



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

**JOÃO SILVA GOMES**

***PERTURBAÇÕES DE PERSONALIDADE: ALTERAÇÕES  
PREVISTAS NO DSM-5***

**ARTIGO DE REVISÃO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:  
PROFESSOR DOUTOR JOÃO RELVAS**

**MARÇO/2013**

## **Resumo**

As perturbações de personalidade constituem uma das áreas mais controversas da psicopatologia, sendo a melhor forma de as conceptualizar e classificar uma questão sujeita a intenso debate há décadas. Historicamente, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) classificou-as segundo um modelo categorial, havendo extenso suporte empírico a defender uma transição para um modelo dimensional. A publicação do DSM-5, prevista para Maio de 2013, deixou antever a possibilidade de uma mudança radical na área da patologia da personalidade. O Grupo de Trabalho responsável pela construção desta secção do manual elaborou um modelo híbrido, constituído por categorias diagnósticas específicas e avaliação dimensional da severidade do impacto sobre o funcionamento do indivíduo e dos traços de personalidade patológicos presentes. A reacção por parte da comunidade psiquiátrica às alterações propostas foi predominantemente negativa, sendo referidas excessiva complexidade, falta de suporte empírico e incompatibilidades e incoerência conceptuais, culminando na rejeição do modelo proposto em Dezembro de 2012 e retenção das categorias diagnósticas prévias. Fez-se uma revisão de artigos relativos às formas categórica e dimensional de conceber a personalidade, bem como de publicações referentes ao modelo proposto e principais críticas de que foi alvo. Apresentou-se uma versão sumariada do modelo e dos seus vários componentes, Níveis de Funcionamento de Personalidade, tipos de perturbação de personalidade e traços de personalidade patológicos, bem como da sua evolução ao longo do processo de trabalho. Concluiu-se que a ausência de aceitação deste modelo por parte dos clínicos, aliada à falta de suporte empírico adequado, constituiria um obstáculo intransponível para a sua adopção na nova edição do manual.

**Palavras-chave:** Personalidade; Perturbações de Personalidade; DSM-5; Categorical; Dimensional; Classificação

## **Abstract**

Personality disorders constitute one of the more controversial areas of psychopathology, and the question of how best to conceptualize and classify them has been the source of decades' worth of intense debate. Although the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) has historically classified them according to a categorical model, there is wide support for a transition to a dimensional model. The publication of DSM-5, scheduled for May 2013, held the possibility for a radical change in the area of personality pathology. The Work Group responsible for this section of the manual constructed a hybrid model, with specific diagnostic categories and dimensional assessments of severity of impairment in personality functioning, as well as pathological personality traits. Clinicians' reaction to these proposed changes was overwhelmingly negative, and criticism included excessive complexity, lack of empirical support and conceptual incompatibilities and incoherence. The proposed model was rejected in December 2012 and the original DSM-IV categories were maintained. This review includes articles regarding categorical and dimensional models of personality as well as articles and documents referring to the proposed model and criticism directed towards it. A summarized version of this model and its components (Levels of Personality Functioning, personality disorder types and pathological personality traits), as well as its evolution, is presented. It is concluded that the absence of clinician acceptance of this model, along with lack of adequate empirical support, make for an insurmountable obstacle to its inclusion in the new edition of the manual.

**Keywords:** Personality; Personality Disorders; DSM-5; Categorical; Dimensional; Classification

## **Índice:**

<b>1. Introdução</b>	<b>5</b>
<b>2. Materiais e Métodos</b>	<b>6</b>
<b>3. Nota histórica sobre as perturbações de personalidade no DSM</b>	<b>7</b>
<b>4. Modelos categoriais e dimensionais de patologia da personalidade</b>	<b>11</b>
<b>5. Modelo proposto pelo Grupo de Trabalho</b>	<b>14</b>
5.1. Introdução	14
5.2. Níveis de Funcionamento da Personalidade (Critério A)	16
5.3. Tipos de Perturbação de Personalidade	18
5.4. Traços de Personalidade Patológicos (Critério B)	19
5.5. Apresentação Sumária da Sequência Diagnóstica	22
<b>6. Principais críticas dirigidas ao modelo proposto</b>	<b>22</b>
<b>7. Conclusão</b>	<b>26</b>
<b>Agradecimentos</b>	<b>27</b>
<b>Referências bibliográficas</b>	<b>28</b>
<b>Apêndice I: Critérios Gerais de Perturbação de Personalidade Segundo o Modelo Proposto para o DSM-5</b>	<b>33</b>
<b>Apêndice II: Critérios Específicos de Perturbação de Personalidade Segundo o Modelo Proposto para o DSM-5</b>	<b>34</b>

## 1. Introdução

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) é uma publicação da *American Psychiatric Association* (APA) que tem por objectivo fornecer uma classificação abrangente da patologia psiquiátrica e estabelecer critérios de diagnóstico que sejam aplicáveis na prática clínica e na investigação, fornecendo uma linguagem comum para o diagnóstico em Psiquiatria e permitindo maior clareza e precisão diagnóstica. Por este motivo, e apesar de o público-alvo desta publicação ser principalmente a comunidade psiquiátrica americana, é uma importante referência a nível global.

A evolução do conhecimento em Psiquiatria estabelece a necessidade de um processo cíclico de revisão do DSM, sendo a quarta edição (DSM-IV) a mais recente, publicada em 1994 e revista em 2000 (DSM-IV-TR). Está prevista para Maio de 2013 a publicação da quinta edição (DSM-5), resultado de um processo de pesquisa e trabalho iniciado em 1999.

Historicamente, a patologia da personalidade tem sido fonte de intenso debate em Psiquiatria, havendo pouco consenso relativamente à melhor forma de a conceber e classificar. Tal como tem sido concebida nas várias edições do DSM, trata-se de uma área marcada por baixa fiabilidade diagnóstica e sobreposição entre as diversas perturbações de personalidade. [1]

O DSM-IV-TR define perturbação de personalidade como um padrão de comportamento e experiência interior marcadamente inadequado tendo em conta as expectativas da cultura em que o indivíduo se inclui, inflexível, temporalmente estável, com início na adolescência ou início da idade adulta, provocando sofrimento e afectando a capacidade de funcionamento do indivíduo. [2]

Vários autores têm destacado a inadequação do actual modelo categorial de concepção da patologia da personalidade, propondo uma transição para um modelo dimensional. [3] A publicação do DSM-5 poderia marcar uma aproximação a essa forma de concepção da personalidade, sendo esta uma das secções onde se previu, ao longo dos últimos anos de discussão, uma mudança mais significativa. [4]

O principal propósito deste trabalho é apresentar a proposta para o DSM-5 elaborada pelo Grupo de Trabalho para a Personalidade e Perturbações de Personalidade, tal como

existia em Junho de 2011, com excepção para os critérios de perturbação da personalidade anti-social, revistos em Abril de 2012. Para além de uma nota histórica referente à evolução das perturbações de personalidade ao longo das várias edições do DSM, serão também discutidos os modelos dimensional e categorial de concepção da patologia da personalidade e apresentadas algumas das principais críticas dirigidas ao modelo em construção.

