

**Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul
Faculdade De Medicina
Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e
Ciências do Comportamento
Curso De Mestrado**

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO
PERSONALITY DIAGNOSTIC QUESTIONNAIRE-4+ (PDQ-4+) PARA
O PORTUGUÊS BRASILEIRO**

Cristina Plentz Pessi

Orientadora: Prof. Dra. Simone Hauck

Porto Alegre, 2019.

Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul
Faculdade De Medicina
Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e
Ciências do Comportamento
Curso De Mestrado

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO
***PERSONALITY DIAGNOSTIC QUESTIONNAIRE-4+* (PDQ-4+) PARA**
O PORTUGUÊS BRASILEIRO

Cristina Plentz Pessi

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação
em Ciências Médicas:
Psiquiatria como requisito
parcial para obtenção do título
de Mestre em Psiquiatria.

Orientadora: Prof. Dra. Simone Hauck

Porto Alegre, 2019.

Pessi, Cristina Plentz
ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO PERSONALITY
DIAGNOSTIC QUESTIONNAIRE-4+ (PDQ-4+) PARA O PORTUGUÊS
BRASILEIRO / Cristina Plentz Pessi. -- 2019.
62 f.
Orientador: Simone Hauck.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do
Comportamento, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Transtornos da personalidade. 2. PDQ-4+. 3.
Adaptação transcultural . 4. Validação de escalas. I.
Hauck, Simone, orient. II. Título.

Agradecimentos

À minha orientadora, Dra. Simone Hauck, pelo apoio e incentivo, e por sempre acreditar na minha capacidade.

Aos colegas de grupo de pesquisa, fundamentais nesse processo, em especial ao Daniel Tornaim Spritzer, Carolina Stopinski Padoan, Pricilla Braga Laskoski e Luciana Terra, pela parceria e amizade que tornam o trabalho mais leve.

À minha família, pelo amor, dedicação e incentivo não só nesta, mas em todas as etapas da minha formação.

Ao Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da UFRGS, pelas oportunidades e aprendizados.

Aos residentes do Hospital São Pedro, pela motivação para seguir aprendendo cada vez mais.

Resumo

Transtornos da Personalidade (TP) são crônicos e possuem um impacto negativo no funcionamento pessoal e social do indivíduo. Constituem um importante fator de risco para o desenvolvimento de diversos transtornos psiquiátricos, especialmente transtornos de humor e abuso de substâncias, impactando negativamente no curso, prognóstico e tratamento das comorbidades. Sua prevalência na população é de 10 a 20%, podendo chegar a 50% entre os pacientes psiquiátricos. Sua detecção precoce é de extrema importância, pois a maioria destes pacientes geralmente busca tratamento apenas quando já existem outros transtornos psiquiátricos comórbidos. O desenvolvimento e validação de instrumentos auto-aplicáveis, que possam ser utilizados para identificar possíveis casos, possibilita que um maior número de indivíduos seja diagnosticado precocemente. Hyler desenvolveu um questionário auto-aplicável, o *Personality Diagnostic Questionnaire– 4+* (PDQ-4+), cuja primeira versão foi publicada em 1987, baseado nos critérios do DSM para os TPs. O objetivo desse estudo é o de descrever o processo de tradução e adaptação transcultural do (PDQ-4+) para o português brasileiro e avaliar a confiabilidade e validade de constructo dessa versão do instrumento.

Métodos: O instrumento original foi inicialmente traduzido por dois grupos independentes, compostos por psiquiatras e psicólogos, resultando em duas versões (P1 e P2) que, em um segundo momento, foram examinadas por um comitê de especialistas. Após a comparação das traduções, foi produzida, uma única versão final (PF1), que foi então retro-traduzida para o inglês por dois tradutores, cuja língua nativa é o inglês, originando duas novas versões (BT1 e BT2), que foram novamente avaliadas a fim de verificar o quanto estas diferiam do instrumento original em relação ao sentido do texto. A partir disso, foi produzida uma versão final, que foi retrotraduzida e enviada juntamente com a versão final em Português Brasileiro ao autor do instrumento original que aprovou na íntegra a versão definitiva. Posteriormente foi avaliada a confiabilidade e validade interna da versão brasileira do PDQ-

4+, que foi aplicada em uma amostra constituída por 646 participantes entre 18 e 86 anos, recrutados on-line através das redes sociais (Facebook e Whatsapp). O SPSS versão 20.0 foi utilizado para análise dos dados. A consistência interna foi examinada usando coeficientes alfa de Cronbach, e foi conduzida uma Análise Fatorial Exploratória com base na extração de componentes principais e rotação Promax a fim de explorar a estrutura subjacente da escala.

Resultados: Em relação à consistência interna, as escalas atingiram coeficientes alfa que variaram de 0,38 (TP Histriônico) a 0,69 (TP Evitativo). A média para os PDs foi de 0,55. A medida KMO indicou que a força das relações entre as variáveis foi alta (KMO = 0,88) e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo (qui-quadrado(66) = 2048,447, $p < 0.001$) indicando que era apropriado usar o modelo analítico fatorial. A Análise Fatorial Exploratória resultou em 3 fatores com autovalores > 1 , que foram responsáveis por 62,8% da variância total em uma estrutura que foi teoricamente interpretável.

Conclusões: Os resultados sugerem que a versão brasileira do PDQ-4 + tem consistência interna moderada, semelhante ao que foi encontrado em outros estudos. A análise fatorial identificou uma estrutura composta por 3 fatores principais, que corresponderam à proposta pelo DSM-5, que divide os TPs em 3 grupos.

Descritores: Transtornos da Personalidade; Adaptação transcultural; PDQ-4+; Validação de escalas; Validade interna. Psicometria; Análise fatorial exploratória.

Abstract

Personality Disorders (PDs) are chronic and have a negative impact on the personal and social functioning of the individual. They are an important risk factor for the development of several psychiatric disorders, especially mood disorders and substance abuse, negatively affecting the course, prognosis and treatment of comorbidities. The prevalence in general population is of 10 to 20%, reaching 50% among psychiatric patients. Its early detection is extremely important because most of these patients usually seek treatment only when there are other comorbid psychiatric disorders. The development and validation of self-report instruments, which can be used to identify possible cases, allows a greater number of individuals to be diagnosed early. Hyler developed a self-report questionnaire, the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4 +), that was first published in 1987, based on the DSM criteria for PDs. The purpose of this study is to describe the process of translation and cross-cultural adaptation of (PDQ-4 +) into Brazilian Portuguese and to evaluate the reliability and construct validity of this version of the instrument.

Methods: The original instrument was initially translated by two independent groups, composed of psychiatrists and psychologists, resulting in two versions (P1 and P2), which were then examined by a committee of experts. After the translations were compared, a single final version (PF1) was produced, which was then back-translated into English by two translators whose native language is English, resulting in two new versions (BT1 and BT2), which were again evaluated in order to verify how they differed from the original instrument in relation to the meaning of the text. From this, a final version was produced, which was back-translated and sent along with the final version in Brazilian Portuguese to the author of the original instrument that approved in its entirety the final version. The reliability and internal validity of the Brazilian version of the PDQ-4 +, which was applied in a sample consisting of 646 participants between 18 and 86 years old, was recruited online through social networks (Facebook and Whatsapp). SPSS version 20.0 was used for data analysis. The internal consistency was examined using Cronbach's alpha coefficients, and an Exploratory Factor Analysis was conducted based on the extraction of principal

components and rotation Promax in order to explore the underlying structure of the scale.

Results: In relation to internal consistency, the scales reached alpha coefficients ranging from 0.38 (Histrionic TP) to 0.69 (Avoidant TP). The mean for the PDs was 0.55. The KMO measure indicated that the strength of the relationships between the variables was high (KMO = 0.88) and the Bartlett sphericity test was significant ($\chi^2(66) = 2048,447, p < 0.001$) indicating that the data was suitable to factor analysis. The Exploratory Factor Analysis resulted in 3 factors with eigenvalues > 1 , which were explained 62.8% of the total variance in a structure that was theoretically interpretable.

Conclusions: The results suggest that the Brazilian version of PDQ-4 + has moderate internal consistency, similar to that found in other studies. The factor analysis identified a structure composed of 3 main factors, which corresponded to that proposed by DSM-5, which divides the PDs in 3 groups.

Keywords: Personality disorders; Cross-cultural adaptation; PDQ-4+; Scale validation; Internal validity; Psychometrics; Exploratory factor analysis.

Sumário

1	Lista de abreviaturas	11
2	Lista de tabelas	13
3	Introdução	14
3.1	Personalidade x Transtornos de Personalidade	15
3.2	Histórico do Diagnóstico dos Transtornos de Personalidade	16
3.3	Histórico dos Transtornos de Personalidade nas diversas edições do DSM	18
3.3.1	DSM-I (1952)	18
3.3.2	DSM-II (1968)	20
3.3.3	DSM III (1980)	21
3.3.4	DSM-III-R (1987)	22
3.3.5	DSM-IV (1994)	23
3.3.6	DSM-IV-TR (2000)	24
3.3.7	DSM-5 (2013)	24
3.4	<i>Personality Diagnostic Questionnaire-4+</i> (PDQ4+)	26
3.5	Adaptação transcultural e validação de instrumentos psicométricos	29
3.5.1	Adaptação transcultural de Instrumentos	29
3.5.2	Validação de instrumentos adaptados	29
4	Hipóteses	31
5	Objetivos	32
5.1	Objetivo geral	32
5.2	Objetivos específicos	32
6	Considerações éticas	33
7	Artigo	34
8	Conclusão e considerações finais	47
9	Referências bibliográficas	50

10 Anexos

10.1 Anexo I – *Personality Diagnostic Questionnaire-4+* (PDQ4+)53

10.2 Anexo II – Versão Brasileira do *Personality Diagnostic Questionnaire-4+* (PDQ4+)

.....58

1. Lista de Abreviaturas

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

AFE – Análise Fatorial Exploratória

APA – Associação Americana de Psiquiatria

BD – Bom Demais

CID – Classificação Internacional de Doenças

DP – Distúrbio da Personalidade

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

DSM-I – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 1ª edição

DSM-II – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 2ª edição

DSM-III – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 3ª edição

DSM-III-R – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 3ª edição – texto revisado

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª edição

DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª edição – texto revisado

DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição

ESC – Escala de Significância Clínica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDQ – *Personality Diagnostic Questionnaire*

PDQ-R – *Personality Diagnostic Questionnaire - revised*

PDQ-4+ – *Personality Diagnostic Questionnaire-4+*

TP – Transtorno de Personalidade

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SQ – Questionário Suspeito

2. Lista de Tabelas

Tabela 1. Modelo Hipocrático de Temperamento17

Tabela 2. Transtornos de Personalidade ao longo das edições do DSM26

Artigo

Table 1. PDQ-4+ - Prevalences and descriptive data46

Table 2. EFA (Promax rotation)46

3. Introdução

Transtornos da personalidade (TP) são descritos como um padrão de comportamento desadaptativo e inflexível que é relativamente estável ao longo do tempo e que leva a uma série de prejuízos no funcionamento do indivíduo, afetando suas habilidades cognitivas, estabilidade emocional, controle de impulsos e relações interpessoais (1). Estes transtornos têm curso crônico e estão presentes em 10 a 20% da população geral. Sua prevalência entre os pacientes psiquiátricos chega a 50%, e constituem um importante fator predisponente para que o indivíduo desenvolva outros transtornos psiquiátricos (2).

O DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição) descreve 10 transtornos de personalidade, que estão agrupados a partir de semelhanças descritivas em 3 grupos ou *clusters*. O Grupo A inclui o TP Paranoide, TP Esquizoide e TP Esquizotípico, descritos como tendo em comum a característica do afastamento interpessoal e da excentricidade; o Grupo B engloba o TP Histriônico, TP Narcisista, TP Antissocial e TP Borderline, que compartilham características dramáticas, impulsivas ou erráticas; o Grupo C, cuja característica central é a ansiedade, engloba o TP Obsessivo-compulsivo, TP Dependente e TP Evitativo. Um mesmo paciente pode apresentar mais de um transtorno de personalidade. (1)

TPs são um importante fator de risco para o desenvolvimento de diversos transtornos psiquiátricos, especialmente transtornos de humor e abuso de substâncias. Possuem um impacto negativo no curso, prognóstico e tratamento dessas comorbidades (3), estando associados à sua cronificação (4).

