



Transtornos de personalidade na CID-11: Oportunidades e desafios para o avanço do diagnóstico da patologia da personalidade

Steven K. Huprich^{1,2}

Springer Science+Business Media, LLC, parte da Springer Nature 2020

Resumo

Objetivo da Revisão A Classificação Internacional de Doenças - 11ª edição (CID-11) está prestes a promover uma mudança drástica no diagnóstico de transtornos de personalidade, introduzindo uma estrutura totalmente dimensional. Neste artigo, revisamos o histórico desse processo, juntamente com os esforços internacionais empreendidos para abordar algumas preocupações subjacentes a essa transição. Também revisamos estudos recentes sobre essa estrutura.

Estudos recentes concluíram que a proposta da CID-11 é apoiada; no entanto, existem algumas limitações metodológicas nesses estudos, incluindo a utilização de medidas que não são derivadas diretamente da descrição da CID-11 sobre os níveis de gravidade da personalidade e os domínios de traços.

Resumo: Há uma clara necessidade de estudos adicionais com medidas que reflitam diretamente a descrição dos transtornos de personalidade segundo a CID-11. Embora existam alguns efeitos potencialmente positivos da adoção do modelo dimensional, ainda persistem algumas preocupações quanto à utilidade clínica dessa mudança.

Palavras-chave: Níveis de gravidade da personalidade; Transtornos de personalidade da CID-11; Classificação de transtornos de personalidade; Modelos dimensionais

Introdução

A Classificação Internacional de Doenças - 11ª edição (CID-11) está prestes a causar uma mudança histórica no diagnóstico, avaliação e classificação dos transtornos de personalidade (TPs).

Especificamente, eles passarão de uma estrutura de diagnóstico categórica para um sistema inteiramente dimensional.

Os pacientes serão avaliados quanto ao nível de gravidade de sua patologia de personalidade e analisados em cinco domínios de traços patológicos conhecidos como Afetividade Negativa, Distanciamento, Dissociabilidade, Desinibição e Anancástica. Um especificador para "Padrão Borderline" permanecerá, podendo ser implementado para os pacientes aos quais for mais descritivo. Com essa mudança, as categorias antigas não estarão mais disponíveis para os médicos ao atribuir um diagnóstico de Transtorno de Personalidade. Assim, os médicos

É necessário reformular significativamente a conceitualização e a compreensão do sistema de diagnóstico CID e familiarizar-se com as características essenciais dos níveis de gravidade e domínios de traços, bem como com o especificador de Transtorno de Personalidade Borderline. Com exceção deste último, muitos clínicos inicialmente pensarão em termos e conceitos desconhecidos. Essa mudança será histórica e sua utilidade, no momento, é desconhecida.

No entanto, tais descobertas refletem o consenso de muitos de que a patologia da personalidade é melhor representada dimensionalmente, o que reduz uma série de problemas com a confiabilidade interavaliadores, limiares arbitrários para um diagnóstico e validade questionável de algumas categorias de TP [1•].

O desenvolvimento do sistema de classificação ICD-11

O Grupo de Trabalho sobre Transtornos de Personalidade da CID-11 vem discutindo essa transição há algum tempo. Apresentado inicialmente à comunidade profissional em 2011, Tyrer e colegas [1•] descreveram um sistema de classificação baseado inteiramente em avaliações dimensionais, com foco descritivo no nível de gravidade e na presença de dimensões de traços patológicos. Nesse novo modelo, o diagnóstico de TP foi explicado como ocorrendo em três estágios. No primeiro estágio, o clínico deve determinar se há um transtorno de personalidade presente.

Coleção temática sobre transtornos de personalidade

* Steven K. Huprich
hupricst@udmercy.edu

¹ Departamento de Psicologia, Universidade de Detroit Mercy, 4001 W. McNichols Road, Detroit, MI 48221, EUA

² Faculdade de Medicina Humana da Universidade Estadual de Michigan, Leste Lansing, MI, EUA

foi definida como "um padrão de longo prazo de relações interpessoais deficientes funcionamento e relacionamentos com outras pessoas que ocorrem em qualquer idade que não faz parte de nenhum outro transtorno mental e que leva a pelo menos algum grau de prejuízo ou sofrimento pessoal ou outros" (p. 258). Na segunda etapa, os médicos devem avaliar a gravidade do distúrbio, que é descrita como dificuldade de personalidade, transtorno de personalidade, transtorno de personalidade complexo e transtorno de personalidade grave. E no terceiro estágio, Os médicos devem descrever qual domínio/domínios de características patológicas. estavam presentes no paciente. Estes incluíam traços antisociais/esquizoides, Dissocial, ansioso/dependente, emocionalmente instável e Obsessivo/Anancástico. Tyrer et al. explicaram que "vários desses (domínios de traços) estão frequentemente presentes em transtornos de personalidade mais graves" (p. 259).

