



Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES

Curso de Medicina

**Alexandre de Ângelus Azerêdo Delfino Gomes**

AS CONTRIBUIÇÕES DO MODELO DE CLASSIFICAÇÃO DIMENSIONAL  
DOS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE DO DSM V – UMA REVISÃO DA  
LITERATURA

Brasília – DF,

2019

**Alexandre de Ângelus Azerêdo Delfino Gomes**

**AS CONTRIBUIÇÕES DO MODELO DE CLASSIFICAÇÃO DIMENSIONAL  
DOS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE DO DSM V – UMA REVISÃO DA  
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Centro Universitário de  
Brasília (UniCEUB) como requisito para  
obtenção do título de médico.

Orientador: Prof. Lucas Silveira  
Benevides

Co-orientador: Rafael Rodrigues  
Oliveira

Brasília – DF,

Maio

2019

**CURSO DE MEDICINA DO UNICEUB**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - TCC**

**BRASÍLIA, DATA: 29 / 05 / 2019.**

**ORIENTADOR: PROF. LUCAS SILVEIRA BENEVIDES**

**1º EXAMINADOR: PROFª. DRª. RENATA FACCO DE BORTOLI**

**2º EXAMINADOR: PROF. DR.DANIEL GOULART**

Para meu avô, que foi e sempre será minha inspiração maior  
(*in memoriam*).

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, pela vida que possuo e pela disposição que permitiu a elaboração desta pesquisa.

A minha família pelo apoio e compreensão em relação ao tempo de convivência familiar reduzido devido ao curso de medicina.

Ao professor Lucas Benevides pelo incentivo constante, pelo aprendizado, pela paciência e o desenvolvimento pessoal cujo o convívio me propiciou.

Ao meu grande amigo Rafael Oliveira que sempre me motivou a ir além de meus limites.

Ao meu padrinho João Esmael pela constante transmissão de valiosos ensinamentos na vida médica e espiritual.

“Você pode nunca alcançar a perfeição, mas pode acreditar em uma assíntota para a qual está se esforçando incessantemente.”

Paul Kalanithi

## RESUMO

**Objetivo:** O presente trabalho visa realizar uma revisão bibliográfica abordando os aspectos históricos, clínicos e teóricos relacionados ao modelo alternativo de avaliação dos transtornos de personalidade disposto na quinta edição do DSM. **Metodologia:** Esta revisão foi elaborada a partir da seleção e posterior consulta de livros-texto e artigos pesquisados na base de dados PubMed e Scielo. **Resultados:** Foram identificadas falhas importantes bem descritas na literatura em relação ao modelo de diagnóstico categórico atual: comorbidade diagnóstica, limites imprecisos, cobertura inadequada, heterogeneidade, base científica deficitária, incapacidade de retratar a especificidade dos transtornos de personalidade, avaliação ineficiente da gravidade. O desenvolvimento de instrumentos de avaliação trouxe contribuições importantes no campo da psiquiatria. Estudos indicam que modelos dimensionais podem ajudar a diminuir essas falhas, fornecendo melhores orientações na prática clínica com um grau de confiabilidade razoável e bom embasamento científico. **Conclusão:** O modelo dimensional para transtornos de personalidade do DSM-V retrata as nuances dos transtornos de maneira mais precisa. O desenvolvimento de instrumentos de avaliação psicológica trouxe avanços importantes. Os modelos dimensionais apresentam uma abordagem mais adequada nos aspectos onde o modelo categórico demonstra falhas, com maior grau de confiabilidade, embora também possuam limitações. Evidências apontam que a abordagem mais adequada para os transtornos de personalidade será constituída de um modelo híbrido (categórico e dimensional), reunindo as características positivas de ambos e há evidências na literatura que embasam essa ideia. Para tanto são necessários mais estudos utilizando as atuais ferramentas disponíveis para que se tenha o embasamento científico adequado.

**Palavras-chave:** Transtornos de personalidade; Modelo dimensional. Dimensões da personalidade; Inventário de Personalidades; Seção III DSM-V.

## ABSTRACT

**Objective:** *The objective of the current study is to provide a review that correlate historical, clinic and theoretical aspects related to Dimensional Model for Personality Disorders from DSM-V Section III. **Methods:** This review was elaborated from the selection and consult of text-books and articles searched in date-base PubMed and Scielo. **Results:** Important flaws well described in literature were identified within the current categorical diagnostic system: comorbidity, inaccurate boundaries, imprecise cover, weak scientific base, poor severity evaluatio. The development of evaluation tools brought important contributions into the psychiatry field. The dimensional models can help decrease those flaws, giving better clinic orientations in clinical practice with appropriate scientific base and a reasonable degree of security. Several evaluation instruments were elaborated to the assessment of the personality disorders and some still remain in clinical practice. **Conclusions:** The dimensional model for personality disorders portrays the degrees in a more precisely way. The development of evaluation tools for the personality disorders brought importante contributions in the psychiatry field. The dimensional models presents more adequate approaches with a reasonable degree of security where the categorical model presents some flaws, although it has its own limitations. Evidences indicate that the ideal approach in the field of personality disorders involves the use of a hybrid system (categorical and dimensional) reuniting the positive aspects of each one and there is a scientific base on the literature giving support to this idea. In order to achieve that it is necessary to conduct more studies using the current available tools so that a strong scientific background can be established.*

**Key-words:** *DSM-5 alternative model of personality traits; Personality dimensions; PID-5; Personality disorders; dimensional model of pathological personalities; Section III DSM.*

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Critérios Gerais para Transtorno da Personalidade.....	35
Figura 2- Critérios Diagnósticos Propostos para Transtorno da personalidade antissocial.....	43
Figura 3- Critérios Diagnósticos Propostos para o Transtorno da Personalidade Evitativa.....	44
Figura 4- Critérios Diagnósticos Propostos para o Transtorno da Personalidade <i>Borderline</i> .....	45, 46
Figura 5- Critérios Diagnósticos Propostos para o Transtorno de Personalidade Narcisista.....	46
Figura 6- Critérios Diagnósticos Propostos para o Transtorno da Personalidade Obsessivo-compulsiva.....	47
Figura 7- Critérios Diagnósticos Propostos para o Transtorno da Personalidade Esquizotípica.....	48
Figura 8- Critérios Diagnósticos Propostos para o Transtorno da Personalidade - Especificado pelo Traço.....	49

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Elementos do Funcionamento da Personalidade.....	36
Quadro 2 – Definições dos domínios e facetas dos traços do transtorno da personalidade do DSM-5.....	37,38,39,40

## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM-II	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 2ª Edição
DSM-III	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 3ª Edição
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª Edição – Texto Revisado
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª Edição
ENFP	A Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade
MCF	Modelo de Cinco Fatores da Personalidade
PSY-5	Patologia da Personalidade Cinco
PID-5	Inventário de Personalidade para o DSM-V
TP-ET	Transtorno da Personalidade - Especificado pelo Traço

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>3. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>14</b>
<b>4. ASPECTOS HISTÓRICOS.....</b>	<b>15</b>
<b>5. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>25</b>
<b>6. MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>57</b>
<b>7. DISCUSSÃO E RESULTADOS.....</b>	<b>58</b>
<b>8. CONCLUSÃO.....</b>	<b>64</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Na prática clínica, os transtornos de personalidade representam entidades comuns envolvendo desafios importantes. Possuem uma prevalência que gira em torno de 6% e 13% da população geral (SAMUELS, 1994), representando uma comorbidade frequente. Chegam a afetar cerca de 50% dos pacientes dentro da psiquiatria (SADOCK, 2015).

Desde os primórdios da medicina houve uma necessidade de classificar os transtornos mentais e sua apresentação, sendo que esses sofreram alterações ao longo da história. Os modelos foram elaborados para designar protótipos disfuncionais do humor, afeto, personalidade e comportamento. O início das análises, do que se concebe hoje como personalidade, ocorreram desde o início da história da medicina, com a colaboração de diversos indivíduos (CROCQ, 2013).

A elevada demanda, no que diz respeito a confiabilidade, resultou no desenvolvimento de uma série de sistemas de classificação. Inicialmente, os modelos dimensionais para avaliação dos transtornos de personalidade foram pouco valorizados dado ao seu alto nível de abstração (HENNING, 1994). Em 1994, Henning SaR *et al* afirmou que elementos dimensionais enriqueceriam os critérios diagnósticos categóricos (HENNING, 1994).

O DSM-IV apresenta uma abordagem categórica para classificação dos transtornos de personalidade (POPIEL, 2017). Listas com critérios de inclusão e exclusão foram determinadas, porém o diagnóstico não se mostrou consistente no campo dos transtornos de personalidade (HENNING, 1994). Essa abordagem levantou uma série de questões, vários problemas foram identificados, resultando em longos debates no intuito de revisar essas questões (POPIEL, 2017). A partir dessas argumentações, um novo modelo híbrido foi elaborado, contendo um sistema dimensional para avaliação dos transtornos de personalidade. Ele está disposto na Seção III do DSM-V (POPIEL, 2017).

O estudo “*Examination of the Section III DSM-5 Diagnostic System for Personality Disorders in an Outpatient Clinical Sample*” realizado por FEW *et al* (2013) fornece um embasamento inicial em termos de confiabilidade e validade para o Modelo Dimensional dos Transtornos de Personalidade da Seção III do DSM-V (FEW, 2013).

A partir das informações expostas, o presente trabalho teve objetivo geral realizar uma revisão bibliográfica que aborde os principais aspectos relacionados ao Modelo Dimensional

da Seção III do DSM-V sobre transtornos de personalidade e como objetivos específicos reunir e apresentar informações pertinentes sobre o contexto histórico envolvido com o desenvolvimento dos modelos dimensionais para avaliação dos transtornos de personalidade; apresentar esse modelo do DSM-V; expor suas características positivas e negativas presentes na literatura; evidenciar aspectos pertinentes no que diz respeito à aplicação clínica desse modelo e discutir questões, problemas, impasses e perspectivas relativas a ele.

## 2 OBJETIVOS

### GERAL:

**Realizar uma revisão bibliográfica que aborde os principais aspectos relacionados ao Modelo Dimensional da Seção III do DSM-V sobre transtornos de personalidade.**

### ESPECÍFICOS:

- 1) Reunir e apresentar informações pertinentes sobre o contexto histórico envolvido com o desenvolvimento dos modelos dimensionais para avaliação dos transtornos de personalidade.
- 2) Apresentar o Modelo Dimensional dos transtornos de personalidade contido na Seção III do DSM-V.
- 3) Evidenciar aspectos pertinentes no que diz respeito à aplicação clínica do Modelo Dimensional dos Transtornos de Personalidade do DSM-V
- 4) Discutir questões, problemas, impasses e perspectivas relativas ao Modelo Dimensional dos Transtornos de Personalidade do DSM-V.

### 3 JUSTIFICATIVA

Os transtornos de personalidade estão entre os transtornos mais difíceis de se tratar. Isso ocorre, em parte, porque eles envolvem padrões comportamentais difusos e entranhados que estiveram presentes durante boa parte da vida do indivíduo, fazendo com que as pessoas a sua volta considerem muitos aspectos da personalidade deste mesmo indivíduo como sendo parte integral de seu auto-conceito (WIDIGER; TRULL, 2007 *apud* MILLON *et al.*, 1996). Há pesquisas indicando que o tratamento raramente envolve uma cura do transtorno de personalidade (WIDIGER; TRULL, 2007 *apud* PARIS, 2006).

Existem estudos indicando que apenas a presença de um transtorno de personalidade aumenta a chance de mortalidade em relação a população geral, um risco superior ao tabagismo pesado. São condições clínicas de curso crônico, possuindo um tratamento incerto em diversos casos (GRIGOLETTI, 2009).

Portadores de depressão unipolar em associação a um transtorno bipolar demonstraram em estudos que a presença de um transtorno de personalidade é capaz de levar a um prognóstico pior, rejeição do tratamento e a casos refratários (SADOCK, 2015).

Existem muitas críticas em relação ao campo dos transtornos de personalidade, uma vez que, a despeito de sua relevância prática, é uma área que ainda possui, em certo grau, algumas características vagas e elusivas. Isso ocorre sobretudo em situações forenses, nas quais um grau mais elevado de confiança na avaliação dessas desordens se faz necessário (HENNING, 1994).

Pacientes portadores de transtornos mentais devem sempre ser avaliados para transtornos de personalidade comórbidos, uma vez que sua presença impacta diretamente o curso dos transtornos mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

## 4 ASPECTOS HISTÓRICOS

Os modelos envolvendo a personalidade tiveram início com a teoria humoral na medicina grega. Posteriormente, Pinel(1745-1826), Esquirol(1772-1840) e Prichard(1786-1848) trouxeram as primeiras descrições sobre personalidades anormais em livros de psiquiatria. Prichard cunhou o termo “insanidade moral” para descrever sua síndrome de desvio comportamental severo e personalidade anormal. (HENNING, 1994).

Ao longo da história, outros autores apresentaram propostas de classificação dos tipos anormais de personalidade, como Emil Kraepelin – responsável por introduzir tipos de personalidade na psiquiatria e constatar que os limites entre o normal e o patológico eram graduais - e Kurt Schneider que descreveu e organizou 10 tipos de personalidade de maior importância clínica em sua visão, além de afirmar que as alterações na personalidade seriam inatas (CROCQ, 2013).

Dessa forma, conhecer os antecedentes históricos nos auxilia a colocar em perspectiva o modelo de classificação dos transtornos de personalidade que se manteve desde de o DSM-III até o DSM- IV-TR. Atualmente, o DSM – V apresenta uma classificação tipológica (sendo baseada em listas de critérios e categorias diagnósticas) e um sistema dimensional para classificação dos transtornos de personalidade, tendo cada um com seus méritos e deméritos. Sistemas dimensionais possuem a vantagem de retratar melhor as variadas nuances dentro desses transtornos, enfatizando o espectro existente entre personalidades normais e anormais, definindo, comumente, os casos anormais como aqueles que ultrapassam o limite dos extremos de uma dimensão unipolar ou bipolar. Categorias diagnósticas se aproximam da abordagem tradicional da medicina, sendo seu uso mais conveniente que um sistema dimensional, em termos de definições clínicas. Contudo, essas categorias não apresentam a variedade e a complexidade da personalidade, seja anormal ou normal (CROCQ, 2013).

As antigas medicinas gregas e chinesas trazem explicações fisiológicas e psicológicas para as variações dos tipos de personalidade (CROCQ, 2013). Um dos precursores das classificações nos transtornos mentais foi Hipócrates em 400 A.C. , trazendo os termos “mania” e “histeria” e admitindo que as mudanças no humor seriam advindas de um sistema com quatro fluidos - bÍlis negra, bÍlis amarela, fleuma e sangue - (MERENDA, 1987). Na chinesa, o

temperamento é entendido como uma variável condicionada a mudanças na idade (CROCQ, 2013).

Já na medicina greco-romana o primeiro sistema com tipos de personalidade foi descrito na obra “*The Characters*” (Caracteres) pelo filósofo Theophrastus (por volta de 317 a 287 A.C.) Sua obra possui descrições de vários tipos de personalidade, definidas com sentenças curtas seguidas de exemplos demonstrando como o indivíduo com aquela personalidade reage em determinadas situações da vida. Isso está de acordo com a noção, enfatizada desde o DSM-III, de que as personalidades se revelam como padrões fixados de reação a situações variadas da vida. Essa obra exerceu bastante influência na Europa Ocidental nos séculos 17 e 18 (CROCQ, 2013).

A psiquiatria, como ciência médica, passou a tomar forma por volta do final do século XVIII. Nesse período, uma forma popular de se descrever características da personalidade era por meio da frenologia, que se caracterizava por uma tentativa de se descrever a personalidade com base em características anatômicas. Ela perdeu força no meio do século XIX, deixando como legado a hipótese, advinda dos progressos em neuroanatomia, de que os traços de personalidade tinham sua base no córtex cerebral. Por ter realçado o papel do córtex cerebral, a frenologia permanece como marco histórico no desenvolvimento da psiquiatria (CROCQ, 2013).

No século XIX, as disfunções envolvidas na personalidade foram relacionadas com padrões morais da época. Philippe Pinel (1801), um psiquiatra francês, foi essencial para a compreensão moderna dos transtornos mentais, tendo cunhado o termo *manie sans délire* (mania sem delírio), admitindo que essa condição teria relação com educação deficiente, em termos de padrões morais. Tal constatação representou pela primeira vez uma área de transtorno da personalidade e desvio do comportamento (CROCQ, 2013).

As características principais seriam distúrbios emotivos e do comportamento sem acometimento da função cognitiva. (HENNING, 1994). Anos mais tarde, Esquirol (1838), um de seus discípulos, apresentou o termo para descrever ideias excessivas ou fixas em apenas uma área, preservando as demais: *monomanie raisonnante* (monomania afetiva) (CROCQ, 2013).