Desde as primeiras tentativas de sistematizar o diagnóstico dos TP, estabelecendo critérios que possibilitassem diagnósticos mais consistentes e menos subjetivos, o tema vem gerando polêmica, tanto no meio clínico quanto no acadêmico. No intuito de ampliar a confiabilidade e validade desses diagnósticos, uma série de instrumentos psicométricos vem sendo desenvolvidos e estudados, incluindo, dentre outros, testes psicológicos projetivos, entrevistas semi-estruturadas, e, mais recentemente, instrumentos auto-aplicáveis (5–7).

Na maioria dos contextos clínicos, tanto os testes psicológicos quanto as entrevistas semi-estruturadas geralmente não estão prontamente acessíveis, por dependerem de profissionais especializados para sua aplicação e interpretação. Por serem mais acessíveis e custo-efetivos, os instrumentos auto-aplicáveis vêm sendo cada vez mais estudados. (5, 6)

O *Personality Diagnostic Questionnaire-4+* (PDQ-4+) (7) é um instrumento auto-aplicável composto de 99 questões baseadas nos critérios do DSM-5 para os diferentes TPs, além de incluir outros dois diagnósticos de personalidade, o TP Passivo-agressivo e o TP Depressivo, que constavam na edição anterior do manual como condições que necessitavam de maiores estudos. Sua utilização como instrumento diagnóstico ainda é bastante questionada (8); no entanto, sua utilidade como instrumento de *screening* tem sido destacada, e sua capacidade para a detecção dos TP específicos vem sendo estudada.(9–11).

3.1 Personalidade X Transtornos de Personalidade

A personalidade e o temperamento são alvos do interesse humano há séculos. Historicamente, a palavra “personalidade” deriva da palavra Grega *persona*, que originalmente se referia às máscaras usadas pelos atores de teatro da época. Apesar de sua origem estar associada a uma representação de certa forma ilusória de determinados comportamentos e emoções, também nos fala de algo que torna manifesto/explicito características importantes daquele indivíduo (12).

Atualmente, o conceito de personalidade adquiriu significados muito mais profundos e complexos dos que os originários, referindo-se a aspectos constitucionais do indivíduo, abrangendo desde características mais evidentes, como padrões de comportamento, como aquelas que muitas vezes são sutis até para ele mesmo envolvendo aspectos inconscientes que influenciam diretamente na sua forma de perceber e vivenciar as relações com o mundo e consigo. A ideia de personalidade então abandonou o significado de uma simples manifestação – dramática ou não – para um complexo intrincado de interações

biológicas e psicológicas a partir do qual desenvolvemos uma forma única e particular de perceber, sentir e interagir.

Através da complexa relação entre componentes biológicos como o temperamento, manifesto desde as fases iniciais da vida, e da interação do indivíduo com o meio - e sua percepção desta interação, comportamentos, percepções e padrões relacionais vão sendo experimentados, constituídos e estruturados, visando sempre a melhor adaptação possível (13).

Uma personalidade considerada “saudável” ou adaptativa, portanto, pode ser caracterizada por uma capacidade de ajustar-se às mais diversas situações, lançando mão de diferentes estratégias de enfrentamento e comportamentos em diferentes cenários, de modo a adaptar-se da melhor forma possível. Em contrapartida, indivíduos que apresentam padrões rígidos e inflexíveis de relacionamento, cognição e percepção de si mesmos e do ambiente, tendem a ter dificuldade em se adaptar ao contexto em que vivem, o que geralmente acarreta significativo sofrimento e prejuízo em diversas áreas, configurando portanto, um transtorno de personalidade (12–14).

3.2 Histórico do Diagnóstico dos Transtornos de Personalidade

No mundo ocidental, a primeira descrição de diferentes tipos de personalidade de que se tem registro é o livro chamado “*The Characters*”, do filósofo grego Teofrasto (371 a.C. - 287 a.C.). Ele contém descrições de 30 diferentes tipos de caráter, que, após uma breve definição, são ilustrados por uma lista de cerca de dez exemplos que mostram como a pessoa tipicamente reagirá em diferentes situações da vida. Isso está de acordo com a noção, enfatizada desde o DSM-III, de que a personalidade é revelada por um padrão fixo de reagir à diferentes circunstâncias na vida (15).

No entanto, dentre os primeiros modelos ocidentais, o mais conhecido provavelmente seja o de Hipócrates, que, por volta de 400 a.C. criou um modelo que visava não apenas conceituar os diferentes temperamentos, mas também classificá-los, numa tentativa de compreender possíveis bases biológicas do temperamento. Ele propôs a teoria humoral, cujos protótipos são descritos na Tabela 1 (16,17).

HUMOR	ÓRGÃO	TEMPERAMENTO	CARACTERÍSTICAS
Sangue	Coração	Sanguíneo	corajoso, esperançoso, alegre, descontraído
Bile Amarela	Fígado	Colérico	ambicioso, líder, inquieto, irritável
Bile Negra	Baço	Melancólico	desanimado, quieto, analítico, sério
Fleuma	Cérebro	Fleumático	calmo, pensativo, paciente, pacífico

Tabela 1. Modelo Hipocrático de Temperamento

Desde o final do século XIX, diversos sistemas nosológicos vem sendo criados, a fim de descrever os transtornos mentais, bem como os mais diversos tipos de personalidade. Emil Kraepelin (1856-1926) introduziu os tipos de personalidade na classificação psiquiátrica moderna, sob o termo "personalidades psicopáticas", baseadas na descrição dos aspectos sociais e comportamentais. Naquela época, o significado do termo "psicopatia" se aplicava a "anormalidades da personalidade", delimitando, de certa forma, um subgrupo dentro do heterogêneo grupo das chamadas "doenças mentais". Além disso, Kraepelin propôs quatro temperamentos fundamentais: maníaco, irritável, ciclotímico e depressivo, que estão presentes em alguns indivíduos sem transtornos psiquiátricos e em pacientes nos intervalos entre os episódios de humor. (15)

Na mesma época, surgiu a psicanálise, que teve como precursor e representante máximo Freud. A teoria psicanalítica, também interessada em compreender mais profundamente a constituição da personalidade, desenvolveu uma tipologia característica onde diferentes funcionamentos de personalidade foram descritos. Subseqüentemente, mas seguindo essa tendência, surgiu a teoria psicodinâmica que, além de integrar diferentes conceitos, buscou estabelecer uma base teórica para estilos de personalidade considerados "normais" ou não-patológicos(18).

Embora historicamente a maioria dos modelos explicativos sobre personalidade e sua patologia tenham raízes na observação e na especulação, os modelos contemporâneos são cada vez mais baseados na pesquisa

científica, lançando mão de instrumentos padronizados de avaliação, bem como do estudo de diferentes populações, observando e produzindo dados epidemiológicos cada vez mais sólidos. Essas abordagens visam não apenas uma sistematização teórica da psicopatologia da personalidade, mas uma maior integração das diferentes teorias, a partir da compreensão de que a constituição da personalidade engloba fatores biológicos, genéticos, ambientais e psicológicos de forma complementar, não excludente.

Atualmente, dentre os diversos modelos propostos a fim de explicar e sistematizar o diagnóstico dos TP, podemos destacar dois sistemas classificatórios principais: CID-10 (19), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e o DSM-5 (1), desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) e amplamente utilizado tanto no âmbito clínico quanto para fins de pesquisa.

Como a maioria dos instrumentos para diagnóstico dos TP se baseiam nos critérios do DSM, incluindo o PDQ-4+, objeto de estudo desta pesquisa, foram considerados os critérios e categorias propostas pelo DSM-5. A fim de contextualizar a origem e mudanças desses critérios ao longo das últimas décadas, uma breve revisão é feita a seguir.

3.3 Histórico dos Transtornos de Personalidade nas diversas edições do DSM

3.3.1 DSM-I (1952)

A APA publicou seu primeiro manual diagnóstico, o *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM) em 1952. Posteriormente, quando se tornou evidente a necessidade de uma revisão e reformulação de seu conteúdo, este passou a ser conhecido como o DSM-I (15).

Este manual surgiu da necessidade de desenvolver uma taxonomia que permitisse aos clínicos unificar os critérios e deixar a confusão do final dos anos 40. Foi desenvolvida como uma variante da Classificação Internacional de Doenças-6 (CID-6) primeira edição da publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que incluiu uma seção específica para diagnósticos de transtornos mentais (20). Os psiquiatras americanos, apesar de terem participado

notavelmente no desenvolvimento da CID-6, apontavam limitações neste sistema classificatório, especialmente no que referia ao diagnóstico dos problemas de saúde mental dos militares que tinham participado da Segunda Guerra Mundial.

O DSM-I era essencialmente um glossário de descrições diagnósticas, que trazia pela primeira vez uma descrição das chamadas perturbações da personalidade, definidas como defeitos no desenvolvimento ou tendências patológicas a nível da estrutura da personalidade e subdivididas em três grupos: perturbações de padrão de personalidade, perturbações de traço de personalidade e perturbações de personalidade sociopática, que incluía diagnósticos de desvio sexual e abuso de substâncias. Cada um dos grupos referidos continha quatro categorias diagnósticas. (Tabela 2)

O primeiro grupo, chamado de Perturbações do Padrão de Personalidade, incluía os transtornos considerados como “*profundamente enraizados e imutáveis da terapia*”: Personalidade Inadequada, Esquizóide, Ciclotímica e Paranoide. O segundo grupo, as Alterações dos Traços de Personalidade, destinava-se a transtornos nos quais havia um prejuízo importante na capacidade de manter um equilíbrio emocional sob condições de estresse, e era constituído por: Personalidade Emocionalmente instável, Passivo-agressiva, Compulsiva e uma quarta categoria, denominada “Outras alterações de traços de personalidade”. O terceiro grupo, chamado de Perturbações Sociopáticas da Personalidade, referia-se a condutas que conflitavam com o ambiente cultural, e era subdividido em Reação Antissocial, Reação Dissocial, Desvio Sexual (no qual era incluído o homossexualismo) e Vícios. Havia também um quarto e quinto grupos, destinados á Sintomas de reação e Perturbações transitórias da personalidade que, embora estivessem agrupados junto com as Perturbações da Personalidade, referiam-se a distúrbios da aprendizagem, enurese e reações de ajustamento, que posteriormente deixaram de ser compreendidas como parte do grupo das perturbações da personalidade. (Tabela 2)

Apesar de ter tido uma boa recepção, esta edição foi muito influenciada pela teoria psicanalítica, tendo recebido críticas acerca da validade e confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos propostos, e do fato de que o clínico deveria escolher entre os diagnósticos de transtorno mental e personalidade quando ambos estavam presentes.

3.3.2 DSM-II (1968)

Em 1968, a APA introduziu o novo DSM-II. Esta revisão foi baseada na seção de transtornos mentais da nova versão da OMS, a CID-8. Ambos entraram em vigor no mesmo ano (15).

Embora não substancialmente diferente da primeira edição do manual, as modificações mais significativas nos TPs em relação ao DSM-I foram a inclusão de deterioro do funcionamento e/ou angústia pessoal como parte da definição destes transtornos, explicitando o prejuízo e sofrimento do indivíduo como critério diagnóstico, e a noção de que distúrbios da personalidade poderiam se sobrepor a distúrbios neuróticos ou psicóticos.

A divisão dos diagnósticos em grupos do DSM-I foi eliminada, dando espaço a um único grupo, denominado Distúrbios da Personalidade (DP), constituído por 12 categorias diagnósticas: DP Paranoide, Ciclotímica, Esquizoide, Explosiva, Anancástica ou Obsessivo-compulsiva, Histérica, Astênica, Antissocial, Passivo-agressiva, Inadequada, Outra desordem de personalidade específica e Outra desordem de personalidade não específica.

O alcoolismo e os desvios sexuais, apesar de ainda serem considerados traços de personalidade não adaptativos, deixaram de ser classificados como DPs e passaram a liderar seus próprios grupos diagnósticos. Os transtornos de aprendizagem, fala e as chamadas reações de ajustamento, que no DSM-I integravam o grupo de Perturbações da Personalidade deixaram de ser classificadas como tal.

Apesar de o DSM-II apresentar critérios mais semelhantes com os do CID-8, e conseqüentemente em maior consonância com a OMS, esta edição do manual também foi bastante controversa por não incluir nenhuma diretriz específica sobre quais critérios eram necessários ou suficientes para o estabelecimento de um diagnóstico, fazendo com que sua especificidade ainda fosse pouco confiável e, sua validade duvidosa.