No entanto, a introdução deste modelo não foi bem recebida. Silk [2] argumentou que um modelo totalmente dimensional era problemático por vários motivos. Primeiro, poderia ignorar o a ideia de que deve haver elementos-chave em qualquer nomenclatura diagnóstica que diferenciem uma doença da outra— Algo que não está claro em um contexto dimensional. Seda Escreve que Tyrer et al. não esclareceram quando a dificuldade de personalidade se transforma no aspecto disfuncional do transtorno de personalidade. Em segundo lugar, e relacionado a isso, Silk escreve que um modelo dimensional implica que cada ponto ao longo do continuum implica cada vez mais "desordem" e que ter mais Mais de uma dimensão de traço patológico é mais patológica. No entanto, não está claro como essas dimensões se tornam mais patológicas. E, finalmente, Silk sugere que, embora dimensionais Os modelos podem reduzir a ideia de estigma através do uso de uma linguagem menos iatrogênica, a melhor maneira de mudar o estigma. é através da educação, não pela dimensionalidade de um problema. "tais como células normais, células um tanto atípicas, células mais atípicas e células cancerosas" (p. 299). Outras críticas a um modelo totalmente Modelos dimensionais foram elaborados e incluíram uma redução no atendimento e tratamento adequados para indivíduos com transtornos de personalidade com complicações conhecidas [3], juntamente com com menos especificidade e mais confusão dos profissionais que se comunicam entre si sobre os problemas dos pacientes [4]. Apesar dessas críticas, nenhuma resposta pública foi oferecida, seja na literatura especializada ou em reuniões da área. e conferências. No entanto, um artigo foi publicado por Tyrer. e colegas [5], que reduziram o número de níveis de gravidade para três, e que sugeriu que a gravidade poderia ser "qualificada" por meio de uma descrição de características do domínio" (p. 723). Alguns dados empíricos A pesquisa sobre a proposta foi publicada durante esse período, que começou a fornecer suporte para a nova estrutura (ver abaixo) (para uma discussão mais aprofundada sobre este assunto).

As preocupações relativas a esta proposta foram discutidas pelo Conselho. do Conselho de Curadores da Sociedade Internacional para o Estudo de Transtornos de Personalidade (ISSPD). Liderado pelo então presidente Sabine Herpertz, do Conselho de Administração da ISSPD, em colaboração com o Conselho de Administração da ISSPD Europeia e do Norte Sociedades Americanas para o Estudo dos Transtornos de Personalidade,

enviou uma carta a Geoffrey Reed, Diretor Sênior de Projetos da Revisão da CID-11 dos Transtornos Mentais e Comportamentais do Organização Mundial da Saúde. A carta levantou preocupações sobre a escassez de evidências científicas para a nova proposta, a dificuldades que os médicos podem enfrentar ao usar o novo sistema e o efeito potencialmente negativo que o novo modelo teria têm participado na prestação de cuidados de saúde mental em âmbito internacional. sistemas de saúde, como a possível perda de empiricamente tratamentos apoiados para pessoas com transtornos de personalidade conhecidos (por exemplo, Borderline), mas que agora seriam forçadas a fazer um sistema para o qual as implicações do tratamento eram totalmente desconhecidas. Além disso, a carta expressava preocupação com o A proposta é contrária aos objetivos da classificação psiquiátrica, que incluem servir de guia para os clínicos na tomada de decisões e ser capaz de gerar diagnósticos confiáveis que possam ser comunicada entre profissionais e partes relevantes, e poder servir como uma estrutura para a compreensão da etiologia. Posteriormente a esta carta, o Conselho da ISSPD publicou um artigo no Journal of Personality Disorders [6•], liderada pela então presidente Sabine Herpertz e então presidente eleito Steven Huprich.

Após o envio desta carta no início de 2017, o Dr. Geoffrey Reed solicitou que membros do ISSPD se reunissem com ele e membros selecionados do Grupo de Trabalho sobre Transtornos de Personalidade da CID-11 Grupo irá considerar formas de desenvolver a proposta do CID-11 para Promover maior aceitação dentro da comunidade profissional. Uma força-tarefa composta pelos doutores Sabine Herpertz, Steven Huprich e Martin Bohus e Carla Sharp (da ISSPD) se encontraram por telefone e pessoalmente com os membros do Grupo de Trabalho, Drs. Geoffrey Reed, Lee Anna Clark, Michaela Swales e Roger Mulder. Durante o Congresso da ISSPD de 2017 em Heidelberg, Alemanha, este grupo Reunimo-nos para discutir os detalhes da proposta. Diversos resultados importantes foram obtidos como consequência dessa reunião. Primeiro, foi incluída na CID uma definição de personalidade, algo que até então não havia sido feito na CID nem na... edições do Manual Diagnóstico e Estatístico do Americano Associação Psiquiátrica. Esta definição deixou explícito que a As principais manifestações de um transtorno de personalidade são prejuízos no funcionamento do eu e/ou no funcionamento interpessoal. Em segundo lugar, os três níveis de gravidade foram confirmados como leves, moderado e grave, mas definições extensas para cada um eram oferecida no contexto da definição de personalidade, não em o contexto dos domínios de traços. Além disso, as características essenciais de cada nível de gravidade foram discutidas e exemplos foram apresentados. posteriormente fornecido. Terceiro, após a identificação do nível de gravidade. fora do contexto do funcionamento individual e/ou interpessoal, Os pacientes seriam então descritos mais detalhadamente como tendo um ou domínios de traços mais patológicos, conhecidos como afetividade negativa, distanciamento, dissociabilidade, desinibição e anancastia. Além disso, o especificador Borderline também deveria ser usado para ser aplicado aos pacientes que preencham as características essenciais do que geralmente era descrito como Transtorno de Personalidade Borderline Transtorno. As características específicas do especificador Borderline eram

