

Inventário de Organização da Personalidade – Brasil: evidências de validade baseadas em critérios externos**Personality Organization Inventory - Brazil: evidence of validity based on external criteria****Inventario de Organización de Personalidad - Brasil: evidencias de validez basadas en criterios externos****Recebido: 10/07/2020****Aprovado: 03/01/2021****Publicado: 27/01/2021****Liége Barbieri Silveira¹****Sérgio Eduardo Silva de Oliveira²****Denise Ruschel Bandeira³**

Este é um estudo quantitativo realizado entre 2014 a 2015 nas cidades de Erechim, Canoas e Porto Alegre com pacientes em tratamento psicoterápico e/ou psiquiátrico (amostra clínica) e estudantes da modalidade Ensino de Jovens e Adultos e de cursos superiores (amostra não clínica), com o objetivo de examinar a capacidade do *Inventário de Organização de Personalidade – Brasil* em discriminar pessoas com diferentes níveis de organização da personalidade. Participaram 180 indivíduos, sendo 69% pacientes em atendimento psiquiátrico ou psicológico e 31% estudantes. As médias do grupo clínico foram maiores em todas as escalas do que as médias do grupo não clínico (d variou de 0,60 a 1,30). Quando comparados os grupos de participantes de acordo com seus níveis de organização da personalidade, os escores não discriminaram todos os grupos, tendo sido observado um padrão de três níveis: normal; prejuízo leve; e prejuízo grave. Os escores tenderam a diferenciar esses três grupos. Com isso, entende-se que há evidências de validade, baseadas em critérios externos, de que os escores são capazes de identificar níveis de prejuízo no funcionamento da personalidade.

Descritores: Personalidade; Testes de personalidade; Diagnóstico; Psicometria.

This is a quantitative study conducted between 2014 and 2015 in the cities of Erechim, Canoas and Porto Alegre, RS, Brazil, with patients undergoing psychotherapeutic and/or psychiatric treatment (clinical sample) and students of the Youth and Adult Education and higher education (non-clinical sample) modality, with the objective of examining the capacity of the *Personality Organization Inventory - Brazil* to discriminate people with different levels of personality organization. There were 180 participants, of which 69% were patients in psychiatric or psychological care and 31% were students. The averages of the clinical group were higher on all scales than the averages of the non-clinical group (d ranged from 0.60 to 1.30). When the groups of participants were compared according to their levels of personality organization, the scores did not discriminate all groups, with a pattern of three levels being observed: normal; slight injury; and, serious injury. The scores tended to differentiate these three groups. Thus, it is understood that there is evidence of validity, based on external criteria, that the scores are capable of identifying levels of impairment in the functioning of the personality.

Descriptors: Personality; Personality tests; Diagnosis; Psychometrics.

Este es un estudio cuantitativo realizado entre 2014 y 2015 en las ciudades de Erechim, Canoas y Porto Alegre, RS, Brasil, con pacientes sometidos a tratamiento psicoterápico y/o psiquiátrico (muestra clínica) y estudiantes de la modalidad Enseñanza de Jóvenes y Adultos y de educación superior (muestra no clínica), con el objetivo de examinar la capacidad del *Inventario de Organización de Personalidad - Brasil* para discriminar a las personas con diferentes niveles de organización de personalidad. Participaron 180 personas, de las cuales el 69% eran pacientes en atención psiquiátrica o psicológica y el 31% estudiantes. Las medias del grupo clínico fueron más altas en todas las escalas que las medias del grupo no clínico (d osciló entre 0,60 y 1,30). Al comparar los grupos de participantes según sus niveles de organización de la personalidad, las puntuaciones no discriminaron a todos los grupos, y se observó un patrón de tres niveles: normal; deterioro leve; y deterioro grave. Las puntuaciones tendieron a diferenciar estos tres grupos. Con ello se entiende que hay evidencias de validez, basadas en criterios externos, de que las puntuaciones son capaces de identificar niveles de deterioros en el funcionamiento de la personalidad.

Descriptores: Personalidad; Pruebas de personalidad; Diagnóstico; Psicometría.

1. Psicóloga. Especialista em Psicodiagnóstico e Avaliação Psicológica. Especialista em Psicologia Clínica. Mestre em Psicologia. Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Psicóloga na Universidade Federal da Fronteira Sul, Erechim, RS, Brasil ORCID: 0000-0003-1948-9283 E-mail: liegebsilveira@gmail.com

2. Psicólogo. Especialista em Avaliação Psicológica. Mestre e Doutor em Psicologia. Professor da Universidade de Brasília (UNB), Brasília, DF, Brasil ORCID: 0000-0003-2109-4862 E-mail: sergioeduardos.oliveira@gmail.com

3. Psicóloga. Especialista em Diagnóstico Psicológico. Mestre e Doutora em Psicologia. Professora da UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil. ORCID:0000-0001-9867-2718 E-mail: deniserbandeira@gmail.com

INTRODUÇÃO

O estudo e a compreensão dos transtornos de personalidade vêm ganhando novos contornos nos últimos anos, num contexto além do tradicional modelo categórico. Especialmente após a publicação da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5)¹, os modelos dimensionais têm recebido crescente atenção, representando uma alternativa promissora e atualizada para futuros entendimentos acerca desses transtornos^{2,3}.

Dentre as várias teorias com enfoque dimensional, o trabalho de Kernberg merece um reconhecimento especial pela utilidade do enquadre construído para organizar, a partir de uma perspectiva psicodinâmica, os tipos psicológicos pelo nível de severidade⁴. Tal enfoque descreve o funcionamento da personalidade, variando do normal ao patológico, com base no grau de integração da identidade, na qualidade das operações defensivas predominantemente utilizadas e na capacidade de testar a realidade⁴⁻⁶. Na parte mais saudável do espectro, estariam os indivíduos com identidade integrada, predomínio de defesas maduras e teste de realidade estável, enquanto no outro extremo estariam aquelas pessoas com patologias severas na formação da identidade, uso de defesas primitivas e falha no teste de realidade.

A teoria de Kernberg auxilia a realização de um diagnóstico estrutural, sendo que a partir das funções psicológicas citadas, é definida a estrutura de personalidade, ou seja, uma configuração estável e duradoura dos processos ou funções mentais que organiza o comportamento e as experiências subjetivas do indivíduo^{5,6}. Quatro grandes organizações estruturais compõem o modelo: a *Normal*, a *Neurótica*, a *Borderline* e a *Psicótica*. Destas, a primeira está relacionada à capacidade de adaptação e flexibilidade, enquanto as demais apresentam algum grau de patologia da personalidade e são caracterizadas por uma rigidez no funcionamento psicológico^{5,7}.

Mais especificamente, a organização de Personalidade Normal é caracterizada pela concepção integrada de *self* e de outros significativos, na qual a *identidade de ego* se faz presente e reflete um senso interno e externo de autoconsciência. Uma visão integrada de si mesmo e dos outros significativos garante capacidades diversas, como a autoestima, realização de aspirações, empatia, tato social, possibilidade de preocupar-se com o outro e investimento emocional sem perder o senso de autonomia^{4,5}.