A riqueza da discussão que se desenvolveu em torno do tema e a actividade desenvolvida pelo Grupo de Trabalho resultaram directamente da insatisfação com o modelo categorial das perturbações de personalidade do DSM-IV e, por isso, pareceu importante analisar as razões para a proposta de um modelo diferente. No entanto, em Dezembro de 2012, o Conselho de Administração da APA tornou pública a aprovação dos critérios diagnósticos finais do DSM-5, tendo optado pela manutenção do sistema categorial e dos critérios do DSM-IV para as perturbações de personalidade. A nova metodologia desenvolvida eventualmente constará de uma área específica da Secção 3 da nova publicação, com vista a estimular futura investigação na área. [5]

Isto não retira importância ao trabalho crítico de reflexão que se fez, quer sobre o DSM-IV, quer sobre a proposta. Por outro lado, importa reflectir sobre as razões que levaram a APA a manter a classificação das perturbações de personalidade inalterada e qual a fundamentação que falhou, impossibilitando a aceitação da proposta.

## **2. Materiais e métodos**

A selecção de artigos para este trabalho foi inicialmente feita após pesquisa na base de dados PubMed utilizando os termos de pesquisa “personality disorders”, “DSM-5”, “dimensional” e “categorical”, tendo sido seleccionados exclusivamente artigos científicos e de revisão, na língua inglesa, sem limite temporal, dizendo respeito aos seguintes temas gerais: (1) diferentes formas de conceptualização da personalidade, (2) evolução da patologia da personalidade no DSM, (3) patologia da personalidade no DSM-5. Esta pesquisa inicial foi complementada através do recurso às referências bibliográficas dos artigos seleccionados.

Devido à relativa especificidade do tema deste trabalho e da literatura que a ele se refere, não foi necessária a aplicação de critérios de exclusão particulares.

No total, foram seleccionados para citação 35 artigos, adquiridos directamente a partir da plataforma PubMed ou através do Serviço de Documentação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

Foram também consultados documentos publicados pela APA no website referente ao desenvolvimento do DSM-5 ([www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)), bem como todas as edições do DSM até à quarta edição revista, na língua inglesa.

### **3. Nota histórica sobre as perturbações de personalidade no DSM**

As perturbações de personalidade foram descritas pela primeira vez numa publicação oficial, enquanto entidades diagnósticas distintas, na primeira edição do DSM, em 1952, sendo definidas como defeitos no desenvolvimento ou tendências patológicas a nível da estrutura da personalidade e subdivididas em três grupos: perturbações de padrão de personalidade, perturbações de traço de personalidade e perturbações de personalidade sociopática, secção que incluía diagnósticos de desvio sexual e abuso de substâncias. [6]. Cada um dos grupos referidos continha quatro categorias diagnósticas. (Ver tabela 1, pág. 10)

As principais críticas dirigidas a este sistema de classificação inicial referiam a ausência de critérios essenciais de diagnóstico, bem como a ausência de suporte empírico. [1]

A descrição geral das perturbações de personalidade no DSM-II, publicado em 1968, apresentou poucas mudanças relativamente à publicação anterior, acrescentando apenas que estas patologias são frequentemente identificáveis na adolescência ou mesmo mais cedo. [7] Neste volume eram consagradas 10 perturbações de personalidade específicas, bem como as categorias de diagnóstico “Outras perturbações de personalidade especificadas” e “Perturbação de personalidade não especificada”. (Ver tabela 1, pág. 10)

A publicação da 3ª edição do DSM, em 1980, introduziu o sistema multiaxial de organização da psicopatologia, estando as perturbações de personalidade incluídas no Eixo II, considerando-as entidades nosológicas distintas dos principais síndromas clínicos em Psiquiatria, podendo coexistir com estes mesmos. A definição geral de perturbações de personalidade clarificou a distinção entre traços e perturbações de personalidade, enfatizando a necessidade de haver inflexibilidade, inadaptação e interferência com o funcionamento do

indivíduo para que pudesse ser aplicado o diagnóstico de perturbação. Este volume fornecia uma descrição mais completa de cada uma destas patologias, para as quais estabelecia pela primeira vez critérios de diagnóstico politéticos [8] e definia 11 diagnósticos específicos, organizados em 3 grupos ou “clusters”, bem como uma categoria residual reservada para perturbações de personalidade atípicas, mistas ou outras. (Ver tabela 1, pág. 10)

Estas alterações traduziram-se numa melhoria substancial da validade e fiabilidade dos diagnósticos de patologia da personalidade. [1]

A versão revista do DSM-III, publicada em 1987, foi pautada por maior estabilidade na secção referente às perturbações de personalidade, por comparação com edições anteriores. Para além de algumas mudanças de nomenclatura, incluindo a atribuição das letras A, B e C aos diferentes “clusters”, foram também efectuadas alterações a determinados critérios de diagnóstico, baseadas na literatura e pesquisa empírica disponíveis até então, com vista a obter maior objectividade e validade científica. Dois novos diagnósticos, as perturbações de personalidade sádica e auto-destrutiva, para os quais não havia suporte empírico suficiente, foram incluídos no Apêndice A, tornando-se assim alvos para investigação futura no sentido de esclarecer a sua validade e utilidade clínica. [1]

No DSM-IV, publicado em 1994, a definição geral de perturbações de personalidade foi alargada, sendo as condições necessárias para diagnosticar estas perturbações apresentadas sob a forma dos seguintes critérios de diagnóstico gerais: (A) Padrão duradouro de experiência interior e comportamento marcadamente desviado do que seria expectável dentro da cultura do indivíduo, em pelo menos duas das seguintes áreas: cognição, afectividade, funcionamento interpessoal e controlo de impulsos; (B) Inflexibilidade deste padrão, que é global, manifestando-se ao longo de um largo espectro de situações pessoais e sociais; (C) Sofrimento clinicamente significativo ou deficiência a nível social, ocupacional ou noutras áreas importantes de funcionamento, atribuível a este padrão; (D) Estabilidade, longa duração e começo na adolescência ou início da idade adulta; (E) O padrão não é melhor explicado como sendo manifestação ou consequência de outra perturbação mental; (F) O padrão não é devido aos efeitos fisiológicos directos de uma substância ou a uma condição médica geral. [9]

Esta publicação definia apenas 10 diagnósticos específicos de perturbações de personalidade no Eixo II (Ver tabela 1, pág. 10), tendo a perturbação de personalidade passivo-agressiva sido transferida para o Apêndice B com a nova designação de perturbação

de personalidade negativista, por não cumprir requisitos de validade e utilidade clínica. O Apêndice B contou ainda com a inclusão da perturbação de personalidade depressiva. As perturbações de personalidade sádica e auto-destrutiva foram excluídas desta publicação. As restantes perturbações de personalidade mantiveram-se conceptualmente idênticas às suas versões na publicação anterior, não obstante a inclusão de maiores quantidades de informação empírica relativa a cada categoria diagnóstica, bem como alterações aos critérios de diagnóstico. É também notável a inclusão, na nota introdutória da secção referente à patologia da personalidade, de uma referência à possibilidade de se conceptualizar a personalidade de um ponto de vista dimensional, descrevendo brevemente alguns dos modelos mais importantes. [9]

Da revisão do DSM-IV, publicada em 2000, resultaram apenas alterações pontuais ao texto de alguns dos diagnósticos específicos de perturbações de personalidade, bem como uma actualização da nota referente aos modelos dimensionais. [2]