Elaborado para refletir as pesquisas recentes e a utilidade clínica. Deve-se notar que várias pessoas estavam defendendo para a inclusão de categorias adicionais para as quais havia um base de evidências notável e utilidade clínica; no entanto, tal Essa opção não foi incluída na proposta. Enquanto isso, A reunião de Heidelberg definiu as principais características da proposta do CID-11, sendo feitas algumas pequenas alterações adicionais.

Consequentemente, a estrutura do CID-11 para o diagnóstico da DP A avaliação começa com uma descrição da personalidade. É algo que se ancora no senso de identidade e no funcionamento interpessoal do indivíduo. Um transtorno de personalidade (TP) é definido pelo grau de abrangência e comprometimento do funcionamento nos domínios do eu e interpessoal, pela abrangência e gravidade dos sintomas e manifestações cognitivas e comportamentais da DP, e até que ponto as manifestações interferem em um ou mais aspectos áreas de funcionamento (por exemplo, pessoal, ocupacional, familiar, educacional). A gravidade da DP é classificada como leve, moderada ou grave, e essas classificações são descritas com maior profundidade do que em proposta original. A gravidade está, portanto, ligada às formas como Manifesta-se o funcionamento do eu, interpessoal, emocional, cognitivo e comportamental. Além disso, observa-se a "Dificuldade de Personalidade". Pode ser atribuído como diagnóstico para identificar problemas de personalidade que não atingem o nível limiar para um Transtorno de Personalidade. E, como Conforme já mencionado, os pacientes são descritos pela presença de um ou mais dos seguintes sintomas: mais domínios de características patológicas, que incluem a possibilidade da especificação do padrão Borderline.

Pesquisar

As primeiras pesquisas sobre a proposta do CID-11 foram publicadas por Tyrer e colegas. Tyrer et al. [7•] avaliaram 722 pacientes em três estudos diferentes usando a Avaliação de Personalidade Formulário Rápido de Agendamento (PAS-Q; 8), uma versão resumida do original PAS [9]. Um desses estudos também utilizou o PAS-DOC [10], um método que incorpora os critérios PAS obtidos de entrevistas e registros médicos [11]. Tyrer et al. [7•] encontraram que pacientes ambulatoriais médicos e pacientes psiquiátricos internados e ambulatoriais poderiam ser classificados por nível de gravidade, sendo o mais Níveis severos estão sendo encontrados em pacientes psiquiátricos internados. Eles Também descobriram que quatro dos domínios de traços da CID-11 correspondiam a Tipos de transtornos de personalidade da CID-10, concluindo posteriormente que o modelo ICD-11 pode ser mapeado para pacientes que atendem aos critérios. Critérios da CID-10.

Em um estudo de campo com 137 pacientes psiquiátricos coreanos, utilizando a CID-11, Kim et al. [12•] utilizaram novamente o PAS adaptado para avaliar transtornos de personalidade do DSM-IV e a versão de autorrelato do Avaliação Padronizada da Personalidade - Escala Abreviada (SAPAS; 13). Eles descobriram que a gravidade do transtorno de personalidade existia em todos os níveis e que o aumento da gravidade era associados a níveis mais elevados de depressão, ansiedade e funcionamento social prejudicado, bem como níveis crescentes de neuroticismo. Usando a mesma amostra, Kim et al. [14•] relataram posteriormente que os diagnósticos da CID-10 poderiam ser mapeados para a CID-11.

domínios de traços de personalidade, embora muito poucos pacientes pudessem ser identificado como anacástico. Além disso, correlações dos domínios de traços do CID-11 com os domínios de traços correspondentes do NEO-FFI [15] apresentaram tamanho de efeito baixo a moderado. E então, em outro Em um estudo de acompanhamento, Kim et al. [16•] avaliaram a patologia da personalidade nesses pacientes com o SPAN-DOC, uma escala avaliada por clínicos. instrumento que diagnostica transtornos de personalidade a partir de critérios médicos notas e documentos. Kim et al. descobriram que os 26 domínios a partir deste instrumento carregado nos cinco fatores que pareceu geralmente consistente com os domínios de características do CID-11, embora tenha surgido um fator separado no qual a ansiedade e A hipocondria foi agrupada em um sexto fator. Novamente, as correlações SPAN-DOC apresentaram tamanhos de efeito de baixo a moderado. Outra medida de validação de critérios.