Na organização da personalidade normal, os afetos são complexos e bem modulados, sendo que mesmo em situações afetivamente intensas, o controle dos impulsos é mantido. Desse modo, o indivíduo tem condições de desenvolver confiança, reciprocidade, firmar compromissos, bem como manejar satisfatoriamente suas motivações sexuais e agressivas, a partir da internalização de um sistema de valores integrado e maduro⁵.

O nível de organização Neurótico da Personalidade tem como pressupostos uma identidade normal consolidada, o predomínio de defesas baseadas na repressão e um teste de realidade estável⁴. Portanto, o que a distingue da personalidade normal é o critério de rigidez, ou seja, uma ativação automática de traços da personalidade mal adaptativos que fogem de um controle voluntário. Esse nível de organização está relacionado à capacidade de sublimar, tolerar frustrações, controlar impulsos, constituir relações profundas e de cuidado com os demais, amor sexual e intimidade emocional. Entretanto, os sentimentos inconscientes de culpa podem desencadear padrões patológicos de interação em relação à intimidade sexual, e de inflexibilidade diante de situações cotidianas⁵.

A organização *Borderline* de Personalidade é marcada por uma formação patológica de identidade (também chamada de difusão da identidade), uso predominante de defesas primitivas e teste de realidade relativamente intacto, mas prejudicado nas situações que envolvam uma intensidade afetiva⁴. Essa organização acarreta, em geral, um distúrbio crônico nas relações interpessoais, comprometendo a leitura mais aprofundada do comportamento e do estado interno de outras pessoas. Além disso, o tipo *borderline* está associado à agressividade e a um senso instável de eu e de outros, combinação entre intensidade e

superficialidade, predominância de afetos negativos, problemas nas relações de trabalho e excesso de componentes agressivos nas relações íntimas e sexuais⁴⁻⁶.

A organização Psicótica de Personalidade envolve fundamentalmente a perda do teste de realidade, ou seja, o prejuízo de diferenciação entre o eu e o não-eu, e entre os estímulos internos e os externos, cuja manifestação se dá, muitas vezes, por delírios e alucinações⁶. Esse nível de organização engloba a difusão de identidade, decorrente da falta de integração do conceito de eu e de outros significantes, bem como a predominância de mecanismos de defesa primitivos, especialmente a cisão⁵.

Como pode ser observado, o modelo de Kernberg, entende a patologia da personalidade em um contínuo de funcionamento, em que são destacadas categorias ao longo do espectro. Esse modelo permite um diagnóstico baseado no grau de prejuízo típico dos níveis de organização da personalidade (OP). Para auxiliar no processo diagnóstico, foi desenvolvido um instrumento de autorrelato denominado *Inventory of Personality Organization* (IPO). O IPO já foi traduzido para diferentes idiomas, com adaptações para diferentes culturas, incluindo o Brasil⁸, e tem apresentado propriedades psicométricas adequadas⁹⁻¹⁷.

Inicialmente, o IPO foi desenvolvido para medir cinco dimensões da personalidade, sendo as três primeiras, chamadas de Escalas Clínicas Primárias, elaboradas para avaliar o grau de patologia da identidade (Difusão da Identidade), o nível do uso de mecanismos defensivos imaturos (Defesas Primitivas) e o grau de prejuízo na capacidade de testar a realidade (Teste de Realidade). As outras duas dimensões, Escalas Adicionais, visam a estimação do nível de agressão dirigida contra a própria pessoa e contra os outros (Agressão) e do grau de prejuízo na formação de valores morais e éticos (Valores Morais)⁴.

Contudo, recentes estudos empíricos sobre a matriz de covariância dos dados têm indicado uma solução fatorial distinta dessa teoricamente estabelecida^{2,11,14}. As Escalas Clínicas Primárias têm apresentado uma estrutura tetrafatorial ao invés de trifatorial, sendo os domínios denominados de Instabilidade do Self e Outros (ISO), Instabilidade nos Objetivos (IO), Instabilidade do Comportamento (IC) e Psicose (PSI)^{2,11,14}.

Esses fatores estão intrinsecamente relacionados com a proposta teórica de Kernberg^{4,5}, sendo os domínios ISO e IO componentes da síndrome da difusão da identidade. O domínio IC reflete as características impulsivas e erráticas da Organização da Personalidade Borderline. E o fator PSI ficou constituído de itens que refletem alterações sensoperceptivas, que são os aspectos centrais da Organização da Personalidade Psicótica.

No que se refere às Escalas Adicionais, Oliveira¹⁴ encontrou uma solução de três fatores ao invés de dois, onde o fator Agressão se dividiu em Agressão Autodirigida (AA) e Agressão Sádica (AS), e o fator Valores Morais ficou praticamente o mesmo, contudo sendo denominado de Distorção dos Valores Morais (DVM) para representar o nível mal adaptativo dessa dimensão.

A maior parte dos delineamentos de estudos realizados com o IPO visaram a investigação da relação da escala com outras medidas psicológicas^{9,11-15,17}. Delineamentos que buscaram a comparação de grupos, são mais escassos. Destes, pode-se citar uma investigação que identificou que pacientes de serviços de saúde mental tendem a apresentar escores mais altos nas escalas do IPO do que pessoas controle¹⁰.

Pode-se mencionar também outro, no qual as escalas do IPO se mostraram capazes de diferenciar pessoas em três grupos distintos: controle (menor escores), pacientes com transtornos mentais (escores intermediários) e pacientes com transtornos da personalidade (maiores escores)¹⁶. Contudo, não foram encontrados estudos que verifiquem a capacidade discriminativa do IPO em relação aos níveis de OP propostos no modelo teórico de Kernberg^{4,5}.

Assim, este estudo tem como objetivo de examinar a capacidade do *Inventário de Organização de Personalidade – Brasil* em discriminar pessoas com diferentes níveis de organização da personalidade.

MÉTODO

Este é um estudo quantitativo realizado entre 2014 a 2015 nas cidades de Erechim, Canoas e Porto Alegre com pacientes que estavam em tratamento psicoterápico e/ou psiquiátrico (amostra clínica) e estudantes da modalidade Ensino de Jovens e Adultos (EJA) e de cursos superiores (amostra não clínica).

Aplicou-se um questionário de dados sociodemográficos e de saúde. Na sequência utilizou-se o Inventário de Organização de Personalidade – Brasil (IPO-Br): Adaptado da versão original do IPO, trata-se de um instrumento de autorrelato composto por 83 itens respondidos em escala tipo *Likert* de 5 pontos (1=Nunca verdadeiro a 5=Sempre verdadeiro), distribuídos em sete fatores. Quatro deles compõem as Escalas Clínicas Primárias – Instabilidade do Self e Outros (ISO), Instabilidade do Comportamento (IC), Instabilidade nos Objetivos (IO) e Psicose (PSI) – e avaliam as funções centrais para o diagnóstico estrutural segundo o modelo de Kernberg^{4,5}. Os outros três fatores compõem as Escalas Adicionais: Agressão Autodirigida (AA), Agressão Sádica (AS) e Distorção dos Valores Morais (DVM). Estudos apresentam adequadas propriedades psicométricas da versão brasileira^{14,17}.