Tabela 1 - Perturbações de Personalidade ao longo das diferentes edições do DSM						
DSM-I (1952)	Inadequada Esquizóide Ciclotímica Paranóide Emocionalmente Instável Passivo-Agressiva Compulsiva Outras Perturbações de Traços de Personalidade	DSM-II (1968)	DSM-III (1980)	DSM-III-TR (1987)	DSM-IV (1994) e DSM-IV-TR (2000)	
				Cluster A	Cluster A	Cluster A
Perturbações de Personalidade de Padrão	Inadequada Esquizóide Ciclotímica Paranóide	Inadequada Esquizóide Ciclotímica Paranóide	Cluster "Bizarras"	Cluster A	Paranóide Esquizóide Esquizotípica	Cluster A
Cluster "Ansiosos"	Cluster C	Evitante Dependente Compulsiva	Cluster C			
				Passivo-Agressiva Asténica	Passivo-Agressiva	Perturbações de Personalidade Atípicas, Mistas ou Outras
Anti-Social Outras Perturbações de Personalidade Especificadas	Sádica Auto-Destrutiva	Negativista Depressiva	Apêndice B			
				Reacção Anti-Social Reacção Dissocial Desvio Sexual Adição a Álcool ou Drogas	Outras Perturbações de Personalidade Não Especificada	Perturbações de Personalidade Sociopática

#### **4. Modelos categoriais e dimensionais de patologia da personalidade**

Todas as edições do DSM publicadas até agora utilizaram modelos categoriais de classificação da patologia da personalidade. [1] Um sistema categorial é aquele cujos componentes constituem categorias distintas, independentes. O exemplo paradigmático de perspectiva categórica da patologia da personalidade assume que cada perturbação de personalidade é uma entidade clínica própria, distinta da personalidade normal, bem como dos restantes diagnósticos de perturbação de personalidade. [10]

Os sistemas categoriais apresentam certas vantagens que justificam a sua utilização. São de fácil utilização, simplificando determinados processos de decisão por parte dos profissionais de saúde. Frequentemente a tomada de decisões num contexto clínico é um processo dicotómico, surgindo questões como “tratar ou não tratar?” e “internar ou não internar?”. Nestas situações, a existência de uma distinção clara entre patologia e a sua ausência é vantajosa. [11] Também tem sido destacado o facto de facilitarem a comunicação e conceptualização na área da patologia da personalidade, pois cada categoria diagnóstica engloba uma grande quantidade de informação facilmente transmissível, relativa às principais características, condições associadas e opções de tratamento. [12]

Apesar das vantagens referidas, está bem documentado o descontentamento geral da comunidade psiquiátrica em relação ao modelo categorial consagrado no DSM-IV-TR e edições prévias, tendo sido expressa por diversos autores a necessidade de estudar a possível adaptação de um modelo dimensional. [3]

Algumas das principais críticas endereçadas a este sistema são: (1) comorbilidade excessiva entre perturbações de personalidade; (2) arbitrariedade na distinção entre personalidade normal, traços de personalidade e perturbações de personalidade, nomeadamente através da ausência de justificação empírica para o número de critérios necessário para estabelecer um diagnóstico; (3) falta de clareza na relação entre a patologia da personalidade e patologia pertencente ao Eixo I; (4) ausência de utilidade clínica confirmada empiricamente; (5) falta de especificidade e sensibilidade; (6) instabilidade temporal; (7) baixa validade convergente; (8) cobertura insuficiente do espectro de patologia da personalidade, sendo salientado por vários autores o facto de o diagnóstico mais utilizado na

prática clínica, de entre os vários definidos pelo DSM-IV-TR, ser o de perturbação de personalidade não especificada. [3, 4, 10, 12-17]

Contrariamente aos modelos categoriais, os modelos dimensionais implicam variação ao longo de um contínuo. Não existe apenas uma forma dimensional de conceber a patologia da personalidade. Spitzer et al. salientaram que este tipo de modelo pode ser centrado em síndromas, tal como o sistema categorial usado no DSM, ou ter como unidade-base traços de personalidade. [18] De facto, o descontentamento geral com o sistema de classificação consagrado pelo DSM levou à elaboração de diversos modelos dimensionais, existindo pelo menos 18 propostas alternativas em 2005. [19]

Os modelos dimensionais são caracterizados por maior fiabilidade entre diferentes avaliadores e através do tempo, permitem explicar a heterogeneidade de sintomas e ausência de distinções claras entre diferentes categorias diagnósticas, contemplam sintomas e traços de personalidade com interesse clínico, mesmo que o indivíduo se encontre abaixo do limiar de diagnóstico estipulado, capturando melhor a complexidade da personalidade, permitem variar os limiares de diagnóstico de acordo com especificidades contextuais, culturais e individuais e permitem uma melhor identificação de alvos terapêuticos específicos. [14, 20]

Uma crítica frequentemente invocada refere-se à maior dificuldade subjacente à utilização de modelos dimensionais, em virtude de estes requererem uma avaliação mais completa da personalidade de cada indivíduo. Trull e Durrett postularam uma possível solução para este problema, ao destacar que os sistemas dimensionais são passíveis de ser convertidos em sistemas categoriais conforme a necessidade do utilizador, desde que sejam estabelecidos pontos de corte adequados, não sendo o inverso possível. [12]

De acordo com a mais completa revisão realizada acerca deste assunto, as alternativas dimensionais para a classificação da patologia da personalidade podem ser subdivididas em três grupos principais: (1) manter ou adaptar os diagnósticos de perturbações de personalidade do DSM-IV-TR, avaliando ao longo de escalas dimensionais a presença e severidade de cada sintoma, ou, como alternativa, a correspondência entre o indivíduo e uma descrição prototípica de cada perturbação; (2) identificar os traços de personalidade subjacentes a cada perturbação de personalidade e avaliar numa escala dimensional o nível de correspondência entre o indivíduo e cada traço de personalidade; (3) utilizar modelos baseados em traços de personalidade, desenvolvidos independentemente da nomenclatura diagnóstica pré-existente. [12]

O modelo mais frequentemente destacado dentro do primeiro grupo é o Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP), que se baseia em correspondência com protótipos de cada perturbação. Dentro do segundo grupo, o Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire (DAPP-BQ) de Livesley, com 18 dimensões e o Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP) de Clark são geralmente considerados os mais relevantes. Por último, o Five-Factor Model (FFM) e o modelo de 7 factores de Cloninger são os mais populares e mais importantes modelos dentro do terceiro grupo. [3, 12, 21]

Cada um destes modelos é complexo, e a sua caracterização individual escapa ao âmbito desta revisão. Uma descrição sumária de cada um pode ser encontrada na revisão supracitada, realizada por Trull e Durrett.