Estudos posteriores de Tyrer e colegas também corroboraram a hipótese. utilidade dos níveis de gravidade e ofereceu alguma validade para o domínios de traços. Tyrer et al. [17] descobriram que a gravidade do PAS como A associação com a personalidade dependente estava relacionada ao resultado. em psicoterapia cognitivo-comportamental para ansiedade relacionada à saúde. Especificamente, os casos de dependência leve e moderada responderam melhor ao tratamento. Em outro estudo, Tyrer et al. [18] utilizaram o PAS para avaliar a gravidade da personalidade em pacientes com transtornos de ansiedade e depressivos ao longo de um período de 12- período de um ano. Este estudo descobriu que pacientes com personalidade A gravidade que durou dois anos ou mais foi a mais persistente. Ansiedade e depressão, bem como um funcionamento social geral mais precário, e aqueles com transtorno de personalidade moderado ou grave tenderam a permanecer nesse nível ao longo dos 12 anos. Finalmente, Mulder e colegas [19•] procuraram validar o Domínios de características da CID-11 em uma amostra combinada de 606 pacientes em cinco estudos de tratamento. Utilizando uma entrevista semiestruturada para diagnosticar transtornos de personalidade do DSM-IV, dois dos Os autores (RM e PT) atribuíram cada critério do DSM-IV a um dos cinco domínios de traços da CID-11, que levou a 22 dos Os critérios não foram atribuídos a nenhum domínio. Os autores ainda Criou 23 encomendas a partir dos 57 itens, a fim de "reduzir o dimensionalidade e evitar dificuldades com sintomas de baixa taxa de base" (p. 87) e utilizou uma abordagem "confirmatória" para testar modelos de quatro e cinco fatores. Os autores encontraram pouco suporte. para esses modelos, mas ajustaram os modelos por meio de correlação. resíduos e permitindo cargas cruzadas de fatores para obter bons resultados Ajustar modelos tanto para um modelo de quatro fatores quanto para um modelo de cinco fatores.

Um instrumento de autorrelato mais recente para os traços da CID-11 foi descrito por Oltmanns e Widiger [20•]. A medida, o Inventário de Personalidade para a CID-11 (PICD), foi criados através do desenvolvimento de seu próprio conjunto de itens, que foi eventualmente reduzido a 60 itens por meio de um processo iterativo de seleção de itens. e validação da escala. Os autores apresentaram evidências que apoiam tanto uma solução de quatro fatores quanto uma de cinco fatores, embora façam uma Argumentos convincentes para a existência de cinco fatores. Notavelmente, o O problema que encontraram foi que as escalas PICD frequentemente Os resultados foram agrupados em quatro fatores quando comparados com outras medidas de cinco fatores.

Embora esses estudos pareçam ser alguns dos mais amplamente aceitos, Estudos reconhecidos que apoiam o modelo ICD-11 são: repleto de limitações substanciais e problemas metodológicos. Em primeiro lugar, o PAS e o PAS-Q foram desenvolvidos. a partir de 24 características que foram posteriormente mapeadas em quatro níveis superiores. domínios de ordem. Uma vantagem do instrumento é que ambos Estão disponíveis pontuações categóricas e dimensionais, e o A medida foi adaptada para que o DSM-IV, o CID-10 e As categorias da CID-11 podem ser detectadas. No entanto, é, na melhor das hipóteses, uma aproximação de cada uma dessas estruturas, particularmente a CID-11. Tyrer e seus colegas nunca demonstraram como a A medida mapeia diretamente os níveis de gravidade da CID-11 empiricamente. Presume-se que essa medida seja uma representação válida do nível de gravidade da CID-11, mas isso nunca foi testado. No entanto, como mencionado acima, os níveis de gravidade são derivados de representações de si mesmo e do outro, bem como do cognitivo, Manifestações comportamentais e afetivas observadas em cada nível. Uma nova medida de gravidade parece promissora neste contexto. em relação à Avaliação Padronizada da Gravidade de Transtorno de Personalidade Agressiva (SASPD; 21), embora tenha sido avaliado em uma amostra relativamente pequena e exigirá mais estudos empíricos. estudo e desenvolvimento.

Além disso, muitos desses estudos apresentaram limitações notáveis. Em Tyrer et al. [1••], dois clínicos atribuíram uma classificação dicotômica sobre se o domínio de traços da CID-11 era ou não presente. presente, o que é antitético à dimensionalidade presente nos domínios de traços, e, no entanto, é de fato assim que o novo sistema é sendo proposto o uso. Nenhum resultado de confiabilidade para estes. As decisões foram apresentadas. Da mesma forma, os médicos classificaram os pacientes por nível de gravidade. estudo de Kim et al. [12], embora neste caso a confiabilidade interavaliadores tenha sido realizada para apenas 11,1% dos participantes. Interna A confiabilidade da consistência de outra medida também foi afetada, com O alfa de Cronbach é de 0,650, o que, ao contrário da interpretação dos autores, não é "suficiente" para os padrões de confiabilidade.