O final do século XIX e o início o século XX foi o período no qual surgiram diversos sistemas de classificação da personalidade relacionados a graus e dimensões variadas. Théodule Ribot (1897), um psicólogo francês, salienta o caráter estável do temperamento, sendo que ele surgiria na infância e duraria por toda a vida (CROCQ, 2013). Ribot ficou conhecido por cunhar

o termo “anedonia” (HENNING, 1994 *apud* RIBOT, 1896). A classificação da personalidade normal de Ribot era caracterizada por 3 tipos primários: 1-sensitivo ou emocional, onde o sistema nervoso se manifestaria por meio de emoções prazerosas ou desagradáveis; 2- ativo, descrito por espontaneidade e coragem; 3-apático, definido pela baixa tendência a reação e excitação. Esses tipos primários seriam subdivididos em outras categorias, de acordo com o envolvimento de outras características. Em essência, dada a sua natureza, sua classificação acabou por descrever dimensões da personalidade (CROCQ, 2013).

Gerard Heymans (1929) foi um dos primeiros a utilizar métodos empíricos no estudo da personalidade e sua terminologia representa uma conexão entre as escolas antigas e psicologia moderna experimental (CROCQ, 2013). Ele era professor de filosofia e psicologia na Universidade de Groningen, na Holanda. Sua descrição dos tipos de personalidade ficou definida por 3 dimensões bipolares (nível de atividade, emotividade e funcionamento primário ou secundário). Tais dimensões foram dispostas nos eixos x, y e z no denominado Cubo de Heymans. Combinando essas 3 dimensões foi possível definir 8 tipos de personalidade, cada uma em uma extremidade do cubo (CROCQ, 2013). Ele abordou, em seus trabalhos, importantes questões para a psicologia como a hereditariedade das características psicológicas, diferenças entre os sexos e a psicologia de grupos sociais especiais (VAN DER WERFF, 1985).

Aleksandr Fyodorovich Lazursky foi um dos primeiros a desenvolver uma teoria compreensiva a respeito da personalidade (LEONTYEV, 2008). Lazursky era psicólogo na Rússia, em São Petersburgo. Sua contribuição original foi o estabelecimento e distinção entre os aspectos “endofísicos”, compreendendo as funções psicológicas básicas (e.g. memória, atenção), temperamento e caráter (associado ao exercício da razão e da vontade); e “exofísicos”, resultante da interação favorável ou desfavorável entre o mundo externo e a personalidade, sofrendo influência dos interesses do indivíduo e de sua capacidade de aprimoramento. O aspecto “endofísico” está relacionado com a constituição neurológica e psicológica e o “exofísico” engloba elementos psicossociais e sofre influência da capacidade adaptativa individual. A interação entre estes dois aspectos determina 3 níveis de funcionamento: inferior, intermediário e superior. Pessoas com o nível inferior de personalidade teriam dificuldades em se ajustar ao ambiente no qual se encontram, seriam mais fracas e sua vida seria guiada por fatores externos e não por suas capacidades. O nível intermediário seria caracterizado por indivíduos com uma maior capacidade de usar o ambiente a sua volta em favor de seus propósitos, seriam capazes de achar ocupações que melhor correspondam a suas inclinações. Já os de nível superior seriam indivíduos talentosos, capazes de desenvolver sua criatividade até

em circunstâncias desfavoráveis, não apenas se adaptando ao meio, mas sendo capazes de modifica-lo em favor de suas necessidades (CROCCO, 2013).

#### **4.1 Desenvolvimentos iniciais na psicologia**

Inicialmente, a psicologia pertencia ao reino da filosofia. Um dos primeiros paradigmas a ser quebrado dentro dessa área foi a sua transição de uma disciplina filosófica para uma disciplina científica. Tal fato é atribuído a Wundt (1874) que emancipou essa ciência e estabeleceu a “nova psicologia experimental” (KARAKAS ; BARRY, 2016). Apesar disso, Wundt considerava um equívoco, devidos aos efeitos negativos, a completa separação entre a filosofia e a psicologia (ARAUJO, 2009).

Wilhem Wundt (1874), um professor alemão, é apontado como o fundador da psicologia científica pelos manuais de história da psicologia (ARAUJO, 2009). Ele foi o fundador do Estruturalismo, escola que voltada a compreender os conteúdos da mente. Essa escola acreditava que a psicologia deveria avaliar a consciência humana normal em termos de seus elementos constituintes, para descobrir como esses elementos estão conectados e determinar as leis envolvidas nessas conexões (KARAKAS ; BARRY, 2016).

Para Wundt, os métodos de investigação em psicologia não poderiam diferir daqueles empregados nas ciências naturais (i.e., experimento e observação). Surge então a divisão entre a psicologia experimental e a psicologia dos povos. Ele defendia, em relação a psicologia experimental, que o experimento deveria ser utilizado diretamente nos estudos sobre sensações, percepções e representações, já que se pode investigar cuidadosamente o início e o curso desses processos e assim melhor compreender seus elementos constituintes. Em relação a psicologia dos povos, ele afirmava que a saída seria a observação por se tratar de fenômenos culturais e coletivos que escapam ao controle experimental (KARAKAS ; BARRY, 2016).

George Herbert Mead (1934), filósofo e psicólogo, um dos fundadores do interacionismo simbólico, trouxe a concepção de que a vida humana em sociedade foi uma condição essencial para o surgimento da consciência e da mente (BLUMER, 1966).

Mead enxergava os seres humanos como possuidores do que ele chamou de “*Self*”, uma característica que transforma as relações do ser humano com o mundo, dando suas ações um aspecto singular. Dessa forma, tal fato fornece aos indivíduos importantes mecanismos de interação. Ele via as ações humanas como condutos construídos pelo próprio indivíduo, como agente ativo (BLUMER, 1966).

As interações humanas, na visão de Mead, seriam divididas em dois níveis: 1) interações não-simbólicas, onde os seres humanos reagem diretamente a ação de outros indivíduos; 2) interações simbólicas, onde os humanos interpretam as atitudes dos outros a sua volta. Suas preocupações principais estavam voltadas para as interações simbólicas, pois elas envolvem interpretação e avaliação das ações humanas (BLUMER, 1966).

Para Mead, os humanos vivem em mundo repleto de objetos com significados variados. Esses significados são fabricados por meio das interações sociais. Portanto, grupos diferentes desenvolvem interações sociais diferentes e geram, assim, “mundos diferentes”. Seu foco central são os produtos e processos derivados das interações sociais (COTTRELL, 2016).

Além da introdução de diversos conceitos importantes, o entendimento acerca do desenvolvimento do “*self*” dentro das ações humanas é uma de suas contribuições mais valiosas (FARIS, 1937).

## 4.2 A psiquiatria moderna e as dimensões da personalidade

O psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1904) introduziu tipos de personalidades na psiquiatria moderna. Ele afirma que existe uma ampla sobreposição entre condições patológicas evidentes e atributos pessoais encontrados em pessoas consideradas normais. Os seus estudos baseavam-se em pacientes cujos sintomas culminavam em consequências na adaptação social e em casos nos quais a visão da psiquiatria era solicitada após algum problema com a lei. Além disso, ele percebeu que os limites entre o normal e o patológico possuem um aspecto gradual e arbitrário. As personalidades patológicas resultariam de defeitos congênitos, o que poderia explicar a persistência, durante toda a vida com poucas modificações, dos sintomas presentes nesses indivíduos. Ele descreveu, inicialmente, quatro tipos de personalidades patológicas: criminoso nato, o irresoluto, vontade fraca, o mentiroso patológico e o falso quereilante. Essa visão seria, posteriormente, ampliada em suas obras (CROCQ, 2013).

As obras de Kraepelin foram seguidas por Kurt Schneider (1923), responsável por definir conceitos-chave que permanecem válidos (CROCQ, 2013). Ele descreveu categorias de personalidades, possuindo elas o sofrimento como característica principal (do paciente ou da sociedade a sua volta em função dos traços de sua personalidade). Percebendo os inúmeros tipos e traços de personalidades possíveis, optou por organizar os 10 tipos que teriam maior importância, em termos clínicos. Foram elas: depressivo, hipertímico, inseguro, fanático, vontade fraca, astênico, procurador de atenção, com humor lábil, explosivo, embotado emocionalmente (HENNING, 1994). Para Schneider, as anormalidades dentro das personalidades seriam inatas, mas podendo sofrer influência externa e se alterar conforme o desenvolvimento do indivíduo (CROCQ, 2013).

O pensamento contemporâneo foi reformulado devido aos psicanalistas. Eles se concentraram nos impactos relacionados a eventos no início da vida, assumindo que eles permaneceriam no inconsciente devido ao seu caráter problemático em potencial. Freud estabeleceu uma conexão entre as experiências na infância e traços na personalidade. Ao descrever personalidades compulsivas seguindo essa linha de raciocínio, Freud abriu caminho para definições psicanalíticas de outros tipos de personalidade que viriam a surgir (CROCQ,

2013). A classificação dos transtornos de personalidade descritos no DSM-II foi influenciada pelos psicanalistas (CROCQ, 2013).

Os atuais sistemas dimensionais para classificação da personalidade foram baseados em análise estatística de milhares de adjetivos utilizados para descrever tipos de personalidades. Raymond Bernard Cattell, um psicólogo britânico, foi pioneiro nessa abordagem. Ele acreditava que a psicologia deveria ser baseada em medidas quantificadas, tendo sido ele pioneiro no uso de estatísticas para estudar as dimensões da personalidade. Em seu trabalho, Cattell agrupou diversos termos dispostos em dimensões bipolares, posteriormente nomeando-os com letras (com o intuito de evitar erros de interpretação) (CROCQ, 2013).

A teoria psicanalítica passou por mudanças que induziram o desenvolvimento de uma abordagem relacionado a objetos, enfatizando que o mundo externo é compreendido através de representações mentais ou modelos internos de funcionamento (POPIEL, 2017 *apud* BOWLBY, 1969). Tais modelos seriam interpessoais em sua origem, sendo resultantes de interações prematuras com cuidadores (membros da família). Dessa forma, os modelos funcionariam como estruturas mentais inconscientes que organizam as experiências vividas, sendo apenas parcialmente acessíveis por meio da reflexão consciente. Otto Kernberg (1984) foi o principal expoente dessa linha de pesquisa no campo da personalidade. Kernberg propôs uma classificação tripla para personalidades, organizando-as em graus diferentes: neurótico-patológica, borderline, psicótica (POPIEL, 2017).

As teorias cognitivo-comportamentais oferecem uma abordagem centrada no papel do aprendizado de comportamentos e reações emocionais específicas, moldando-os em função de suas consequências (POPIEL, 2017). A forma como os indivíduos codificam, transformam e retêm informações sobre si e sobre os outros exerce um papel central na personalidade (POPIEL, 2017 *apud* HEIM, 2014). Tais teorias estão centradas nas experiências traumáticas prévias que levam os indivíduos a valorizar aspectos específicos da realidade que os levam a interpretar erroneamente determinadas informações. Além disso, as habilidades e competências, incluindo a regulação das emoções, são enfatizadas. O ciclo disfuncional é mantido por um conjunto de cognições específicas que levam a emoções, que por sua vez desencadeiam comportamentos. Tal ciclo reflete nos critérios diagnósticos dos transtornos (POPIEL, 2017).

Um dos mais comuns e maduros modelos de personalidade foi estabelecido por Costa e Mc Crae, o modelo das Cinco Grandes Personalidades (CGP) (POPIEL, 2017). Ele conta com

um vasto suporte empírico como modelo dimensional. Esse modelo foi, inicialmente, desenvolvido por meio de estudos empíricos dos termos usados para descrever traços de personalidade. Com o tempo, esses estudos convergiram em uma estrutura de cinco de fatores ou domínios: extroversão (ou surgência), agradabilidade, conscienciosidade (ou restrição), instabilidade emocional (ou neuroticismo), abertura (ou intelecto, imaginação, não convencional). Houveram discordâncias a respeito dos melhores termos para descrever cada domínio, porém estudos subsequentes foram conduzidos em várias línguas (alemão, checo, russo, italiano, espanhol, turco, coerano) e foram capazes de fornecer razoavelmente embasamento para a existência dos cinco domínios. Um grande estudo deste modelo foi realizado, sendo parte de um projeto internacional relacionado a sexualidade, envolvendo 56 países. O modelo foi aplicado em 17837 pacientes desses vários países e seus resultados indicaram que sua estrutura de cinco dimensões era bem robusta ao longo das grandes regiões no planeta (incluindo América do Norte, América do Sul, Europa Ocidental, Leste Europeu, Oriente Médio, África, Oceania, Ásia) (WIDIGER, 2007).

O diagnóstico proposto neste modelo segue 4 passos. O primeiro é destinado a obter uma descrição multifatorial e hierárquica da estrutura de personalidade do indivíduo, em relação aos 5 domínios e as 30 facetas. Isso poderia fornecer uma descrição razoável e compreensiva de seus traços. Existem alguns instrumentos para isso. Porém, o tempo usado para sua aplicação pode ser um problema. O segundo passo é identificar o prejuízo social, ocupacional e angústia associada com valores nos extremos no modelo das Cinco Grandes Personalidades. Essa avaliação também possui instrumentos para sua aplicação, mas que podem consumir bastante tempo. O terceiro passo é verificar se a disfunção apresenta uma relevância clínica suficiente para justificar o diagnóstico de um transtorno de personalidade. Os limites atuais para diagnóstico de transtorno de personalidade não apresentam nenhuma relação explícita ou consistente com o nível de acometimento que possa justificar um diagnóstico ou que tenha uma implicação significativa para alguma decisão clínica em específico (e.g. hospitalização). Um instrumento muito utilizado nessa etapa é a Escala de Avaliação Global do Desempenho da Associação Americana de Psiquiatria. Em termos de dados, existe uma considerável embasamento e validade em relação a essa escala. Por fim, o quarto passo é opcional. Ele é uma correlação quantitativa entre o perfil de personalidade do paciente e perfis protótipos de constructos diagnósticos. Esse último passo é para que pesquisadores que tenham a intenção de fornecer dados ou estudar constructos diagnósticos específicos (e.g. borderline) (WIDIGER, 2007).

Um estudo foi conduzido por FEW *et al.* (2010) para estudar a confiabilidade sobre avaliações clínicas dos traços de personalidades dimensionais, utilizando um formulário do modelo das CGP. Esse estudo encontrou um razoável grau de confiabilidade do avaliador entre os examinadores que utilizaram esse formulário (FEW *et al.*, 2010). Essas classificações dos traços de personalidade foram comparadas com o modelo de transtornos de personalidade do DSM-IV e apresentaram uma boa convergência com as classificações do manual, além disso tiveram uma melhor capacidade de prever uma maior variância sobre aos fatores que avaliam prejuízo do que o manual (MILLER, 2010). Esses achados dão embasamento para o uso de avaliações clínicas dimensionais dos traços de personalidade e de sua utilidade em gerar constructos válidos dos transtornos de personalidade. Contudo, é essencial que se determine se os examinadores podem avaliar de maneira confiável os traços de personalidade do DSM-V e se essas avaliações se correlacionam com constructos relevantes nos transtornos mentais (FEW, 2013).

Por ser um modelo que se popularizou, há uma quantidade grande de informações relacionadas a ele. Contudo, esse modelo não captura a especificidade dos transtornos de personalidade (POPIEL, 2017). Além disso, uma limitação significativa é que algumas facetas são focadas primariamente em variações normais da personalidade que não são, em si, o objetivo de intervenções clínicas. Apesar deste fato, o modelo se integrou bem com modelos dimensionais que se focam em avaliar variações anormais da personalidade (WIDIGER, 2007). Widiger e Trull (2007) afirmam que até mesmo o modelo das Cinco Grandes Personalidades, da forma como está descrito atualmente teria maior utilidade clínica do que as categorias diagnósticas, pois ele poderia ter uma maior implicação nos tratamentos específicos (WIDIGER, 2007).

A psicologia clínica trouxe uma importante contribuição histórica ao desenvolver instrumentos de avaliação psicológica (POPIEL, 2017). Tais instrumentos também foram utilizados em pesquisas e possuíam a desvantagem de consumir muito tempo e serem difíceis de se usar na prática clínica. (HENNING, 1994). Posteriormente, com os avanços alcançados na elaboração de entrevistas estruturadas, foram obtidos instrumentos que avaliam os transtornos de personalidade com maior nível de confiança (POPIEL, 2017). A introdução de sistemas operacionalizados de classificação trouxe aprimoramentos na avaliação e no diagnóstico destes transtornos. (HENNING, 1994). Atualmente, as entrevistas estruturadas permanecem como abordagens bem aceitas para avaliação dos transtornos de personalidade, possuindo uma grande variedade de instrumentos (POPIEL, 2017).

Theodore Millon (1969) desenvolveu um modelo para avaliação da personalidade sob uma perspectiva integrativa, na tentativa de combinar protótipos de personalidades e subtipos de personalidades. Seu modelo assume a existência de uma gradação entre normalidade e personalidade patológicas. A normalidade seria vista como um comportamento flexível, adaptativo em um dado contexto. Seu trabalho exerceu impacto significativo no desenvolvimento dos diagnósticos psiquiátricos (POPIEL, 2017).