Mesmo com a presença de critérios diagnósticos, os clínicos ainda dependiam de seus próprios julgamentos subjetivos e de suas habilidades. O DSM-II não cobria as necessidades de médicos ou pesquisadores. A localização

dos TPs em um eixo separado tornou-se cada vez mais urgente para resolver alguns desses problemas.

3.3.3 *DSM III (1980)*

Como seus predecessores, o DSM-III desenvolveu-se paralelamente à elaboração da CID-9, e sua publicação ocorreu em 1980 (15).

Em contraste com as duas primeiras edições do manual, ainda muito baseadas em conceitos advindos da psicanálise, a terceira edição do DSM buscava fazer uma abordagem mais científica e renovadora, utilizando-se de dados epidemiológicos e estatísticos. Muitos dos termos psicanalíticos até então utilizados para descrever sintomas e diagnósticos foram abandonados, dando lugar a descrições mais objetivas de aspectos comportamentais e manifestações clínicas. Seu objetivo era criar uma classificação comum em psicopatologia, que permitisse estabelecer diagnósticos mais precisos e confiáveis, facilitar tratamentos e aumentar a troca de informações entre diferentes profissionais.

O DSM-III foi definido como um modelo de diagnóstico categórico, onde cada transtorno ou síndrome foi definido a partir de um conjunto de critérios descritivos específicos, permitindo que o manual passasse a ser uma ferramenta clínica e de pesquisa com maior confiabilidade do que as versões anteriores.

Talvez a contribuição mais inovadora e mais importante do DSM-III tenha sido o estabelecimento de um sistema de diagnóstico multiaxial. Constituído por 5 eixos, esse modelo visava possibilitar que os diferentes aspectos envolvidos nos transtornos, como curso, etiologia e funcionamento social, entre outros, fossem contemplados separadamente, minimizando o risco de que aspectos importantes fossem negligenciados. No que diz respeito aos diagnósticos de transtornos mentais, os TPs passaram a constituir um eixo separado das demais síndromes clínicas, enfatizando a ideia de que eles poderiam estar sobrepostos a outros diagnósticos psiquiátricos, e garantindo que recebessem a atenção adequada como parte da avaliação do paciente.

A presença dos TPs em um eixo separado foi acompanhada por um notável aumento nos dados de prevalência (21) e, conseqüentemente, um interesse substancial em seu estudo, embora sua avaliação continuasse sendo considerada difícil/complexa para muitos profissionais (22).

Em relação à conceituação e classificação dos TPs, houve mudanças significativas. Os diagnósticos foram agrupados em três *clusters* ou grupos. No Grupo 1, que englobava os TPs considerados “estranhos ou excêntricos”, era composto pelo TP Paranoide, TP Esquizoide e TP Esquizotípico. No 2º grupo, definido como TPs que se apresentavam de forma “teatral, emocional ou errática”, estavam o TP Histriônico, TP Narcisista, TP Antissocial e TP Borderline. E no grupo 3º grupo, dos TPs “ansioso ou com medo”, foram incluídos o TP Evitativo, TP Dependente, TP Compulsivo e TP Passivo-agressivo. Com essa nova organização, desapareceram as personalidades astênicas e inadequadas; A ciclotomia deixou de ser TP e passou a ser classificada como um transtorno afetivo/de humor, e o TP Explosivo passou a integrar o grupo dos transtornos impulsivos. Novas categorias também apareceram: TP Evitativo, TP Dependente, Borderline e TP Narcisista.

Apesar das mudanças descritas, o DSM-III continuou a gerar diagnósticos de transtornos de personalidade com confiabilidade inadequada e um alto grau de inferência (23). No entanto, sua influência foi considerável. Seu surgimento permitiu diferenciar ao longo do século XX duas fases no estudo da personalidade: pré e pós-DSM-III. A primeira, dominada pelas descrições clínicas dos transtornos de personalidade, que adotaram duas abordagens muito diferentes (fenomenológica e psicanalítica); o segundo, baseado na separação dos TPs no eixo II e no uso de critérios diagnósticos.

3.3.4 DSM-III-R (1987)

Sete anos após a publicação do DSM-III, foi publicada sua revisão, o DSM-III-R, (15) trazendo modificações importantes na seção dos TPs (eixo II). Após a publicação do DSM-III, houve um grande avanço nas pesquisas sobre TP, e percebeu-se que, apesar dos avanços apresentados pela 3ª edição do manual, os diagnósticos permaneceram duvidosos e imprecisos em relação aos transtornos do eixo I. Foi necessário rever as definições dos TPs específicos do DSM-III, a fim de melhorar seus diagnósticos e reduzir o uso da categoria atípica ou mista, cuja prevalência era muito alta, apontando a necessidade de uma reformulação dos critérios diagnósticos dos demais TPs.

Em relação ao número de TPs específicos, foram mantidos os 11 diagnósticos, divididos nos três grupos (ver Tabela 2). No entanto o TP

Compulsivo passou a ser chamado de TP Obsessivo-compulsivo, e 2 TPs foram incluídos no apêndice, como condições que necessitavam de maiores estudos - os TPs Auto-destrutivo (ou Masoquista) e Sádico. Os TPs atípicos, mistos e outros passaram a ser classificados como inespecíficos.

Em alguns TPs não houve alterações em termos de critérios diagnósticos, enquanto que em outro, como TP Narcisista e Esquizoide, alterações substanciais foram feitas. (24).

3.3.5 DSM - IV (1994)

O DSM-IV introduz pela primeira vez um grupo de critérios diagnósticos para definir os TPs de forma geral. São eles: o início precoce dos sintomas, a longa duração, a inflexibilidade dos padrões comportamentais e/ou cognitivos e a presença de prejuízo funcional (15).

O DSM-IV também introduz mudanças nos critérios diagnósticos para alguns transtornos específicos (20), e o número de TPs é reduzido para dez, agrupados nos três grupos originalmente estabelecidos a partir do DSM-III. Grupo A (TP Paranoide, TP Esquizoide e TP Esquizotípico); grupo B (TP Antissocial, TP Borderline, TP Histriônico e TP Narcisista) e grupo C (TP Evitativo, TP Dependente e TP Obsessivo-compulsivo), além de uma 11ª categoria chamada de TP não especificado, para os casos em que os critérios para um transtorno de personalidade específico não são preenchidos, mas o indivíduo preenche os critérios gerais que indicam a presença de um TP.

O TP Passivo-agressivo, que pertencia ao grupo C do DSM-III-R passou a integrar o apêndice B, indicando a necessidade de estudos futuros, juntamente com o TP Depressivo. Os dois TPs que faziam parte do apêndice do DSM-III-R, TP TP Sádico e TP Auto-destrutivo/Masoquista, foram removidos do manual devido à falta de evidências que sustentassem seu diagnóstico.

3.3.6 DSM-IV-TR (2000)

O revisão da 4ª edição do manual, chamada de DSM-IV-TR (25) trouxe poucas mudanças em relação ao DSM-IV, e possivelmente um de seus maiores objetivos tenha sido atualizar seu conteúdo com as novas

informações disponíveis, para que ele não se tornasse obsoleto, em um período em que as discussões acerca das mudanças que fariam parte da 5ª edição do manual geravam bastante divergências, e apontavam para um intervalo maior dos que o das edições anteriores. As mudanças no Eixo II foram mínimas, estão resumidas no Apêndice D, e não incorporam novas propostas – uma tarefa reservada para o DSM-V. No texto introdutório, a alternativa dos modelos dimensionais na compreensão e definição dos TPs é enfatizada, porém não chega a ser desenvolvida.

Em relação aos TPs específicos, não há modificação dos critérios diagnósticos, mas algumas informações adicionais em termos de curso, prognóstico e prevalência são acrescentados, possibilitando não apenas uma melhor compreensão destes transtornos, mas também desconstruindo alguns estigmas. Dentre estas modificações, destacam-se:

-TP Borderline - apresenta informações adicionais significativas sobre o curso da doença. Pela primeira vez, é feita referência à importância do tratamento como um bom fator prognóstico, com uma melhora observada frequentemente durante o primeiro ano. São citados estudos que indicam que, após cerca de dez anos, até a metade dos pacientes não atende mais a todos os critérios necessários para que o diagnóstico seja estabelecido.

-TP Dependente – são citados alguns estudos que descrevem taxas de prevalência similar entre homens e mulheres, eliminando a provável associação entre esse transtorno e o gênero feminino.

-TP Obsessivo-compulsivo – a associação deste TP com os transtornos de ansiedade, especialmente com o Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC), foi considerada de forma mais consistente, abrindo espaço para que novos estudos e estratégias terapêuticas pudessem ser desenvolvidas.

3.3.7 DSM-5 (2013)

Os critérios para transtornos da personalidade na Seção II do DSM-5 (1) não se modificaram em relação ao DSM-IV. Uma abordagem alternativa, baseada em uma perspectiva dimensional dos TP foi desenvolvida para o DSM-5 e pode ser encontrada na Seção III. Nesse modelo de abordagem dimensional,

os TP são caracterizados por prejuízos no funcionamento da personalidade e por traços de personalidade patológicos.

Para os critérios gerais para transtorno da personalidade, apresentados na Seção III, foi desenvolvido um critério revisado do funcionamento da personalidade com base em uma revisão da literatura de medidas clínicas confiáveis de prejuízos centrais para a patologia da personalidade. Um diagnóstico de transtorno da personalidade – especificado pelo traço, baseado no prejuízo moderado ou mais grave no funcionamento da personalidade e na presença de traços de personalidade patológicos, substitui o transtorno da personalidade sem outra especificação e fornece um diagnóstico muito mais informativo para indivíduos que não são descritos como tendo um transtorno da personalidade específico. Uma ênfase maior no funcionamento da personalidade e em critérios baseados nos traços aumenta a estabilidade e a base empíricas dos transtornos.

Os diagnósticos específicos de transtorno da personalidade que podem ser derivados desse modelo incluem os TP Antissocial, Evitativa, *Borderline*, Narcisista, Obsessivo-compulsiva e Esquizotípica, sendo os demais TP descritos de acordo com os traços. Traços de personalidade patológicos estão organizados em cinco domínios amplos: Afetividade Negativa, Distanciamento, Antagonismo, Desinibição e Psicoticismo. Dentro dos cinco domínios de traços amplos encontram-se 25 facetas de traços específicas que foram desenvolvidas inicialmente a partir de uma revisão dos modelos de traços existentes e posteriormente por meio de pesquisas sucessivas com amostras de pessoas que procuraram serviços de saúde mental.

Perturbações no funcionamento individual e interpessoal constituem o núcleo da psicopatologia da personalidade e, nesse modelo diagnóstico alternativo, são avaliadas em um *continuum*. O funcionamento individual envolve identidade e autodirecionamento; o funcionamento interpessoal envolve empatia e intimidade.

Classificação dos Transtornos de Personalidade							
DSM-I (1952)	DSM-II (1968)	DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV (1994) e DSM-IV-TR (2000)		DSM-5 (2013)	
Inadequada	Inadequada	Grupo "excêntricos"	Paranoide	Grupo A	Paranoide	Grupo A	Paranoide
Esquizoide	Esquizoide		Esquizoide		Esquizoide		Esquizoide
Ciclotímica	Ciclotímica		Esquizotípica		Esquizotípica		Esquizotípica
Paranoide	Paranoide	Grupo "teatral / emocional / errático"	Histriônica	Grupo B	Histriônica	Grupo B	Histriônica
Emocionalmente instável	Explosiva		Narcisista		Narcisista		Narcisista
Passivo-agressiva	Passivo-agressiva		Borderline		Borderline		Borderline
Compulsiva	Obsessivo-compulsiva		Antissocial		Antissocial		Antissocial
Outras perturbações de traços de personalidade	Astênica	Grupo "ansiosos"	Evitativa	Grupo C	Evitativa	Grupo C	Evitativa
	Antissocial		Dependente		Dependente		Dependente
Reação Antissocial	Outras perturbações da personalidade especificadas		Compulsiva		Obsessivo-compulsiva		Obsessivo-compulsiva
Reação Dissocial			Passivo-agressiva		Transtorno de personalidade não especificado		
Desvio Sexual	Outras perturbações não especificadas da personalidade	Perturbações da personalidade atípicas, mistas ou outras		Transtorno de personalidade não especificado		Transtorno de personalidade não especificado	
Vícios		Apêndice	Sádica	Passivo-agressiva (Negativista)	Apêndice		
			Auto-destrutiva (Masoquista)	Depressiva			

Tabela 2 – Classificação dos Transtornos de Personalidade ao longo das edições do DSM

3.4 Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ4+)

A primeira versão do *Personality Diagnostic Questionnaire* (PDQ) (26) foi desenvolvida a partir dos critérios do DSM-III para os 11 transtornos do eixo II,

sendo o primeiro instrumento auto-aplicável destinado a avaliar a presença de TPs segundo essa classificação. O PDQ é composto de 163 itens de resposta dicotômica (V / F) e, diferentemente da versão atual, utiliza uma ou mais questões para cada critério diagnóstico. Além disso, possui três escalas adicionais que avaliam a ansiedade subjetiva e se propõe a medir um possível viés nas respostas. Em 1987, após a publicação do DSM-III-R, o instrumento foi revisado, adequando-se às mudanças apresentadas em relação à edição anterior do manual, originando o PDQ-R (27). A estrutura do questionário se mantém semelhante, porém agora contando com 152 itens que avaliam os 13 transtornos de personalidade contidos no DSM-III-R – 11 TPs específicos do eixo II e 2 que são apresentados como condições que necessitam de maiores estudos.