Se fez uso do *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para rastreamento de transtornos mentais comuns em serviços de atenção primária. A versão brasileira conta com 20 questões indicativas de transtornos não-psicóticos. As alternativas de respostas são do tipo ‘sim’ ou ‘não’, sendo que quanto maior o escore, maiores são os riscos para a presença de transtornos mentais. O ponto de corte utilizado neste estudo para a determinação da presença de transtornos mentais comuns foi de 8 pontos para ambos os sexos¹⁸.

Também se aplicou o *Guia Descritor dos Perfis de Personalidade Segundo o Modelo da Organização da Personalidade*, desenvolvido exclusivamente para esta pesquisa de modo a padronizar o sistema de indicação da OP dos pacientes por seus clínicos. Trata-se de um documento contendo as descrições dos funcionamentos psicológicos típicos de cada uma das cinco categorias que representam o contínuo da OP, a saber: Normal, Neurótica, *Borderline Superior*, *Borderline Inferior* e Psicótica.

Optou-se por descrever separadamente as categorias *Borderline Superior* e *Inferior* tendo em vista as diferenças qualitativas entre esses níveis de OP, de modo a facilitar a compreensão dos clínicos acerca dos perfis prototípicos dessas categorias. A aplicação do instrumento consistiu na apresentação dos perfis aos clínicos, os quais após lerem as descrições, indicaram um paciente para participar da pesquisa que tinha um perfil psicológico semelhante a uma das categorias.

A coleta com os participantes do grupo não clínico foi realizada de forma presencial e coletiva. A aplicação dos instrumentos foi realizada em ordem aleatória para evitar o viés de resposta por cansaço e os instrumentos foram respondidos individualmente por cada participante. A escala SRQ-20 foi utilizada na seleção do grupo não clínico, de modo que foram incluídos nesse grupo somente os participantes que tiveram um escore igual ou menor que sete na escala. Isso porque o escore de oito pontos é indicativo de risco para transtornos mentais comuns¹⁸.

Com o grupo clínico, a coleta foi presencial. A primeira etapa da coleta envolveu o contato com o clínico (profissional da psicologia ou estagiário do último ano da graduação) que atendia o paciente. Esses profissionais e estudantes passaram por um treinamento sobre questões teóricas acerca do modelo estrutural da personalidade proposto.

Também foi realizada explanação a respeito da proposta do estudo, do manejo na aplicação dos protocolos e do perfil dos pacientes indicados. Posteriormente, os clínicos elegeram, por meio do Guia Descritor dos Perfis de Personalidade segundo o Modelo da Organização da Personalidade, um paciente com um perfil psicológico semelhante a um dentre os cinco perfis prototípicos a eles apresentados. O apontamento realizado pelo clínico acerca

da estrutura de personalidade de seu paciente funcionou, neste estudo, como critério externo para os estudos de validação do IPO-Br.

Para a aplicação dos protocolos da pesquisa com os participantes da amostra clínica, diferentes estratégias foram empregadas, conforme o local de aplicação. O procedimento de aplicação em clínicas de atendimento, serviços-escola de universidades e ambulatórios de saúde mental se deu com a colaboração do profissional/estagiário, que convidava seus pacientes a responder os instrumentos.

Foram convidados para participar da pesquisa pacientes com condições físicas e psicológicas para tal, visto que eles responderiam os instrumentos de forma autônoma, sem auxílio no preenchimento das questões. No entanto, em alguns casos específicos houve a necessidade do clínico auxiliar o paciente no preenchimento dos protocolos, casos com alguma patologia mais grave e/ou baixa escolaridade, o que poderia comprometer a qualidade das respostas caso o paciente respondesse sozinho o protocolo. Mas, o auxílio do profissional/estagiário era restrito ao preenchimento das respostas, e não na escolha delas. Com os pacientes provenientes de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS-II) e de clínicas de internação, toda a aplicação foi realizada por pesquisador do grupo, considerando-se o grau de comprometimento psicológico dos pacientes para o preenchimento dos questionários de forma individual.

Os dados foram analisados pelo software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, v.18.0). Inicialmente foram feitas análises descritivas dos instrumentos utilizados no estudo para grupo clínico, não clínico e amostra total. Calculou-se o tamanho de efeito da diferença entre as médias dos grupos através do indicador *d* de Cohen. A consistência interna das escalas dos instrumentos foi analisada pelo método do *Alpha* de Cronbach.

Na escolha dos testes estatísticos a serem utilizados, observou-se os índices de assimetria e curtose para as escalas do IPO-Br, os quais apontaram normalidade para a maior parte delas, optando-se pela utilização de testes estatísticos paramétricos.

Para verificar a necessidade de variáveis controle, foram realizadas correlações de *Pearson* entre a idade e as variáveis de interesse, assim como foram verificadas diferenças entre sexos pelo teste *t*.

Para investigar a validade do IPO-Br a partir de critérios externos, ou seja, verificar a capacidade do instrumento em discriminar as diferentes organizações de personalidade, foram realizadas análises de variância (ANOVA), com testes post-hoc de Tukey.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAAE da Plataforma Brasil: 31610114.9.0000.5334). Todos os participantes do estudo aceitaram participar da pesquisa voluntariamente após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram do estudo 180 indivíduos, sendo 124 (68,9%) da amostra clínica e 56 (31,1%) da amostra não clínica. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e de condição de saúde.

Tabela 1. Características sociodemográficas e de saúde. Rio Grande do Sul, 2014 a 2015.