No entanto, é pertinente destacar um destes modelos, o FFM, em virtude de ser o mais extensamente estudado e um dos mais populares, tendo merecido considerável interesse científico e apresentando uma forte fundamentação empírica. [14, 15]

O FFM é um modelo que foi desenvolvido com o propósito de encontrar e sistematizar as principais dimensões e traços que constituem a estrutura normal da personalidade. [12] Este modelo está organizado segundo uma estrutura hierárquica composta por 5 domínios de ordem superior, cada um contendo 6 facetas de ordem inferior. Na aplicação deste modelo, é avaliada a correspondência entre a personalidade do indivíduo e cada uma das 30 facetas. [22] Os 5 domínios, que constituem dimensões bipolares, são neuroticismo por oposição a estabilidade emocional, extroversão por oposição a introversão, abertura a experiências por oposição a afastamento, consensualidade por oposição a antagonismo e conscienciosidade por oposição a negligência. [12]

Uma vantagem do FFM relativamente a outros modelos dimensionais é o facto de integrar aspectos pertencentes tanto à estrutura da personalidade normal, como anormal, num único modelo. [23] Outros aspectos positivos deste modelo incluem estabilidade entre diferentes populações e culturas, bem como a existência de evidência hereditária e biológica que suporta os seus domínios e facetas. [14] Luyten e Blatt destacaram ainda o facto de apresentar boa correspondência com outros modelos de personalidade e de ter uma base multivariada, combinando elementos derivados da teoria e da investigação empírica. [24]

No entanto, um potencial desafio à sua utilização prende-se com a ambiguidade inerente a cada faceta deste modelo, quando utilizada fora do contexto de uma categoria de diagnóstico, tal como foi destacado por Rottman et al. [25]

Ao comparar os diferentes modelos dimensionais, salientam-se mais semelhanças do que diferenças, levantando a hipótese de uma eventual integração destes modelos. Existe uma sobreposição de dimensões e conceitos, que assumem designações diferentes de modelo para modelo, havendo algum consenso relativamente a quatro dimensões da personalidade: (1) neuroticismo/afectividade negativa/desregulação emocional, (2) extroversão/emocionalidade positiva, (3) antagonismo/comportamento anti-social e (4) contenção/compulsividade/conscienciosidade. Uma quinta dimensão, não tão consensual, é a receptividade/perturbação cognitivo-perceptiva. [12, 19, 26]

## **5. Modelo Proposto pelo Grupo de Trabalho**

### **5.1. Introdução**

O processo de elaboração da quinta edição do DSM desencadeou-se através de três conferências iniciais, realizadas nos anos 1999 e 2000, com vista ao estabelecimento de uma agenda que servisse de guia ao trabalho de pesquisa que viria a ser realizado. Foram organizadas novas conferências, entre 2004 e 2008, para identificar os principais avanços feitos na pesquisa e as áreas necessitando de maior volume de investigação. [27] A conferência relativa às perturbações de personalidade decorreu entre 1 e 3 de Dezembro de 2004. Durante esta conferência foram discutidos os seguintes temas: (1) modelos dimensionais alternativos de patologia da personalidade, (2) genética comportamental e molecular, (3) mecanismos neurobiológicos, (4) antecedentes na infância, (5) questões interculturais, (6) continuidade do sistema multiaxial, (7) cobertura diagnóstica/pontos de corte e (8) utilidade clínica. [28] Cada um destes tópicos foi extensamente abordado, e o conteúdo apresentado durante a conferência está sumariado no artigo de Widiger et al. supracitado.

Relativamente à continuidade do sistema multiaxial, um dos argumentos a favor da inclusão e manutenção da patologia da personalidade num eixo separado dos restantes diagnósticos clínicos foi o suposto incremento que a investigação na área da personalidade veria com esta mudança. No entanto, Blashfield e Intoccia realizaram uma revisão da literatura acerca de perturbações de personalidade entre 1966 e 1995 e concluíram que,

embora o volume desta tenha vindo a aumentar de forma linear, a taxa de crescimento após a publicação do DSM-III em 1980 diminuiu, ao contrário do que seria de esperar. Para além desta descoberta, referiram também que apenas as perturbações de personalidade anti-social, borderline e esquizotípica tinham literaturas substanciais e em crescimento. [29]

Krueger analisou as bases que têm sido tradicionalmente usadas para distinguir os Eixos I e II do DSM, comparando as patologias destes grupos quanto a estabilidade temporal, idade de surgimento, resposta ao tratamento, capacidade de introspecção, etiologia, comorbilidade e especificidade de sintomas, concluindo que nenhum destes elementos é adequado e suficiente para justificar esta separação, tanto por ausência de diferenças significativas, como de suporte na literatura (é o caso da introspecção). [30]

Esta questão foi abordada na 163ª reunião da APA, em Maio de 2010, tendo sido proposta a extinção dos Eixos II e III (correspondendo este último às condições médicas gerais), devendo ocorrer uma unificação das patologias incluídas no DSM-5. [20]

Segundo a publicação da APA referente à aprovação dos critérios finais do DSM-5, o sistema multiaxial será, de facto extinto, combinando os antigos Eixos I, II e III, e substituindo por anotações separadas os Eixos IV (factores psicossociais e contextuais) e V (incapacidade). [5]

A *Task Force* e os Grupos de Trabalho para o DSM-5 foram constituídos entre 2007 e 2008, tendo iniciado o trabalho de formulação e revisão dos critérios de diagnóstico provisórios, propostos para esta publicação, que foram tornados públicos no website oficial ([www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)) durante três intervalos de tempo, em 2010, 2011 e 2012, sendo recolhidas críticas e comentários. Estas propostas foram submetidas a ensaios de campo em 2010 e 2011, tendo sido avaliadas pela *Task Force*, por um Comité de Revisão Científica, por um Comité de Saúde Clínica e Pública, por membros do Conselho de Psiquiatria e Direito e pela Assembleia da APA. [27]

Esta secção do trabalho tem como objectivo apresentar o modelo de patologia da personalidade tal como foi elaborado pelo Grupo de Trabalho para a Personalidade e Perturbações de Personalidade, composto por três elementos principais relacionados entre si: (1) uma escala de Níveis de Funcionamento de Personalidade, (2) critérios de diagnóstico para seis diagnósticos de perturbações de personalidade específicas e para um novo diagnóstico de perturbação de personalidade especificada por traços e (3) uma avaliação de

traços de personalidade patológicos, organizados segundo uma hierarquia composta por 5 domínios e 25 facetas. [4] Trata-se, assim, de um modelo híbrido, contendo elementos dimensionais (Níveis de Funcionamento de Personalidade e traços de personalidade) e categoriais (categorias diagnósticas de perturbações de personalidade). O Grupo de Trabalho defendeu esta proposta, referindo que uma combinação de elementos dimensionais e categoriais foi a alternativa escolhida preferida num inquérito dirigido a peritos na área das perturbações de personalidade e afirmando a sua validade e utilidade clínica. [16]

Apresentam-se, de seguida, os diferentes elementos constituintes do modelo.

## **5.2 Níveis de Funcionamento da Personalidade (Critério A)**

Segundo publicação do Grupo de Trabalho, os critérios gerais de perturbação de personalidade do DSM-IV, já referidos na secção “Nota histórica sobre as perturbações de personalidade no DSM” deste trabalho, foram introduzidos sem qualquer justificação empírica ou teórica, não são específicos das perturbações de personalidade, sendo aplicáveis a outras áreas da patologia mental e não apresentam qualquer relação explícita com os conjuntos de critérios de diagnóstico individuais de cada perturbação de personalidade, motivos pelos quais foram considerados inadequados pelo Grupo de Trabalho, que propôs uma alteração substancial na avaliação geral da patologia da personalidade. [16]

Numa perspectiva geral, a severidade é amplamente considerada um elemento fundamental de qualquer modelo dimensional de patologia da personalidade. O DSM-IV-TR apenas inclui medidas de avaliação da severidade gerais, não específicas para a patologia da personalidade, sendo esta uma das principais lacunas que este modelo pretendia colmatar no DSM-5. [31, 32]