O PDQ-4+ mantém a estrutura das versões anteriores, contendo 99 itens de verdadeiro/falso, que se propõe a facilitar o diagnóstico dos 10 TP do DSM-IV, bem como dos 2 TP presentes no apêndice (Passivo-agressiva e Depressiva). O preenchimento leva cerca de 20-30 minutos. O PDQ-4+ é usado tanto na prática clínica quanto em pesquisas, e já foi traduzido para diversos idiomas (7).

Em 2013 foi publicada a 5ª edição do manual (DSM-5), na qual não houve alteração dos critérios diagnósticos dos TP. Dessa forma, as propriedades diagnósticas do instrumento permanecem as mesmas.

Cada item no PDQ-4+ corresponde diretamente a um único critério de diagnóstico do DSM-5, e uma resposta de “verdadeiro” indica que o item deve ser classificado como patológico. Através do instrumento é possível avaliar individualmente cada TP, bem como a pontuação total.

Além dos itens relativos aos critérios diagnósticos, estão distribuídas ao longo do instrumento questões pertencentes a duas subescalas cujos itens visam avaliar a validade das respostas do indivíduo. A subescala “bom demais” (BD) foi projetada para detectar subnotificação. Três dos quatro itens incluídos nesta escala são marcados inversamente de tal forma que “falso”, em vez de “verdadeiro”, é a resposta patológica. Se um paciente / sujeito pontua dois ou mais desses itens, ele pode estar subnotificando sua patologia para se apresentar de forma “muito boa”. A subescala “questionário suspeito” (QS) foi criada para identificar indivíduos que estão mentindo, respondendo

aleatoriamente, não levando o questionário a sério ou com dificuldade de compreensão dos itens da escala. Estas escalas encontram-se distribuídas entre as perguntas referentes aos TP (7).

A pontuação total do PDQ-4+ é um índice geral para TP, e é determinada pela soma de todas as respostas patológicas excluindo as escalas de validade BD e QS.

Os resultados dos estudos que utilizaram as diversas versões do PDQ indicam que uma pontuação total de 50 ou mais indica uma probabilidade substancial de o paciente ter um transtorno de personalidade significativo. Pacientes em terapia, mas que, segundo seus terapeutas, não apresentam um transtorno de personalidade que acarrete prejuízo significativo, escore entre 20-50 e controles normais geralmente têm pontuação igual ou inferior a 20.

Os itens do instrumento são frases descrevendo comportamentos associados aos diversos TP (por exemplo, "eu estou frequentemente com medo de que se aproveitem de mim"), e o indivíduo é solicitado a indicar se cada descrição é "geralmente verdadeira" ou "geralmente falsa" para ele.

Para que o PDQ tenha maior validade diagnóstica, se o paciente indicar como verdadeiro um número suficiente de comportamentos relacionados a um TP específico, dever ser administrada a Escala de Significância Clínica (ESC), onde o examinador primeiramente solicita que o participante revise suas respostas à série de perguntas que são indicativas de um TP, para depois responder a uma série adicional de perguntas sobre a duração dos traços comportamentais, situações em que eles ocorrem, se os traços causaram problemas para o paciente, se os traços estão relacionados a outros transtornos psiquiátricos (por exemplo, um episódio de humor), e se o paciente sente-se incomodado com tais comportamentos. Como o objetivo desse estudo foi a validação da escala auto-aplicável, em uma amostra da comunidade, essa etapa não foi realizada.

Apesar de os autores indicarem que estas informações seriam suficientes para o diagnóstico de um transtorno de personalidade, os diagnósticos devem ser sempre confirmados por uma entrevista clínica.

3.5 Adaptação transcultural e validação de instrumentos psicométricos

3.5.1 Adaptação Transcultural de Instrumentos

A adaptação de instrumentos psicológicos é uma tarefa complexa, que exige planejamento e rigor quanto à manutenção do seu conteúdo, das suas características psicométricas e da sua validade, considerando a população a quem se destina (28). Ao se adaptar um instrumento, deverão ser considerados os aspectos culturais, idiomáticos, linguísticos e contextuais concernentes à sua tradução (29), a fim de que o instrumento seja capaz avaliar as mesmas medidas em diferentes populações.

Em geral, a literatura aponta que a adaptação de um instrumento deve ser constituída por cinco etapas essenciais: 1) tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma-alvo, 2) realização da síntese das versões traduzidas, 3) análise da versão sintetizada por juízes *experts*, 4) tradução reversa para o idioma de origem (*back translation*), e 5) estudo-piloto (29,30). No entanto, entende-se que, nessas etapas, não estão incluídos alguns aspectos importantes para o processo de adequação da nova versão de um instrumento, como, por exemplo, a avaliação conceitual dos itens pela população-alvo e a discussão com o autor do instrumento original quanto a ajustes e modificações propostas na nova versão do instrumento.

3.5.2 Validação de instrumentos adaptados

Adaptar e validar um instrumento são, portanto, passos distintos, porém complementares. Enquanto o primeiro processo assegura a equivalência conceitual e idiomática do novo instrumento (31), ainda é necessária avaliar suas propriedades psicométricas. (32).

A processo de validação visa avaliar a estabilidade, homogeneidade e equivalência do instrumento, utilizando diferentes procedimentos e testes estatísticos (33), e refere-se à capacidade de um instrumento medir com exatidão o fenômeno a ser estudado. (34).

A confiabilidade ou a fidedignidade é a capacidade de um instrumento mensurar fielmente o fenômeno proposto. Consiste na primeira e indispensável propriedade que o instrumento deve ter. O Alfa de Cronbach (α) (35) é uma medida muito utilizada de confiabilidade – um indicador da validade interna do

instrumento – que fornece a proporção de covariância na variância dos itens. Em outras palavras, avalia em que grau os itens se correlacionam entre si. O valor do α varia de 0 a 1 – sendo que valores mais altos indicam maior consistência interna do constructo – e é influenciado tanto pelo valor das correlações dos itens quanto pelo número de itens avaliados. Portanto, fatores com poucos itens tendem a apresentar menores valores de alfa (36).

Em geral, os instrumentos são construídos para mensurar construtos que, mesmo sendo latentes, devem apresentar uma estrutura relativamente organizada. Em estudos de validação de instrumentos para uso em novos contextos, espera-se encontrar uma estrutura relativamente similar à do instrumento original, indicando que a nova versão mantém a capacidade de medir as variáveis propostas. Técnicas de análises fatoriais exploratórias (AFEs) e análises fatoriais confirmatórias (AFCs) devem ser utilizadas para auxiliar o pesquisador na escolha da estrutura que seja mais plausível para a amostra (37).

O princípio central na análise fatorial é o da parcimônia: um grande número de variáveis observadas pode ser explicado por um número menor de variáveis hipotéticas, não-observadas. Estas variáveis hipotéticas, também chamadas de fatores, são responsáveis pelo fato de as variáveis observadas correlacionarem entre si. A análise fatorial tem sido considerada um dos métodos estatísticos mais poderosos para reduzir a complexidade de uma grande quantidade de variáveis a uma estrutura relativamente simples, consistindo de um número menor de fatores, que são combinações lineares de variáveis observadas (37,38).

No contexto da validação de escalas, a análise fatorial é utilizada para avaliar a validade de construto das medidas. A validade de construto é reforçada se a estrutura fatorial da escala é consistente com os construtos que o instrumento propõe medir. Espera que seu resultado revele alguns dos construtos esperados (baseado na estrutura fatorial do instrumento original, bem como em modelos teóricos), no entanto, muitas vezes, revela fatores adicionais não esperados. Se a análise fatorial falha na detecção dos construtos subjacentes ou se os construtos detectados são inconsistentes com os modelos já existentes, a validade de construto da escala é comprometida (39).

4. Hipóteses

Considerando as capacidades psicométricas do PDQ-4+ nas versões já validadas em outros idiomas, testaram-se as seguintes hipóteses:

- Que a tradução e adaptação do PDQ-4+ estejam adequadas à população Brasileira;
- Que a versão do PDQ-4+ adaptada para o Português Brasileiro tenha capacidades psicométricas semelhantes às do instrumento original;

5. Objetivos

5.1 Objetivo geral

- Traduzir, adaptar e validar o *Personality Diagnostic Questionnaire-4+* (PDQ4+) para o Português Brasileiro

5.2 Objetivos específicos

- Avaliar a confiabilidade da versão Brasileira do PDQ-4+;
- Avaliar a validade de constructo da versão Brasileira do PDQ-4+;

6. Considerações Éticas

Este projeto está de acordo com a Declaração de Helsinque e com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CAAE 89702318200005327). Todos os indivíduos concordaram em participar voluntariamente e forneceram um consentimento informado on-line após receberem uma explicação completa do estudo. O questionário foi disponibilizado em uma plataforma online amplamente utilizada para fins de pesquisa, pois garante o anonimato dos sujeitos envolvidos (SurveyMonkey™).

7. Artigo

Journal of PERSONALITY DISORDERS

[Manuscript Home](#) [Author Instructions](#) [Reviewer Instructions](#) [Help](#) [Site Suggestions](#) [Tips](#) [Logout](#) [Journal Home](#)

Detailed Status Information

Manuscript #	2019JPD001585
Current Revision #	0
Submission Date	2019-02-25 10:51:12
Current Stage	Initial QC
Title	Transcultural adaptation and validation of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) to Brazilian Portuguese
Running Title	PDQ-4+ - Brazilian Portuguese version
Manuscript Type	Regular Article
Special Section	N/A
Corresponding Author	Dr. Cristina Pessi (Universidade Federal do Rio Grande do Sul)
Contributing Authors	Dr. Daniel Spritzer , Mrs. Luciana Terra , Katarzyna Kaliszewska-Czeremska , Stéphanie Laconi , Dr. Simone Hauck
Abstract	Personality disorders are chronic and have a negative impact on the personal and social functioning of the individual. They are an important risk factor for the development of several psychiatric disorders, but they are usually underdiagnosed. The use of self-report instruments for screening could improve identification. This study performed the cross-cultural adaptation and validation of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) to Brazilian Portuguese in a non-clinical sample of Brazilian adults. Internal consistency was examined using Cronbach's alpha coefficient and ranged from 0.38 to 0.69 for specific personality disorders. An Exploratory Factor Analysis was conducted and yielded three factors, which were explained 62.8% of the total variance. The results suggest that the Brazilian version of PDQ-4+ has moderate internal consistency, similar to that found in other studies. The factor analysis identified a structure composed of three main factors, comparable to that proposed by DSM-5.
Associate Editor	Not Assigned
Key Words	Personality disorders, PDQ-4+, Cross-cultural adaptation, Psychometrics, Exploratory factor analysis
Conflict of Interest	No, there is no conflict of interest that I should disclose, having read the above statement.