Variáveis	Amostra Clínica	Amostra Não Clínica	Total
Participantes (<i>f</i> , %)	124 (68,9)	56 (31,1)	180 (100)
Idade (<i>M</i> , <i>DP</i>)	35,4 (12,4)	31,8 (11,7)	34,2 (12,2)
Sexo (<i>f</i> , %)			
Masculino	38 (21,1)	32 (17,8)	70 (38,9)
Feminino	86 (47,8)	24 (13,3)	110 (61,1)
Estado Civil (<i>f</i> , %)			
Solteiro	68 (39,3)	29 (16,7)	97 (56,1)
Casado ou morando junto	32 (18,5)	25 (14,5)	57 (32,9)
Divorciado	10 (5,8)	2 (1,2)	12 (6,9)
Viúvo	5 (2,9)	0 (0)	5 (2,9)
Outro	2 (1,2)	0 (0)	2 (1,2)
Nível Socioeconômico (<i>f</i> , %)			
Menor que 1 salário mínimo	3 (1,8)	3 (1,8)	6 (3,7)
Entre 1 e 5 salários mínimos	76 (46,3)	32 (19,5)	108 (65,9)
Entre 6 e 10 salários mínimos	16 (9,8)	11 (6,7)	27 (16,5)
Entre 11 e 15 salários mínimos	9 (5,5)	2 (1,2)	11 (6,7)
Acima de 15 salários mínimos	5 (3,0)	7 (4,3)	12 (7,3)
Etnia (<i>f</i> , %)			
Branco	99 (57,2)	39 (21,6)	138 (79,8)
Negro/Pardo	17 (9,8)	15 (13,1)	32 (18,5)
Outro	3 (1,7)	0 (0)	3 (1,7)
Tem filhos (<i>f</i> , %)			
Sim	54 (31,2)	26 (15,0)	80 (46,2)
Não	63 (36,4)	30 (17,3)	93 (53,8)
Cidade de residência (<i>f</i> , %)			
Capital ou região metropolitana	52 (41,9)	47 (83,9)	99 (55,0)
Interior do estado	72 (58,1)	9 (16,1)	81 (45,0)
Escolaridade (<i>f</i> , %)			
Ensino fundamental	15 (9,0)	0 (0)	15 (9,0)
Ensino médio	41 (24,0)	20 (11,7)	61 (35,1)
Ensino superior	59 (34,5)	36 (21,1)	95 (52,7)
Ocupação (<i>f</i> , %)			
Estudante	14 (8,0)	8 (4,6)	22 (12,6)
Trabalhador	55 (31,6)	46 (26,4)	101 (58,1)
Desempregado/Aposentado/Do lar	34 (19,5)	2 (1,1)	36 (20,6)
Licença saúde	9 (5,2)	0 (0)	9 (5,2)
Outro	6 (3,4)	0 (0)	6 (3,4)
Diagnóstico Psiquiátrico (<i>f</i> , %)*			
Sim	92 (51,1)	0 (0)	92 (51,1)
Não	32 (17,7)	56 (31,1)	86 (48,8)
Categorias Diagnósticas (<i>f</i> , %)			
Transtornos de Humor	53 (37,9)	0 (0)	53 (37,9)
Transtornos de Ansiedade	34 (24,3)	0 (0)	34 (24,3)
Transtornos Psicóticos	29 (20,7)	0 (0)	29 (20,7)
Transtornos de Personalidade	17 (12,1)	0 (0)	17 (12,1)
Outros transtornos	7 (5,0)	0 (0)	7 (5,0)
Uso Medicação Psiquiátrica (<i>f</i> , %)*			
Sim	79 (45,9)	1 (0,6)	80 (46,5)
Não	38 (22,1)	54 (31,4)	92 (53,5)

Nota: *f* – Frequência de participantes em cada categoria; % – Percentual válido de participantes em cada categoria; * Variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os grupos.

A Tabela 2 apresenta os resultados das médias e desvios padrão das escalas do IPO-Br e do SRQ-20 para o grupo clínico, não clínico e para a amostra total. O índice *d* de Cohen, utilizado como indicador de tamanho de efeito nas comparações das médias entre grupos, apontou tamanho de efeito grande ($d \geq |0,80|$) para quase todas as escalas, exceto Distorsão dos Valores Morais e Agressividade Sádica, que apresentaram um tamanho de efeito moderado. Além disso,

em todas as escalas do instrumento, as diferenças das médias entre os grupos clínico e não clínico foram estatisticamente significativas por meio do teste *t*. Em relação à fidedignidade, os resultados demonstraram índices satisfatórios de consistência interna para as todas as dimensões do IPO-Br e para o SRQ-20.

Tabela 2. Estatísticas descritivas dos fatores do IPO-Br e do SRQ-20 para as amostras clínica, não clínica e total, incluindo o tamanho de efeito das diferenças de médias e coeficientes de consistência interna. Rio Grande do Sul, 2014 a 2015.

	Amostra clínica <i>M (DP) n = 124</i>	Amostra Não clínica <i>M (DP) n = 56</i>	Total <i>M (DP) n = 180</i>	<i>d</i>	<i>α</i>
IPO-Br					
ISO	2,86 (0,83)	1,95 (0,54)	2,57 (0,86)	1,30	0,94
IC	2,51 (0,84)	1,77 (0,48)	2,27 (0,82)	1,08	0,89
IO	2,70 (1,23)	1,73 (0,66)	2,39 (1,17)	0,98	0,78
PSI	2,20 (1,02)	1,44 (0,36)	1,96 (0,94)	0,99	0,90
AA	1,95 (0,89)	1,37 (0,24)	1,77 (0,79)	0,88	0,80
DVM	2,36 (0,70)	1,97 (0,52)	2,23 (0,67)	0,63	0,74
AS	1,45 (0,63)	1,16 (0,25)	1,35 (0,55)	0,60	0,81
SRQ-20	10,02 (5,29)	2,49 (1,98)	7,36 (5,70)	1,88	0,91

Nota: IPO-Br - Inventário de Organização da Personalidade - Brasil; ISO - Instabilidade do Self e Outros; IC - Instabilidade do Comportamento; IO - Instabilidade nos Objetivos; PSI - Psicose; AA - Agressividade Autodirigida; DVM - Distorção dos Valores Morais; AS - Agressividade Sádica; SRQ-20 - *Self-Reporting Questionnaire*.

Para examinar a capacidade do IPO-Br em discriminar pessoas com diferentes níveis de OP, foram realizadas análises de variância (ANOVA), cujos resultados são apresentados na Tabela 3. Os grupos foram formados de acordo com as classificações feitas pelos clínicos que atendiam os pacientes. Essa classificação foi feita de forma independente, sem que o clínico tivesse acesso aos escores de seus pacientes nos instrumentos desta pesquisa.

Observa-se que, em todos os fatores, os menores escores médios obtidos foram do grupo de participantes classificados no nível de OP normal, conforme esperado. Contudo, somente os fatores ISO e IC apresentaram uma diferença estatisticamente significativa de todos os demais grupos. Além disso, de maneira geral, as médias nos fatores do IPO-Br não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes do grupo de OP neurótica e os de OP *borderline* superior. O mesmo aconteceu entre os pacientes com OP *borderline* inferior e OP psicótica.

Assim, embora algumas nuances entre os diferentes níveis de OP não tenham sido captadas pelas escalas do IPO-Br, o instrumento demonstrou capacidade para discriminar o padrão de funcionamento psicológico, de maneira geral, em três grandes grupos: normal, neurótico-*borderline* superior e *borderline* inferior-psicótico. Com base nessa evidência empírica, reorganizou-se os cinco níveis de OP em três grupos, os quais foram renomeados para: OP normal, OP com prejuízo leve (neurótico - *borderline* superior) e OP com prejuízo grave (*borderline* inferior - psicótico).

Tabela 3. Comparação das médias (ANOVA) dos fatores do IPO-Br entre grupos de pessoas com diferentes níveis de organização de personalidade. Rio Grande do Sul, 2014 a 2015.