Bender et al. realizaram uma revisão da literatura, afirmando que as perturbações de personalidade, no geral, estão associadas a distorção no pensamento do indivíduo acerca de si próprio e a nível interpessoal. [33] A distorção do pensamento nestas duas áreas foi assim utilizada como a base da avaliação do funcionamento da personalidade no novo modelo proposto. Em Fevereiro de 2010 foi proposto um modelo provisório, em que as principais dimensões correspondentes ao domínio do indivíduo eram integração de identidade,

integridade do auto-conceito e auto-orientação (*self-direction*) e as correspondentes ao domínio interpessoal eram empatia, complexidade e integração das representações dos outros e intimidade. [4]

Com vista a fornecer apoio empírico para esta proposta, foi realizada uma análise de dados secundários e a conclusão foi de que os resultados demonstravam a existência de uma dimensão coerente e global de comprometimento do funcionamento da personalidade nos domínios individual e interpessoal, relacionada com a maior probabilidade de o indivíduo em questão receber um ou mais diagnósticos de perturbação da personalidade. [31]

Com o objectivo de simplificar e aperfeiçoar esta proposta inicial, foram identificadas e mantidas as dimensões com maior nível de fiabilidade. As dimensões de integração de identidade e integridade do auto-conceito foram combinadas numa única dimensão designada identidade, por serem conceitos significativamente sobreponíveis. A dimensão de complexidade e integração das representações dos outros foi também eliminada. Foi então alcançado um modelo composto pelas dimensões de identidade e auto-orientação (*self-direction*) no domínio individual e pelas dimensões de empatia e intimidade no domínio interpessoal. [31]

Foi assim estabelecido o sistema de Níveis de Funcionamento da Personalidade, correspondente ao critério A de diagnóstico de perturbações de personalidade neste modelo. Na sua aplicação, o indivíduo em causa seria avaliado quanto ao funcionamento nos domínios individual e interpessoal numa escala dimensional composta por 5 níveis: 0 = ausência de comprometimento, 1 = comprometimento ligeiro, 2 = comprometimento moderado, 3 = comprometimento significativo e 4 = comprometimento extremo. [34] Uma descrição completa da escala proposta, aplicada a cada dimensão do funcionamento da personalidade, pode ser consultada no Apêndice da revisão realizada por Bender et al. [33]

Os critérios gerais de perturbação de personalidade, tal como foram definidos segundo o modelo proposto, estão disponíveis para consulta no Apêndice I deste trabalho.

### 5.3. Tipos de Perturbação de Personalidade

A proposta inicial do Grupo de Trabalho relativamente aos tipos de personalidade a ser incluídos no DSM-5 apresentava três principais características: redução no número de diagnósticos específicos de perturbação de personalidade de 10 para 5; descrição dessas perturbações em formato de narrativa, incluindo os défices no funcionamento pessoal e interpessoal, bem como as constelações de traços de personalidade e comportamentos típicos de cada perturbação; avaliação dimensional do grau de correspondência entre o indivíduo e cada tipo de perturbação. [35]

Os cinco tipos específicos contemplados correspondiam às perturbações de personalidade anti-social/psicopática, evitante, borderline, obsessivo-compulsiva e esquizotípica, sendo cada um identificado por comprometimento no funcionamento de personalidade (critério A), traços de personalidade patológicos (critério B) e comportamentos sintomáticos comuns. Este modelo propunha também que as restantes perturbações de personalidade do DSM-IV-TR, bem como a categoria residual de perturbação de personalidade não especificada, passassem a ser representadas somente através dos critérios A e B, incluindo-se na categoria de perturbação de personalidade especificada por traços. [35]

Para a escolha destas cinco categorias, o Grupo de Trabalho afirmou ter-se baseado numa combinação de factores, nomeadamente prevalência, impacto sobre o funcionamento do indivíduo e evidência de validade e utilidade clínica. A pretendida exclusão da perturbação de personalidade narcisista originou descontentamento entre a comunidade psiquiátrica, apesar de, segundo a fundamentação apresentada pelo Grupo de Trabalho, esta ser uma das perturbações menos comuns, com impacto moderado sobre o funcionamento e uma base científica modesta. Consequentemente, foi reintroduzida, ficando assim completo um painel composto por seis tipos específicos. [4, 16]

Para representar estes tipos específicos de perturbação de personalidade de forma dimensional, o Grupo de Trabalho optou inicialmente por um sistema de comparação do indivíduo a uma descrição narrativa de um caso prototípico, avaliando a correspondência ao longo de uma escala de 5 pontos, variando desde 1, que se trataria da ausência de correspondência, até 5, que se trataria de uma excelente correspondência. [4, 32]

Esta opção inicial foi justificada com a maior utilidade clínica de modelos prototípicos, segundo vários estudos. Spitzer et al. compararam cinco sistemas dimensionais quanto à utilidade clínica: (1) um modelo de contagem simples de critérios do DSM-IV, (2) um modelo de correspondência com casos prototípicos construídos a partir dos critérios do DSM-IV, (3) um sistema de correspondência com casos prototípicos baseado no modelo SWAP, (4) o FFM e, por último, (5) o Modelo Psicobiológico de Cloninger. Os participantes, psiquiatras e psicólogos, escolheram os modelos prototípicos como sendo os mais úteis e os modelos exclusivamente baseados em traços de personalidade (FFM e modelo de Cloninger) como sendo os menos úteis. [18] Rottman et al. obtiveram resultados semelhantes, favorecendo a utilidade clínica de um modelo de correspondência com protótipos por oposição ao FFM. Estes resultados foram sobreponíveis numa amostra de profissionais da área da saúde mental [22] e numa amostra de peritos em patologia da personalidade. [25]

Nesta proposta inicial, a cada perturbação de personalidade específica estavam associados os traços de personalidade patológicos entendidos como sendo mais relevantes para essa perturbação. Este sistema foi rejeitado pela comunidade psiquiátrica, sendo considerado excessivamente complexo, redundante e difícil de utilizar, com base empírica ambígua e questionável. [4]

A pedido da *Task Force* para o DSM-5, o modelo de correspondência com protótipos foi revisto e substituído por conjuntos de critérios de diagnóstico, reintroduzindo a avaliação de traços de personalidade patológicos enquanto critério B do modelo. [16]

Os critérios de diagnóstico para cada tipo de personalidade proposto podem ser consultados no Apêndice II deste trabalho.