Stage	Start Date
Initial QC	2019-02-25 10:51:12
Manuscript Submission	2019-02-25 08:21:55



[Manuscript Home](#) | [Author Instructions](#) | [Reviewer Instructions](#) | [Help](#) | [Logout](#) | [Journal Home](#)

Terms of Service Licensed under Patent #US 7,620,555B1

Transcultural adaptation and validation of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) to Brazilian Portuguese

Cristina Plentz Pessi, Daniel Tornaim Spritzer, Luciana Terra,
Katarzyna Kaliszewska-Czeremska, Stéphanie Laconi, Simone Hauck

Personality disorders are chronic and have a negative impact on the personal and social functioning of the individual. They are an important risk factor for the development of several psychiatric disorders, but they are usually underdiagnosed. The use of self-report instruments for screening could improve identification. This study performed the cross-cultural adaptation and validation of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) to Brazilian Portuguese in a non-clinical sample of Brazilian adults. Internal consistency was examined using Cronbach's alpha coefficient and ranged from 0.38 to 0.69 for specific personality disorders. An Exploratory Factor Analysis was conducted and yielded three factors, which were explained 62.8% of the total variance. The results suggest that the Brazilian version of PDQ-4+ has moderate internal consistency, similar to that found in other studies. The factor analysis identified a structure composed of three main factors, comparable to that proposed by DSM-5.

Personality Disorders (PDs) are defined by the 5th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) as “a persistent pattern of internal experience and behavior that deviates sharply from the expectations of the individual's culture” (APA, 2013). This inflexible pattern usually begins in adolescence or early adult age, is stable over time, leads to suffering or injury, and is manifested in at least two of the following areas: cognition, affectivity, interpersonal functioning, or impulse control. PDs are common and chronic. They occur in 10 to 20% of the population in general (W. Livesley, 2001), and approximately 50% of all psychiatric patients, being often comorbid with other clinical syndromes (Newton-Howes et al., 2014; Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005).

The PDs are grouped into three clusters based on descriptive similarities. Cluster A includes Paranoid, Schizoid and Schizotypal PDs. Individuals with these disorders often appear odd or eccentric. Cluster B includes Antisocial, Borderline, Histrionic and Narcissistic PDs. Individuals with these disorders often appear dramatic, emotional, or

erratic. Cluster C includes Avoidant, Dependent, and Obsessive-compulsive PDs. Individuals with these disorders often appear anxious or fearful (APA, 2013).

In order to improve the validity and reliability of Personality Disorders diagnosis, several questionnaires and structured or semi-structured interviews have been proposed and used in research studies (Bagby & Farvolden, 2004; Furnham, Milner, Akhtar, & Fruyt, 2014; W. J. Livesley, 2011), but there is no consensus on the more effective way to diagnose PDs (Clark, 2007; John, 2000; Zimmerman, 1994).

The Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) is a 99 item, self-administered, true/false screening questionnaire that facilitates personality diagnoses consistent with the DSM-IV criteria for Personality Disorders (PD) which also includes Depressive and the Passive-Aggressive (Negativistic) PDs, that were listed on the DSM-IV appendix. The first PDQ version was developed in 1983, based on the DSM-III criteria for PDs. The instrument was reviewed after the DSM-III-R was published in 1987 and, subsequently, the PDQ-R (Steven E. Hyler et al., 1988) was introduced. After the 1994 publication of the DSM-IV, the PDQ-4 was developed (S E Hyler, 1994b), and then updated to the PDQ-4+ (S E Hyler, 1994a), which comprises the additional diagnoses of Passive-Aggressive (or Negativistic) PD and Depressive PD that are included in the appendix of DSM-IV. Since the criteria for PDs didn't change in the 5th edition of the manual, the diagnostic properties of PDQ-4+ remain.

The PDQ-4+ is used in clinical practice and in research projects throughout the world and has been translated in several different languages. The assessment takes approximately 20-30 minutes to complete (Hyler, 1994b). Each item in the PDQ-4+ corresponds directly to a single DSM-5 diagnostic criterion and a response of "true" indicates that the item is to be scored as pathological. It also includes two subscales ("Too Good" and "Suspect Questionnaire"), whose items are randomly distributed among the

others, in order to evaluate if the individual is providing reliable answers. The “Too Good” (TG) scale is designed to pick up under-reporting. It consists in four items, and if a patient/subject scores two or more TG items, the individual may be under-reporting their pathology so as to present themselves in a “too good” fashion. The “Suspect Questionnaire” (SQ) scale contains two items that were designed to identify individuals who are either lying, responding randomly, not taking the questionnaire seriously or literacy may be an issue. A true response to either of the SQ items is an indication that the results for the questionnaire are suspect (Bagby & Pajouhandeh, 1997; S E Hyler, 1994a).

The Total PDQ-4+ total score is an index of overall personality disturbance and is determined by summing all the pathological responses excluding the TG and SQ validity scales. Results from studies showed that a Total Score of 50 or more indicates a substantial likelihood that the patient has a significant personality disturbance (S E Hyler, 1994a)

If the patient indicates a sufficient number of behaviors related to a specific PD as true, the Clinical Significance Scale (CSS) should be administered, where the examiner first requests that the participant review his answers to the series of questions that are indicative of a PD, to then answer an additional set of questions about the duration of behavioral traits, situations in which they occur, whether the traits caused problems for the patient, whether the traits are related to other psychiatric disorders (eg, a mood episode) , and if the patient feels uncomfortable with such behaviors (S E Hyler, 1994a).

The objectives of the present study were the translation and cross-cultural adaption of PDQ-4+ to Brazilian Portuguese, as well as its validation that included the analysis of the psychometric properties of the Brazilian Portuguese version in terms of internal consistency and factorial structure.

Method

Participants

The sample consisted of 646 participants (167 males, 478 females, and 1 who didn't inform), Brazilian adults, between 18 and 86 years (mean = 40.6, SD = 13.4) which were recruited online via social media (Facebook and WhatsApp).

The questionnaire was available in an online platform widely used for research purposes, since it guarantees the anonymity of the subjects involved (SurveyMonkey™). Participants were assessed with the PDQ-4+ self-report. Subjects with incomplete or missing questionnaires were excluded. The study was approved by the Hospital de Clínicas de Porto Alegre Ethics Committee (CAAE 89702318200005327). All individuals agreed to participate voluntarily and provided an online informed consent after receiving a complete explanation of the study.

Materials

The *Personality Diagnostic Questionnaire-4+* (PDQ-4+) has been partly described above. Following the author's permission, the self-report scale was translated to Brazilian Portuguese by two groups of bilingual psychiatrists and psychologists, with experience in personality disorders and psychometrics, generating two versions of the questionnaire (V1 and V2). Those two versions were then evaluated by an experts committee, which synthesized them into a single Portuguese version (S1). This version was then back-translated to English by two independent bilingual translators, both English native speakers (BT1 and BT2). The two back-translated versions were revised by the two groups that agreed on a final Brazilian Portuguese version which was then once again translated to English and sent to the original author, who has not pointed any

differences between the original Instrument and the Brazilian Portuguese back-translated version.

Data analysis

SPSS version 20.0 was used for analysis. Descriptive analysis was performed focusing both in prevalences and dimensionality (mean and standard deviation). To evaluate the psychometric properties of the PDQ-4+ self-report scales, internal consistency was examined using Cronbach's alpha coefficients (α) for individual disorders, clusters, and total score. In order to explore the underlying structure of the scale, an Exploratory Factor Analysis (EFA) was conducted based on principal components extraction and Promax rotation. We used the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure and Bartlett's test of sphericity to evaluate if the data was suitable for factor analysis.

Results

Descriptive analysis

The sample consisted of 646 participants that were recruited online and asked to complete the PDQ-4+ self-report. Of the initial sample, 79 did not answer 5 or more PDQ-4+ questions and were excluded. Of the 567 participants that remained, 81 had a positive TG or SQ score, which indicate that the individual may be under-reporting their pathology or not taking the questionnaire seriously. As suggested by the author of the instrument, these participants were excluded from the analysis, which was then performed with the 486 that had complete and “*not suspect*” questionnaires.

Table 1 presents the prevalences and means of the PDQ-4+ scales, Clusters and PDQ-4+ total score. Obsessive-Compulsive, Paranoid and Depressive PDs were the most prevalent (more than 30%). The total prevalence of PDQ-4+ was over 70% and the mean

total PDQ-4+ score was 26.8 (SD 12.2). Considering only the 10 PDs proposed by DSM-5, 32.5% of the participants did not meet criteria for any PD, and 43.4% met criteria for two or more. When Depressive and Negativist PDs were also included, 72.6% met criteria for at least one PD, and 49.6% met criteria for two or more.

Internal consistency and Factor analysis

Regarding internal consistency, the scales reached α coefficients ranging from .38 (Histrionic) to .69 (Avoidant) (Table 2). Mean α for the PDs was .55.

Exploratory Factor Analysis was performed on the whole sample (n=486), with the goal to evaluate which personality disorders were related to each other, and if they could be grouped into clusters, in concordance with theoretical structure proposed by the DSM-5. Analysis of the PDQ-4+ included the 12 PDs assessed by the instrument. The KMO measure of sampling adequacy indicated that the strength of the relationships among variables was high (KMO = .88) and Bartlett's test of sphericity, which tests the overall significance of all the correlations within the correlation matrix, was significant (chi-square(66) = 2048,447, $p < 0.001$) indicating that it was appropriate to use the factor analytic model on this set of data. Initial analysis yielded three factors with eigenvalues greater than one, that accounted respectively for 62.8% of the overall variance and a structure that was theoretically interpretable, as presented in Table 2. Factor 1, accounting for 40.7% of the explained variance, was defined by Avoidant, Dependent, Obsessive-compulsive, Negativistic and Depressive PDs. Factor 2 explained 11.4% of variance and was loaded by Paranoid, Schizoid and Schizotypal PDs. Histrionic, Narcissistic, Borderline and Antisocial, PDs. defined Factor 3, which accounted for 10.6% of overall variance.

Discussion

The results suggest that the Brazilian Portuguese version of the PDQ-4+ has a moderate Internal reliability, and the results were consistent with other studies (Calvo, Gutiérrez, Caseras, Torrubia, & Casas, 2012; Fossati et al., 1998; Kim, Choi, & Cho, 2000; Laconi et al., 2016a; Ling, Qian, & Yang, 2010; Wilberg, Dammen, & Friis, 2000).

Cronbach's alpha coefficient (Cronbach, 1951) provides the proportion of covariance in variance of items. In other words, it evaluates in which degree the items correlate to each other. The value of Cronbach's alpha is influenced both by the value of the correlations of the items, and by the number of items evaluated. Therefore, factors with few items tend to present lower alpha values (Cortina, 1993), which is consistent with the results found in the present study, where, when we analyzed individually each PD as a single factor (containing an average of 7-8 items), the α was unsatisfactory. However, when we look at the Clusters (that gather 3 or 4 PDs each) the α value is significantly higher, and the same applies for the total PDQ-4+ score.

Exploratory factor analysis showed that the 12 personality disorders assessed by the PDQ-4+ could be summarized into three factors that could be theoretically interpretable, according to the clusters described in DSM-5. An EFA excluding Passive-aggressive and Depressive PDs was also performed, showing similar results, except for Obsessive-compulsive PD, that was included in the factor that corresponded to the "odd-eccentric" cluster.

In this study, EFA was performed on SPSS, using Promax rotation, since oblique rotations are more suitable to the analysis of psychological and social aspects than orthogonal rotations, once it considers possible intersections between the different factors. However, it is worth it to point out that one should consider that although factor rotations have the objective of facilitating the interpretation of factors, several measures and instruments used in psychology have patterns of complex factor loads (variables that

carry considerably more than one factor) (Damásio, 2012). Therefore, several extraction methods, both orthogonal and oblique, continue to be developed in order to better evaluate these characteristics, and so far no statistic model has been able to fully explain the complex interactions of the aspects involved in human behavior. That should be considered when interpreting findings of studies validating instruments that evaluate psychological constructs (Costelo & Osborne, 2005). Efforts in order to develop statistical methods to improve our capacity to apprehend these phenomena are essential.

Among the limitations of this study, it should be noted that, due to the context in which the study was conducted, involving online data collection, the PDQ-4 + Clinical Significance Scale, whose objective is to increase the specificity of the instrument, was not applied, and may have resulted in a greater number of false positives. However, since the objective of the study was not a reliable estimate of the prevalence of PDs in this population, but rather to translate, adapt and evaluate the internal consistency of the PDQ-4 +, the non-application of the CSS does not influence the results obtained.