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1 A abordagem categórica e a dimensional

Definições dos transtornos de personalidade orientadas para o comportamento podem levar uma avaliação reducionista e essencialmente de critérios presentes ou não numa dada personalidade. Um estudo conduzido por Henning na Alemanha indicou como principal problema, ao se testar instrumentos categóricos, a presença de sobreposição de vários transtornos de personalidade o que levantou algumas questões (e.g. se reduzir o número de categorias traria um maior valor no diagnóstico) (HENNING, 1994).

Os sintomas dos transtornos mentais são influenciados por uma série de variáveis neurobiológicas, interpessoais, cognitivas que ajudam a desenvolver e moldar o perfil psicopatológico do indivíduo. Esse complexo arranjo etiológico dificilmente poderia ser precisamente bem descrito por categorias diagnósticas simples que objetivam fazer uma distinção baseada na presença ou ausência de conjuntos de critérios. Uma mudança para uma classificação dimensional desses transtornos pode ajudar a evidenciar falhas existentes nos critérios diagnósticos categóricos e contribuir para a integração entre a os diagnósticos psiquiátricos e as pesquisas no campo da psicologia (WIDIGER, 2007).

O DSM-IV apresenta uma classificação categórica que divide os transtornos mentais em tipos baseados em critérios com características definidoras (WIDIGER; TRULL, 2007 *apud* AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000). A abordagem categórica contida no DSM-IV para os transtornos de personalidade tornou evidente alguns problemas, embora esse manual possuísse um suporte empírico mais forte do que suas edições prévias (POPIEL, 2017). Outra deficiência importante é que essa abordagem se tornou complexa, de maneira a dificultar o diagnóstico devido aos vários critérios existentes (HENNING, 1994). Várias questões permaneceram sem resposta, problemas importantes não foram solucionados, sendo eles mais evidentes no campo dos transtornos de personalidade no que diz respeito a abordagem categórica. A prática clínica revelou uma clara tendência dos clínicos em dar diagnósticos singulares de transtorno de personalidade (POPIEL, 2017).

Uma série de conferências de pesquisa foram convocadas pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) e pelo Instituto de Saúde Mental (NIMH) para abordar essas questões, realizando uma revisão do DSM levando assim a sua quinta edição. Os benefícios das abordagens dimensionais para caracterizar os traços da personalidade foram destacados e endossados por uma revisão sistemática de todos os modelos dimensionais de personalidade patológica. Um grupo de trabalho foi estabelecido e, após um debate prolongado, um sistema híbrido dimensional e categórico foi proposto no DSM-V. As categorias originais do DSM-IV foram mantidas na seção II do novo manual, enquanto o sistema dimensional foi alocado na seção III. Esse modelo abrange 6 transtornos de personalidade específicos (antissocial, esquizotípico, borderline, narcisístico, evitativa e obsessivo-compulsivo) e um 7º diagnóstico que inclui traços específicos de transtorno de personalidade. Essa categoria permite a descrição de perfis de traços individuais de pessoas que não possuem nenhum dos outros 6 transtornos. Os traços de personalidade patológica foram agrupados em 5 domínios que refletem seu aspecto dimensional. Outro aspecto dimensional incluso neste sistema é a avaliação do nível de acometimento funcional (POPIEL, 2017).

Essa nova proposta ainda não foi aceita como sistema diagnóstico oficial, sua presença no DSM-V ocorreu com o intuito de estimular estudos posteriores. Essa decisão foi baseada nas limitações existentes em termos de embasamento científico a respeito de componentes específicos desse modelo. No entanto, é provável que os componentes deste novo modelo desempenharão papéis importantes nas futuras edições do manual. O uso eventual desses componentes, considerado inevitável no passado, implicará no desempenho desse modelo diagnóstico quando o mesmo for submetido a uma rigorosa verificação empírica (FEW, 2013).

## **5.2 O Modelo Categórico e suas falhas**

A classificação categórica dos transtornos de personalidade foi elaborada a partir de pesquisas nos campos da psiquiatria, psicanálise, psicologia e da experiência clínica obtida ao longo dos anos. Contudo, ainda é possível identificar algumas falhas existentes no modelo categórico, tratando especificamente do DSM-IV-TR. As falhas incluem: excessivo diagnóstico de comorbidades, cobertura inadequada, limites arbitrários e imprecisos, heterogeneidade entre

indivíduos compartilhando a mesma categoria diagnóstica e base científica inapropriada (WIDIGER, 2007).

Os critérios estabelecidos no DSM-IV-TR tem como intuito fornecer um guia direcionado ao correto diagnóstico que inclui até mesmo um segmento destinado ao diagnóstico diferencial de condições que possam ter uma apresentação clínica semelhante. Apesar dos esforços importantes empregados pelos autores e pesquisadores, é comum que o DSM-IV-TR falhe nesse intuito (WIDIGER, 2007). A presença de mais de um transtorno é bastante comum. Há estudos demonstrando que muitos desses casos poderiam ser facilmente explicados se os transtornos de personalidade fossem compreendidos como variações da estrutura geral da personalidade com problemas de adaptação (WIDIGER, 2007). Há pesquisadores que argumentam que o sistema atual de avaliação da personalidade falha em caracterizar e severidade dos transtornos de personalidade, sendo que esse aspecto é um dos mais importantes a ser avaliado (FEW, 2013).

Uma pesquisa internacional conduzida por psicólogos e psiquiatras indicou que a seção do DSM que apresentou maior insatisfação por seus correspondentes foi a dos transtornos de personalidade. (WIDIGER; TRULL, 2007 *apud* MASER *et al*, 1991). A origem dessa insatisfação não precisamente especificada, porém alguns fatores foram considerados como: pouca precisão nas descrições, ocorrência excessiva de diagnósticos simultâneos, falhas na condução rumo a um diagnóstico específico, uso frequente da designação de transtornos sem especificação, limites diagnósticos instáveis e arbitrários. Há autores que pedem uma conversão para um sistema dimensional de classificação em função das falhas existentes nas categorias diagnósticas, em termos de utilidade clínica (WIDIGER; TRULL, 2007 *apud* KUPFER *et al*, 2002).

O diagnóstico de “transtorno não-especificado” ocorre quando um indivíduo é classificado em um grupo de transtorno mental, contudo seus sintomas não estão adequadamente representados nos critérios diagnósticos. Não está claro como esse grupo de diagnóstico tem sido usado na prática clínica, mas existem estudos indicando que as categorias diagnósticas têm se mostrado inadequadas para a cobertura da sintomatologia nos transtornos de personalidade (WIDIGER, 2007). Dentro de um modelo categórico de classificação, a ampliação de sua cobertura se dá por meio da criação e novas categorias diagnósticas ou pela expansão de subtipos das categorias existentes. E essa foi a estratégia adotada pelos autores das edições prévias do DSM, com o intuito de preencher lacunas entre as categorias existentes, diminuindo a sobreposição de transtornos e aprimorando a validade do manual. Contudo, ainda

existe a percepção de que essas várias categorias descrevem, na realidade, uma constelação de sobreposições de personalidades com problemas adaptativos. Apesar dos esforços em delimitar um número específico de categorias para identificar grupos homogêneos e distintos, esse problema tende a persistir (WIDIGER, 2007).

Há um número cada vez maior de evidências favorecendo conceitos dimensionais nos diagnósticos dos transtornos mentais. Uma abordagem categórica para diagnósticos traz falhas ou limitações como: falha em encontrar zonas de distinção entre os diagnósticos, necessidade de existência de categorias intermediárias, como o transtorno esquizoafetivo, altas taxas de comorbidade, uso frequente de diagnósticos “sem outra especificação”, relativa falta de utilidade em aprofundar a identificação de antecedentes que sejam válidos e específicos e falta de especificidade no tratamento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Uma significativa proporção da cobertura inadequada ocorre em casos limítrofes. O DSM-IV-TR apresenta definições gerais de transtornos de personalidade, mas é aparente que os limites para o diagnóstico possuam pouca relação com essas definições. Os limites arbitrários para diagnóstico são particularmente evidentes nos transtornos de personalidade. O manual fornece regras específicas e explícitas para a distinção entre a presença ou ausência de uma determinada categoria diagnóstica nesses transtornos, fornecendo uma delimitação. Contudo, houveram tantas mudanças (revisões, exclusões) que os limites diagnósticos atuais não correspondem aos limites originais. Essas mudanças que ocorreram ao longo da história do manual trouxeram problemas em termos de teoria científica e decisões no campo da saúde pública. Além disso, já existem relatos informando sobre a dificuldade em convencer agências de saúde pública a financiar tratamentos para transtornos mentais uma vez que a Associação Americana de Psiquiatria não foi capaz de fornecer estimativas epidemiológicas consistentes (WIDIGER; TRULL, 2007 *apud* REGIER *et al*, 1998).

Em edições passadas do DSM era necessário que um indivíduo possuísse todos os critérios descritos numa dada categoria para que então pudesse receber o diagnóstico em questão. Com o tempo, ficou evidente que haviam indivíduos com o mesmo diagnóstico, porém raramente com as mesmas características clínicas. Dessa forma, os autores optaram por adotar subconjuntos de critérios para que os diagnósticos pudessem ser feitos (e.g. existem 8 critérios opcionais para o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo sendo necessário apenas 4 para o diagnóstico). Contudo, essa abordagem não soluciona o problema envolvido com a heterogeneidade de pacientes com o mesmo diagnóstico (WIDIGER, 2007).

Determinados transtornos possuem uma parca base científica, com um número reduzido de pesquisas feitas sobre eles (especificamente na etiologia, curso clínico, patologia e tratamento dos seguintes transtornos de personalidade: paranoide, esquizoide, histriônica, evitativa, passivo-agressivo ou obsessivo-compulsivo). Apesar de os critérios diagnósticos terem sido fornecidos há mais de 20 anos, ainda é desafiador encontrar um estudo sistemático dedicado a compreender os referidos aspectos desses transtornos. Como resultado, o estabelecimento de uma base científica convincente sobre esses transtornos não ocorreu (WIDIGER, 2007).

Um modelo dimensional para classificação dos transtornos de personalidades avaliaria de maneira mais efetiva muitos dos aspectos nos quais o modelo categórico apresenta limitações ou deficiências, como heterogeneidade entre pacientes apresentando o mesmo diagnóstico, limites diagnósticos instáveis, ocorrência excessiva de mais de um diagnóstico, cobertura inadequada e parco embasamento científico (WIDIGER, 2007).

### **5.3 O Modelo Dimensional**

Um modelo dimensional de classificação é capaz de abordar vários problemas e limitações inerentes aos modelos categóricos. A heterogeneidade de um indivíduo é abordada por meio de descrições multifatoriais de seu perfil psicopatológico. Com o uso desses perfis evita-se inserir um paciente em uma única categoria diagnóstica que é incapaz de evidenciar as características clínicas e os traços de personalidade que definem o indivíduo. Ao invés de fornecer 3 ou 4 diagnósticos sobrepostos, é feita uma descrição do paciente, em termos de seus traços de personalidade individuais. Qualquer modelo dimensional razoável, ao evitar a inclusão de diagnósticos redundantes e sobrepostos, seria capaz de cobrir um espectro maior de personalidades com problemas de adaptação sem exigir categorias diagnósticas adicionais. Isso pode ser feito organizando-se os traços em uma estrutura hierarquizada numa ampliada gama de personalidades com problemas de adaptação funcionando em conjunto a uma dimensão única. Permitindo, também, a representação de perfis de personalidade relativamente atípicos ou singulares. O diagnóstico de “transtornos não especificados” iria diminuir. Outro benefício seria provimento de uma base científica mais sólida (WIDIGER, 2007).

## 5.4 Integração dos Modelos Dimensionais

A tarefa de proporcionar uma integração entre a nomenclatura no campo da psiquiatria, em relação aos transtornos de personalidade, e os modelos dimensionais é algo que sofre uma considerável resistência. Devido a essa tentativa, uma série de questões podem ser levantadas como preocupações principais: consenso, em termos estruturais, implementação e aplicabilidade/utilidade clínica (WIDIGER, 2007).

Existem, ao todo, 18 propostas de modelos dimensionais para os transtornos de personalidade. Esses modelos são bem diferentes entre si, ao ponto de dificultar o surgimento de um consenso para definições estruturais (WIDIGER, 2007). Uma alternativa proposta foi a de fornecer uma conversão de cada categoria diagnóstica em uma escala de 5 pontos/domínios, possibilitando seu uso para a descrição dos perfis de personalidade. Porém, isso teria uma grande limitação: grande sobreposição diagnóstica de várias categorias diagnósticas. De qualquer forma, aparentemente, a implementação de um modelo unificado hierárquico é possível, uma vez que os modelos compartilham objetivos. A solução ideal não seria escolher entre um modelo ou outro, mas sim obter um modelo que representasse de forma integrativa as propostas existentes, conectando as contribuições e vantagens de cada modelo (WIDIGER, 2007). O objetivo principal em se estabelecer uma nomenclatura oficial é fornecer uma linguagem comum, facilitando o desenvolvimento de um sistema diagnóstico universal. Isso representaria um avanço importante rumo a uma maior integração entre a psicologia e a psiquiatria (WIDIGER, 2007). Além disso, um sistema diferente para avaliar o acometimento no funcionamento da personalidade é necessário para obter os vários graus possíveis de severidade (FEW, 2013).

A forma como ocorreria a implementação de um modelo dimensional na prática clínica é motivo de grande preocupação. Uma vantagem importante com uso de uma classificação dimensional seria a inclusão de diferentes pontos de corte que poderiam orientar decisões da prática clínica (e.g. fornecer uma medicação particular, hospitalizar um paciente). Porém, essa mudança na nomenclatura psiquiátrica ainda é vista como radical. Entretanto, já existe um precedente no DSM-IV-TR, no diagnóstico de retardo mental. A inteligência é um domínio, como a personalidade, que é distribuído numa gradação hierárquica e multifatorial, conforme os níveis de inteligência derivam de uma complexa interação de fatores variados

(genéticos, fetais, do desenvolvimento, do ambiente). O ponto de demarcação do diagnóstico é o de um QI de 70 ou menor, associado a um nível de acometimento significativo. Esse ponto de corte é arbitrário, mas não foi escolhido de forma aleatória, mas sim a partir da constatação, a partir de estudos, dos acometimentos associados a um QI de 70 ou inferior. O principal argumento contrário a uma classificação dimensional dos transtornos de personalidade é sua utilidade clínica, constituindo o obstáculo mais importante no caminho de sua implementação (WIDIGER, 2007).

A proposta dimensional não foi aceita como um sistema diagnóstico oficial, tendo sido incluída na seção III (*emerging measures and models*) para encorajar estudos futuros, essa decisão foi tomada devido ao suporte limitado das pesquisas e por ser uma mudança muito brusca na prática clínica, porém é provável que os componentes do modelo alternativo para os transtornos de personalidade venham a desempenhar um papel importante nas novas versões do DSM (FEW, 2013).

O termo personalidade traz diversas controvérsias em sua definição, o teórico Gordon Allport, sugeriu que a personalidade pode ser entendida simplesmente como “O que a pessoa realmente é”. Segundo o DSM-5, um transtorno da personalidade é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta sendo estável ao longo do tempo e levando a um sofrimento significativo e/ou prejuízo funcional. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014)

Os seguintes transtornos de personalidade estão inclusos do DSM-V:

**Transtorno de personalidade paranoide:** Padrão de desconfiança e de suspeita tamanhas que as motivações dos outros são interpretadas como malévolas.

**Transtorno de personalidade esquizoide:** Padrão de distanciamento das relações sociais e uma faixa restrita de expressão emocional.

**Transtorno da personalidade esquizotípica:** Padrão de desconforto agudo das relações íntimas, distorções cognitivas ou perceptivas e excentricidades do comportamento.

**Transtorno de personalidade antissocial:** Padrão de desrespeito e violação dos direitos dos outros.

**Transtornos de personalidade borderline:** Padrão de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, com impulsividade acentuada.

**Transtorno de personalidade histriônica:** Padrão de emocionalidade e busca de atenção em excesso.

**Transtorno de personalidade narcisista:** Padrão de grandiosidade, necessidade de admiração e falta de empatia.

**Transtorno de personalidade evitativa:** Padrão de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade a avaliação negativa.

**Transtorno de personalidade dependente:** Padrão de comportamento submisso e pegado relacionado a uma necessidade excessiva de ser cuidado.

**Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva:** Padrão de preocupação com ordem, perfeccionismo e controle.

**Mudança de personalidade devido a outra condição médica:** É uma perturbação persistente da personalidade entendida como decorrente dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica (e.g. lesão do lobo frontal) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

## 5.5 O Modelo Alternativo do DSM-V para os Transtornos de Personalidade

A Seção III do DSM-V traz ferramentas e técnicas cujo o intuito é melhorar a metodologia na tomada de decisão clínica, fornece uma melhor compreensão do contexto cultural dos transtornos mentais e reconhecer diagnósticos emergentes para estudos posteriores. Novos critérios são apresentados para estimular a pesquisa. O funcionamento da personalidade e os traços de personalidade podem ser avaliados tanto na presença tanto na ausência de um transtorno de personalidade, fato que possibilita o fornecimento de dados clinicamente úteis sobre todos os indivíduos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Sob a ótica da pesquisa e da clínica, há uma necessidade evidente de uma abordagem com maior aspecto dimensional que tenha a possibilidade de ser combinada com os grupos de critérios diagnósticos do DSM. Essa abordagem acaba por incorporar variações de

características de uma pessoa (e.g. gravidade diferencial dos sintomas individuais, dentro e fora dos critérios de um transtorno, avaliados em função da sua intensidade, a duração ou número de sintomas, em conjunto com outras características, como o tipo e a gravidade das incapacidades) em vez de se basear numa abordagem simples (e.g. de sim ou não). Em relação aos casos de transtornos que necessitem que todos os sintomas estejam presentes para que o diagnóstico seja estabelecido (i.e. um conjunto de critérios monotéticos), podem ser observados diferentes graus e gravidade dos sintomas. Já nos casos nos quais um número mínimo de sintomas múltiplos é necessário para o diagnóstico (e.g. presença de pelo menos cinco sintomas de dez), o que seria um conjunto de critérios politéticos, os níveis de gravidade e as diferentes combinações dos critérios podem identificar grupos diagnósticos mais homogêneos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A prática diagnóstica atual é consistente com uma abordagem dimensional dependente primariamente do relato subjetivo de um indivíduo com relação à experiência dos sintomas associado a interpretação clínica. Conforme a compreensão, baseada na fisiopatologia, neurocircuitos, interações genéticas, ambientais e nos testes laboratoriais, sobre os mecanismos básicos das doenças se expanda, é esperado o desenvolvimento de abordagens integrativas que compreendam dados objetivos e subjetivos do paciente, com o intuito de complementar e aumentar a precisão do processo diagnóstico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O DSM-V apresenta um modelo alternativo para transtornos de personalidade, como uma alternativa aos critérios diagnósticos estabelecidos, incorporando deficiências no funcionamento da personalidade e traços de personalidade patológicos. Os possíveis diagnósticos derivados desse novo modelo para os transtornos de personalidade são: transtorno de personalidade antissocial, evitativa, *borderline*, narcisista, obsessivo-compulsiva e esquizotípica. O novo modelo também conta com um diagnóstico de transtorno da personalidade-especificado pelo traço (TP-ET), sendo feito na presença de um transtorno de personalidade, mas os critérios para um transtorno específico não são preenchidos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A abordagem atual dos transtornos foi mantida na Seção II do manual, sendo um reflexo da decisão do Conselho de Diretores da Associação Americana de Psiquiatria (AAP) de preservar a continuidade com a prática clínica atual e ao mesmo tempo trazer uma nova abordagem dos transtornos de personalidade que busca tratar dos inúmeros pontos fracos da abordagem atual. Como exemplo é possível citar: casos nos quais um paciente atende os

critérios para um determinado transtorno de personalidade específico e que também apresenta critérios para outros transtornos de personalidade – algo frequente – ou casos nos quais o diagnóstico de um transtornos especificado ou não especificado está correto; sendo, porém, pouco informativo, no sentido de que os pacientes possuem a tendência de não apresentar sintomatologia que corresponda a apenas um transtorno de personalidade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Figura 1 – Critérios Gerais para Transtorno da Personalidade.

Critérios Gerais para Transtorno da Personalidade	
As características essenciais de um transtorno da personalidade são:	
A.	Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade ( <i>self/interpessoal</i> ).
B.	Um ou mais traços de personalidade patológicos.
C.	Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo são relativamente inflexíveis e difusos dentro de uma ampla faixa de situações pessoais e sociais.
D.	Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo são relativamente estáveis ao longo do tempo, podendo seu início remontar no mínimo à adolescência ou ao começo da idade adulta.
E.	Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo não são mais bem explicados por outro transtorno mental.
F.	Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo não são unicamente atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica (p. ex., traumatismo craniano grave).
G.	Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a expressão dos traços de personalidade do indivíduo não são mais bem entendidos como normais para o estágio do desenvolvimento de um indivíduo ou para seu ambiente sociocultural.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014.

O diagnóstico de um transtorno de personalidade precisa ser feito baseado em duas determinações: 1) uma avaliação de nível de prejuízo da personalidade, sendo essencial para o Critério A; e 2) uma avaliação dos traços de personalidade patológicos, necessária para o Critério B. Os prejuízos no funcionamento da personalidade e a manifestação dos traços de personalidade são relativamente flexíveis e difusos, dentro de uma ampla faixa de situações, sendo abordado pelo Critério C; sendo estáveis ao longo dos anos, tendo seu início na adolescência (pelo menos) ou início da idade adulta (Critério D); não são melhor explicados por outro transtorno mental (Critério E); não estão relacionados com os efeitos de alguma substância ou condição médica (Critério F); e não são bem entendidos como normais para o estágio do desenvolvimento de um indivíduo ou para seu ambiente sociocultural (Critério G). Qualquer transtorno de personalidade da Seção III satisfazem esses critérios gerais, assim como os TP-ET (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

### **Critério A: Nível de Funcionamento da Personalidade**

O núcleo da psicopatologia da personalidade é constituído por perturbações no funcionamento interpessoal e individual, sendo ambas avaliadas em um *continuum*, nesse modelo. O funcionamento individual corresponde a **identidade** e o **autodirecionamento**, já o interpessoal está relacionado a **empatia** e **intimidade** (descritos no Quadro 1 ). A Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade (ENFP) – disposta no Anexo A - usa esses elementos para distinguir cinco níveis de prejuízo. Esses níveis variam de nenhum ou pouco prejuízo (i.e.,

funcionamento adaptativo saudável – Nível 0) até algum prejuízo, prejuízo moderado, grave ou extremo.

Quadro 1 –Elementos do Funcionamento da Personalidade

<b>Elementos do funcionamento da personalidade</b>
<p>Si mesmo (<i>Self</i>):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Identidade</i>: Vivência de si como único, com fronteiras claras entre si mesmo e os outros; estabilidade da autoestima e precisão da autoavaliação; capacidade para, e habilidade de regular, várias experiências emocionais.</li> <li>2. <i>Autodirecionamento</i>: Busca de objetivos de curto prazo e de vida coerentes e significativos; utilização de padrões internos de comportamento construtivos e pró-sociais; capacidade de autorrefletir produtivamente.</li> </ol> <p>Interpessoal:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Empatia</i>: Compreensão e apreciação das experiências e motivações das outras pessoas; tolerância em relação a perspectivas divergentes; entendimento dos efeitos do próprio comportamento sobre os outros.</li> <li>2. <i>Intimidade</i>: Profundidade e duração do vínculo com outras pessoas; desejo e capacidade de proximidade; respeito mútuo refletido no comportamento interpessoal.</li> </ol>

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014.

A presença de um transtorno de personalidade pode ser predita por meio do prejuízo no funcionamento da personalidade. Já a gravidade desse prejuízo é capaz de prever se uma pessoa apresenta mais de um transtorno de personalidade ou um dos transtornos de personalidade mais tipicamente graves. Para o diagnóstico de um transtorno de personalidade, um nível moderado de prejuízo no funcionamento é necessário, sendo esse limiar embasado em evidências empíricas de que o nível de moderado prejuízo potencializa a capacidade dos clínicos em identificar uma patologia de transtorno de personalidade com maior eficiência e precisão (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

### **Critério B: Traços de Personalidade Patológicos**

Os Traços de personalidade patológicos estão dispostos em domínios amplos, sendo eles cinco: Afetividade, Distanciamento, Antagonismo, Desinibição e Psicotismo. Dentro desses cinco **domínios de traços** existem 25 **facetas de traços** específicas. Essas facetas foram elaboradas após uma revisão dos modelos de traços existentes e por meio de pesquisas com amostras de indivíduos que foram atrás de atendimento nos serviços de saúde mental. A taxonomia completa se encontra na tabela a seguir (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Quadro 2 – Definição dos domínios e facetas dos traços do transtorno da personalidade do DSM-V

<b>Definições dos domínios e facetas dos traços do transtorno da personalidade do DSM-5</b>	
<b>DOMÍNIOS (Polos Opostos) e Facetas</b>	
<b>Definições</b>	
AFETIVIDADE NEGATIVA (vs. Estabilidade Emocional)	Frequentes e intensas experiências de altos níveis de uma ampla variedade de emoções negativas (p. ex., ansiedade, depressão, culpa/vergonha, preocupação, raiva) e suas manifestações comportamentais (p. ex., autoagressão) e interpessoais (p. ex., dependência).
Labilidade emocional	Instabilidade das experiências emocionais e do humor; as emoções são despertadas facilmente, são intensas e/ou desproporcionais em relação aos fatos e às circunstâncias.
Ansiedade	Sentimentos de nervosismo, tensão ou pânico em reação a diversas situações; preocupação frequente sobre os efeitos negativos de experiências passadas desagradáveis e possibilidades negativas futuras; sente-se temeroso e apreensivo quanto a incertezas; expectativa de que o pior aconteça.
Insegurança de separação	Medo de ficar sozinho devido a rejeição por – e/ou separação de – outras pessoas significativas, com base em uma falta de confiança na própria capacidade de cuidar de si mesmo, tanto física quanto emocionalmente.
Submissão	Adaptação do próprio comportamento aos interesses reais ou percebidos e desejos dos outros, mesmo quando fazer isso contraria os próprios interesses, necessidades ou desejos.
Hostilidade	Sentimentos persistentes ou frequentes de raiva; raiva ou irritabilidade em resposta a desprezo e insultos mínimos; comportamento maldoso, grosseiro ou vingativo. <i>Ver também</i> Antagonismo.

Quadro 2 – Definições dos domínios e facetas dos traços do transtorno da personalidade do DSM-5.

<b>Definições dos domínios e facetas dos traços do transtorno da personalidade do DSM-5 (Continuação)</b>	
<b>DOMÍNIOS (Polos Opostos) e Facetas</b>	<b>Definições</b>
Perseverança	Persistência nas tarefas ou em uma forma particular de fazer as coisas muito depois que o comportamento cessou de ser funcional ou efetivo; continuação do mesmo comportamento apesar de repetidos fracassos ou de claras razões para interrompê-lo.
Tendência à depressão	<i>Ver</i> Distanciamento.
Desconfiança	<i>Ver</i> Distanciamento.
Afetividade restrita (ausência de)	A <i>ausência</i> dessa faceta caracteriza <i>baixos níveis</i> de Afetividade Negativa. <i>Ver</i> Distanciamento para definição dessa faceta.
DISTANCIAMENTO (vs. Extroversão)	Evitação da experiência socioemocional, incluindo retraimento das interações interpessoais (variando de interações casuais cotidianas até amizades e relacionamentos íntimos) e experiência e expressão afetiva restritas, capacidade de obtenção de prazer particularmente limitada.
Retraimento	Preferência por estar sozinho a estar com outras pessoas; reticência nas situações sociais; evitação de contatos e atividades sociais; ausência de iniciativa no contato social.
Evitação da intimidade	Evitação de relacionamentos íntimos ou amorosos, vínculos interpessoais e relacionamentos sexuais íntimos.
Anedonia	Falta de prazer, envolvimento ou energia para as experiências de vida; déficits na capacidade de sentir prazer e ter interesse nas coisas.
Tendência à depressão	Sentimentos de estar desanimado, infeliz e/ou sem esperança; dificuldade de se recuperar desses humores; pessimismo quanto ao futuro; vergonha e/ou culpa difusas; sentimentos de desvalia; pensamentos de suicídio e comportamento suicida.

**Definições dos domínios e facetas dos traços do transtorno da personalidade do DSM-5 (Continuação)**

<b>DOMÍNIOS (Polos Opostos) e Facetas</b>	<b>Definições</b>
Afetividade restrita	Pouca reação a situações emocionalmente estimulantes; experiência e expressão emocionais restritas; indiferença e distanciamento em situações normalmente atraentes.
Desconfiança	Expectativas de – e sensibilidade a – sinais de más intenções ou dano interpessoal; dúvidas quanto à lealdade e à fidelidade dos outros; sentimentos de ser maltratado, usado e/ou perseguido pelos outros.
ANTAGONISMO (vs. Afabilidade)	Comportamentos que colocam o indivíduo em divergência com outras pessoas, incluindo um sentimento exagerado da própria importância e concomitante expectativa de tratamento especial, bem como antipatia insensível em relação aos outros, incluindo falta de consciência das necessidades e sentimentos das outras pessoas e disposição para usá-las a serviço do autocrescimento.
Manipulação	Uso de subterfúgios para influenciar ou controlar os outros; uso de sedução, charme, loquacidade ou comportamento insinuante para atingir seus fins.
Desonestidade	Desonestidade e fraudulência; representação deturpada de si mesmo; embelezamento ou invenção no relato de acontecimentos.
Grandiosidade	Acreditar que é superior aos outros e merece tratamento especial; egocentrismo; sentimentos de ter direitos; condescendência em relação aos outros.
Busca de atenção	Envolvimento em comportamento concebido para atrair a atenção e tornar-se o foco da atenção e admiração dos outros.
Insensibilidade	Ausência de preocupação pelos sentimentos ou problemas dos outros; ausência de culpa ou remorso quanto aos efeitos negativos ou prejudiciais das próprias ações sobre os outros.
Hostilidade	Ver Afetividade Negativa.
DESINIBIÇÃO (vs. Meticulosidade)	Orientação para a gratificação imediata, levando a comportamento impulsivo motivado por pensamentos, sentimentos e estímulos externos atuais, sem levar em consideração o aprendizado passado ou as consequências futuras.
Irresponsabilidade	Negligência com – ou falha em honrar – obrigações financeiras e outras obrigações ou compromissos; falta de respeito por – e falta de cumprimento de – combinações e promessas; negligência com a propriedade dos outros.
Impulsividade	Ação sob o impulso do momento em resposta a estímulos imediatos; agir momentaneamente sem um plano ou consideração dos resultados; dificuldade no estabelecimento e seguimento de planos; senso de urgência e comportamento de autoagressão sob angústia emocional.
Distratibilidade	Dificuldade de concentração e de foco nas tarefas; a atenção é facilmente desviada por estímulos externos; dificuldade na manutenção de comportamento focado nos objetivos, incluindo o planejamento e a conclusão das tarefas.
Exposição a riscos	Envolvimento em atividades perigosas, arriscadas e potencialmente prejudiciais, desnecessariamente e sem consideração quanto às consequências; falta de preocupação com as próprias limitações e negação da realidade de perigo pessoal; busca irresponsável dos objetivos, independentemente do nível de risco envolvido.