Foram observados problemas de validade em dois estudos. Especificamente, Kim et al. [14•] relatam níveis baixos a médio-baixos Tamanhos de efeito nas correlações dos instrumentos do modelo de cinco fatores com classificações PAS e SPAN-DOC, respectivamente. O Mulder O estudo de et al. [19•] é particularmente problemático. Neste caso, apenas Três dos cinco domínios de traços da CID-11 foram detectados de forma consistente. Mais problemática foi a própria análise fatorial. Kleindienst e colegas [22] observaram que "os autores critérios pré-selecionados para transtornos de personalidade do DSM-5, que correspondem ao modelo proposto por eles... (e) empreenderam diversas medidas ad hoc para modificar a especificação inicial do modelo a fim de 'melhorar o ajuste do modelo'... Dado o procedimento escolhido... esta conclusão parece tendenciosa" (p. 211). Essas preocupações sobre a utilização da análise fatorial foram abordadas em outros trabalhos na literatura de avaliação [23].

Por fim, há outra preocupação a ser observada. Muitos destes Estudos de validação, incluindo ensaios de campo designados, foram publicados por Tyrer no periódico *Personality and Mental Health*.

na qual ele é coeditor. Ele também é o presidente do comitê da CID-11. Grupo de trabalho propõe mudança drástica para um modelo totalmente dimensional. Seria melhor que esses estudos fossem revisados. e publicadas em revistas nas quais não haja conflito de interesses. interesse mútuo entre o autor e a revista.

Comentário

A transição para um modelo dimensional de classificação

possui diversas vantagens psicométricas que foram bem demonstradas. documentado [24]. Consequentemente, deveria haver—teoricamente—melhor consistência interna dentro dos construtos e uma maior diferenciação dos construtos entre si. No entanto, isso não foi observado no modelo dimensional do DSM-5 [25] com muitas das dimensões de traços. compartilhando correlações com níveis de funcionamento da personalidade (que capturam o funcionamento do indivíduo e dos outros). Em No DSM-5 AMPD, chegou-se a sugerir que a sobreposição dessas categorias poderia afetar o funcionamento do self e do outro. desnecessário [26]. Além disso, classificar a gravidade do transtorno, juntamente com a determinação de se uma dimensão de traço específica A presença de sintomas requer uma decisão clínica por parte de um profissional de saúde qualificado. Embora a proposta do CID-11 ofereça bons exemplos do que Constitui uma dificuldade ou transtorno de personalidade de nível de funcionamento leve, moderado ou grave, sendo necessário tempo e pesquisas adicionais. irá determinar o grau de consenso entre os médicos em relação a esse sistema, assim como bem como a utilidade clínica que eles atribuem a ela. Para todos os as melhorias psicométricas na fundamentação da patologia da personalidade no funcionamento do eu e do outro, bem como Após décadas de pesquisa sobre a estrutura dos traços de personalidade, a questão principal será a capacidade dos clínicos de utilizá-los da melhor forma. e concordar com essas avaliações.

Silk [27] observou que o processo de diagnóstico é necessário para Identificar estados ou condições de doenças, bem como comunicar informações importantes sobre uma pessoa a outros profissionais de saúde. profissionais de saúde que podem auxiliar no tratamento. Ele observou que Os diagnósticos pressupõem algo sobre a "correção" do estado ou condição da doença; no entanto, em psiquiatria e psicologia, ainda não existe um padrão consensual sobre o que é. Correto. O CID-11 parece estar se aproximando dessa ideia. Em sua definição de patologia da personalidade, uma vez que o eu e o outro... O funcionamento, assim como uma estrutura de traços universais, parecem ser Algo que a maioria dos cientistas e clínicos consegue reconhecer. e validar empiricamente em amostras de pacientes. Nesse sentido, A CID-11 representa um avanço notável em comparação com as edições anteriores. No entanto, Silk alerta os médicos que "antes que a área decida Quais rótulos específicos devemos alterar ou manter... precisamos ser tenho certeza de que o novo rótulo não muda radicalmente o que o O rótulo antigo era retratado, transmitido ou implícito... precisamos garantir não apenas utilidade clínica, mas também continuidade com o conceito. incorporado no rótulo antigo" (p. 35).

Em um editorial recente, eu [28•] levantei várias questões a serem consideradas. à medida que nossos manuais de diagnóstico passam de uma abordagem categórica para

estrutura dimensional. Essas preocupações parecem relevantes à medida que a CID-11 é apresentada e clínicos em todo o mundo começam a usar essa abordagem. Primeiro, os traços são a estrutura ideal para classificar os TPs? Parece certo que existe um nível de solidez empírica em nossa identificação e descrição de traços, mas um traço será específico o suficiente para entender uma pessoa e a natureza de seu transtorno de personalidade? Segundo, Kernberg [29] descreveu cuidadosamente como alguns traços podem, na verdade, estar desempenhando um papel de função defensiva, em vez de serem uma parte da personalidade mais ancorada biologicamente, como a teoria dos traços sugere. Por exemplo, alguém que é altamente antissocial pode estar temendo intimidade e proximidade. Terceiro, Kernberg [30] observou que os traços podem ser uma manifestação de experiências passadas de frustração ou gratificação com os outros e, novamente, não algo tão fortemente ancorado na neurobiologia quanto a teoria dos traços sugere. Altos níveis de emocionalidade negativa, por exemplo, podem ser o produto de grande frustração com pessoas importantes no início da vida, que se desenvolveu a partir de uma necessidade de autoproteção. Assim, aquilo que é visto como uma característica mais patológica pode ser encarado como uma resposta adaptativa a uma situação muito desadaptativa.