In summary, as pointed by previous studies, our data suggests that the PDQ-4+ might be a useful screening tool for personality disorders but cannot distinguish precisely between the different diagnostics (de Reus, van den Berg, & Emmelkamp, 2013; Fossati et al., 1998). However, self-report instruments such as PDQ-4+ may be useful as screening tools, considering that they may be easily assessed, despite the presence of a trained professional, and can be useful by pointing the need for a more accurate evaluation (Bouvard, Vuachet, & Marchand, 2011). Semi-structured interviews, that theoretically can give more accurate results regarding PDs demand more time, require a trained professional and are not widely accessible, and the development and improvement of reliable self-report instruments can be very helpful as screening tools (Laconi et al., 2016b). Finally, it is important to remember that, when it comes to personality disorders,

no instrument is more effective than a clinical evaluation, regarding the complexity of the factors involved.

References

- APA. (2013). *American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. *American Journal of Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Bagby, R. M., & Farvolden, P. (2004). The Personality Diagnostic Questionnaire-4 (PDQ-4). *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment, Vol. 2: Personality Assessment*, 4, 122–133. Retrieved from
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc4&NEWS=N&AN=2004-12821-010>
- Bagby, R. M., & Pajouhandeh, P. (1997). The detection of faking good on the personality diagnostic questionnaire-4. *Assessment*, 4(3), 305–309.
<https://doi.org/10.1177/107319119700400310>
- Bouvard, M., Vuachet, M., & Marchand, C. (2011). Examination of the screening properties of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) in a non-clinical sample. *Clinical Neuropsychiatry*, 8(2), 151–159. Retrieved from
<http://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA315370791&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=17244935&p=AONE&sw=w>
- Calvo, N., Gutiérrez, F., Caseras, X., Torrubia, R., & Casas, M. (2012). Psychometric properties of the Spanish version of the self-report Personality Diagnostic Questionnaire-4+(PDQ-4+) in psychiatric outpatients. *Psicothema*.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 227–257.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190200>
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98–104. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.78.1.98>
- Costelo, A. B., & Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation*, 10(7), 1–9. <https://doi.org/10.1234/2013/999990>.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Damásio, B. F. (2012). *Uso da análise fatorial exploratória em psicologia* (Vol. 11). Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a07.pdf>
- de Reus, R. J. M., van den Berg, J. F., & Emmelkamp, P. M. G. (2013). Personality Diagnostic Questionnaire 4+ is not Useful as a Screener in Clinical Practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(1), 49–54. <https://doi.org/10.1002/cpp.766>
- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Donini, M., Fiorilli, M., ... Ansoldi, M. (1998). Brief Communication: criterion validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) in a mixed psychiatric sample. *Journal of Personality Disorders*.
- Furnham, A., Milner, R., Akhtar, R., & Fruyt, F. De. (2014). A Review of the Measures Designed to Assess DSM-5 Personality Disorders, 5(September), 1646–1686.

- Hyler, S. E. (1994a). *Personality Diagnostic Questionnaire-4. Version 4 (DSM-IV) and PDQ-4+. instructions for use*. New York, NY: New York State Psychiatric Institute.
- Hyler, S. E. (1994b). *Personality Diagnostic Questionnaire-4*. New York, NY: New York State Psychiatric Institute.
- Hyler, S. E., Rieder, R. O., Williams, J. B. W., Spitzer, R. L., Hendler, J., & Lyons, M. (1988). The Personality Diagnostic Questionnaire: Development and Preliminary Results. *Journal of Personality Disorders*, 2(3), 229–237. <https://doi.org/10.1521/pedi.1988.2.3.229>
- John, W. (2000). Toward an Empirically Based Classification of Personality Disord. *Journal of Personality Disorders Summer*, 14(2), 77–93.
- Kim, D., Choi, M., & Cho, E. (2000). The Preliminary Study of Reliability and Validity on the Korean Version of Personality Disorder Questionnaire-4 + (PDQ-4 +) . *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 39(3), 525–538.
- Laconi, S., Cailhol, L., Pourcel, L., Thalamas, C., Lapeyre-Mestre, M., & Chabrol, H. (2016a). Dépistage des troubles de la personnalité avec la version française du Personality Diagnostic Questionnaire-4+ dans une population psychiatrique : une étude préliminaire. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 174(1), 39–44. <https://doi.org/10.1016/J.AMP.2014.10.022>
- Laconi, S., Cailhol, L., Pourcel, L., Thalamas, C., Lapeyre-Mestre, M., & Chabrol, H. (2016b). Dépistage des troubles de la personnalité avec la version française du Personality Diagnostic Questionnaire-4+ dans une population psychiatrique : une étude préliminaire. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 174(1), 39–44. <https://doi.org/10.1016/J.AMP.2014.10.022>
- Ling, H., Qian, M., & Yang, B. (2010). Reliability and validity of the Chinese version of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+: A study with Chinese college students. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 38(3), 311–320. <https://doi.org/10.2224/sbp.2010.38.3.311>
- Livesley, W. (2001). *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*.
- Livesley, W. J. (2011). An Empirically-Based Classification of Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 25(3), 397–420. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.3.397>
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., Johnson, T., Mulder, R., Kool, S., Dekker, J., & Schoevers, R. (2014). Influence of Personality on the Outcome of Treatment in Depression: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Personality Disorders*, 28(4), 577–593. https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_070
- Wilberg, T., Dammen, T., & Friis, S. (2000). Comparing Personality Diagnostic Questionnaire-4+ with Longitudinal, Expert, All Data (LEAD) standard diagnoses in a sample with a high prevalence of axis I and axis II disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(4), 295–302. <https://doi.org/10.1053/comp.2000.0410295>
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing Personality Disorders: A Review of Issues and Research Methods. *Archives of General Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950030061006>
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *Am J Psychiatry*, 162(October), 1911–1918.

Tables

Table 1				
PDQ-4+ - Prevalences and descriptive data				
	%	N	Mean	SD
Paranoid	38.1	185	2.9	1.7
Schizoid	10.3	50	1.5	1.4
Schizotypal	12.8	62	2.6	1.8
Histrionic	5.1	25	2.1	1.4
Narcisistic	9.5	46	2.2	1.6
Borderline	11.3	55	2.2	1.8
Antisocial	0.6	3	0.5	0.8
Avoidant	27.4	133	2.4	1.9
Dependent	6.0	29	1.4	1.6
Obsessive-Compulsive	44.9	218	3.3	1.7
Negativistic	17.1	83	2.0	1.5
Depressive	34	165	3.8	1.7
Cluster A	44.2	215	-	-
Cluster B	20.2	98	-	-
Cluster C	56.2	273	-	-
Total PDQ-4+ Score	100	486	26.8	12.2

Table 2				
EFA (Promax rotation)				
	α	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Paranoid	0.58	0.72	0.48	0.30
Schizoid	0.56	0.80	0.16	0.21
Schizotypal	0.60	0.81	0.47	0.39
Histrionic	0.38	0.13	0.77	0.46
Narcisistic	0.53	0.55	0.71	0.42
Borderline	0.60	0.59	0.65	0.44
Antisocial	0.40	0.35	0.71	0.04
Avoidant	0.69	0.52	0.24	0.82
Dependent	0.62	0.21	0.37	0.85
Obsessive-Compulsive	0.50	0.59	0.35	0.52
Negativistic	0.53	-	-	-
Depressive	0.63	-	-	-
Cluster A	0.79	-	-	-
Cluster B	0.79	-	-	-
Cluster C	0.78	-	-	-
Total PDQ-4+ Score	0.92	-	-	-
Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.				

8. Conclusões e Considerações finais

O objetivo desse estudo era realizar a adaptação transcultural e validação do PDQ-4+ para o português brasileiro em uma amostra não-clínica. Os resultados sugerem que a versão em Português do Brasil do PDQ-4 + tem confiabilidade interna moderada, e os resultados foram similares aos de outros estudos (9,10,40–42). No entanto, ainda são poucos os estudos sobre o PDQ-4+ em populações não-clínicas. A maioria das pesquisas acerca dos transtornos de personalidade são realizadas com pacientes psiquiátricos ou populações específicas, - como é o caso dos estudos envolvendo carcerários ou estudantes (11,42,43).

Um achado importante do presente estudo foi que a análise fatorial exploratória mostrou que os 12 transtornos de personalidade avaliados pelo PDQ-4 + poderiam ser resumidos em três fatores que poderiam ser teoricamente interpretáveis, de acordo com os clusters descritos no DSM-5. Também foi realizada uma AFE excluindo TPs Passivo-agressivo e Depressivo, mostrando resultados semelhantes, exceto para TP obsessivo-compulsivo, que foi incluído no fator que correspondeu ao cluster A.

Quanto aos métodos utilizados para avaliar a consistência interna e estrutura fatorial da versão brasileira do PDQ-4+, cabe ressaltar que, apesar de frequentemente utilizado para este fim, o alfa de Cronbach, como dito anteriormente, é influenciado tanto pelo valor das correlações dos itens quanto pelo número de itens avaliados. Portanto, fatores com poucos itens tendem a apresentar menores valores de alfa (Cortina, 1993), o que é consistente com os resultados encontrados no presente estudo, onde, quando analisamos individualmente cada PD como um único fator (contendo uma média de 7-8). itens), o α foi insatisfatório. No entanto, quando olhamos para os Clusters (que reúnem 3 ou 4 TPs cada), o valor α é significativamente maior, e o mesmo se aplica para a pontuação total do PDQ-4 +.

Além disso, o alfa de Cronbach é baseado no pressuposto de “tau-equivalência”, que parte do princípio de que todos os itens retidos no fator têm uma correlação linear entre si, divergindo entre si somente pela constante (39,44), assumindo, portanto, que todos os itens retidos têm a mesma “importância” para o fator, pressuposto esse que não se aplica a variáveis que

avaliam fatores psicológicos, comportamentais e sociais.

Devido a essa limitação, o uso de outros métodos de avaliação de consistência interna, como o maior limite inferior, bem como métodos de análise fatorial confirmatória, estão sendo cada vez mais encorajados a observar a adequação do ajuste do modelo fatorial (37).

Neste estudo, o EFA foi realizado no SPSS, usando rotação Promax. Entretanto, vale ressaltar que se deve considerar que, apesar do fato de as rotações dos fatores terem o objetivo de facilitar a interpretação dos fatores, várias medidas e instrumentos utilizados na psicologia têm padrões de cargas fatoriais complexas (variáveis que levam consideravelmente mais que um fator). Com o objetivo de abarcar essas questões, vários métodos de extração, ortogonais e oblíquos, continuam a ser desenvolvidos para melhor avaliar essas características, no entanto, até agora, nenhum modelo estatístico foi capaz de explicar completamente as complexas interações dos aspectos envolvidos no comportamento humano. Isso deve ser considerado na interpretação de achados de estudos que validam instrumentos que avaliam construtos psicológicos. Esforços para desenvolver métodos estatísticos para melhorar nossa capacidade de apreender esses fenômenos são fundamentais.

Dentre as limitações desse estudo, cabe destacar que, devido ao contexto no qual o estudo foi realizado, envolvendo a coleta online de dados, a Escala de Significância Clínica do PDQ-4+, cujo objetivo é aumentar e especificidade do instrumento, não foi aplicada, podendo ter acarretado um maior número de falsos-positivos. No entanto, como o objetivo do estudo não era uma estimativa fidedigna da prevalência de TPs nessa população, e sim traduzir, adaptar e avaliar a consistência interna do PDQ-4+, a não-aplicação da ESC não influi nos resultados obtidos.

Em resumo, como apontado por estudos anteriores, nossos dados sugerem que o PDQ-4 + pode ser uma ferramenta de triagem útil para transtornos de personalidade, mas não consegue distinguir precisamente entre os diferentes diagnósticos. No entanto, vale ressaltar, que instrumentos auto-aplicáveis, como o PDQ-4 +, podem ser importantes ferramentas de triagem em diversos settings, considerando que podem ser facilmente aplicados, sem necessitar da presença de um profissional treinado. O PDQ pode ser extremamente útil, por exemplo, para identificar os casos em que uma avaliação

mais aprofundada é necessária. Entrevistas semi-estruturadas, que teoricamente podem fornecer resultados mais precisos em relação aos TPs demandam mais tempo, exigem um profissional treinado e não são amplamente acessíveis. Portanto, o desenvolvimento e aprimoramento de instrumentos confiáveis de autorrelato é essencial. Por fim, é importante lembrar que, quando se trata de transtornos de personalidade, nenhum instrumento é mais efetivo do que uma avaliação clínica, dada a complexidade dos fatores envolvidos.