Definições dos domínios e facetas dos traços do transtorno da personalidade do DSM-5 (Continuação)	
DOMÍNIOS (Polos Opostos) e Facetas	Definições
Perfeccionismo rígido (ausência de)	Insistência rígida em que tudo seja impecável, perfeito e sem erros ou faltas, incluindo o próprio desempenho e o dos outros; sacrifício de oportunidades para assegurar a correção em todos os detalhes; crença de que existe apenas uma maneira certa de fazer as coisas; dificuldade de mudar de ideia e/ou ponto de vista; preocupação com detalhes, organização e ordem. A <i>ausência</i> dessa faceta caracteriza <i>baixos níveis</i> de Desinibição.
PSICOTICISMO (vs. Lucidez)	Exibe uma ampla variedade de comportamentos e cognições estranhos, excêntricos ou incomuns culturalmente incongruentes, incluindo processo (p. ex., percepção, dissociação) e conteúdo (p. ex., crenças).
Crenças e experiências incomuns	Crença de ter habilidades incomuns, tais como leitura da mente, telecinesia, fusão de pensamento-ação, experiências incomuns de realidade, incluindo experiências semelhantes a alucinação.
Excêntrica	Comportamento, aparência e/ou discurso estranho, incomum ou bizarro; ter pensamentos estranhos e imprevisíveis; dizer coisas incomuns ou inapropriadas.
Desregulação cognitiva e perceptiva	Processos de pensamento e experiências estranhos ou incomuns, incluindo despersonalização, desrealização e experiências dissociativas; experiências em um estado misto de sono-vigília; experiências de controle do pensamento.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014

Os critérios B para os transtornos de personalidade específicos correspondem a subgrupos das 25 facetas de traços. Eles foram embasados por meio de dados empíricos a respeito das relações dos traços com os diagnósticos de transtorno da personalidade o DSM-IV e revisões metanalíticas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014)

### **Critérios C e D: Difusão e Estabilidade**

A personalidade é definida como um padrão de percepção, relação e pensamento sobre o ambiente e si mesmo. Dessa forma, os prejuízos presentes no funcionamento da personalidade, bem como os traços patológicos de personalidade são relativamente (i.e. todas as personalidades possuem algum grau de adaptabilidade, exceto as extremamente patológicas) difusos numa ampla faixa de contextos, sejam sociais, sejam pessoais. Nos transtornos de personalidade, o padrão é relativamente inflexível e mal-adaptativo. Tal fato gera acometimentos funcionais, no contexto social, profissional ou nos objetivos do indivíduo, basicamente porque essas pessoas não possuem a capacidade de modificar seu pensamento, comportamento, até mesmo se confrontados com evidências claras de que sua forma de agir não está funcionando. A estabilidade é uma característica presente também nos prejuízos do

funcionamento e nos traços de personalidade (i.e. disposições a se comportar ou sentir de determinadas maneiras). Os traços são mais estáveis do que as expressões sintomáticas dessas disposições. Contudo, apesar deste fato, eles podem mudar. Já os prejuízos no funcionamento da personalidade são mais estáveis que os sintomas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

### **Critérios E, F e G: Explicações Alternativas para a Patologia da Personalidade (Diagnóstico Diferencial)**

Existem situações nas quais um transtorno de personalidade parecer ser causado por outras etiologias, como efeitos de substâncias, condições médicas, outro transtorno mental, por um estágio do desenvolvimento (e.g. velhice) ou pelo ambiente sociocultural na qual a pessoa se encontra. Na presença de outro transtorno mental específico não será realizado o diagnóstico de um transtorno de personalidade se as manifestações forem claramente relacionadas ao transtorno mental específico. Contudo, transtornos de personalidade podem ser diagnosticados com precisão na presença de outros transtornos mentais (e.g. transtorno depressivo maior). Pacientes com outros transtornos mentais precisam sempre ser avaliados para transtornos de personalidade comórbidos, uma vez que sua presença impacta diretamente o curso dos transtornos mentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

### **Transtornos de Personalidade Específicos**

Prejuízos no funcionamento da personalidade (Critério A) e traços de personalidade patológica característicos (Critério B) são o que definem cada transtorno de personalidade (antissocial, evitativa, *borderline*, narcisista, obsessivo-compulsiva, esquizotípica). Em linhas gerais, as características típicas de cada transtorno são:

- **Transtorno da personalidade antissocial:** falha em adequar-se a comportamentos lícitos e éticos, egocentrismo, insensibilidade, falta de preocupação com os outros, associada a desonestidade, irresponsabilidade, manipulação e/ou exposição a riscos.
- **Transtorno da personalidade evitativa:** evitação de situações sociais e inibição nas relações interpessoais relacionadas a sentimentos de incapacidade e/ou inadequação, presença de preocupação ansiosa com a avaliação negativa e rejeição, medo do ridículo ou constrangimento.

- **Transtorno da personalidade *borderline*** : Instabilidade da autoimagem, dos objetivos pessoais, das relações interpessoais e dos afetos, acompanhada de impulsividade, exposição a riscos e/ou hostilidade.
- **Transtorno da personalidade narcisista:** autoimagem variável e vulnerável, presença de tentativas de regulação por meio da busca de atenção e aprovação, grandiosidade declarada ou encoberta.
- **Transtorno da personalidade Obsessivo-compulsiva:** dificuldade em estabelecer e manter relacionamentos íntimos, associada a perfeccionismo rígido, inflexibilidade e expressão emocional restrita.
- **Transtorno da personalidade esquizotípica:** prejuízos na capacidade para estabelecer relações sociais e relacionamentos íntimos, presença de excentricidades na cognição, a percepção e no comportamento, associadas a autoimagem distorcida e objetivos pessoais incoerentes, acompanhados por desconfiança e expressão emocional restrita.

Todos os transtornos satisfazem os critérios C até G dos Critérios gerais para Transtorno de Personalidade. Abaixo se encontram os critérios A e B para os seis transtornos da personalidade e para TP-ET (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

### **Transtorno da Personalidade Antissocial**

O transtorno apresenta dificuldades características na identidade, no autodirecionamento, na empática e/ou na intimidade. Associado existe a presença de traços mal-adaptativos específicos nos domínios do Antagonismo e da Desinibição. A figura 2 descreve os critérios diagnósticos propostos.

Figura 2 – Critérios Diagnósticos Propostos para Transtorno da personalidade antissocial.

### Critérios Diagnósticos Propostos

- A. Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das seguintes quatro áreas:
1. **Identidade:** Egocentrismo; autoestima derivada de ganho, poder ou prazer pessoal.
  2. **Autodirecionamento:** Definição de objetivos baseada na gratificação pessoal; ausência de padrões pró-sociais internos, associada a falha em se adequar ao comportamento licito ou ao comportamento ético em relação às normas da cultura.
  3. **Empatia:** Ausência de preocupação pelos sentimentos, necessidade ou sofrimento das outras pessoas; ausência de remorso após magoar ou tratar mal alguém.
  4. **Intimidade:** Incapacidade de estabelecer relações mutuamente íntimas, pois a exploração é um meio primário de se relacionar com os outros, incluindo engano e coerção; uso de dominação ou intimidação para controlar outras pessoas.
- B. Seis ou mais dos sete traços de personalidade patológicos a seguir:
1. **Manipulação** (um aspecto do **Antagonismo**): Uso frequente de subterfúgios para influenciar ou controlar outras pessoas; uso de sedução, charme, loquacidade ou insinuação para atingir seus fins.
  2. **Insensibilidade** (um aspecto do **Antagonismo**): Falta de preocupação pelos sentimentos ou problemas dos outros; ausência de culpa ou remorso quanto aos efeitos negativos ou prejudiciais das próprias ações sobre os outros; agressão; sadismo.
  3. **Desonestidade** (um aspecto do **Antagonismo**): Desonestidade e fraudulência; representação deturpada de si mesmo; embelezamento ou invenção no relato de fatos.
  4. **Hostilidade** (um aspecto do **Antagonismo**): Sentimentos de raiva persistentes ou frequentes; raiva ou irritabilidade em resposta a desprezo e insultos mínimos; comportamento mal-doso, grosseiro ou vingativo.
  5. **Exposição a risco** (um aspecto da **Desinibição**): Envolvimento em atividades perigosas, arriscadas e potencialmente prejudiciais de forma desnecessária e sem dar importância às consequências; propensão ao tédio e realização de atividades impensadas para contrapor ao tédio; falta de preocupação com as próprias limitações e negação da realidade do perigo pessoal.
  6. **Impulsividade** (um aspecto da **Desinibição**): Ação sob o impulso do momento em resposta a estímulos imediatos; ação de caráter momentâneo sem um plano ou consideração dos resultados; dificuldade em estabelecer e seguir planos.
  7. **Irresponsabilidade** (um aspecto da **Desinibição**): Desconsideração por – e falha em honrar – obrigações financeiras e outras obrigações e compromissos; falta de respeito por – e falta de continuidade nas – combinações e promessas.

**Nota:** O indivíduo tem no mínimo 18 anos de idade.

Especificar se:

**Com características psicopáticas.**

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014

### Especificadores

Existe uma variante distinta chamada de *psicopatia* – também denominada de psicopatia “primária” – que é caracterizada pela falta de ansiedade ou medo associada a um estilo interpessoal audacioso, podendo mascarar alguns comportamentos mal-adaptativos (e.g. fraudulência). Baixos níveis de ansiedade (domínio da Afetividade Negativa) e retraimento (domínio do Distanciamento) e altos níveis de busca de atenção (domínio do Antagonismo) caracterizam essa variante. O componente de potência social (assertivo / dominante) da psicopatia é capturado pelo baixo retraimento e pela intensa busca de atenção, já a o componente da imunidade ao estresse (estabilidade emocional / resiliência) é capturado pela baixa ansiedade.

Existem outras características da personalidade que podem estar presentes nesse transtorno, mas que não são necessárias para o diagnóstico. Elas podem ser registradas por meio dos especificadores dos traços e do funcionamento da personalidade. Traços de Afetividade Negativa (i.g. ansiedade) podem estar especificados (quando for adequado) e não constituem critério diagnóstico para transtorno de personalidade antissocial. Ademais, o nível de funcionamento da personalidade também pode ser especificado, apesar de ser necessário um acometimento moderado ou grave no funcionamento da personalidade para o diagnóstico do transtorno de personalidade antissocial (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

### Transtorno da Personalidade Evitativa

Observa-se dificuldades na identidade, autodirecionamento, na empatia e/ou na intimidade e presença de traços mal-adaptativos específicos nos domínios da Afetividade Negativa e do Distanciamento. A figura 3 descreve os Critérios Diagnósticos Propostos para o Transtorno da Personalidade Evitativa:

Figura 3 - Critérios Diagnósticos Propostos para o Transtorno da Personalidade Evitativa

---

#### Critérios Diagnósticos Propostos

---

- A. Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das seguintes quatro áreas:
1. **Identidade:** Baixa autoestima associada à autoavaliação como socialmente incapaz, sem atributos pessoais ou inferior; sentimentos excessivos de vergonha.
  2. **Autodirecionamento:** Padrões irrealistas de comportamento associados a relutância em buscar objetivos, assumir riscos pessoais ou participar de novas atividades que envolvam contato interpessoal.
  3. **Empatia:** Preocupação e sensibilidade a crítica ou rejeição, associadas a inferência distorcida das perspectivas dos outros como negativas.
  4. **Intimidade:** Relutância em envolver-se com pessoas a menos que esteja certo de ser benquisto; reciprocidade diminuída nos relacionamentos íntimos devido ao medo de passar vergonha ou ser ridicularizado.
- B. Três ou mais dos quatro traços de personalidade patológicos a seguir, um dos quais deve ser (1) Ansiedade:
1. **Ansiedade** (um aspecto da **Afetividade Negativa**): Sentimento intenso de nervosismo, tensão ou pânico, frequentemente em reação a situações sociais; preocupação com os efeitos negativos e atividades sociais; ausência de início de contato social.
  2. **Retraimento** (um aspecto do **Distanciamento**): Reserva nas situações sociais; evitação de contatos e atividades sociais; ausência de início de contato social.
  3. **Anedonia** (um aspecto do **Distanciamento**): Falta de prazer, envolvimento ou energia em relação às experiências de vida; déficits na capacidade de sentir prazer ou se interessar pelas coisas.
  4. **Evitação da Intimidade** (um aspecto do **Distanciamento**): Evitação de relações próximas ou amorosas, de vínculos interpessoais e de relações sexuais íntimas.
- 

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014

## Especificadores

Observa-se, nesses indivíduos, a presença de uma considerável heterogeneidade na forma de traços de personalidade adicionais. Os especificadores dos traços e do nível de funcionamento podem ser utilizados com o intuito de registrar características extras da personalidade que podem se apresentar neste transtorno. Traços da Afetividade Negativa (e.g. tendência à depressão, submissão, hostilidade, insegurança de separação, desconfiança) não são critérios mas podem ser especificados (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

## Transtorno da Personalidade *Borderline*

Indivíduos portadores deste transtorno apresentam dificuldades que são aparentes na identidade, no autodirecionamento, na empatia e/ou na intimidade. Associado a isso existe a presença de traços mal-adaptativos específicos no domínio da Afetividade Negativa e do Antagonismo e/ou Desinibição. A figura 4 descreve os Critérios Diagnósticos Propostos para o Transtorno da Personalidade *Borderline*.

Figura 4 - Critérios Diagnósticos Propostos para o Transtorno da Personalidade *Borderline*

---

### Critérios Diagnósticos Propostos

---

- A. Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das seguintes quatro áreas:
1. **Identidade:** Autoimagem acentuadamente empobrecida, pouco desenvolvida ou instável, frequentemente associada a autocrítica excessiva; sentimentos crônicos de vazio; estados dissociativos sob estresse.
  2. **Autodirecionamento:** Instabilidade nos objetivos, aspirações, valores ou planos de carreira.
  3. **Empatia:** Capacidade comprometida de reconhecer os sentimentos e as necessidades das outras pessoas associada a hipersensibilidade interpessoal (i.e., propensão a se sentir menosprezado ou insultado); percepções seletivamente parciais dos outros em relação a atributos negativos ou vulnerabilidades.
  4. **Intimidade:** Relações íntimas intensas, instáveis e conflitantes, marcadas por desconfiança, carência e preocupação ansiosa com abandono real ou imaginado; relações íntimas frequentemente encaradas em extremos de idealização e desvalorização e alternando entre envolvimento excessivo e retraimento.
- B. Quatro ou mais dos sete traços de personalidade patológicos a seguir, no mínimo um dos quais deve ser (5) Impulsividade, (6) Exposição a Riscos ou (7) Hostilidade:
1. **Labilidade emocional** (um aspecto da **Afetividade Negativa**): Experiências emocionais instáveis e frequentes alterações do humor; as emoções são facilmente provocadas, intensas e/ou desproporcionais aos fatos e circunstâncias.
  2. **Ansiedade** (um aspecto da **Afetividade Negativa**): Sentimentos intensos de nervosismo, tensão ou pânico, frequentemente em reação a estresses interpessoais; preocupação com os efeitos negativos de experiências desagradáveis passadas e possibilidades negativas futuras; sentir-se temeroso, apreensivo ou ameaçado pela incerteza; medo de desmoronar ou perder o controle.
  3. **Insegurança de separação** (um aspecto da **Afetividade Negativa**): Medo de rejeição por – e/ou separação de – outras pessoas significativas, associado a temor de dependência excessiva e completa perda da autonomia.

4. **Tendência à depressão** (um aspecto da **Afetividade Negativa**): Sentimentos frequentes de estar desanimado, infeliz e/ou sem esperança; dificuldade de recuperação de tais humores; pessimismo quanto ao futuro; vergonha difusa; sentimentos de desvalia; pensamentos de suicídio e comportamento suicida.
  5. **Impulsividade** (um aspecto da **Desinibição**): Ação sob o impulso do momento em resposta a estímulos imediatos; ação momentânea sem um plano ou consideração dos resultados; dificuldade para estabelecer ou seguir planos; senso de urgência e comportamento de auto-agressão sob estresse emocional.
  6. **Exposição a riscos** (um aspecto da **Desinibição**): Envolvimento em atividades perigosas, arriscadas e potencialmente prejudiciais de forma desnecessária e sem consideração das consequências; falta de preocupação com as próprias limitações e negação da realidade do perigo pessoal.
  7. **Hostilidade** (um aspecto do **Antagonismo**): Sentimentos persistentes ou frequentes de raiva; raiva ou irritabilidade em resposta a ofensas e insultos mínimos.
- 

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014

### Especificadores

Traços de Psicotismo (e.g. desregulação cognitiva e perceptiva) podem ser especificados, mesmo não sendo critérios para esse transtorno especificamente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

### Transtorno da Personalidade Narcisista

Nesse transtorno, ocorrem traços mal-adaptativos específicos no domínio do Antagonismo. A figura 5 descreve os Critérios Diagnósticos Propostos para o Transtorno de Personalidade Narcisista.

Figura 5 - Critérios Diagnósticos para o Transtorno de Personalidade Narcisista

#### Critérios Diagnósticos Propostos

---

- A. Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das seguintes quatro áreas:
    1. **Identidade**: Referência excessiva aos outros para regulação da autodefinição e da autoestima; autoapreciação exagerada inflada ou esvaziada ou oscilando entre os extremos; a regulação emocional espelha flutuações na autoestima.
    2. **Autodirecionamento**: Definição dos objetivos baseada na obtenção de aprovação dos outros; padrões pessoais irracionalmente altos, visando ver-se como excepcional, ou muito baixos, com base em um senso de direito; com frequência sem consciência das próprias motivações.
    3. **Empatia**: Prejuízo na capacidade de reconhecer ou de se identificar com os sentimentos e as necessidades das outras pessoas; excessivamente atento às reações dos outros, mas somente se percebidas como relevantes para si; superestimação ou subestimação do próprio efeito nos outros.
    4. **Intimidade**: Relacionamentos em grande parte superficiais e que existem para servir à regulação da autoestima; reciprocidade restringida pelo pouco interesse nas experiências dos outros e pela predominância de uma necessidade de ganho pessoal.
  - B. Ambos os traços de personalidade patológicos a seguir:
    1. **Grandiosidade** (um aspecto do **Antagonismo**): Sentimentos de direito, declarados ou encobertos; egocentrismo; firmemente apegado à crença de ser melhor do que os outros; condescendente com os outros.
    2. **Busca de atenção** (um aspecto do **Antagonismo**): Tentativas excessivas de atrair e ser o foco da atenção dos outros; busca de admiração.
- 

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014

## Especificadores

Traços de Antagonismo (e.g. manipulação, insensibilidade, desonestidade) não são critérios para o transtorno da personalidade narcisista, mas podem ser caracterizados. Traços da Afetividade Negativa, como tendência à ansiedade e/ou depressão, podem ser especificados para apresentações de caráter mais vulnerável sejam registradas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

## Transtorno da Personalidade Obsessivo-compulsiva

As dificuldades típicas encontradas neste transtorno são evidentes na identidade, no autodirecionamento, na empatia e/ou na intimidade, associados a traços mal-adaptativos específicos nos domínios da Afetividade Negativa e/ou Distanciamento. A figura 6 descreve os Critérios Diagnósticos Propostos para o Transtorno da Personalidade Obsessivo-compulsiva.