	Normal <i>M (DP) n = 61</i>	Neurótico <i>M (DP) n = 38</i>	<i>Borderline</i> Superior <i>M (DP) n = 16</i>	<i>Borderline</i> Inferior <i>M (DP) n = 36</i>	Psicótico <i>M (DP) n = 29</i>	<i>F (gl)</i>	<i>p</i>
ISO	1,92 ^a (0,53)	2,55 ^b (0,77)	2,74 ^b (0,78)	3,33 ^c (0,77)	2,95 ^{bc} (0,64)	27,68 (4)	< 0,001
C	1,74 ^a (0,47)	2,18 ^b (0,69)	2,16 ^{bc} (0,62)	2,96 ^d (0,89)	2,71 ^{cd} (0,77)	21,51 (4)	< 0,001
IO	1,72 ^a (0,65)	2,63 ^b (1,14)	2,36 ^{ab} (1,21)	2,93 ^b (1,31)	2,87 ^b (1,26)	9,99 (4)	< 0,001
PSI	1,43 ^a (0,35)	1,76 ^a (0,64)	1,82 ^{ab} (0,80)	2,43 ^{bc} (1,05)	2,85 ^c (1,16)	19,70 (4)	< 0,001
AA	1,35 ^a (0,25)	1,52 ^a (0,53)	1,45 ^a (0,44)	2,54 ^b (1,01)	2,16 ^b (0,84)	23,89 (4)	< 0,001
VM	1,93 ^a (0,52)	2,16 ^a (0,62)	2,06 ^a (0,61)	2,62 ^b (0,77)	2,60 ^b (0,50)	10,44 (4)	< 0,001
AS	1,15 ^a (0,24)	1,27 ^{ab} (0,41)	1,29 ^{ab} (0,45)	1,71 ^c (0,87)	1,51 ^{bc} (0,53)	7,33 (4)	< 0,001

Nota: Em cada linha, letras iguais significam que as médias de cada Organização de Personalidade não diferem de forma estatisticamente significativa entre si nas dimensões do IPO-Br (Post-hoc: Teste de Tukey); ISO - Instabilidade do Self e Outros; IC - Instabilidade do Comportamento; IO - Instabilidade nos Objetivos; PSI - Psicose; AA - Agressividade Autodirigida; DVM - Distorção dos Valores Morais; AS: Agressividade Sádica.

A partir das novas configurações de OP, realizou-se a comparação das médias por meio de análises de variância e os resultados são apresentados na Tabela 4. Conforme demonstrado na Tabela 4, os fatores ISO, IC e PSI do IPO-Br foram capazes de diferenciar todas as estruturas. Na escala IO, os valores médios foram estatisticamente diferentes entre as pessoas do grupo de OP normal e as de OP com prejuízo leve, mas a diferença de médias nesse fator entre a OP com prejuízo leve e a OP prejuízo grave não foram estatisticamente significativas. Referente aos fatores das Escalas Adicionais, as médias não foram estatisticamente significativas entre os grupos de OP normal e de OP com prejuízo leve, mas foram estatisticamente diferentes do grupo de OP com prejuízo grave.

Tabela 4. Comparação das médias (ANOVA) das escalas do IPO-Br entre as organizações de personalidade reagrupadas. Rio Grande do Sul, 2014 a 2015.

	Normal	Prejuízo leve	Prejuízo grave	F (gl)	p
	M (DP) n = 61	M (DP) n = 54	M (DP) n = 65		
ISO	1,92 ^a (0,53)	2,60 ^b (0,77)	3,17 ^c (0,74)	46,89 (2)	< 0,001
IC	1,74 ^a (0,47)	2,18 ^b (0,66)	2,85 ^c (0,84)	41,90 (2)	< 0,001
IO	1,72 ^a (0,65)	2,55 ^b (1,16)	2,90 ^b (1,20)	56,07 (2)	< 0,001
PSI	1,43 ^a (0,35)	1,78 ^b (0,68)	2,61 ^c (0,95)	39,79 (2)	< 0,001
AA	1,35 ^a (0,25)	1,50 ^a (0,51)	2,38 ^b (0,75)	19,26 (2)	< 0,001
DVM	1,93 ^a (0,52)	2,13 ^a (0,61)	2,98 ^b (0,74)	56,86 (2)	< 0,001
AS	1,15 ^a (0,24)	1,27 ^a (0,42)	1,62 ^b (0,74)	48,62 (2)	< 0,001

Nota: Em cada linha, letras iguais significam que as médias de cada Organização de Personalidade não diferem de forma estatisticamente significativa entre si nas dimensões do IPO-Br (Post-hoc: Teste de Tukey); ISO - Instabilidade do Self e Outros; IC - Instabilidade do Comportamento; IO - Instabilidade nos Objetivos; PSI - Psicose; AA - Agressividade Autodirigida; DVM - Distorção dos Valores Morais; AS: Agressividade Sádica.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve por objetivo investigar a capacidade do IPO-Br em diferenciar grupos de pessoas com diferentes níveis de organização da personalidade. Até o presente momento, não foram encontrados estudos elaborados para abordar essa questão, sendo que esta parece ser a primeira pesquisa que se propôs a fazer tal investigação.

O mais próximo dessa proposta foi o estudo de Smits e colaboradores¹⁶ que investigaram a capacidade dos fatores do IPO em discriminar pacientes dos grupos A, B e C de transtornos da personalidade, não encontrando-se diferenças estatisticamente significativas entre esses grupos e se atribuindo essa falha a um possível efeito de sub-representação de pacientes dos grupos A e C. De qualquer forma, os grupos A, B e C são teoricamente organizados de acordo com as semelhanças dos traços dos transtornos¹ e não pela severidade funcional da personalidade.

Os resultados obtidos no presente estudo demonstraram que o IPO-Br foi capaz de diferenciar o grupo clínico do não clínico com tamanhos de efeitos grandes nas diferenças das médias em quase todos os fatores. Esses resultados são congruentes com outras pesquisas^{2,10,16} que também reportam diferenças estatisticamente significativas entre os escores dos grupos clínico e não clínico. Esse dado sugere que o IPO-Br é um instrumento útil para a identificação de psicopatologias relacionadas à personalidade. Além disso, os índices satisfatórios de consistência interna em todas as escalas indicam adequada fidedignidade do instrumento. Com isso, verificam-se adequadas evidências de validade e confiabilidade da medida.

Os fatores Distorção de Valores Morais e Agressividade Sádica apresentaram tamanho de efeito moderado na diferença de médias entre os grupos clínico e não clínico. Esse tamanho de efeito um pouco menor pode estar relacionado ao fato de que as respostas aos itens dessas escalas podem ser mais suscetíveis à interferência da deseabilidade social¹⁰.

Com isso, as pessoas tendem a não endossar itens que descrevem comportamentos que indicam falha no desenvolvimento moral e prazer no sofrimento dos outros por serem socialmente indesejáveis. Outra hipótese que pode explicar essa diferença moderada no tamanho de efeito é o fato dos itens captarem comportamentos muito severos e/ou específicos

de um único transtorno, no caso, o antissocial¹⁹. Desse modo, para a investigação específica destes fatores, seria importante que a amostra contasse com grupos previamente estabelecidos, como uma amostra de pessoas com transtorno da personalidade antissocial ou de réus confessos de crimes cometidos intencionalmente contra os outros.

Referente aos níveis de OP teoricamente estabelecidos no modelo de Kernberg^{4,5}, os fatores do IPO-Br falharam em discriminar de maneira exata os grupos entre si. Sobre esse resultado, os modelos psicométricos nem sempre conseguem captar as nuances qualitativas que distinguem diferentes grupos²⁰. A não diferenciação dos grupos pode ter ocorrido, por um lado, devido ao fato de os itens e fatores do IPO-Br não compreenderem todas as nuances que qualificam esses níveis teoricamente estabelecidos.