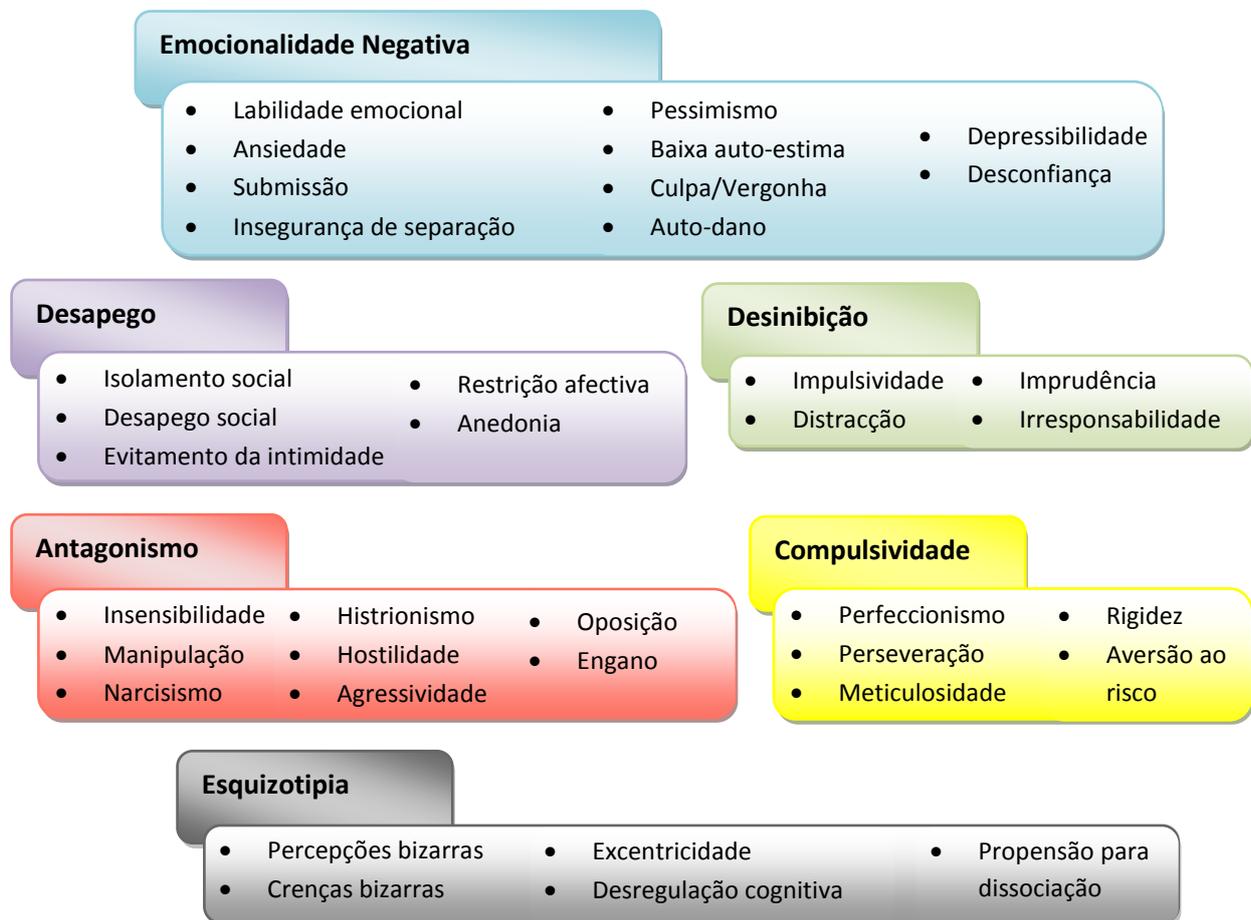
#### **5.4. Traços de Personalidade Patológicos (Critério B)**

Como já foi referido no final da secção “Modelos categoriais e dimensionais de patologia da personalidade”, os quatro domínios relativamente consensuais da personalidade são neuroticismo/afectividade negativa/desregulação emocional, extroversão/emocionalidade positiva, antagonismo/comportamento anti-social e contenção/compulsividade/conscienciosidade. Estas dimensões estão representadas no FFM,

no entanto Krueger et al. destacaram que esse modelo deriva de investigação feita no espectro da personalidade normal, defendendo que, por esse motivo, não seria adequado para inclusão numa publicação orientada fundamentalmente para a clínica, como é o caso do DSM, correndo-se o risco de não capturar na totalidade o espectro de patologia da personalidade. Argumentaram também que, embora a continuidade entre personalidade normal e anormal seja a base de vários modelos dimensionais e apesar de existir evidência neste sentido, esta continuidade não pode ser dada como certa sem maior fundamentação. [26]

Assim, utilizando o FFM como ponto de partida, pretendeu-se desenvolver um sistema que fosse uma extensão deste modelo aos domínios da patologia da personalidade. [16]

Isto levou a uma proposta inicial de um sistema de 6 domínios gerais de traços de personalidade, contendo 37 facetas. [4, 32] Este sistema é apresentado na figura 1.



**Fig. 1.** Representação esquemática dos domínios e traços de personalidade patológicos definidos na proposta inicial para o DSM-5 do Grupo de Trabalho para a Personalidade e Perturbações de Personalidade.

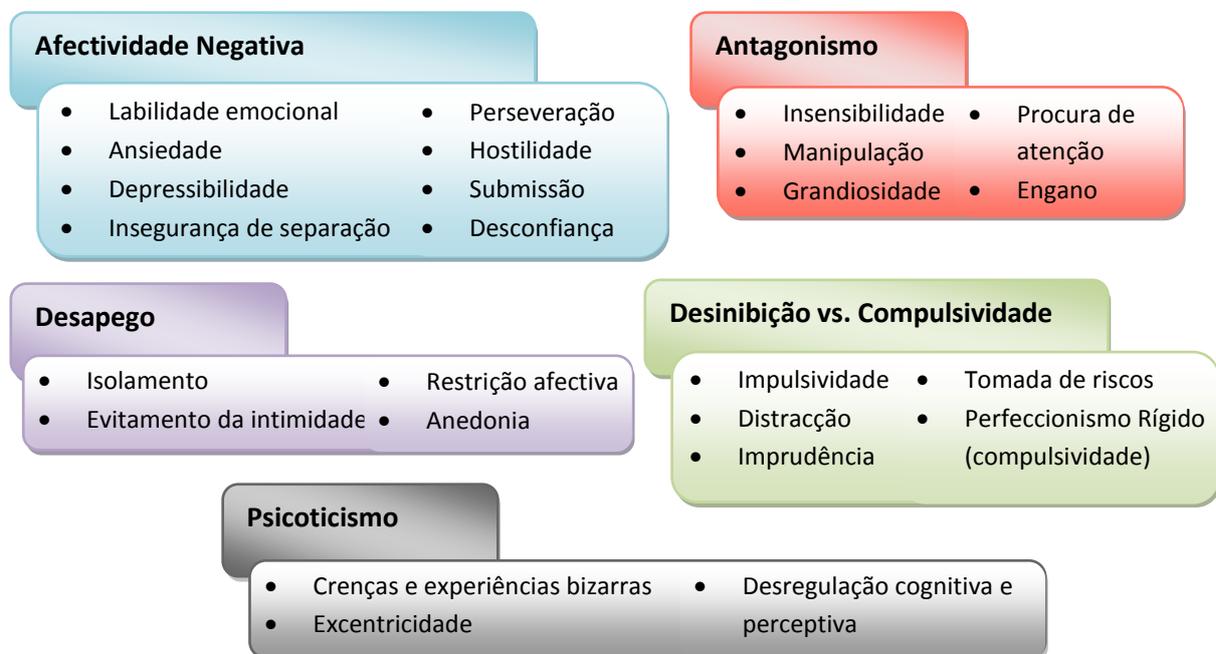
O domínio de emocionalidade negativa corresponde ao neuroticismo, e os domínios de desapego, antagonismo e desinibição correspondem aos extremos mal-adaptativos dos restantes três domínios consensuais anteriormente referidos. [4, 32]

Face à inadequação dos quatro domínios consensuais para expressar algumas características de personalidade dos indivíduos correspondentes à categoria diagnóstica de perturbação de personalidade esquizóide do DSM-IV, Widiger e Simonsen postularam a possível existência de um domínio de excentricidade/abertura a experiências [19], aqui expresso sob a designação de esquizotipia.

Do mesmo modo, o Grupo de Trabalho entendeu que as características da personalidade obsessivo-compulsiva não são adequadamente expressas pelos quatro domínios supracitados, originando o domínio da compulsividade. [32]

A reacção por parte da comunidade psiquiátrica a este sistema foi predominantemente negativa. Perante esta reacção, e após um inquérito realizado no sentido de testar a validade estrutural do sistema proposto, este foi substancialmente revisto. [4]

A versão revista e simplificada do sistema consiste em 5 domínios e 25 facetas, [4, 16, 36] apresentados na figura 2.