9. Referências Bibliográficas

1. APA. American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Journal of Psychiatry. 2013.
2. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 2017.
3. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T, Mulder R, Kool S, Dekker J, et al. Influence of Personality on the Outcome of Treatment in Depression: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pers Disord* [Internet]. 2014;28(4):577–93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24256103>
4. Reich JH, Green AI. Effect of personality disorders on outcome of treatment. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 1991;179(2):74–82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1990074>
5. Clark LA. Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annu Rev Psychol* [Internet]. 2007 Jan;58(1):227–57. Available from: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.psych.57.102904.190200>
6. Laconi S, Cailhol L, Pourcel L, Thalamas C, Lapeyre-Mestre M, Chabrol H. Dépistage des troubles de la personnalité avec la version française du Personality Diagnostic Questionnaire-4+ dans une population psychiatrique : une étude préliminaire. *Ann Médico-psychologiques, Rev Psychiatr* [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2019 Feb 24];174(1):39–44. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448714003746?via%3Dihub>
7. Hyler SE. Personality Diagnostic Questionnaire-4. Version 4 (DSM-IV) and PDQ-4+. instructions for use. New York, NY: New York State Psychiatric Institute; 1994.
8. de Reus RJM, van den Berg JF, Emmelkamp PMG. Personality Diagnostic Questionnaire 4+ is not Useful as a Screener in Clinical Practice. *Clin Psychol Psychother*. 2013;
9. Fossati A, Maffei C, Bagnato M, Donati D, Donini M, Fiorilli M, et al. Brief Communication: criterion validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) in a mixed psychiatric sample. *J Pers Disord*. 1998;
10. Wilberg T, Dammen T, Friis S. Comparing Personality Diagnostic Questionnaire-4+ with Longitudinal, Expert, All Data (LEAD) standard diagnoses in a sample with a high prevalence of axis I and axis II disorders. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2000 Jul;41(4):295–302. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10929799>
11. Davison S, Leese M, Taylor PJ. Examination of the Screening Properties of the Personality Diagnostic Questionnaire 4+(PDQ-4+) in a Prison Population. *J Pers Disord*. 2003;
12. Millon T. What Is a Personality Disorder? *J Pers Disord* [Internet]. 2016 Jun;30(3):289–306. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27243919>
13. Millon T. Modern psychopathology : a biosocial approach to maladaptive learning and functioning. Waveland Press; 1983. 681 p.
14. Millon T. Using evolutionary principles for deducing normal and abnormal personality patterns. In: Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11. 2010.

15. Crocq MA. Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2013;
16. Kalachanis K, Michailidis I. The Hippocratic view on humors and human temperament. *Eur J Soc Behav*. 2015;
17. Millon T, Davis RD. *Trastornos de la personalidad : más allá del DSM-IV* [Internet]. Masson; 1998. Available from: <https://www.casadellibro.com/libro-trastornos-de-la-personalidad-mas-alla-del-dsm-iv/9788445805183/596297>
18. Calvin S. Hall, Lindzey G. *Teorias da Personalidade*. Porto Alegre: Artmed; 1984.
19. OMS. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993;
20. Livesley WJ. *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. 2001.
21. Loranger AW. The Impact of DSM-III on Diagnostic Practice in a University Hospital: A Comparison of DSM-II and DSM-III in 10 914 Patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;
22. Widiger TA. Personality Disorders in the 21st Century. *J Pers Disord* [Internet]. 2000 Mar;14(1):3–16. Available from: <http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi.2000.14.1.3>
23. Zimmerman M. Diagnosing Personality Disorders: A Review of Issues and Research Methods. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;
24. Morey LC. Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: Convergence, coverage, and internal consistency. *Am J Psychiatry*. 1988;
25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. APA. 2000.
26. Hyler SE, Rieder RO, Williams JBW, Spitzer RL, Hendler J, Lyons M. The Personality Diagnostic Questionnaire: Development and Preliminary Results. *J Pers Disord* [Internet]. 1988 Sep 8 [cited 2019 Feb 24];2(3):229–37. Available from: <http://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi.1988.2.3.229>
27. Hyler SE, Skodol AE, Kellman HD, Oldham JM, Rosnick L. Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire--revised: comparison with two structured interviews. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1990 Aug [cited 2019 Feb 24];147(8):1043–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2197883>
28. Pasquali L. *Instrumentação psicológica : fundamentos e práticas*. Grupo A - Artmed; 2000. 560 p.
29. Hambleton RK, Merenda PF, Spielberger CD. *Adapting Educational and Psychological Tests for Cross-Cultural Assessment* [Internet]. Taylor & Francis; 2004. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=po15AgAAQBAJ>
30. Sireci SG, Yang Y, Harter J, Ehrlich EJ. Evaluating Guidelines For Test Adaptations. *J Cross Cult Psychol*. 2006 Sep 26;37(5):557–67.
31. Borsa JC, Figueiredo B, Denise D, Bandeira R. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. 2012;22(53):423–32.
32. Eremenco SL, Cella D, Arnold BJ. A Comprehensive Method for the Translation and Cross-Cultural Validation of Health Status Questionnaires. *Eval Health Prof*. 2005 Jun 24;28(2):212–32.
33. Nunnally JC. *Psychometric theory* [Internet]. McGraw-Hill; 1994. (Mcgraw-hill series in

- psychology). Available from: <https://books.google.com.br/books?id=2199AAAAMAAJ>
34. Pasquali L. *Psicometria*. Rev da Esc Enferm da USP. 2009;43(spe):992–9.
 35. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* [Internet]. 1951 Sep [cited 2019 Feb 24];16(3):297–334. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/BF02310555>
 36. Cortina JM. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *J Appl Psychol* [Internet]. 1993 [cited 2019 Feb 24];78(1):98–104. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0021-9010.78.1.98>
 37. Costelo AB, Osborne J. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical. Pract Assess Res Eval* [Internet]. 2005;10(7):1–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12345678>
 38. Damásio BF. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia [Internet]. Vol. 11. 2012 [cited 2019 Feb 24]. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a07.pdf>
 39. Pasquali L. Análise fatorial para pesquisadores [Internet]. LabPAM; 2005. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=ptCXNAAACAAJ>
 40. Calvo N, Gutiérrez F, Caseras X, Torrubia R, Casas M. Psychometric properties of the Spanish version of the self-report Personality Diagnostic Questionnaire-4+(PDQ-4+) in psychiatric outpatients. *Psicothema*. 2012;
 41. Laconi S, Cailhol L, Pourcel L, Thalamas C, Lapeyre-Mestre M, Chabrol H. Dépistage des troubles de la personnalité avec la version française du Personality Diagnostic Questionnaire-4+ dans une population psychiatrique : une étude préliminaire. *Ann Médico-psychologiques, Rev Psychiatr* [Internet]. 2016 Jan;174(1):39–44. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448714003746>
 42. Ling H, Qian M, Yang B. Reliability and validity of the Chinese version of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+: A study with Chinese college students. *Soc Behav Personal an Int J*. 2010;38(3):311–20.
 43. Abdin E, Subramaniam M. Validity of The Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) among mentally ill prison inmates in Singapore. 2011;4(June 2014).
 44. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ*. 2011;2:53–5.

10. Anexos

10.1 Anexo I – *Personality Diagnostic Questionnaire–4+* (PDQ–4+)

PDQ-4+

Personality Questionnaire

Please complete the following. ID

Your Name _____

First Last

Your age _____

Today's date _____

Male Female

Instructions

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

Please answer either True or False to each item.

Where:

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

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

For example, for the question:

xx. I tend to be stubborn. T F

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

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

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

There are no correct answers.

You may take as much time as you wish.

Over the past several years.....

- | | | | |
|----|--|---|---|
| 1 | I avoid working with others who may criticize me. | T | F |
| 2 | I can't make decisions without the advice, or reassurance, of others. | T | F |
| 3 | I often get lost in details and lose sight of the "big picture." | T | F |
| 4 | I need to be the center of attention | T | F |
| 5 | I have accomplished far more than others give me credit for. | T | F |
| 6 | I'll go to extremes to prevent those who I love from ever leaving me. | T | F |
| 7 | Others have complained that I do not keep up with my work or commitments. | T | F |
| 8 | I've been in trouble with the law several times (or would have been if I had been caught). | T | F |
| 9 | Spending time with family or friends just doesn't interest me. | T | F |
| 10 | I get special messages from things happening around me. | T | F |
| 11 | I know that people will take advantage of me, or try to cheat me, if I let them. | T | F |
| 12 | Sometimes I get upset. | T | F |
| 13 | I make friends with people only when I am sure they like me. | T | F |
| 14 | I am usually depressed. | T | F |
| 15 | I prefer that other people assume responsibility for me. | T | F |
| 16 | I waste time trying to make things too perfect. | T | F |
| 17 | I am "sexier" than most people. | T | F |

18	I often find myself thinking about how great a person I am, or will be.	T	F
19	I either love someone or hate them, with nothing in between.	T	F
20	I get into a lot of physical fights.	T	F
21	I feel that others don't understand or appreciate me.	T	F
22	I would rather do things by myself than with other people.	T	F
23	I have the ability to know that some things will happen before they actually do.	T	F
24	I often wonder whether the people I know can really be trusted.	T	F
25	Occasionally I talk about people behind their backs.	T	F
26	I am inhibited in my intimate relationships because I am afraid of being ridiculed.	T	F
27	I fear losing the support of others if I disagree with them.	T	F
28	I have many shortcomings.	T	F
29	I put my work ahead of being with my family or friends or having fun.	T	F
30	I show my emotions easily.	T	F
31	Only certain special people can really appreciate and understand me.	T	F
32	I often wonder who I really am.	T	F
33	I have difficulty paying bills because I don't stay at any one job for very long.	T	F
34	Sex just doesn't interest me.	T	F
35	Others consider me moody and "hot tempered."	T	F
36	I can often sense, or feel things, that others can't.	T	F
37	Others will use what I tell them against me.	T	F
38	There are some people I don't like.	T	F
39	I am more sensitive to criticism or rejection than most people.	T	F
40	I find it difficult to start something if I have to do it by myself.	T	F
41	I have a higher sense of morality than other people.	T	F
42	I am my own worst critic.	T	F
43	I use my "looks" to get the attention that I need.	T	F
44	I very much need other people to take notice of me or compliment me.	T	F
45	I have tried to hurt or kill myself.	T	F
46	I do a lot of things without considering the consequences.	T	F
47	There are few activities that I have any interest in.	T	F
48	People often have difficulty understanding what I say.	T	F
49	I object to supervisors telling me how I should do my job.	T	F
50	I keep alert to figure out the real meaning of what people are saying	T	F
51	I have never told a lie.	T	F
52	I am afraid to meet new people because I feel inadequate.	T	F
53	I want people to like me so much that I volunteer to do things that I'd rather not do.	T	F
54	I have accumulated lots of things that I don't need but I can't bear to throw out.	T	F
55	Even though I talk a lot, people say that I have trouble getting to the point.	T	F

56	I worry a lot.	T	F
57	I expect other people to do favors for me even though I do not usually do favors for them.	T	F
58	I am a very moody person.	T	F
59	Lying comes easily to me and I often do it.	T	F
60	I am not interested in having close friends.	T	F
61	I am often on guard against being taken advantage of.	T	F
62	I never forget, or forgive, those who do me wrong.	T	F
63	I resent those who have more "luck" than I.	T	F
64	A nuclear war may not be such a bad idea.	T	F
65	When alone, I feel helpless and unable to care for myself.	T	F
66	If others can't do things correctly, I would prefer to do them myself.	T	F
67	I have a flair for the dramatic.	T	F
68	Some people think that I take advantage of others.	T	F
69	I feel that my life is dull and meaningless.	T	F
70	I am critical of others.	T	F
71	I don't care what others have to say about me.	T	F
72	I have difficulties relating to others in a one-to-one situation.	T	F
73	People have often complained that I did not realize that they were upset.	T	F
74	By looking at me, people might think that I'm pretty odd, eccentric or weird.	T	F
75	I enjoy doing risky things.	T	F
76	I have lied a lot on this questionnaire.	T	F
77	I complain a lot about my hardships.	T	F
78	I have difficulty controlling my anger, or temper.	T	F
79	Some people are jealous of me.	T	F
80	I am easily influenced by others.	T	F
81	I see myself as thrifty but others see me as being cheap.	T	F
82	When a close relationship ends, I need to get involved with someone else immediately.	T	F
83	I suffer from low self esteem.	T	F
84	I am a pessimist.	T	F
85	I waste no time in getting back at people who insult me.	T	F
86	Being around other people makes me nervous.	T	F
87	In new situations, I fear being embarrassed.	T	F
88	I am terrified of being left to care for myself.	T	F
89	People complain that I'm "stubborn as a mule."	T	F
90	I take relationships more seriously than do those who I'm involved with.	T	F
91	I can be nasty with someone one minute, then find myself apologizing to them the next minute.	T	F
92	Others consider me to be stuck up.	T	F
93	When stressed, things happen. Like I get paranoid or just "black out."	T	F
94	I don't care if others get hurt so long as I get what I want.	T	F
95	I keep my distance from others.	T	F
96	I often wonder whether my wife/ husband (girlfriend, or boyfriend) has been unfaithful to me.	T	F

97 I often feel guilty.

T F

98. I have done things on impulse (such as those below) that could have gotten me into trouble.

Check all that apply to you:

- 1) Spending more money than I have
- 2) Having sex with people I hardly know
- 3) Drinking too much
- 4) Taking drugs
- 5) Going on eating binges
- 6) Reckless driving

99 . When I was a kid (before age 15), I was somewhat of a juvenile delinquent, doing some of the things listed below.