Por outro lado, pode ser que a não diferenciação ocorreu devido ao fato dos agrupamentos teoricamente estabelecidos não corresponderem à realidade empírica. Assim, o presente estudo, traz evidências de que o IPO-Br é capaz de discriminar três níveis de funcionamento psicológico: normal, prejuízo leve e prejuízo grave.

Os novos modelos diagnósticos dos transtornos da personalidade, tanto o modelo alternativo do DSM-5¹, quanto o modelo dimensional proposto para a 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11)²¹, compreendem a patologia da personalidade em termos de severidade funcional. O diagnóstico de um transtorno da personalidade passa a ser determinado pelo nível de prejuízo no funcionamento subjetivo e interpessoal.

Um grave transtorno da personalidade tem sido determinado por prejuízos severos na constituição do *self*, com problemas na integração da identidade e no autogoverno, bem como por prejuízos graves nos estilos de relacionamento interpessoal, com problemas na empatia e intimidade. Esses novos modelos estão intrinsecamente alinhados com o modelo de OP de Kernberg²²⁻²⁴. De fato, um estudo inclusive encontrou itens no IPO que cobrem todos os construtos do modelo alternativo de diagnóstico dos transtornos da personalidade descritos no DSM-5¹.

Considerando que quanto maior o prejuízo no funcionamento da personalidade, maior deveriam ser os escores das escalas, teoricamente eram esperados valores médios crescentes partindo do grupo de OP normal para o de OP psicótica. Esse resultado não ocorreu conforme o esperado, sendo que as maiores médias foram do grupo de participantes classificados com OP *borderline* inferior, exceto no fator Psicose.

Esses valores divergentes do esperado podem ser efeito do baixo tamanho amostral dos grupos e/ou das diferenças de tamanhos amostrais em cada grupo. Ainda, essa divergência pode sinalizar uma necessidade de revisão na forma de classificação dos níveis de OP, tendo em vista que, empiricamente, os grupos se diferenciam de modo alternativo ao teorizado. Além disso, o IPO parece cobrir melhor as características típicas do funcionamento *borderline*, sendo mais sensível para captar aspectos deste nível de OP do que dos outros níveis¹¹.

As médias dos fatores do IPO-Br na OP psicótica foram menores do que no grupo de OP *borderline* inferior. Embora a organização psicótica apresente instabilidade de *self* e outros, e instabilidade no comportamento, a questão central nessa organização, que a diferencia inclusive da *borderline*, é o grave prejuízo no teste de realidade, manifestado particularmente por delírios e alucinações⁵.

De fato, os escores dos pacientes com OP psicótica foram maiores na escala Psicose, uma vez que os itens são formulados de modo a investigar prejuízos no curso do pensamento, na sensopercepção e na maneira como a pessoa autoavalia comportamentos e sentimentos de acordo com normas sociais. A diferença entre valores médios nesse fator entre as OP *borderline* inferior e OP psicótica não foi, contudo, estatisticamente significativa. Esse resultado pode ter sido influenciado pelo comprometimento na função do pensamento que pacientes com psicose apresentam. As respostas a alguns itens do IPO-Br demandam maior autorreflexão e clareza acerca das emoções experimentadas e do modo como a pessoa vê a si mesma.

Falhas nessa capacidade autorreflexiva, juntamente com prejuízos no julgamento, podem gerar escores em um instrumento de autorrelato que não representam adequadamente o paciente²⁵. Ainda, ocorre o fato de a OP *borderline* ser amplamente estudada enquanto existem pouquíssimos estudos sobre a OP psicótica na perspectiva da teoria psicodinâmica das relações de objeto, resultando em lacunas no conhecimento e aprofundamento do funcionamento estrutural psicótico²⁶. Além da diferenciação do DSM-5 que inclui personalidades do espectro da esquizofrenia por meio do domínio do psicoticismo no modelo alternativo e a CID-11 que remove qualquer menção a traços psicóticos dos transtornos da personalidade, deixando todos na categoria do espectro da esquizofrenia²⁷.

Apesar do presente estudo ter sido de abordagem quantitativa, as coletas presenciais com pacientes graves possibilitaram a ampliação da compreensão acerca das diferenças de escores entre os grupos de OP psicótica e OP *borderline* inferior. Um exemplo que pode ilustrar melhor essa situação é que, um paciente psicótico participante, quando questionado sobre o item “*Eu me sinto aliviado machucando, cortando ou causando dor física a mim mesmo*”, do fator Agressividade Autodirigida, deu uma resposta com alta pontuação, comentando “*Sim, faço isso. Às vezes é necessário a gente se cortar para poder renovar o sangue*”.

Um paciente *borderline*, para a mesma questão, respondeu “*Sim, tenho tanta raiva dentro de mim, de tudo, do mundo, que me corto mesmo... Me arranho ou passo uma lâmina no braço, mas não dói tanto assim, prefiro me cortar, ou dar murros contra a parede até minha mão sangrar, do que ir lá e brigar com as pessoas*”. A complementariedade das abordagens qualitativa e quantitativa²⁰ permite o entendimento de que comportamentos de agressão autodirigida em pacientes com estrutura psicótica são mais pontuais, como em um surto por exemplo, ao passo que em pacientes com estrutura *borderline* tendem a ser mais crônicos.

Isso pode explicar a média mais alta nesse fator para as pessoas com OP *borderline* inferior em comparação com as com OP psicótica. Da mesma forma, os itens dos fatores Distorção de Valores Morais e Agressividade Sádica são elaborados de modo a investigar atitudes antissociais e hostis. Portanto, é esperado que sejam mais endossados por pacientes com OP *borderline* do que por psicóticos, visto que é característico dos primeiros um superego arcaico, persecutório e sádico, estabelecendo relações de objeto baseadas na exploração e no controle onipotente sobre o objeto²⁸.

Com base nas evidências empíricas encontradas, e, considerando que as estruturas as quais não apresentaram diferenças significativas entre si se configuram em um *continuum* em relação ao nível de psicopatologia na organização da personalidade, decidiu-se por reorganizar os cinco níveis de organização da personalidade em três grupos abrangentes, aos quais se denominou: 1) Normal, 2) Prejuízo leve da personalidade (neurótico – *borderline* superior) e 3) Prejuízo grave da personalidade (*borderline* inferior – psicótico).

Tais grupos discriminaram entre si em todas as Escalas Clínicas Primárias do IPO-Br, exceto IO, que não diferenciou os grupos de OP com prejuízo leve e de OP com prejuízo grave. Portanto, embora o IPO-Br não tenha sido capaz de captar as nuances entre algumas organizações, ele mostrou-se um bom instrumento para indicar o grau de severidade do funcionamento da personalidade, apresentando evidências de validade em relação a critérios externos.

Referente às Escalas Adicionais do IPO-Br, as diferenças das médias que foram estatisticamente significativas ocorreram somente com a OP com prejuízo grave. No modelo de Kernberg⁵, a agressividade e falhas na internalização de um sistema de valores morais são condições características de casos mais graves de patologia da personalidade. A agressão tem sido caracterizada como ponto central em transtornos que englobam a OP *borderline* de personalidade²⁹.