Em quarto lugar, os transtornos de personalidade parecem ser fundamentalmente fenômenos interpessoais e intrapsíquicos. Isso parece bem refletido na proposta da CID-11 e nas definições expandidas de self e funcionamento interpessoal, que vão muito além das descrições do DSM-5. Em quinto lugar, não está claro quais critérios ou parâmetros os clínicos usarão para determinar se um traço de personalidade atinge ou não um limiar de disfuncionalidade que leve a um transtorno de personalidade. E, em que medida o contexto será considerado ao avaliar a magnitude do comprometimento? Por exemplo, se alguém é altamente dissociado no trabalho com os colegas, a ponto de não ter amigos e ser incapaz de trabalhar com ninguém, mas é muito gentil e altruísta fora do ambiente de trabalho, qual seria o nível de disfunção e isso justificaria um diagnóstico de transtorno de personalidade? Huprich e Nelson [31] forneceram exemplos adicionais dessa questão, mas também observaram que um comprometimento e uma patologia significativos em apenas um contexto podem elucidar uma disfunção que justifique um diagnóstico, apesar de o problema não ser observado na maioria dos contextos.

Sexto, uma estrutura de traços baseia-se em um modelo estatístico de covariância compartilhada de vários traços de ordem inferior, que formam fatores ou domínios, mas também podem ser decompostos em várias partes. Por analogia, [28] observei que as casas podem ser decompostas em componentes essenciais: revestimento externo, material de conexão e estrutura, que podem ser ainda mais detalhados. Por exemplo, a estrutura geralmente envolve madeira, telhas e vidro, e o material de conexão inclui argamassa, fixadores e pregos. Embora os traços possam ser decompostos dessa forma, eles podem não ser suficientes para compreender a pessoa como um todo (ou seja, sua personalidade) de uma maneira que identifique como os componentes se integram de forma coerente para melhorar o funcionamento. Será interessante observar se os clínicos consideram esse sistema decomposto adequado.

Útil para compreender a pessoa. Curiosamente, o especificador de Transtorno de Personalidade Borderline foi incluído na CID-11, que é uma descrição mais integrada e abrangente da pessoa.

Será que a personalidade narcisista ou a personalidade esquizoide encontrarão novamente o caminho de volta para este sistema? E, em caso afirmativo, será que a nova forma de chegarmos lá terá sido útil?

E o sétimo e último ponto é que parece improvável que as categorias desapareçam. É improvável que os clínicos digam que a pessoa tem um senso de si perfeccionista e moralista, que se relaciona com os outros de maneiras que demonstram empatia limitada e espera conformidade com a forma como age, e que apresenta características anacásticas. Em vez disso, não seria essa pessoa descrita como tendo um Transtorno de Personalidade Anacástica (como nas edições anteriores da CID) ou um Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva (como nas edições anteriores do DSM)? Novamente, os critérios podem ser mais empiricamente definidos e fundamentados em uma base de evidências não encontrada nas edições anteriores da CID; no entanto, os clínicos não encontrarão o mesmo construto surgindo repetidamente? Esse parece ter sido o caso com o construto de um Transtorno de Personalidade Depressiva, mas, por razões que não foram bem articuladas, tal construto não é encontrado nos manuais diagnósticos atuais e emergentes, apesar de fortes evidências a seu favor [32].

Gostaria de fazer uma última observação, que talvez seja a mais importante: o CID-11 melhorará a identificação e o tratamento de indivíduos com transtornos de personalidade? Como Reed [33] articulou, a OMS desejava que o CID-11 tivesse maior utilidade clínica e aplicabilidade global. Para aqueles que não estão familiarizados ou confortáveis com as categorias diagnósticas de transtornos de personalidade, deve ser relativamente mais fácil avaliar a gravidade da personalidade de alguém e a possível presença de cinco domínios de traços diferentes. Se os clínicos utilizarem esse método mais fácil, os transtornos de personalidade deverão ser identificados com mais facilidade e a patologia da personalidade se tornará mais central na conceitualização do paciente. Caso isso aconteça, o CID-11 terá representado uma melhoria notável em relação às edições anteriores. Por exemplo, a patologia da personalidade tem efeitos notáveis na saúde e no bem-estar [34, 35], mas muitos profissionais da saúde ainda não aproveitaram esse potencial. O CID-11 abre caminho para que os clínicos avaliem a patologia da personalidade com mais facilidade. Esperamos que a área abrace essa ideia.