Check all that apply to you:

- 1) I was considered a bully
- 2) I used to start fights with other kids
- 3) I used a weapon in fights that I had
- 4) I robbed or mugged other people
- 5) I was physically cruel to other people
- 6) I was physically cruel to animals
- 7) I forced someone to have sex with me
- 8) I lied a lot
- 9) I stayed out at night without my parents' permission
- 10) I stole things from others
- 11) I set fires
- 12) I broke windows or destroyed property
- 13) I ran away from home overnight more than once
- 14) I began skipping school, a lot, before age 13
- 15) I broke into someone's house, building or car

10.2 Anexo II – Versão Brasileira do *Personality Diagnostic Questionnaire–4+*

(PDQ–4+)

Personality Diagnostic Questionnaire–4+ (PDQ-4+ –versão para o português brasileiro –

O objetivo deste questionário de personalidade é que você descreva o tipo de pessoa que você é. Ao responder às perguntas, pense sobre como você habitualmente se sentiu, pensou e agiu ao longo dos últimos anos.

Por favor, responda Verdadeiro ou Falso para cada item.

V (Verdadeiro) significa que a afirmação é geralmente verdadeira para você.

F (Falso) significa que a afirmação é geralmente falsa para você.

Mesmo que você não esteja completamente seguro sobre a resposta, marque “V” ou “F” para cada questão. Não há respostas “certas ou erradas”. Você pode utilizar quanto tempo quiser.

Ao longo dos últimos anos...

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Eu evito trabalhar com pessoas que possam me criticar | V | F |
| 2. Eu não consigo tomar decisões sem o conselho ou reassuramento dos outros | V | F |
| 3. Eu frequentemente me prendo em detalhes e perco a noção do todo | V | F |
| 4. Eu preciso ser o centro das atenções | V | F |
| 5. As pessoas não reconhecem nem metade das minhas conquistas | V | F |
| 6. Eu faço de tudo para evitar que as pessoas que amo me deixem | V | F |
| 7. As pessoas já reclamaram que eu não mantenho em dia o meu trabalho ou os meus compromissos | V | F |
| 8. Eu já tive problemas com a justiça várias vezes (ou teria tido se tivesse sido pego) | V | F |
| 9. Passar tempo com a família ou os amigos simplesmente não me interessa | V | F |
| 10. Eu capto mensagens especiais das coisas que acontecem ao meu redor | V | F |
| 11. Eu sei que as pessoas vão tirar vantagem de mim ou tentar me enganar se eu permitir | V | F |
| 12. Às vezes eu fico chateado | V | F |
| 13. Eu faço amizade com as pessoas apenas quando eu tenho certeza de que elas gostam de mim. | V | F |
| 14. Eu geralmente estou deprimido. | V | F |
| 15. Eu prefiro que outras pessoas assumam responsabilidade por mim. | V | F |
| 16. Eu perco tempo tentando fazer as coisas muito perfeitas | V | F |
| 17. Eu sou mais “sexy” do que a maioria das pessoas. | V | F |
| 18. Eu frequentemente me pego pensando sobre a grande pessoa que eu sou ou serei | V | F |
| 19. Eu amo ou odeio as pessoas, sem meio termo. | V | F |
| 20. Eu me envolvo em muitas brigas físicas | V | F |
| 21. Eu sinto que os outros não me entendem ou não me apreciam | V | F |
| 22. Eu prefiro fazer coisas sozinho do que fazer com outras pessoas. | V | F |
| 23. Eu tenho a habilidade de saber que algumas coisas vão acontecer, antes que elas realmente aconteçam. | V | F |
| 24. Eu frequentemente me pergunto se as pessoas que conheço são realmente confiáveis. | V | F |
| 25. Ocasionalmente eu falo das pessoas pelas costas. | V | F |

26. Eu sou inibido nas minhas relações íntimas porque tenho medo de ser ridicularizado.	V	F
27. Eu tenho medo de perder o apoio dos outros se eu discordar deles.	V	F
28. Eu tenho muitas falhas/defeitos.	V	F
29. Eu coloco meu trabalho à frente de estar com minha família, amigos ou me divertir.	V	F
30. Eu demonstro minhas emoções facilmente.	V	F
31. Apenas algumas pessoas especiais podem realmente me apreciar e compreender.	V	F
32. Eu frequentemente me pergunto quem eu realmente sou.	V	F
33. Eu tenho dificuldades em pagar minhas contas porque eu não fico em nenhum trabalho por muito tempo.	V	F
34. Sexo simplesmente não me interessa.	V	F
35. Os outros me consideram mal-humorado e “cabeça-quente”.	V	F
36. Eu frequentemente percebo ou sinto coisas que os outros não percebem ou sentem.	V	F
37. Os outros vão usar o que eu disser contra mim.	V	F
38. Existem pessoas de quem eu não gosto	V	F
39. Eu sou mais sensível a críticas ou à rejeição do que a maioria das pessoas.	V	F
40. Acho difícil iniciar alguma coisa se eu tiver que fazê-la sozinho.	V	F
41. Eu tenho um senso de moralidade maior do que as outras pessoas.	V	F
42. Eu sou o meu pior crítico.	V	F
43. Eu uso minha minha aparência para conseguir a atenção que preciso.	V	F
44. Eu preciso muito que as pessoas me notem ou me elogiem.	V	F
45. Já tentei me machucar ou me matar.	V	F
46. Eu faço muitas coisas sem pensar nas consequências.	V	F
47. Existem poucas atividades pelas quais eu tenho algum interesse.	V	F
48. As pessoas frequentemente têm dificuldade de entender o que digo.	V	F
49. Eu me oponho a chefes que me dizem como eu deveria fazer o meu trabalho.	V	F
50. Eu fico alerta/atento para descobrir o real significado daquilo que as pessoas estão dizendo.	V	F
51. Eu nunca contei uma mentira	V	F
52. Eu tenho medo de conhecer pessoas novas porque me sinto inadequado.	V	F
53. Eu quero tanto que as pessoas gostem de mim que eu me ofereço para fazer coisas que eu preferiria não fazer.	V	F
54. Eu tenho acumulado muitas coisas de que não preciso mas não suportaria me desfazer delas	V	F
55. Embora eu fale muito, as pessoas dizem que tenho dificuldade para chegar ao ponto.	V	F
56. Eu me preocupo muito.	V	F
57. Eu espero que as pessoas façam favores pra mim mesmo que eu usualmente não faça favores para elas.	V	F
58. Eu sou uma pessoa muito mal-humorada.	V	F
59. Mentir é fácil para mim e faço isso com frequência.	V	F
60. Eu não tenho interesse em ter amigos próximos.	V	F
61. Eu frequentemente fico na defensiva/alerta para que não tirem vantagem de mim.	V	F
62. Eu nunca esqueço ou perdoo aqueles que me tratam mal.	V	F
63. Eu me ressinto daqueles que têm mais “sorte” do que eu.	V	F
64. Uma guerra nuclear talvez não fosse uma ideia tao ruim	V	F
65. Quando estou sozinho, me sinto desamparado e incapaz de cuidar de mim mesmo.	V	F
66. Quando os outros não conseguem fazer as coisas corretamente, prefiro fazer eu mesmo	V	F
67. Eu tenho dom para o drama	V	F

68. Algumas pessoas pensam que eu tiro vantagem dos outros.	V	F
69. Eu sinto que minha vida é entediante e sem sentido.	V	F
70. Eu sou crítico com os outros.	V	F
71. Eu não me importo com o que os outros falam de mim.	V	F
72. Eu tenho dificuldades em me relacionar com os outros numa situação um- pra-um	V	F
73. As pessoas frequentemente reclamam de que eu não me dou conta que elas estão chateadas	V	F
74. Olhando para mim, as pessoas podem pensar que eu sou muito estranho, excêntrico ou esquisito.	V	F
75. Eu gosto de fazer coisas arriscadas.	V	F
76. Eu tenho mentido bastante neste questionário.	V	F
77. Eu reclamo bastante das minhas dificuldades.	V	F
78. Eu tenho dificuldades para controlar minha raiva ou meu temperamento.	V	F
79. Algumas pessoas têm inveja de mim.	V	F
80. Eu sou facilmente influenciado pelo outros	V	F
81. Eu me vejo como econômico, mas outras pessoas me veem como "pão- duro".	V	F
82. Quando uma relação íntima termina, eu preciso me envolver com outra pessoa imediatamente.	V	F
83. Eu tenho baixa auto-estima	V	F
84. Eu sou um pessimista	V	F
85. Eu não perco tempo respondendo às pessoas que me insultam	V	F
86. Estar no meio de pessoas me deixa nervoso.	V	F
87. Em situações novas, eu tenho medo de ficar envergonhado.	V	F
88. Fico aterrorizado de ficar sozinho e ter que cuidar de mim sozinho	V	F
89. As pessoas reclamam que eu sou "teimoso como uma mula"	V	F
90. Eu levo relacionamento mais a sério do que as pessoas com quem estou envolvido.	V	F
91. Eu posso ser desagradável com alguém em um minuto, e no minuto seguinte estar pedindo desculpas	V	F
92. As pessoas me consideram arrogante.	V	F
93. Quando estou estressado coisas acontecem, como ficar paranóico ou ter um apagão	V	F
94. Eu não me importo que os outros se machuquem, desde que eu consiga o que quero	V	F
95. Eu mantenho uma certa distância de outras pessoas	V	F
96. Eu frequentemente me pergunto se minha mulher (marido, namorada ou namorado) está me traindo	V	F
97. Eu frequentemente me sinto culpado	V	F
98. Eu já fiz coisas por impulso que poderiam ter me colocado em apuros	V	F

Se você respondeu "verdadeiro", por favor indique qual dos itens
abaixo se aplica a você:

• Gastar mais dinheiro do que tenho	<input type="checkbox"/>	
• Ter relações sexuais com pessoas que mal conheço	<input type="checkbox"/>	
• Beber demais	<input type="checkbox"/>	
• Usar drogas ilícitas	<input type="checkbox"/>	
• Comer muito de uma vez só	<input type="checkbox"/>	
• Dirigir de forma imprudente	<input type="checkbox"/>	
99. Quando eu era criança (antes dos 15 anos), eu era de alguma forma um jovem delinquente, fazendo alguma das coisas abaixo.	V	F

Se a sua resposta for “verdadeiro”, por favor indique qual dos itens abaixo se aplica a você:

- Eu fazia bullying
- Eu costumava começar brigas com outras crianças
- Eu usei alguma arma nas brigas que tive
- Eu roubei ou assaltei outras pessoas
- Eu fui fisicamente cruel com outras pessoas
- Eu fui fisicamente cruel com animais
- Eu forcei alguém a ter relações sexuais comigo
- Eu mentia muito.
- Eu passava noites fora de casa sem permissão
- Roubei coisas de outras pessoas
- Eu provoquei incêndios
- Eu quebrei janelas ou destruí propriedades
- Eu fugi de casa durante a noite mais de uma vez
- Eu comecei a faltar aula frequentemente ainda antes dos 13 anos
- Eu arrombei a casa, prédio ou carro de alguém