**Fig. 2.** Representação esquemática da versão simplificada e revista dos domínios e traços de personalidade patológicos propostos pelo Grupo de Trabalho para a Personalidade e Perturbações de Personalidade, para inclusão no DSM-5.

O domínio da esquizotipia foi substituído pelo psicoticismo e a compulsividade passou a ser expressa como pólo oposto da desinibição. [16, 36]

### **5.5. Apresentação Sumária da Sequência Diagnóstica**

Segundo o modelo proposto pelo Grupo de Trabalho, a avaliação completa de um indivíduo no que diz respeito à personalidade pode ser resumida na seguinte sequência de passos: (1) avaliação da existência de comprometimento do funcionamento de personalidade e sua caracterização quanto à severidade segundo os Níveis de Funcionamento da Personalidade, no que diz respeito aos domínios individual e interpessoal, (2) determinação da existência de correspondência com cada um dos seis tipos específicos de perturbação da personalidade descritos, avaliando a severidade, (3) caso não haja correspondência, mas sejam cumpridos os critérios gerais de perturbação de personalidade, estabelecimento do diagnóstico de perturbação de personalidade especificada por traços e sua caracterização segundo os domínios e traços de personalidade patológicos presentes, (4) caso não sejam cumpridos os critérios para perturbação de personalidade, pesquisa da existência de domínios e traços patológicos de personalidade.

### **6. Principais críticas dirigidas ao modelo proposto**

Como já foi referido, durante três intervalos de tempo, em 2010, 2011 e 2012, as propostas para cada secção do DSM-5 foram tornadas públicas, sendo fortemente encorajado o envio de comentários e críticas, o que permitiu à comunidade psiquiátrica um acompanhamento da evolução do projecto DSM-5 e uma capacidade de intervenção na sua construção sem precedente na história desta publicação.

Para além destes períodos de abertura pública, o Grupo de Trabalho para a Personalidade e Perturbações da Personalidade foi publicando vários artigos e documentos referentes à evolução do modelo proposto. [4, 16, 26, 31-35]

Segue-se uma apresentação sumária de algumas das principais críticas que foram dirigidas por diversos autores ao modelo de patologia da personalidade proposto.

Zimmerman teceu fortes críticas à incorporação de um sistema de correspondência com casos prototípicos no modelo proposto, referindo a escassez de suporte na literatura relativamente à validade deste método. Salientou que o enfoque de 2 dos 3 estudos comparativos citados pelo Grupo de Trabalho foi exclusivamente a utilidade clínica e pôs em causa a legitimidade da conclusão alcançada no terceiro. Criticou também a ausência de pontos de corte definidos e de instrumentos de utilização clínica, tais como entrevistas estruturadas ou semi-estruturadas, adaptados a este modelo. Postulou ainda a hipótese de a adopção de um sistema deste tipo originar maior heterogeneidade diagnóstica, potencialmente ultrapassando mesmo o DSM-IV neste aspecto, por ser possível a clínicos e investigadores atribuir diferentes significados a cada descrição prototípica. Por fim, alertou para a possibilidade de existirem consequências imprevistas associadas à adopção de um modelo com pouco suporte empírico, interrogando-se sobre o possível impacto sobre a prevalência das perturbações de personalidade, a viabilidade de futuros estudos epidemiológicos e o significado diagnóstico de uma baixa pontuação na escala dimensional de perturbação da personalidade. [37]

Shedler et al., contrariamente, valorizaram a utilidade clínica de modelos dimensionais baseados em protótipos, mas criticaram a proposta do Grupo de Trabalho por tentar integrar um modelo deste tipo com uma abordagem baseada em traços de personalidade, por oposição a síndromas. Embora tenham reconhecido o esforço desenvolvido no sentido de sintetizar informação proveniente de diferentes modelos pré-existentes, destacaram que as dimensões e facetas propostas carecem de investigação empírica. Para além disso, questionaram a utilidade diagnóstica de um modelo baseado em traços de personalidade, citando estudos cujos resultados indicam que os profissionais de saúde consideram este tipo de modelo menos útil do que o sistema categorial do DSM-IV, opuseram-se à exclusão de tipos de perturbação de personalidade para os quais afirmaram existir uma quantidade significativa de informação empírica e clínica e expressaram dúvidas relativamente à capacidade do modelo proposto de capturar adequadamente o espectro completo da patologia da personalidade observada na clínica. Embora tenham destacado a avaliação da severidade enquanto aspecto positivo, referiram-se à proposta como um conglomerado de modelos díspares e incompatíveis, difícil de utilizar. [38]

Costa e McCrae louvaram a intenção demonstrada pelo Grupo de Trabalho de utilizar o DSM-5 como elo de ligação para promover uma transição para uma conceptualização dimensional da personalidade por parte dos clínicos, destacando como aspectos positivos a adopção de um modelo dimensional, a utilização de traços derivados do FFM, a avaliação de facetas e domínios gerais de personalidade, bem como o reconhecimento da necessidade de avaliar a personalidade em todos os pacientes. No entanto, propuseram um maior papel para os traços de personalidade na determinação de diferentes tipos de perturbação, defendendo, para esse efeito, a adopção das dimensões de personalidade do FFM. Criticaram a relação ambígua entre os diferentes tipos de perturbações e os traços de personalidade, defendendo que, para cada indivíduo, a avaliação dos traços devia preceder e condicionar a avaliação da presença ou não de cada um dos tipos de perturbação definidos. Por último, criticaram o sistema de avaliação do funcionamento da personalidade proposto, afirmando que este é pouco claro e está afastado da maioria da investigação realizada. [39]

Pilkonis et al. exprimiram preocupações relativamente à complexidade do modelo, temendo que esta levasse os profissionais de saúde a ignorar a patologia da personalidade e afirmando que esta é uma área da patologia mental cuja aceitação por parte da comunidade psiquiátrica é ainda pouco firme. A total ausência de continuidade com edições anteriores do DSM é, segundo os autores, outro factor que poderá afastar os clínicos. Consideraram problemática a ausência de suporte empírico significativo e de aceitação por parte dos principais peritos na área e da comunidade psiquiátrica em geral, relativamente à maioria das alterações propostas. Tal como Zimmerman [37], expressaram o receio de que a utilização de protótipos pudesse promover maior heterogeneidade. Criticaram ainda a ausência de fundamentação adequada para a manutenção de determinados tipos de perturbação de personalidade em detrimento de outros e o que entenderam ser uma inadequação entre as dimensões e traços propostos e a estrutura de quatro dimensões consensuais entre diversos modelos, descrita na literatura e empiricamente suportada. [40]

Outros autores destacaram a ausência de reconhecimento dos aspectos positivos da nomenclatura pré-existente por parte do Grupo de Trabalho, ausência de utilidade clínica de modelos de avaliação de traços de personalidade, risco associado à alteração do diagnóstico de perturbação de personalidade borderline [41] e dificuldade de incorporação de um sistema dimensional de traços de personalidade no sistema rígido de codificação diagnóstica oficial, International Classification of Diseases (ICD). [42]

Em 2012, Verheul e Livesley, dois dos membros integrantes do Grupo de Trabalho para a Personalidade e Perturbações de Personalidade, abandonaram o projecto. Em publicações posteriores, ambos criticaram fortemente a ausência de suporte empírico para quase todas as diferentes áreas do modelo proposto, destacando em particular a redução do número de tipos específicos de perturbação de personalidade relativamente ao DSM-IV como sendo aquela para a qual menos suporte científico foi apresentado. [43, 44].