No entanto, de acordo com a teoria psicodinâmica das relações de objeto, existe uma subdivisão desta OP. Fazem parte da organização *borderline* superior transtornos de personalidade como evitativo, dependente e histriônico, os quais possuem características

psicopatológicas menos acentuadas em comparação com a *borderline* inferior, não apresentando demarcadas características agressivas. Já a OP *borderline* inferior, dentro da estrutura *borderline*, está associada aos transtornos de personalidade como o antissocial, o esquizotípico e o próprio transtorno *borderline*⁶.

Crawford e colaboradores³⁰ afirmam que grande parte dos transtornos da personalidade apresentam problemas associados às relações interpessoais, com estabelecimento do apego caracterizado por muita ansiedade e evitação. Nesse sentido, a agressão é o aspecto que diferencia OP *borderline* superior e inferior, bem como distingue os transtornos de personalidade do Grupo B do DSM-5, principalmente o transtorno de personalidade *borderline*, dos demais transtornos que apresentam também altos níveis de ansiedade no estabelecimento de vínculos, como o dependente e o evitativo. Além disso, os altos escores de agressão obtidos neste estudo pode ser efeito de um viés em relação à OP *borderline* inferior, visto que grande parte dos participantes deste grupo são pacientes com transtorno da personalidade *borderline*.

CONCLUSÃO

Este estudo apresentou evidências de validade do IPO-Br a partir da comparação dos escores entre amostras clínica e não clínica. Grande parte das pesquisas precedentes utilizando o IPO detiveram-se a investigar as relações deste instrumento com outras medidas e construtos psicológicos. Nesse sentido, uma das principais contribuições do presente estudo foi verificar o valor clínico do IPO para diferenciar indivíduos com distintas estruturas de personalidade, desde as não patológicas até as com funcionamento gravemente comprometido. Considera-se que este seja um diferencial em relação aos conhecimentos previamente acumulados na área.

Uma limitação do estudo, que pode ter influenciado o fato do IPO-Br não ter discriminado as nuances entre as cinco estruturas, refere-se ao método de agrupamento dos participantes nas categorias diagnósticas estruturais. Os grupos foram formados a partir da avaliação da estrutura de personalidade feita pelo julgamento do clínico a partir dos perfis prototípicos construídos para esta pesquisa.

Embora o estudo possua riqueza clínica por contar com o posicionamento do terapeuta sobre o paciente, esse método empregado não permitiu a estimação da fidedignidade desse diagnóstico estrutural. A utilização de instrumentos padronizados pode auxiliar nessa questão. Desse modo, pesquisas futuras podem implementar métodos mais fidedignos de classificação dos participantes, de acordo com suas estruturas de personalidade.

De forma a minimizar os vieses subjetivos dos clínicos e diminuir possíveis erros relacionados ao método de classificação dos participantes, foram implementados tanto o treinamento dos clínicos no modelo teórico considerado, quanto a construção do Guia Descritor dos Perfis de Personalidade Segundo o Modelo da Organização da Personalidade.

Outra limitação diz respeito ao tamanho reduzido da amostra. A coleta de dados com os pacientes foi realizada individualmente, demandando uma logística, por vezes, complexa para a obtenção dos dados. Desse modo, o contexto em que esta pesquisa foi realizada possibilitou o acesso a esse número de participantes.

Quando os participantes foram classificados dentro das categorias dos níveis de OP, a quantidade de indivíduos por grupo se mostrou reduzido. Sabe-se que o tamanho amostral tem um impacto sobre o poder de diversas estatísticas, fazendo com que os resultados aqui obtidos sejam considerados com cautela. Desse modo, sugere-se que estudos posteriores possam incluir um número maior de participantes em cada categoria diagnóstica para examinar se os fatores do IPO-Br seriam capazes de discriminar as nuances entre os grupos de OP. Ainda, o aumento de casos tende a favorecer a heterogeneidade de estilos patológicos da personalidade dentro de cada categoria estrutural. Assim, a sub-representação de outros traços característicos dos níveis de OP deixa de ser um problema.

Apesar das limitações aqui expostas, é possível observar que a presente investigação avança nos conhecimentos acerca do IPO-Br, como um instrumento útil na prática clínica para avaliação estrutural da personalidade. Para além da indicação da severidade da patologia da personalidade, o IPO-Br permite também, por meio dos escores de seus fatores, descrever os traços patológicos que mais demandam atenção clínica.

Com isso, os resultados do IPO-Br podem subsidiar a elaboração de planos de intervenções terapêuticas específicos para cada paciente. Em termos científicos, a presente pesquisa também contribui com as discussões acerca dos modelos diagnósticos da patologia da personalidade em relação à gravidade de prejuízos funcionais. O IPO-Br tem se mostrado um modelo de mensuração útil, válido e fidedigno para a estimação da severidade da patologia da personalidade.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais. 5ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. 948p.
2. Preti E, Prunas A, De Panfilis C, Marchesi C, Madeddu F, Clarkin J. The facets of identity: personality pathology assessment through the Inventory of Personality Organization. *Personal Disord.* [Internet]. 2015 [citado em 07 jan 2021]; 6(2):129-40. DOI: <https://doi.org/10.1037/per0000119>
3. Krueger RF, Hobbs KA. An overview of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders. *Psychopathology* [Internet]. 2020 [citado em 07 jan 2021]; 53(3):126-32. DOI: <https://doi.org/10.1159/000508538>
4. Oliveira SES, Bandeira DR. Avaliação da patologia da personalidade por meio do Inventário de Organização da Personalidade. In: Hutz CS, Bandeira DR, Trentini CM., organizadores. *Avaliação psicológica da inteligência e da personalidade*. Porto Alegre: Artmed; 2018, p. 265-79.
5. Kernberg OF, Caligor E. A psychoanalytic theory of personality disorders. In: Lenzenweger MF, Clarkin JF, editors. *Major theories of personality disorder*. 2ed. New York: Guilford Press; 2005, p. 114-56.
6. Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF. *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. Washington: American Psychiatric Pub; 2007. 595p.
7. Clarkin JF, Cain NM, Lenzenweger MF. Advances in transference-focused psychotherapy derived from the study of borderline personality disorder: clinical insights with a focus on mechanism. *Curr Opin Psychol.* [Internet]. 2018 [citado em 07 jan 2021]; 21:80-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.008>
8. Oliveira SE, Bandeira DR. Linguistic and cultural adaptation of the Inventory of Personality Organization (IPO) for the Brazilian culture. *Depress Anxiety.* [Internet]. 2011 [citado em 07 jan 2021]; 1(1):1-7. DOI: <https://doi.org/10.4172/2167-1044.1000105>
9. Barreto JF, Matias M, Carvalho HM, Matos PM. Uncovering personality structure with the Inventory of Personality Organization: an exploration of factor structure with a Portuguese sample. *Eur Rev Appl Psychol.* [Internet]. 2017 [citado em 07 jan 2021]; 67(5):247-57. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.erap.2017.08.001>
10. Berghuis H, Kamphuis JH, Boedijn G, Verheul R. Psychometric properties and validity of the Dutch Inventory of Personality Organization (IPO-NL). *Bull Menninger Clin.* [Internet]. 2009 [citado em 07 jan 2021]; 73(1):44-60. DOI: <https://doi.org/10.1521/bumc.2009.73.1.44>
11. Ellison WD, Levy KN. Factor structure of the primary scales of the Inventory of Personality Organization in a nonclinical sample using exploratory structural equation modeling. *Psychol Assess.* [Internet]. 2012 [citado em 07 jan 2021]; 24(2):503-17. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0026264>
12. Igarashi H, Kikuchi H, Kano R, Mitoma H, Shono M, Hasui C, et al. The Inventory of Personality Organisation: its psychometric properties among student and clinical populations