Conclusão

A CID-11 está prestes a provocar uma grande mudança na forma como os transtornos de personalidade são avaliados e diagnosticados, ao adotar um modelo dimensional. Serão identificados e avaliados níveis de gravidade e principais domínios de traços, com um especificador de Transtorno de Personalidade Borderline disponível para aqueles que se enquadram nesse padrão específico. Embora já tenham sido realizados testes de campo, eles apresentam limitações metodológicas consideráveis. Além disso, não está claro o quão útil clinicamente o novo sistema será, muito menos o quão superior ele será em relação ao sistema utilizado anteriormente. Embora muitos pesquisadores e clínicos acolham a nova

sistema, seus méritos clínicos ainda precisam ser testados e identificados. Não obstante, o novo sistema apresenta muitas vantagens ao refletir a realidade empírica e clínica de que os transtornos de personalidade parecem existir mais dentro de uma dimensão de severidade e intensidade das características. O tempo e a prática permitirão que a área determine o quão bem essa abordagem será implementada.

Conformidade com os padrões éticos

Conflito de interesses: Steven K. Huprich declara não haver potenciais conflitos de interesses.

Direitos Humanos e Animais e Consentimento Informado Este artigo não contém nenhum estudo com seres humanos ou animais realizado por nenhum dos autores.

Referências

Artigos de particular interesse, publicados recentemente, foram destacados como:

• De importância ••

De grande importância

- Tyrer P, Crawford M, Mulder R, Blashfield R, Farnam A, Reed GM. A justificativa para a reclassificação do transtorno de personalidade na 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11). *Personal Ment Health*. 2011;5:246–59. Este foi o artigo original que introduziu o modelo totalmente dimensionalizado para o diagnóstico de transtorno de personalidade na CID-11.
- Silk KR. Comentário: os riscos podem ser muito altos. *Saúde Mental Pessoal*. 2011;5:296–300.
- Bornstein RF. Reconceptualizando a patologia da personalidade no DSM-5: limitações nas evidências para a eliminação do transtorno de personalidade dependente e outras síndromes do DSM-IV. *J Personal Disord*. 2011;25: 235–47.
- Clarkin JF, Huprich SK. As propostas do DSM-5 para transtornos de personalidade atendem aos critérios de utilidade clínica? *J Personal Disord*. 2011;25:192–205.
- Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classificação, avaliação, prevalência e efeito do transtorno de personalidade. *Lancet*. 2015;385:717–26.
- Herpertz SC, Huprich SK, Bohus M, Chanen A, Goodman M, Mehlum L, et al. O desafio de transformar o sistema de diagnóstico de transtornos de personalidade. *J Personal Disord*. 2017;31:577–90. Este artigo da comunidade internacional fornece uma justificativa empírica e teórica para cautela na transição para um sistema totalmente dimensionalizado.
- Tyrer P, Crawford MJ, Sanatini R, Tyrer H, Cooper S, et al. Estudos preliminares da classificação de transtornos de personalidade da CID-11 na prática. *Personal Ment Health*. 2014;8:254–63. Este é um dos primeiros estudos de validação da proposta da CID-11 para transtornos de personalidade.
- Tyrer P (2000) Escala de Avaliação Rápida da Personalidade: PAS-Q. Em P. Tyrer (Ed.), *Transtornos de personalidade: diagnóstico, manejo e curso* (2ª ed., pp. 181–190). Londres: Arnold.
- Tyrer P, Alexander MS, Cicchetti D, Cohen MS, Remington M. Confiabilidade de um instrumento para avaliação de transtornos de personalidade. *Br J Psychiatry*. 1979;135:168–74.
- Tyrer P, Coombs N, Ibrahim F, Mathilakath A, Bajaj P, et al. Desenvolvimentos críticos na avaliação do transtorno de personalidade. *Br J Psychiatry*. 2007;190(supl 49):s51–9.
- Tyrer P, & Clark, LA (2007). *Schedule for Personality Assessment from Notes and Documents (SPAN-DOC)*. Home Office.
- Kim Y, Blashfield R, Tyrer P, Hwang S, Lee H. Teste de campo de um possível algoritmo de pesquisa para diagnosticar transtornos de personalidade da CID-11 em pacientes psiquiátricos: 1. Gravidade do transtorno de personalidade. *Saúde Mental Pessoal*. 2014;8:67–78 Este é um dos primeiros estudos da proposta inicial de transtorno de personalidade da CID-11.
- Germans S, Van Heck GL, Moran P, Hodiament PPG. A autoavaliação padronizada da personalidade - escala abreviada: resultados preliminares de um breve teste de triagem para transtornos de personalidade. *Saúde Mental Pessoal*. 2008;2:70–6.
- Kim Y, Tyrer P, Lee H, Kim S, Hawng S, Lee G, et al. Estudo de campo preliminar de um possível algoritmo de pesquisa para o diagnóstico de transtornos de personalidade da CID-11 em pacientes psiquiátricos: 2. Domínios de traços propostos. *Personal Ment Health*. 2015;9:298–307. Este é outro estudo inicial sobre a proposta de transtorno de personalidade da CID-11.
- Costa PT, McCrae RR. *Manual Profissional do NEO PI-R: Inventário de Personalidade NEO Revisado (NEO PI-R) e Inventário de Cinco Fatores NEO (NEO-FFI)*. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1992. 16. • Kim Y, Tyrer P, Lee H, Kim S, Connan F, et al. Cronograma para avaliação de personalidade a partir de notas e documentos (SPAN-DOC): validação preliminar, vínculos com a classificação CID-11 de transtornos de personalidade e uso em transtornos alimentares. *Saúde Mental Pessoal*. 2016;10:106–17 Este é um estudo inicial sobre a proposta de transtorno de personalidade da CID-11.
- Tyrer P, Wang D, Tyrer H, Crawford M, Cooper S. Dimensões da dependência e sua influência no resultado da terapia cognitivo-comportamental para ansiedade relacionada à saúde: ensaio clínico randomizado. *Personal Ment Health*. 2016;10:96–105.
- Tyrer P, Tyrer H, Yang M, Guo B. Impacto a longo prazo do transtorno de personalidade temporário e persistente sobre os transtornos de ansiedade e depressivos. *Personal Ment Health*. 2016;10:76–83.
- Mulder R, Horwood J, Tyrer P, Carter J, Joyce PR. Validação dos domínios propostos para o CID-11. *Personal Ment Health*. 2016;10:84–95. Este é outro estudo inicial sobre a validação da proposta de transtornos de personalidade do CID-11.
- Oltmanns JR, Widiger TA. Uma medida de autorrelato para a proposta do modelo dimensional de traços da CID-11: o Inventário de Personalidade para a CID-11. *Psychol Assess*. 2018;30:154–69. Este artigo apresenta uma medida validada dos domínios de traços da CID-11 que foi construída a partir da proposta da CID-11, diferentemente de muitos outros estudos de validação que se baseiam em medidas indiretas dos construtos da CID-11.
- Olajide K, Munjiza J, Moran PA, O'Connell L, Newton-Howes G, et al. Desenvolvimento e propriedades psicométricas da Avaliação Padronizada do Transtorno de Personalidade (SASPD). *J Personal Disord*. 2018;32:44–56.
- Kleindienst N, Lyssenko L, Bohus M. Comentário: validando os domínios propostos da CID-11: um comentário sobre Mulder et al. (2016). *Saúde Mental Pessoal*. 2017;11:201–2.
- Schmitt TA, Sass DA, Chapelle W, Thompson W. Selecionando a "melhor" estrutura fatorial e avançando na validação da mensuração: uma ilustração. *J Pers Assess*. 2018;100:345–62.
- Samuel DB, Griffin SA. Uma avaliação crítica da retenção de categorias e tipos de personalidade. Em: Huprich SK, editor. *Transtornos de personalidade: rumo à integração teórica e empírica no diagnóstico e na avaliação*. Washington, DC: American Psychological Association; 2015. p. 43–62.
- Associação Psiquiátrica Americana. *Manual diagnóstico e estatístico para transtornos mentais*, 5ª ed. Washington, DC: Autor; 2013.