Figura 6 - Critérios Diagnósticos Propostos para o Transtorno da Personalidade Obsessivo-compulsiva

---

### Critérios Diagnósticos Propostos

---

- A. Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das seguintes quatro áreas:
1. **Identidade:** Percepção de si mesmo derivada predominantemente do trabalho ou da produtividade; experiência e expressão restritas de emoções fortes.
  2. **Autodirecionamento:** Dificuldade na conclusão de tarefas e realização dos objetivos, associada a padrões internos de comportamento rígidos e exageradamente elevados e inflexíveis; atitudes excessivamente meticulosas e moralistas.
  3. **Empatia:** Dificuldade em compreender e levar em consideração as ideias, os sentimentos ou os comportamentos das outras pessoas.
  4. **Intimidade:** Relacionamentos vistos como secundários ao trabalho e à produtividade; rigidez e teimosia afetam negativamente as relações com as outras pessoas.
- B. Três ou mais dos quatro traços de personalidade patológicos a seguir, um dos quais deve ser (1) Perfeccionismo rígido:
1. **Perfeccionismo rígido** (um aspecto da extrema Meticulosidade [o polo oposto da Desibinação]): Insistência rígida para que tudo seja impecável, perfeito e sem erros ou faltas, incluindo o próprio desempenho e o dos outros; sacrifício de oportunidades para assegurar a correção em todos os detalhes; crença de que existe apenas uma forma certa de fazer as coisas; dificuldade para mudar de ideia e/ou ponto de vista; preocupação com detalhes, organização e ordem.
  2. **Perseverança** (um aspecto da **Afetividade Negativa**): Persistência nas tarefas muito tempo depois que o comportamento deixou de ser funcional ou efetivo; continuação do mesmo comportamento apesar de fracassos repetidos.
  3. **Evitação da Intimidade** (um aspecto do **Distanciamento**): Evitação de relacionamentos íntimos ou amorosos, vínculos interpessoais e relações sexuais íntimas.
  4. **Afetividade restrita** (um aspecto do **Distanciamento**): Pouca reação a situações emocionalmente estimulantes; experiência e expressão emocional restritas; indiferença e frieza.
- 

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014

## Especificadores

A ansiedade, um traço de Afetividade negativa, pode ser especificado neste transtorno - apesar de não ser um critério para transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva - (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

## Transtorno da Personalidade Esquizotípica

Os traços mal-adaptativos específicos estão nos domínios do Psicotismo e do Distanciamento, além da presença de dificuldades aparentes na identidade, autodirecionamento, empatia e/ou na intimidade. A figura 7 descreve os Critérios Diagnósticos Propostos para o Transtorno da Personalidade Esquizotípica.

Figura 7 - Critérios Diagnósticos Propostos para o Transtorno da Personalidade Esquizotípica

---

### Critérios Diagnósticos Propostos

---

- A. Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades características em duas ou mais das seguintes quatro áreas:
1. **Identidade:** Fronteiras confusas entre si mesmo e os outros; autoconceito distorcido; expressão emocional frequentemente não congruente com o contexto ou com a experiência interna.
  2. **Autodirecionamento:** Objetivos irrealistas ou incoerentes; sem um conjunto claro de padrões internos.
  3. **Empatia:** Dificuldade acentuada em compreender o impacto dos próprios comportamentos nos outros; frequentes interpretações errôneas das motivações e dos comportamentos das outras pessoas.
  4. **Intimidade:** Prejuízos marcantes no desenvolvimento de relacionamentos íntimos, associados a desconfiança e ansiedade.
- B. Quatro ou mais dos seis traços de personalidade patológicos a seguir:
1. **Desregulação cognitiva e perceptiva** (um aspecto do **Psicotismo**): Processos de pensamento estranhos ou incomuns; pensamento ou discurso vago, circunstancial, metafórico, superelaborado ou estereotipado; sensações estranhas em várias modalidades sensoriais.
  2. **Crenças e experiências incomuns** (um aspecto do **Psicotismo**): Conteúdo do pensamento e visões da realidade que são encarados pelos outros como bizarros ou idiossincráticos; experiências incomuns de realidade.
  3. **Excentricidade** (um aspecto do **Psicotismo**): Comportamento ou aparência estranhos, incomuns ou bizarros; dizer coisas incomuns ou inapropriadas.
  4. **Afetividade restrita** (um aspecto do **Distanciamento**): Pouca reação a situações emocionalmente estimulantes; experiência e expressão emocionais restritas; indiferença e frieza.
  5. **Retraimento** (um aspecto do **Distanciamento**): Preferência por estar sozinho a estar com outras pessoas; reticência em situações sociais; evitação de contatos e atividades sociais; falta de iniciativa de contato social.
  6. **Desconfiança** (um aspecto do **Distanciamento**): Expectativas de - e sensibilidade aumentada a - sinais de más intenções ou dano interpessoal; dúvidas quanto à lealdade e à fidelidade das outras pessoas; sentimentos de perseguição.
- 

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014

## Especificadores

A tendência à depressão e ansiedade, traços de Afetividade Negativa, podem ser especificados, mesmo não sendo critérios diagnósticos para este transtorno (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

## Transtorno da Personalidade - Especificado pelo Traço (TP-ET)

A figura 8 descreve os Critérios Diagnósticos Propostos para o Transtorno da Personalidade - Especificado pelo Traço.

Figura 8 - Critérios Diagnósticos Propostos para o Transtorno da Personalidade - Especificado pelo Traço

---

### Critérios Diagnósticos Propostos

---

- A. Prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade, manifestado por dificuldades em duas ou mais das seguintes quatro áreas:
1. **Identidade**
  2. **Autodirecionamento**
  3. **Empatia**
  4. **Intimidade**
- B. Um ou mais domínios de traços de personalidade patológicos OU facetas específicas de traços dentro dos domínios, considerando TODOS os domínios a seguir:
1. **Afetividade Negativa** (vs. Estabilidade Emocional): Experiências frequentes e intensas de altos níveis de uma ampla faixa de emoções negativas (p. ex., ansiedade, depressão, culpa/vergonha, preocupação, raiva) e suas manifestações comportamentais (p. ex., autoagressão) e interpessoais (p. ex., dependência).
  2. **Distanciamento** (vs. Extroversão): Evitação de experiência socioemocional, incluindo tanto afastamento das interações interpessoais, variando de interações cotidianas e casuais até amizades e relacionamentos íntimos, quanto experiência e expressão afetivas restritas, particularmente apresentando capacidade limitada de obtenção de prazer.
  3. **Antagonismo** (vs. Afabilidade): Comportamentos que colocam o indivíduo em discordância com outras pessoas, incluindo senso exagerado de autoimportância e expectativa concomitante de tratamento especial, bem como antipatia insensível em relação aos outros, abrangendo tanto a falta de consciência das necessidades e sentimentos dos outros quanto disposição a usá-los a serviço do autoaprimoramento.
  4. **Desinibição** (vs. Meticulosidade): Orientação para a gratificação imediata, levando a comportamento impulsivo guiado por pensamentos, sentimentos e estímulos externos atuais, sem levar em consideração o aprendizado passado ou consequências futuras.
  5. **Psicoticismo** (vs. Lucidez): Exibição de uma ampla variedade de comportamentos e cognições estranhos, excêntricos ou incomuns culturalmente incongruentes, incluindo tanto processo (p. ex., percepção, dissociação) quanto conteúdo (p. ex., crenças).
- 

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014

Em relação aos subtipos, existe um grande grupo de expressões potenciais de TP-ET, podendo ser representado pelo modelo dimensional do DSM-V das variantes dos traços de personalidade mal-adaptativos, pois as características da personalidade variam continuamente ao longo de múltiplas dimensões dos traços. Dessa forma, subtipos tornam-se desnecessários para TP-ET. Em seu lugar, são fornecidos elementos descritivos que formam a personalidade,

dispostos em um modelo com embasamento empírico. Isso permite que ao examinador adaptar a descrição do perfil do transtorno da personalidade de cada pessoa, levando em conta todos os cinco domínios amplos da variação dos traços de personalidade e lançando mão das características descritivas desse domínio quando necessário para caracterizar a pessoa (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

No que diz respeito aos especificadores, as características de personalidade específicas dos indivíduos são sempre registradas, levando-se em conta a avaliação do Critério B. Dessa forma, a combinação das características de personalidade de um indivíduo constitui diretamente os especificadores em cada caso (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

### **Algoritmos para Classificação do Transtorno da Personalidade**

A maximização da relação entre critérios diagnósticos e seus transtornos correspondentes baseou a decisão dos autores do DSM-V de determinar a exigência do preenchimento de dois dos quatro Critérios A para cada um dos 6 transtornos da personalidade. Com o intuito de minimizar a mudança na prevalência dos transtornos do DSM-IV, bem como a sobreposição com outros transtornos da personalidade e para maximizar as relações com o prejuízo funcional, os limiares diagnósticos para os Critérios B foram definidos também empiricamente. Os grupos de critérios diagnósticos resultantes representam transtornos da personalidade clinicamente úteis. Eles apresentam alta fidedignidade, no que diz respeito aos principais acometimentos no funcionamento da personalidade de graus variados de severidade e grupos de traços de personalidade patológicos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

### **Diagnóstico de Transtorno da Personalidade**

O paciente que demonstre padrão de prejuízo no funcionamento da personalidade associado a traços mal-adaptativos que correspondem a um dos transtornos da personalidade definidos devem ser diagnósticos com aquele transtorno em questão. Caso esse paciente apresente um ou vários traços exuberantes com relevância clínica além daqueles requeridos para o diagnóstico, existe a alternativa de que estes traços sejam registrados como especificadores. Os pacientes que apresentarem um funcionamento da personalidade diferenciado ou cujo padrão de traços seja evidentemente diferente do de qualquer um dos seis transtornos da personalidade específicos devem ser diagnosticados com TP-ET. O número requerido de Critérios A e B pode não ser satisfeito, dessa forma pode haver uma apresentação de sublimar de um transtorno da personalidade, pode haver uma mistura de características de

tipos de transtorno da personalidade ou algumas características que são menos típicas de um tipo e mais certamente considerados uma apresentação mista ou atípica. Em relação ao nível específico de prejuízo no funcionamento da personalidade e os traços da personalidade patológicos que caracterizam a personalidade do indivíduo, ambos podem ser especificados por TP-ET, usando-se a Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade (disposta no Anexo A) e a taxonomia dos traços patológicos (Quadro 2). Os atuais transtornos da personalidade paranoide, esquizoide, histriônica e dependente são representados pelo diagnóstico de TP-ET. Eles apresentam prejuízo moderado ou grave no funcionamento da personalidade e podem ser especificados pelas combinações de traços de personalidade patológicos relevantes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

## **Traços de Personalidade**

### *Definição e Descrição*

O Critério B no modelo alternativo está relacionado a avaliações de traços de personalidade agrupados em cinco domínios. O termo “traço de personalidade” é definido por uma tendência de sentir, perceber, comportar-se e pensar em formas relativamente consistentes ao longo do tempo e nas situações em que o traço pode se manifestar. Como uma ilustração, é possível citar indivíduos com um alto nível do traço de personalidade de *ansiedade* apresentariam a tendência em *sentirem-se* ansiosos facilmente, inclusive nas circunstâncias em que a maioria das pessoas estaria relaxada, com calma. Eles também *perceberiam* as situações como disparadoras de ansiedade de maneira mais frequente do que aqueles com níveis mais baixos do traço, e aqueles com o traço alto tenderiam a se *comportar* de modo a evitar situações que *pensam* que os deixariam ansiosos. Apresentariam, portanto, a tendência a *pensar* o mundo como mais provocador de ansiedade do que os outros indivíduos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Cabe ressaltar que pessoas com alto nível no traço de ansiedade não estão, necessariamente, ansiosas a todo momento e em qualquer situação. Os níveis traços das pessoas também podem se alterar ao longo da vida, o que de fato ocorre. Determinadas mudanças são muito gerais, reflexo da maturidade, já outras são reflexos das experiências vividas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

### *Dimensionalidade dos traços de personalidade*

O espectro das dimensões dos traços possibilita a localização de qualquer indivíduo, isto é, os traços de personalidade são aplicáveis a todos em diferentes graus em vez de estarem presentes ou ausentes. Ademais, os traços existem num espectro possuindo dois polos que são opostos. Dessa maneira, o oposto do traço de *insensibilidade* é a tendência a ser empático e bondoso, mesmo em circunstâncias em que a maioria das pessoas não se sentiria assim. Dessa forma, apesar de esse traço ser rotulado como *insensibilidade* na Seção III (devido ao fato de que esse polo da dimensão é o foco primário), ele poderia ser descrito integralmente como “*insensibilidade versus bondade*”. O seu polo oposto (i.e. bondade) pode não ser adaptativo em todas as circunstâncias - e.g. indivíduos que permitem que pessoas se aproveitem deles devido à sua bondade extrema - (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

### *Estrutura hierárquica da personalidade*

Existem termos relativos aos traços que são bem específicos, descrevendo uma limitada variedade de comportamentos (e.g. “loquaz”) enquanto outros são mais amplos (e.g. “distanciamento”) e descrevem uma faixa ampla de tendências comportamentais. Essas dimensões amplas são definidas como *domínios* e as dimensões específicas são definidas como *facetras*. Os *domínios* dos traços de personalidade compreendem um espectro de *facetras* de personalidade mais específicas que tendem a ocorrer de maneira agrupada. Retraimento e anedonia, por exemplo, são *facetras* de traços específicas no *domínio* do traço de Distanciamento. Embora existam variações culturais dentro das *facetras* dos traços de personalidade, os *domínios* amplos compreendidos de maneira coletiva por elas são consistentes entre as culturas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

## **O Modelo de Traço de Personalidade**

A Seção III apresenta o sistema de traços de personalidade que inclui cinco domínios amplos de variação dos traços de personalidade – Afetividade Negativa (vs. Estabilidade Emocional), Distanciamento (vs Extroversão), Antagonismo (vs Afabilidade), Desinibição (vs Meticulosidade) e Psicotismo (vs. Lucidez) – abrangendo 25 *facetras* de traços de personalidade específicas. Os domínios e *facetras* da personalidade estão definidos na **Quadro 2**. Os cinco domínios amplos são variações mal-adaptativas dos cinco domínios do modelo de personalidade amplamente validado e replicado conhecido como “Big Five”, ou Modelo de Cinco Fatores da Personalidade (MCF). Eles se assemelham aos domínios da Patologia da

Personalidade Cinco (PSY-5). Devido a sua relevância clínica, foram escolhidas 25 facetas específicas da personalidade.