- in Japan. *Ann Gen Psychiatry*. [Internet]. 2009 [citado em 07 jan 2021]; 8(9):1-21. DOI: <https://doi.org/10.1186/1744-859X-8-9>
13. Lowyck B, Luyten P, Verhaest Y, Vandeneede B, Vermote R. Levels of personality functioning and their association with clinical features and interpersonal functioning in patients with personality disorders. *J Pers Disord*. [Internet]. 2013 [citado em 07 jan 2021]; 27(3):320-36. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.3.320>
14. Oliveira SES. Diagnóstico estrutural e dimensional da personalidade: estudos psicométricos e de aplicação clínica. [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016. 331p.
15. Ruiz LR, Sánchez AR. Description of the structural organization of the personality in adolescents who studied first semester in a psychology program in the city of Barranquilla. *Psychol Av Discip*. [Internet]. 2008 [citado em 07 jan 2021]; 2:65-91. DOI: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297225162002.pdf>
16. Smits DJ, Vermote R, Claes L, Vertommen H. The inventory of personality organization-revised: construction of an abridged version. *Eur J Psychol Assess*. [Internet]. 2009 [citado em 07 jan 2021]; 25(4):223-30. DOI: <https://doi.org/10.1027/1015-5759.25.4.223>
17. Silveira LB, Oliveira SES, Bandeira DR. Validity evidences of the Inventory of Personality Organization-Brasil (IPO-Br): its relation with the Five-Factor Model of Personality. *Trends Psychol*. [Internet]. 2018 [citado em 07 jan 2021]; 26(4):1891-905. DOI: <https://doi.org/10.9788/TP2018.4-07En>
18. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saude Publica*. [Internet]. 2008 [citado em 07 jan 2021]; 24:380-90. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200017>
19. Hörz-Sagstetter S, Volkert J, Rentrop M, Benecke C, Gremaud-Heitz DJ, Unterrainer HF, et al. A bifactor model of personality organization. *J Pers Assess*. [Internet]. 2020 [citado em 07 jan 2021]; 9:1-12. DOI: <https://doi.org/10.1080/00223891.2019.1705463>
20. Rahman MS. The advantages and disadvantages of using qualitative and quantitative approaches and methods in language “Testing and Assessment” research: a literature review. *EduLearn*. [Internet]. 2017 [citado em 07 jan 2021]; 6(1):102-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.5539/jel.v6n1p102>
21. Tyrer P, Mulder R, Kim YR, Crawford MJ. The development of the ICD-11 classification of personality disorders: an amalgam of science, pragmatism, and politics. *Annu Rev Clin Psychol*. [Internet]. 2019 [citado em 07 jan 2021]; 7(15):481-502. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736>
22. Oltmanns JR, Widiger TA. Evaluating the assessment of the ICD-11 personality disorder diagnostic system. *Psychol Assess*. [Internet]. 2019 [citado em 07 jan 2021]; 31(5):674-84. DOI: <https://doi.org/10.1037/pas0000693>
23. Waugh MH, McClain CM, Mariotti EC, Mulay AL, DeVore EN, Lenger KA, et al. Comparative content analysis of self-report scales for level of personality functioning. *J Pers Assess*. [Internet]. 2020 [citado em 07 jan 2021]; 9:1-3. DOI: <https://doi.org/10.1080/00223891.2019.1705464>
24. Zimmermann J, Müller S, Bach B, Hutsebaut J, Hummelen B, Fischer F. A common metric for self-reported severity of personality disorder. *Psychopathology*. [Internet]. 2020 [citado em 07 jan 2021]; 53(3):161-71. DOI: <https://doi.org/10.1159/000507377>
25. Moriyama TS, Van OS J, Gadelha A, Pan PM, Salum GA, Manfro GG, et al. Differences between self-reported psychotic experiences, clinically relevant psychotic experiences, and attenuated psychotic symptoms in the general population. *Front Psychiatry*. [Internet]. 2019 [citado em 07 jan 2021]; 10(782):1-13. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00782>

26. Dagnall N, Denovan A, Parker A, Drinkwater K, Walsh RS. Confirmatory factor analysis of the inventory of personality organization-reality testing subscale. *Front Psychol.* [Internet]. 2018 [citado em 07 jan 2021]; 9(1116):1-12. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01116>
27. Bach B, Sellbom M, Kongerslev M, Simonsen E, Krueger RF, Mulder R. Deriving ICD-11 personality disorder domains from dsm-5 traits: initial attempt to harmonize two diagnostic systems. *Acta Psychiatr Scand.* [Internet]. 2017 [citado em 07 jan 2021]; 136(1):108-17. DOI: <https://doi.org/10.1111/acps.12748>
28. Kernberg OF. What is personality? *J Pers Disord.* [Internet]. 2016 [citado em 07 jan 2021]; 30(2):145-56. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.2106.30.2.145>
29. Critchfield KL, Levy KN, Clarkin JF, Kernberg OF. The relational context of aggression in borderline personality disorder: using adult attachment style to predict forms of hostility. *J Clin Psychol.* [Internet]. 2008 [citado em 07 jan 2021]; 64(1):67-82. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.20434>
30. Crawford TN, Shaver PR, Cohen P, Pilkonis PA, Gillath O, Kasen S. Self-reported attachment, interpersonal aggression, and personality disorder in a prospective community sample of adolescents and adults. *J Pers Disord.* [Internet]. 2006 [citado em 07 jan 2021]; 20(4):331-51. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.4.331>

CONTRIBUIÇÕES

Liége Barbieri Silveira contribuiu no delineamento do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos dados e, redação. **Sérgio Eduardo Silva de Oliveira** e **Denise Ruschel Bandeira** colaboraram com o delineamento do estudo, interpretação dos dados, redação e revisão.

Como citar este artigo (Vancouver)

Silveira LB, Oliveira SES, Bandeira DR. Inventário de Organização da Personalidade – Brasil: evidências de validade baseadas em critérios externos. *REFACS* [Internet]. 2021 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 9(1):29-42. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*

Como citar este artigo (ABNT)

SILVEIRA, L. B.; OLIVEIRA, S. E. S. de; BANDEIRA, D. R. Inventário de Organização da Personalidade – Brasil: evidências de validade baseadas em critérios externos. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 9, n. 1, p. 29-42, 2021. DOI: *inserir link do DOI*. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

Como citar este artigo (APA)

Silveira, L.B., Oliveira, S.E.S., & Bandeira, D.R. (2021). Inventário de Organização da Personalidade – Brasil: evidências de validade baseadas em critérios externos. *REFACS*, 9(1), 29-42. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.