26. Widiger TA, Bach B, Chmielewski M, Clark LA, DeYoung C, et al. Critério A do AMPD no HiTOP. *J Pers Assess.* 2018;101:345–55.
27. Silk KR. O valor de manter os diagnósticos de transtornos de personalidade. Em: Huprich SK, editor. *Transtornos de personalidade: rumo à integração teórica e empírica no diagnóstico e na avaliação.* Washington, DC: American Psychological Association; 2015. p. 23–42. 28. • Huprich SK. É hora de ir além das categorias e dimensões no diagnóstico e na avaliação da patologia da personalidade. *Br J Psychiatry.* 2018;213:685–9 Este artigo levanta preocupações sobre avançar muito rapidamente em direção a um sistema dimensionalizado e oferece uma solução de compromisso.
29. Kernberg OF. Visão geral e crítica da classificação de transtornos de personalidade proposta para o DSM-V. *Swiss Arch Neurol Psychiatry.* 2012;163:234–8. 30. Kernberg OF. O que é personalidade? *J Personal Disord.* 2016;30: 145–56. Um artigo muito ponderado sobre o que é personalidade e como atualmente avaliamos os transtornos de personalidade.
31. Huprich SK, Nelson S. Avançando na avaliação da patologia da personalidade com o sistema de processamento cognitivo-afetivo. *J Pers Assess.* 2015;97:467–777.
32. Huprich SK. Considerando as evidências e tomando a decisão mais empiricamente informada sobre a personalidade depressiva no DSM-5. *Personal Disord Theory Res Treat.* 2012;3:470–82. 33. •• Reed GM. Rumo à CID-11: Melhorando a utilidade clínica da classificação interna de transtornos mentais da OMS. *Prof Psychol Res Pract.* 2010;41:457–64. Este artigo discute a necessidade de melhorar a utilidade clínica da CID-11.
34. Huprich SK. Patologia da personalidade na atenção primária: necessidades contínuas de detecção e intervenção. *J Clin Psychol Med Settings.* 2018;25:43–54.
35. Quirk ES, Berk M, Chanen AM, Koivumaa-Honkanen H, Brennan-Olsen SL, Pasco JA, et al. Prevalência populacional de transtorno de personalidade e associações com comorbidades de saúde física e utilização de serviços de saúde: uma revisão. *Personal Disord Theory Res Treat.* 2016;7:136–46.

Nota do editor: A Springer Nature mantém-se neutra em relação a reivindicações jurisdicionais em mapas publicados e afiliações institucionais.