O Modelo de Traço possui um enfoque nos traços de personalidade associados à psicopatologia, porém, há traços saudáveis (e.g. Lucidez, Estabilidade Emocional, Meticulosidade) e sua presença pode suavizar de maneira importante os efeitos dos transtornos mentais, facilitando assim o enfrentamento e a recuperação de lesões traumáticas e outras doenças médicas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

### **Distinguindo Traços, Sintomas e Comportamentos Específicos**

Os traços apresentam relativa consistência quando comparados a sintomas e comportamentos específicos. Apesar disso, não são imutáveis e se alteram durante a vida. Um indivíduo pode se comportar de maneira impulsiva num dado momento específico em função de um motivo determinado, mas apenas quando os comportamentos se agregam com o tempo e com as circunstâncias, de forma que seja possível estabelecer um padrão de comportamento distinto entre os indivíduos, é que eles refletem traços. Deve-se ressaltar que mesmo aqueles indivíduos impulsivos não agem dessa forma todo o tempo. O traço é uma tendência ou disposição em relação a comportamentos específicos; um comportamento específico é tido como exemplo ou até manifestação de um traço (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A diferença entre a maioria dos sintomas e os traços reside no fato de que os sintomas surgem e desaparecem enquanto os traços possuem um aspecto mais estável. Um exemplo claro seria o de um indivíduo com altos níveis de *tendência à depressão*. Ele possuiria uma maior probabilidade de vivenciar episódios distintos de um transtorno depressivo e também de apresentar a sintomatologia desse transtorno. Porém, mesmo esses indivíduos comumente flutuam entre episódios distinguíveis de perturbação do humor, e sintomas específicos, como a dificuldade de concentração, possuem a tendência de aparecer e desaparecer em conjunto com os episódios específicos; assim eles não estão englobados na definição do traço. Cabe salientar que os sintomas e traços são acessíveis à intervenção, sendo que muitas intervenções voltadas a sintomas podem afetar os padrões de mais longo prazo do funcionamento da personalidade que são capturados pelos traços de personalidade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

### **Avaliação do Modelo de Traço de Personalidade da Seção III do DSM-V**

A capacidade de focar a atenção em múltiplas áreas relevantes de variação da personalidade em cada paciente reflete a utilidade clínica do modelo multidimensional de traço de personalidade da Seção III. No lugar de simplesmente focar a atenção no estabelecimento de somente um rótulo diagnóstico, a aplicação do modelo de traço de personalidade permite a revisão de todos os cinco domínios amplos da personalidade (dispostos na **Quadro 2**). Essa abordagem se assemelha a revisão de sistemas na medicina clínica, onde um paciente, por exemplo, que apresentam um sintoma neurológico específico é avaliado em todos os sistemas relevantes (e.g. cardiovascular, respiratório) com o intuito de não perder uma área importante acometida e, conseqüentemente, perder a chance de definir uma intervenção necessária (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014)

O uso clínico desse modelo é feito da mesma maneira. Inicialmente investiga-se todos os cinco domínios amplos da personalidade, sendo essa revisão facilitada com o uso dos instrumentos psicométricos formais concebidos para medir facetas e domínios específicos da personalidade. O modelo de traço da personalidade é, por exemplo, operacionalizado no Inventário de Personalidade para o DSM-V (PID-5), podendo ser preenchido pelos pacientes na forma de autorrelato ou pelo relato do informante por aqueles que conheçam melhor o paciente (e.g. cônjuge). A avaliação clínica completa compreende a coleta de dados dos relatos do paciente bem como do informante em todas as 25 facetas do modelo de traço da personalidade; isso, porém, nem sempre é possível (em função do tempo disponível ou devido a outras restrições). Nesses casos, a avaliação focada no nível dos cinco domínios é uma opção clínica aceitável, quando é necessário apenas um retrato geral (vs. detalhado) da personalidade de um indivíduo. Porém, se os problemas baseados na personalidade são o foco, em termos de tratamento, é necessário avaliar as facetas dos traços do indivíduo e seus domínios (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os traços de personalidade estão distribuídos num *continuum* na população. Dessa forma, uma abordagem com o objetivo de julgar um traço específico como elevado (e, dessa forma, presente para um diagnóstico) pode abranger a comparação dos níveis dos traços de personalidade dos indivíduos com os padrões da população e/ou julgamento clínico. Estando um traço específico elevado (evidenciado por meio dos dados formais dos testes psicométricos) ele é considerado como contribuindo para satisfazer o Critério B dos transtornos da personalidade da Seção III (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

## **Utilidade Clínica do Modelo Multidimensional do Funcionamento e Traços de Personalidade**

A predição de importantes variáveis antecedentes (e.g. história familiar), concomitantes (e.g. uso de medicação) e preditivas (e.g. hospitalização) recebe colaboração dos construtos de transtorno e de traço. As decisões clínicas quanto aos aspectos importantes da utilidade dos diagnósticos psiquiátricos (i.e. grau de incapacidade, riscos de autoagressão, violência e criminalidade, tipo e à intensidade do tratamento recomendado, prognóstico) recebem contribuições da avaliação dos prejuízos no funcionamento da personalidade e dos traços de personalidade patológicos, que colaboram de maneira independente. Ter conhecimento sobre o nível de funcionamento da personalidade de um indivíduo e seu perfil de traços patológicos também fornece ao clínico uma base enriquecida de informações, agregando imenso valor a organização de um tratamento e à predição do curso clínico, bem como a evolução de diversos transtornos mentais além dos de personalidade. Dessa maneira, a avaliação sobre o funcionamento da personalidade e sobre os traços de personalidade patológicos pode ser apropriada, tendo o paciente algum transtorno de personalidade ou não (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

## **Uso clínico do Modelo Dimensional do DSM-V para Transtornos de Personalidade**

O DSM-V apresenta um modelo dimensional descrito em sua Seção III, cujo o intuito é estimular futuras pesquisas com a possibilidade de que essa proposta seja incluída formalmente em edições futuras do manual (FEW, 2013).

Foi realizado um estudo com pacientes ambulatoriais, feito para avaliar a validade desse modelo. Esse trabalho foi feito com uma amostra de pacientes ambulatoriais, onde os autores testaram a validade e a confiabilidade dos Critérios A e B do modelo dimensional. Ademais, avaliaram a confiabilidade dos avaliadores, a capacidade de pacientes ambulatoriais em tratamento de fornecer dados sobre traços de personalidade. Ademais, o estudo avaliou a confiança e validade do grau de gravidade do acometimento na personalidade, medido pela Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade (ENFP); os traços patológicos referidos pelos pacientes, medidos por meio do Inventário de Personalidades para o DSM-V (PID-5), os traços patológicos (os fornecidos pelos avaliadores e pelos pacientes) e sua relação com as escalas do modelo de Cinco Grandes Personalidades (CGP), do DSM-IV para Transtornos de Personalidade, sintomatologia e comportamentos. Os critérios de inclusão foram: (a) paciente em tratamento psicológico e psiquiátrico; (b) idade entre 18 e 65 anos; (c) escolaridade mínima

de 8ª série; (d) uso de computador por 3 ou mais dias da semana (para garantir a habilidade necessária para completar as avaliações no computador). Pacientes apresentando sintomas psicóticos ou em internação hospitalar não participaram do estudo (FEW, 2013).

O estudo avaliou todos os componentes centrais do modelo proposto na Seção 3 do DSM-V, usando as ferramentas diagnósticas nela contidas. Os autores descrevem algumas limitações do estudo. Os entrevistadores não possuíam conhecimentos prévios a respeito dos pacientes avaliados, de maneira que a avaliação poderia ser mais precisa caso eles tivessem uma familiaridade maior com os participantes, uma vez que em determinadas situações clínicas o diagnóstico de um transtorno de personalidade ocorre apenas depois de várias consultas. Os questionários utilizados não incluíam escalas de validade e, de tal forma, não foi possível remover, por exemplo, informações dos participantes que responderam de forma aleatória. Ademais, a avaliação dos traços de personalidade propostos no DSM-V não foi realizada por meio de uma entrevista explicitamente designada para esta finalidade, mas sim usando o manual como base, uma vez que esse tipo de formulário de entrevista não está disponível. Tais limitações poderiam ser atenuados por meio de um treinamento extensivo, maior familiaridade com os participantes e uso de um formulário específico para avaliar os traços propostos no DSM-V (FEW, 2013).

Os resultados deste estudo fornecem embasamento inicial para validade e confiabilidade do modelo dimensional disposto na Seção 3 do DSM-V para transtornos de personalidade. Avaliadores podem classificar os pacientes em 25 traços dimensionais e 4 domínios de acometimento com uma confiabilidade razoável, sendo que seus resultados apresentaram uma convergência razoável em relação a diferentes ferramentas de avaliação. Em linhas gerais, os traços de personalidade propostos nessa abordagem apresentaram uma cobertura adequada dos transtornos de personalidade descritos no DSM-IV, embora potencialmente menos compreensíveis para certos transtornos (e.g. obsessivo-compulsivo). Não obstante, estudos posteriores são necessários para verificar se esses algoritmos podem ser aprimorados. O estudo forneceu embasamento para confiabilidade e validade das escalas de acometimento usando a ENFP em relação aos sintomas de estresse emocional e os transtornos de personalidade, além da gravidade desses sintomas. Além disso, os achados sugerem que as escalas de acometimento podem ter utilidade clínica limitada. Pesquisas futuras são necessárias para determinar se esse tipo de abordagem (integralmente ou apenas parcialmente) poderia eventualmente substituir o modelo dos transtornos de personalidade do DSM-IV (FEW, 2013).

## 6 MATERIAL E MÉTODOS

O método de busca consistiu em uma pesquisa realizada com o auxílio da base de dados do PubMed com artigos publicados no período compreendido entre 1994 e 2018 e publicados em inglês. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “personality disorders”, “dimensional model of pathological personalities”, “bipolar disorder”, “Section III DSM”. Ao se utilizar os termos “personality disorders” e “bipolar disorder” foram encontrados 1383 artigos. Foi realizada uma busca utilizando a ferramenta MeSH com os termos “section III DSM” e “personality disorders” que não trouxe resultados.

Foi realizada uma busca usando-se o termo “Dimensional Model of Pathological Personalities” e 133 artigos foram mostrados. Seus resumos foram lidos e 67 destes, por não abordarem, de maneira direta, os transtornos de personalidade, foram retirados do estudo. Outros 36 artigos traziam informações sobre um modelo diferente do que se encontra na Seção III do DSM-V e foram retirados também, embora os modelos em questão possuíssem aspectos dimensionais. Dos artigos restantes, 18 não abordavam diretamente o modelo dimensional sendo então retirados. Os artigos restantes foram lidos e utilizados na elaboração deste trabalho.

## 7 DISCUSSÃO E RESULTADOS

O DSM – V apresenta uma classificação tipológica (sendo baseada em listas de critérios e categorias diagnósticas) e um sistema dimensional para classificação dos transtornos de personalidade. Cada um desses modelos possui suas vantagens e desvantagens. Os sistemas dimensionais retratam melhor as variadas nuances dentro desses transtornos, enfatizando o espectro existente entre personalidades normais e anormais, definindo, comumente, os casos anormais como aqueles que ultrapassam o limite dos extremos de uma dimensão unipolar ou bipolar. Já o modelo categórico se aproxima da abordagem tradicional da medicina, sendo mais conveniente que um sistema dimensional, em termos de definições clínicas. Porém, essas categorias possuem limitações a respeito da variedade e a complexidade da personalidade, seja anormal ou normal (CROCCO, 2013).

O modelo das Cinco Grandes Personalidades (CGP) estabelecido por Costa e McCrae, (POPIEL, 2017) possui um amplo suporte empírico como modelo dimensional. Tal abordagem foi, inicialmente, desenvolvida por meio de estudos empíricos dos termos usados para descrever traços de personalidade. Com o tempo, esses estudos convergiram em uma estrutura de cinco de fatores ou domínios: extroversão (ou surgência), agradabilidade, conscienciosidade (ou restrição), instabilidade emocional (ou neuroticismo), abertura (ou intelecto, imaginação, não convencional). Estudos subsequentes conduzidos foram capazes de fornecer razoavelmente embasamento para a existência dos cinco domínios (WIDIGER, 2007).

FEW *et al.* (2010) realizaram uma pesquisa com o intuito de estudar a confiabilidade sobre avaliações clínicas dos traços de personalidades dimensionais utilizando um formulário do modelo das CGP. O estudo demonstrou um razoável grau de confiabilidade do avaliador entre os examinadores que utilizaram esse formulário (FEW, 2010). Os autores efetuaram uma comparação entre essas classificações dos traços de personalidade e o modelo categórico de transtornos de personalidade do DSM-IV e uma boa convergência com as classificações do manual foi observada (MILLER, 2010). Tais evidências embasam o uso de avaliações clínicas dimensionais dos traços de personalidade e sua utilidade em gerar constructos válidos dos transtornos de personalidade. Porém, é fundamental que se determine se os avaliadores possuem a capacidade de avaliar de maneira confiável os traços de personalidade do DSM-V e se essas avaliações se correlacionam com constructos relevantes nos transtornos mentais (FEW, 2013).

Uma das limitações desse modelo é incapacidade de se retratar a especificidade dos transtornos de personalidade (POPIEL, 2017). Outra importante limitação é que certas facetas são focadas primariamente em variações normais da personalidade que não o objetivo de intervenções clínicas. Apesar deste fato, o modelo se integrou bem aos modelos dimensionais que se focam em avaliar variações anormais da personalidade (WIDIGER, 2007). Widiger e Trull (2007) afirmam que o modelo das CGP, da forma como está descrito atualmente, teria maior utilidade clínica do que as categorias diagnósticas, uma vez que ele poderia ter uma maior implicação nos tratamentos específicos (WIDIGER, 2007).

Ao desenvolver instrumentos de avaliação psicológica a psicologia clínica trouxe uma valiosa contribuição histórica. Ao longo dos anos, com os avanços em pesquisa na elaboração de entrevistas estruturadas, foram criados instrumentos que avaliam os transtornos de personalidade com maior nível de confiança (POPIEL, 2017). O uso de sistemas operacionalizados de classificação trouxe melhorias importantes na avaliação e no diagnóstico destes transtornos. (HENNING, 1994). As entrevistas estruturadas permanecem até os dias de hoje como abordagens bem aceitas para avaliação dos transtornos de personalidade, existindo uma grande variedade de instrumentos (POPIEL, 2017).

### **Os problemas e limitações do modelo categórico**

O uso de definições dos transtornos de personalidade orientada para o comportamento pode induzir a uma avaliação de aspecto reducionista. O principal problema, ao se testar instrumentos categóricos em uma pesquisa feita na Alemanha, foi a presença de sobreposição de vários transtornos de personalidade o que levou os autores a questionar se a redução do número de categorias traria um maior valor no diagnóstico dos transtornos (HENNING, 1994).

A sintomatologia dos transtornos mentais sofre influência de variáveis neurobiológicas, interpessoais, cognitivas. Tal arranjo complexo não pode ser descrito de maneira precisa por categorias diagnósticas simples (WIDIGER, 2007).

A abordagem categórica, ao longo do tempo, adquiriu um maior grau de complexidade que acabou dificultando o diagnóstico clínico devido ao elevado número de critérios existentes (HENNING, 1994).

O modelo categórico está relacionado as seguintes falhas: excessivo diagnóstico de comorbidades, cobertura inadequada, limites arbitrários e imprecisos, heterogeneidade entre indivíduos compartilhando a mesma categoria diagnóstica e base científica inapropriada (WIDIGER, 2007).

O sistema atual de avaliação da personalidade possui uma falha importante em caracterizar a gravidade dos transtornos de personalidade, um aspecto essencial a ser considerado numa avaliação clínica (FEW, 2013). Além disso, um sistema diferente para avaliar o acometimento no funcionamento da personalidade é necessário para obter os vários graus possíveis de severidade (FEW, 2013).

Os seguintes fatores foram considerados como geradores de insatisfação por parte dos profissionais que utilizaram o DSM: baixa precisão nas descrições, ocorrência excessiva de diagnósticos simultâneos, falhas na condução rumo a um diagnóstico específico, uso frequente da designação de transtornos sem especificação, limites diagnósticos imprecisos (WIDIGER; TRULL, 2007 *apud* KUPFER *et al*, 2002).

Outra limitação importante é a incapacidade em se aprofundar na identificação de antecedentes que sejam válidos e específicos, além da falta de especificidade no tratamento de pacientes portadores de transtornos da personalidade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Uma significativa proporção da cobertura inadequada ocorre em casos limítrofes. Essas definições de limites foram mudadas com o tempo e tais mudanças trouxeram problemas em relação a questões referentes a teoria científica e a tomada de decisão no campo da saúde pública. A dificuldade em se obter dados precisos trouxe problemas em se convencer agências de saúde pública a financiar tratamentos para transtornos mentais uma vez que a Associação Americana de Psiquiatria não foi capaz de fornecer estimativas epidemiológicas consistentes (WIDIGER; TRULL, 2007 *apud* REGIER *et al*, 1998).

Há um número reduzido de pesquisas feitas sobre determinados transtornos da personalidade, o que representa uma fraca base científica sobre eles. É desafiador encontrar um estudo sistemático dedicado a compreender os referidos aspectos desses transtornos. Dessa forma, uma base científica bem estabelecida sobre eles não ocorreu (WIDIGER, 2007).

Abordagem atual dos transtornos de personalidade ainda possui pontos fracos: casos nos quais um paciente atende os critérios para um determinado transtorno de personalidade

específico e que também apresenta critérios para outros transtornos de personalidade – algo frequente – ou casos nos quais o diagnóstico de um transtorno especificado ou não especificado está correto; sendo, porém, pouco informativo, no sentido de que os pacientes possuem a tendência de não apresentar sintomatologia que corresponda a apenas um transtorno de personalidade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

### **Os modelos dimensionais e suas vantagens**

A adoção de uma classificação dimensional dos transtornos de personalidade pode auxiliar a constatar as falhas existentes nos critérios diagnósticos categóricos e trazer uma importante contribuição para a integração entre os diagnósticos psiquiátricos e as pesquisas no campo da psicologia (WIDIGER, 2007).

Muitos dos aspectos nos quais o modelo categórico apresenta limitações ou deficiências poderiam ser melhor avaliados com a adoção de um dimensional para classificação dos transtornos de personalidade. Entre eles: heterogeneidade entre pacientes apresentando o mesmo diagnóstico, limites diagnósticos instáveis, ocorrência excessiva de mais de um diagnóstico, cobertura inadequada e pouco embasamento científico (WIDIGER, 2007).

A heterogeneidade de um indivíduo é abordada por meio de descrições multifatoriais de seu perfil psicopatológico, evitando inserir um paciente em uma única categoria diagnóstica que é incapaz de evidenciar as características clínicas e os traços de personalidade que definem o indivíduo. Isso evita que ocorram vários diagnósticos simultâneos. Além disso, a inclusão de diagnósticos redundantes e sobrepostos é dificultada, auxiliando a cobrir um espectro maior de personalidades com problemas de adaptação sem exigir categorias diagnósticas adicionais. Essa abordagem também permite a representação de perfis de personalidade relativamente atípicos ou singulares. O diagnóstico de “transtornos não especificados” tende a diminuir. Outro benefício seria provimento de uma base científica mais sólida (WIDIGER, 2007).

