro ou fora da família)	( )	( )
Compra/adquiri objetos/utensílios (bens, produtos) que em pouco tempo perdem sua importância ou deixam de ser “necessários”	( )	( )
Parece excessivamente preocupado em adquirir novidades (tecnológicas, bens produtos e serviços, etc.)	( )	( )
Preocupa-se frequentemente em estar na moda (carro, clube, vestimenta, produtos eletrônicos, etc.)	( )	( )
É sustentado(a) economicamente por familiares	( )	( )
<b>20.2 Hábitos científico-culturais e estéticos</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
É capaz de se entreter através da leitura (de livros, revistas, estudos, etc.), sem se sentir excessivamente angustiado(a), solitário(a), vazio(a), etc.	( )	( )

Convive com um grupo de pessoas (amigos, colegas) da mesma faixa etária e nível socioeconômico e cultural do seu

Costuma se divertir tendo uma vida social ativa (cinema, teatro, musica)

Toca algum instrumento musical

Possui algum grau de talento para arte (pintura, escultura, desenho, etc.)

Costuma frequentar ambientes e pessoas para as quais a arte é considerada um valor (bibliotecas, cinemas, teatros, museus, galerias de arte, etc.)

Se “distrai” facilmente esquecendo, perdendo, danificando, etc., seus bens e produtos ou o de outras pessoas

### ***20.3 Manutenção da adaptação social e trabalho***

Possui uma fonte renda fixa e regular decorrente do próprio trabalho

Exerce a profissão para a qual se qualificou

Não consegue ingressar ou se manter no mercado de trabalho

Consegue ter uma vida acadêmica ou laboral funcional

Atualmente exerce atividade profissional com carteira assinada

Exerce algum cargo público por concurso

É autônomo

Frequentemente adoece (desenvolve facilmente resfriados, gripes, enxaquecas, alta sensibilidade a dor) que interferem em sua vida pessoal, profissional, laboral, etc. ( ) ( )

Já foi demitido de emprego(s) sem justa causa ( ) ( )

#### **20.4 Hábitos alimentares e compulsões**

Apresenta alguma compulsão/obsessão alimentar ( ) ( )

Esta acima do peso ( ) ( )

Está abaixo do peso ( ) ( )

Frequentemente se preocupa com comer/comida ( ) ( )

Poderia ser dito que: “come para viver” ( ) ( )

**SIM NÃO**

Poderia ser dito que: “vive para comer” ( ) ( )

Pratica exercícios físicos regularmente ( ) ( )

Pratica atividades físicas de modo exagerado ( ) ( )

#### **20.5 Envolvimento com o Sistema Jurídico-Legal (polícia, prisão, processos, etc.)**

Já teve algum envolvimento com situações de violência/agressão ( ) ( )  
(como vítima ou agressor)

Responde algum processo na área criminal ( ) ( )

- Já esteve em alguma delegacia ou tribunal na qualidade de réu ( ) ( )
- Já esteve em algum presídio ainda que por poucas horas ( ) ( )
- Já foi condenado por algum delito/crime ( ) ( )
- Já cumpriu pena ou foi internado judicialmente ( ) ( )
- Já tirou a vida de outra pessoa ( ) ( )
- Se relaciona de forma conturbada com figuras que representam autoridade ( ) ( )

### **20.6 Identidade e sexualidade**

- Já fez alguma tentativa de suicídio na vida ( ) ( )
- Sua autoimagem é condizente com sua aparência ( ) ( )
- Já se submeteu a cirurgias plásticas por estética ( ) ( )
- É homossexual ( ) ( )
- Se considera bissexual ( ) ( )
- Consegue preservar sua integridade física e sua saúde praticando sexo de modo seguro ( ) ( )
- Constantemente muda os parceiros sexuais ( ) ( )
- Nunca teve parceiros sexuais ( ) ( )
- Possui alguma perversão sexual ( ) ( )
- Foi contagiado em algum momento por alguma doença sexualmente transmissível ( ) ( )



**20.8 Relacionamentos íntimos e com figuras parentais**

Brigou/se afastou (rompeu relações) com um familiar importante ( ) ( )

Costuma conseguir estabelecer uma relação de intimidade e dependência adequadas ( ) ( )

**SIM NÃO**

Foi vítima de abuso sexual na infância ( ) ( )

Teve ou tem relações rompidas com o pai ( ) ( )

Teve ou tem relações rompidas com a mãe ( ) ( )

Teve ou tem relações rompidas com irmãos ( ) ( )

Teve ou tem relações rompidas com filho(s) ( ) ( )

**20.7 Uso, abuso e dependência de álcool e drogas e outras adições**

Faz uso de álcool mais de 3x por semana ( ) ( )

Já se envolveu em acidentes de trânsito em razão de problemas com álcool e outras drogas ( ) ( )

Já causou morte envolvendo acidentes, brigas por ter ingerido álcool ou outras drogas ( ) ( )

- Já fez tratamento para DQ ( ) ( )
- Agride verbal ou fisicamente outras pessoas quando está sob o efeito de alguma substancia psicoativa ( ) ( )
- Passa mais tempo em interações virtuais (internet, TV) do que investindo em relacionamentos reais ( ) ( )
- Usa maconha ou alguma outra substancia “leve” com pretexto de “relaxar” ( ) ( )
- Usa cocaína para ficar alto (alegre, divertido, “solto”, concentrado no trabalho) ( ) ( )
- Faz uso de crack ( ) ( )