O uso de uma classificação dimensional permitiria a inclusão de diferentes pontos de corte que poderiam orientar decisões da prática clínica (e.g. fornecer uma medicação particular, hospitalizar um paciente), constituindo um benefício importante (WIDIGER, 2007).

A nova abordagem contida na Seção III do DSM-V possui o intuito de melhorar a metodologia na tomada de decisão clínica e fornece uma melhor compreensão do contexto cultural dos transtornos mentais. Além disso, permite que se avalie o funcionamento da personalidade e os traços de personalidade tanto na presença quanto na ausência de um transtorno

de personalidade. Tal permite o fornecimento de dados clinicamente úteis sobre todos os indivíduos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Um aspecto que reflete a utilidade clínica do modelo dimensional é a capacidade de focar a atenção em múltiplas áreas relevantes de variação da personalidade em cada paciente. A aplicação do modelo de traço de personalidade permite a revisão de todos os cinco domínios amplos da personalidade (dispostos na **Quadro 2**). Essa abordagem é feita com o intuito de não perder uma área importante acometida e, conseqüentemente, perder a chance de se instituir uma conduta adequada (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

### **Expectativas no campo dos transtornos de personalidade**

A nova proposta de abordagem dimensional contida na Seção III do DSM-V não foi ainda aceita como sistema diagnóstico oficial. Sua presença no DSM-V ocorreu com o intuito de estimular estudos posteriores. Espera-se que, futuramente, que os componentes deste novo modelo desempenhem papéis importantes nas futuras edições do manual (FEW, 2013).

O obstáculo mais importante no caminho da implementação de uma classificação dimensional dos transtornos de personalidade é a sua utilidade clínica. (WIDIGER, 2007).

Proporcionar uma integração entre a nomenclatura no campo da psiquiatria, em relação aos transtornos de personalidade, e os modelos dimensionais é algo que ainda sofre uma considerável resistência. As principais preocupações em relação a isso são: consenso, em termos estruturais, implementação e aplicabilidade/utilidade clínica (WIDIGER, 2007).

Existem, ao todo, 18 propostas de modelos dimensionais para os transtornos de personalidade. Há vários modelos dimensionais que são bem diferentes entre si, ao ponto de dificultar o surgimento de um consenso para definições estruturais (WIDIGER, 2007). Foi proposta uma conversão de cada categoria diagnóstica em uma escala de 5 pontos/domínios, possibilitando seu uso para a descrição dos perfis de personalidade. Contudo, uma evidente limitação seria a grande sobreposição diagnóstica de várias categorias diagnósticas (WIDIGER, 2007).

Estabelecer uma nomenclatura oficial é essencial para o estabelecimento de uma linguagem comum que facilite o desenvolvimento de um sistema diagnóstico universal. Tal fato poderia representar um avanço importante rumo a uma maior integração entre a psicologia e a psiquiatria (WIDIGER, 2007).

Uma abordagem dimensional dependente primariamente do relato subjetivo de um indivíduo com relação à experiência dos sintomas associado a interpretação clínica é consistente com a prática diagnóstica atual. É esperado o desenvolvimento de abordagens integrativas que compreendam dados objetivos e subjetivos do paciente, com o intuito de complementar e aumentar a precisão do processo diagnóstico conforme a compreensão, baseada na fisiopatologia, neurocircuitos, interações genéticas, ambientais e nos testes laboratoriais, sobre os mecanismos básicos das doenças se expanda (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A implementação de um modelo unificado hierárquico é possível, dado que os modelos compartilham objetivos. A solução ideal é obter um modelo que represente de forma integrativa as propostas existentes, conectando as contribuições e vantagens de cada modelo (WIDIGER, 2007).

## 8 CONCLUSÃO

Ao longo da história da psiquiatria, vários modelos para avaliação dos transtornos de personalidade foram elaborados. Com os avanços provenientes da pesquisa, da prática clínica e do desenvolvimento e aplicação de instrumentos de avaliação, eles evoluíram para os modelos disponíveis atualmente.

O DSM-V apresenta, atualmente, uma classificação categórica e um sistema dimensional para classificação dos transtornos de personalidade, tendo cada um deles seus atributos positivos e negativos.

Comorbidade diagnóstica, limites imprecisos, cobertura inadequada, embasamento científico deficitário, avaliação inapropriada de gravidade, ineficaz verificação de antecedentes e falta de especificidade no tratamento constituem as limitações bem conhecidas do modelo categórico do DSM-V.

O desenvolvimento de instrumentos de avaliação psicológica trouxe uma importante contribuição histórica. Eles permitiram avanços em pesquisas, melhor avaliação e diagnóstico dos transtornos de personalidade com bom nível de confiança. Permanecem como abordagens bem aceitas até o presente momento.

As categorias originais do DSM-IV foram mantidas na seção II do novo manual, enquanto o sistema dimensional foi alocado na seção III. Ele foi elaborado a partir de outros modelos dimensionais que apresentam bom embasamento na literatura. A nova proposta ainda não foi aceita como sistema diagnóstico oficial, sua presença no DSM-V ocorreu com o intuito de estimular estudos posteriores. Componentes desse novo modelo desempenharão papéis importantes nas futuras edições do manual e na prática clínica, devido a suas vantagens observadas.

O modelo dimensional para transtornos de personalidade do DSM-V retrata, de maneira mais apropriada, as nuances desses transtornos. Evidências na literatura indicam que o uso de avaliações clínicas dimensionais nos transtornos de personalidade possui um razoável grau de confiabilidade, pode contribuir de maneira importante na integração entre diagnósticos psiquiátricos e pesquisas no campo da psicologia, além de proporcionar uma visão mais ampla e precisa dos transtornos de personalidade.

Embora o modelo categórico possua limitações, a solução mais adequada não é abandoná-lo, mas sim buscar adotar um modelo híbrido (i.e., de aspecto categórico e dimensional), reunindo suas características positivas. Evidências na literatura indicam que isso seja possível. Contudo, ainda são necessários mais estudos utilizando as ferramentas dispostas na Seção III do DSM-V para que isso ocorra.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, Saulo. Uma visão panorâmica da psicologia científica de Wilhelm Wundt. *Scientiæ Studia*, São Paulo, v. 7, p. 209-20, 2009.

BLUMER, Hebert. *Sociological Implications of the Thought of George Herbert Mead*. *American Journal of Sociology*, Chicago, v. 71, n. 5, p. 535-544, Mar, 1966.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. Artmed, 2014. 5.ed.

BOWLBY, John. *Attachment and loss*. v. 1- **Attachment**. 2ª ed. New York: Basic Books, 1969. v.1

COTTRELL, Leonard. *George Mead and Harry Stack Sullivan: An Unfinished Synthesis*. *Psychiatry*, v. 41, n. 2, p.151-162, 1978.

CROCQ, Marc-Antoine. *Milestones in the history of personality disorders*. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, v.2, p. 147–153, 2013.

FARRIS, Ellsworth. *The Social Psychology of George Mead*. *American Journal of Sociology*, Chicago, v. 43, n. 3, p. 391-403, Nov, 1937.

FEW, Lauren *et al*. *Examination of the Section III DSM-5 Diagnostic System for Personality Disorders in an Outpatient Clinical Sample*. *Journal of Abnormal Psychology*, Athens, v.122, n. 4, p. 1057-1069, Nov. 2013.

FEW, Lauren *et al*. *Examining the Reliability and Validity of Clinician Ratings on the Five-Factor Model Score Sheet*. *Assessment*, Athens, v. 17, n. 4, p. 440–453, 2010

GRIGOLETTI *et al*. *Mortality and cause of death among psychiatric patients: a 20-year case-register study in an area with a community-based system of care*. *Psychol Med*, Verona, v. 39, p.1875–1884. 2009

HENNING, Sar *et al*. *Personality Disorders: Conceptual Issues and responsibility*. *The Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*, Aachen, v. 48, p. 05-17. 1994

HEIM, A. ; WESTEN, D.. *Theories of personality and personality disorders. The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders.* Washington, DC, 2014.

KARAKAS, Sirel ; BARRY, Robert. *A brief historical perspective on the advent of brain oscillations in the biological and psychological disciplines. Neuroscience ; Biobehavioral Reviews*, Istanbul, v.75, p. 335–347. dez. 2016.

LEONTYEV, D.A. *The theory of personality of A. F. Lazursky: from predisposition to relationships. Metodologia i istoria psikhologii*, Russia. v. 3, p.7-20, 2008.

MERENDA, Peter. *Toward a Four-Factor Theory of Temperament and/or Personality. Journal of Personality Assessment*, South Kingstown, v 51, n. 3, p. 367–374. 1987.

MILLER, Joshua *et al.* *Using clinician-rated five-factor model data to score the DSM-IV personality disorders. Journal of Personality Assessment*, Athens v.92, n.4, p. 296-305, 2010.

POPIEL *et al.* *Personality Disorders: A Brief Historical Introduction Roczniki Psychologiczne.* Warsaw, v. 3, p. 460-48. 2017.

RIBOT, Theodule. *La psychologie des sentiments.* Paris: Félix Alcan, 1896. p. 371-413.

SADOCK, Benjamin *et al.* **Compêndio de Psiquiatria-**: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Porto Alegre: Artmed, 2016.

SAMUELS, Jack *et al.* *DSM-III personality disorders in the community. American Journal of Psychiatry*, Baltimore, v. 151, n. 7, p. 1055-1062. Jul, 1994.

VAN DER WERFF, Jacobus. *Heymans' temperamental dimensions in personality research. Journal of Research in Personality*, Groningen, v. 19, n.3, p. 279–287, 1985.

WIDIGER, Thomas ; TRULL, Timothy. *Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. American Psychologist*, Lexington, v. 62, n. 2, p. 71–83. Fev-Mar, 2007.

## ANEXOS E/OU APÊNDICES

## ANEXO A

Escala do Nível de Funcionamento da Personalidade				
Nível de prejuízo	SI MESMO (SELF)		INTERPESSOAL	
	Identidade	Autodirecionamento	Empatia	Intimidade
0 – Pouco ou nenhum prejuízo	<p>Tem consciência contínua de um <i>self</i> único; mantém fronteiras apropriadas ao papel.</p> <p>Tem autoestima positiva consistente e autorregulada, com autoapreciação precisa.</p> <p>É capaz de experimentar, tolerar e regular toda uma gama de emoções.</p>	<p>Define e aspira a objetivos razoáveis baseados em uma avaliação realista das capacidades pessoais.</p> <p>Utiliza padrões de comportamento apropriados, alcançando satisfação em múltiplas esferas.</p> <p>Consegue refletir sobre e dar um significado construtivo à experiência interna.</p>	<p>É capaz de entender corretamente as experiências e motivações das outras pessoas na maioria das situações.</p> <p>Compreende e leva em consideração as perspectivas das outras pessoas, mesmo que discorde.</p> <p>Está consciente do efeito das próprias ações sobre os outros.</p>	<p>Mantém múltiplos relacionamentos satisfatórios e duradouros na vida pessoal e comunitária.</p> <p>Deseja e envolve-se em inúmeros relacionamentos afetivos, íntimos e recíprocos.</p> <p>Esforça-se pela cooperação e benefícios mútuos e responde com flexibilidade a uma variedade de ideias, emoções e comportamentos das outras pessoas.</p>
1 – Algum prejuízo	<p>Tem percepção de si mesmo relativamente intacta, com algum decréscimo na clareza das fronteiras quando são experimentadas fortes emoções e sofrimento mental.</p> <p>Autoestima diminuída ocasionalmente, com autoapreciação excessivamente crítica ou um tanto distorcida.</p> <p>Emoções fortes podem ser angustiantes, associadas a restrição na variação da experiência emocional.</p>	<p>É excessivamente direcionado para os objetivos, um pouco inibido quanto aos objetivos ou conflituado quanto aos objetivos.</p> <p>Pode ter um conjunto de padrões pessoais irrealistas ou socialmente inapropriados, limitando alguns aspectos da satisfação.</p> <p>É capaz de refletir sobre experiências internas, mas pode enfatizar excessivamente um único tipo de autoconhecimento (p. ex., intelectual, emocional).</p>	<p>Apresenta certo comprometimento da capacidade de levar em consideração e compreender as experiências das outras pessoas; pode tender a ver os outros como tendo expectativas irracionais ou um desejo de controle.</p> <p>Embora capaz de considerar e compreender diferentes perspectivas, resiste em fazer isso.</p> <p>Tem consciência inconsistente do efeito do próprio comportamento nos outros.</p>	<p>É capaz de estabelecer relacionamentos duradouros na vida pessoal e comunitária, com algumas limitações no grau de profundidade e satisfação.</p> <p>É capaz de formar e deseja formar relacionamentos íntimos e recíprocos, mas pode ser inibido na expressão significativa e por vezes restrito se surgem emoções intensas ou conflitos.</p> <p>A cooperação pode ser inibida por padrões irrealistas; um pouco limitado na capacidade de respeitar ou responder às ideias, às emoções e aos comportamentos das outras pessoas.</p>
2 – Prejuízo moderado	<p>Depende exclusivamente dos outros para definição da identidade, com delineamento comprometido das fronteiras.</p> <p>Tem autoestima vulnerável controlada por preocupação exagerada com a avaliação externa, com um desejo de aprovação. Tem um sentimento de imperfeição ou inferioridade, com autoapreciação compensatória inflada ou esvaziada.</p> <p>Regulação emocional depende da avaliação externa positiva. Ameaças à autoestima podem gerar emoções fortes como raiva ou vergonha.</p>	<p>Os objetivos são mais frequentemente um meio de obter aprovação externa do que autogerada e, assim, podem carecer de coerência e/ou estabilidade.</p> <p>Os padrões pessoais podem ser irracionalmente altos (p. ex., necessidade de ser especial ou agradar aos outros) ou baixos (p. ex. não consoante com os valores sociais predominantes). A satisfação está comprometida por um sentimento de falta de autenticidade.</p> <p>Apresenta capacidade prejudicada de refletir sobre a experiência interna.</p>	<p>É hiperatento à experiência dos outros, mas somente no que diz respeito à relevância percebida para si mesmo.</p> <p>É excessivamente autorreferente; significativamente comprometido na capacidade de levar em consideração e compreender as experiências das outras pessoas e de considerar perspectivas alternativas.</p> <p>Em geral não tem consciência ou não está preocupado com o efeito do próprio comportamento nos outros ou faz uma avaliação irrealista do próprio efeito.</p>	<p>É capaz de formar e deseja formar relacionamentos na vida pessoal e comunitária, mas os vínculos podem ser em boa parte superficiais.</p> <p>Os relacionamentos íntimos estão predominantemente baseados na satisfação das necessidades autorregulatórias e da autoestima, com uma expectativa irrealista de ser perfeitamente compreendido pelos outros.</p> <p>Tende a não encarar as relações em termos recíprocos e coopera predominantemente para ganho pessoal.</p>
3 – Prejuízo grave	<p>Apresenta um senso fraco de autonomia/domínio das próprias ações; experiência de falta de identidade ou vazio.</p> <p>A definição das fronteiras é pobre ou rígida: pode apresentar superidentificação com os outros, ênfase excessiva na independência dos outros ou oscilação entre estes.</p> <p>A autoestima frágil é facilmente influenciada pelos acontecimentos, e a autoimagem carece de coerência. A autoapreciação não apresenta nuances: autoaversão, autoengrandecimento ou uma combinação ilógica e irrealista.</p> <p>As emoções podem ser rapidamente alteradas ou ser representadas por um sentimento crônico e inabalável de desesperança.</p>	<p>Tem dificuldade em estabelecer e/ou atingir objetivos pessoais.</p> <p>Padrões internos para comportamento são obscuros ou contraditórios. A vida é experimentada como sem significado ou perigosa.</p> <p>Tem capacidade significativamente comprometida de refletir sobre e compreender os próprios processos mentais.</p>	<p>A capacidade de considerar e compreender os pensamentos, sentimentos e comportamentos das outras pessoas é significativamente limitada; pode discernir aspectos muito específicos da experiência dos outros, particularmente vulnerabilidades e sofrimento.</p> <p>É, em geral, incapaz de considerar perspectivas alternativas; altamente ameaçado por diferenças de opiniões ou pontos de vista alternativos.</p> <p>É confuso sobre ou não tem consciência do impacto das próprias ações sobre os outros; frequentemente desconcertado pelos pensamentos e ações dos outros, com motivações destrutivas com frequência atribuídas erroneamente a outras pessoas.</p>	<p>Tem algum desejo de formar relacionamentos na comunidade, e a vida pessoal está presente, mas a capacidade para vínculos positivos e duradouros está significativamente prejudicada.</p> <p>As relações estão baseadas em uma forte crença na necessidade absoluta de intimidade com outro(s) e/ou expectativas de abandono ou abuso. Sentimentos quanto ao envolvimento íntimo com outros alternam entre medo/rejeição e o desejo desesperado de conexão.</p> <p>Pouca reciprocidade: os outros são vistos primariamente em termos de como eles afetam o indivíduo (negativa ou positivamente); os esforços cooperativos são frequentemente perturbados devido à percepção de desprezo por parte dos outros.</p>