Verheul incidiu na ausência de qualquer continuidade entre o sistema diagnóstico proposto e o DSM-IV, salientando que, mesmo no caso das perturbações que foram mantidas, todos os critérios de diagnóstico foram substituídos por novas formulações. Referiu também que a excessiva complexidade e incoerência do modelo proposto impossibilitam a sua utilização correcta pela maioria dos clínicos e que os ensaios de campo revelaram bons resultados de fiabilidade no caso das dimensões propostas, mas maus a moderados no que diz respeito aos Níveis de Funcionamento da Personalidade e aos tipos específicos de perturbações. Face a estas limitações do modelo proposto, às desvantagens inerentes à manutenção do modelo categorial do DSM-IV e ao curto espaço de tempo até à data prevista para publicação do DSM-5 (Maio de 2013), Verheul propôs várias alternativas que considerou plausíveis, destacando como ideal a retenção das categorias e critérios de diagnóstico do DSM-IV, complementando-as com uma avaliação simples da gravidade e com a adopção parcial de alguns dos critérios formulados pelo Grupo de Trabalho para o DSM-5 e a colocação no apêndice desta publicação dos restantes elementos da proposta (Níveis de Funcionamento da Personalidade e dimensões/traços), para que estes possam ser submetidos a maior volume de investigação. [43]

Livesley, por sua vez, destacou a ausência de explicação para a incorporação de dois modelos, um categorial e um dimensional, na proposta, bem como a ausência de indicações claras relativamente à forma da sua utilização. Criticou a coexistência de dois modelos incompatíveis, não integrados, e a insistência do Grupo de Trabalho em manter esta proposta, apesar da inexistência de apoio científico para a utilização de categorias descontínuas. Questionou também os motivos para a reintrodução da perturbação de personalidade narcísica no modelo, referindo-se à preponderância de influências não científicas ao longo do processo de trabalho. [44]

Por último, Tyrer ecoou as preocupações dos autores supramencionados relativamente à excessiva complexidade do modelo. [45]

## 7. Conclusão

A patologia da personalidade tem sido, historicamente, uma área controversa da psicopatologia. A insatisfação da quase totalidade da comunidade psiquiátrica com os modelos categoriais até agora utilizados é clara, existindo extensa evidência a apoiar uma transição para uma forma dimensional de conceptualizar esta patologia.

A publicação do DSM-5 constituía uma oportunidade para efectuar ou, pelo menos, iniciar esta transição. No entanto, como já foi referido, a nomenclatura diagnóstica na área de personalidade, segundo esta publicação, permanecerá idêntica à edição anterior.

A retenção dos critérios de diagnóstico do DSM-IV constitui, assim, uma situação menos do que ideal, pois todas as críticas dirigidas a este sistema se mantêm válidas, assim como a ausência de suporte científico adequado para a caracterização da personalidade de um ponto de visto categorial.

No entanto, a resistência ao modelo proposto pelo Grupo de Trabalho por parte da maioria da comunidade psiquiátrica, em geral, e por parte dos autores supracitados, em particular, encontra-se bem fundamentada em argumentos cientificamente válidos. Independentemente da sua melhor ou pior fundamentação empírica, a adopção de um modelo quase universalmente rejeitado pelos clínicos a quem é dirigido deixaria antever consequências potencialmente desastrosas para o diagnóstico e tratamento das perturbações de personalidade.

A tentativa de integrar e compatibilizar modelos categoriais e dimensionais, embora carecendo de suporte empírico, é inovadora e poderá indicar um dos caminhos a seguir na investigação a ser realizada futuramente na área da personalidade. A inclusão planeada do modelo desenvolvido na Secção 3 do DSM-5 tem precisamente o objectivo de estimular a investigação e o interesse científico nesta área.

Pretende-se que o DSM-5 funcione como “documento vivo”, sujeito a revisão a actualizações contínuas. [4] Neste sentido, o sistema de diagnóstico construído pelo Grupo de Trabalho poderá ainda vir a ser incluído, pelo menos parcialmente, na publicação para a qual foi desenvolvido, quando e se a investigação e evidência empírica assim o ditarem.

Como já foi referido, a construção dos critérios de diagnóstico para o DSM-5 foi caracterizada por uma abertura ao público sem par nos anteriores processos de revisão do

DSM, tratando-se este de um aspecto louvável. Esta abertura reveste-se de importância particular no que diz respeito à patologia da personalidade, pois o volume de críticas desenvolvido em publicações e em comentários no website oficial poderá ter desempenhado um papel fundamental na rejeição do modelo aquando da sua avaliação pela APA.

Por fim, importa lembrar que qualquer manual ou sistema de nomenclatura diagnóstica deve ser entendido como uma linha-guia, ao serviço da clínica, e não como uma estrutura inflexível condicionando de forma rígida o processo de diagnóstico. Embora a intensa discussão em torno desta nomenclatura seja vital para garantir a sua qualidade, a oposição de correntes teóricas divergentes e defesa de modelos mutuamente exclusivos nunca deverá por em causa quer a correcta identificação de situações requerendo intervenção na área da personalidade, quer a adequação do tratamento prestado.

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor João Relvas, orientador deste trabalho, pela disponibilidade com que o acolheu e o contributo científico que lhe deu ao longo da sua elaboração.

À minha mãe, pela infinita paciência e valioso contributo na tradução de conceitos referentes à área da psicopatologia.

Aos meus colegas João Durães e Pedro Teixeira, pela ajuda prestada na organização, revisão e correcção do texto final.

## Referências Bibliográficas

1. Coolidge FL, Segal DL. Evolution of personality disorder diagnosis in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Clin Psychol Rev.* 1998;18(5):585-99
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition, text rev.). Washington D.C.: American Psychiatric Association; 2000
3. Kupfer DJ, First MB, Regier DA, editores. A Research Agenda for DSM-V, Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2002
4. Skodol AE. Personality Disorders in DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol.* 2012;8:317-44
5. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association Board of Trustees Approves DSM-5 [documento na internet]; 2012 Dez 1 [consultado 2013 Mar 14]. Disponível em <http://dsmfacts.org/wp-content/uploads/2012/12/DSM-5-BOT-Vote-News-Release-12-1-12.pdf>
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1952
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd Edition). Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1968
8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd Edition). Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1980
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition). Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994
10. Samuel DB, TA Widiger. Comparing Personality Disorder Models: Cross-Method Assessment of the FFM and DSM-IV-TR. *J Pers Disord.* 2010;24(6):721-45
11. Balsis S, Segal DL, Donahue C. Revising the Personality Disorder Diagnostic Criteria for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-V): Consider the Later Life Context. *Am J Orthopsychiatry.* 2009;79(4):452-60

12. Trull TJ, Durett CA. Categorical and Dimensional Models of Personality Disorder. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005;1:355-80
13. Kupfer DJ, Regier DA, Kuhl EA. (2008). On the road to DSM-V and ICD-11. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2008;258 Suppl 5:2-6
14. Trull TJ, Tragesser SL, Solhan M, Schwartz-Mette R.. Dimensional models of personality disorder: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition and beyond. *Curr Opin Psychiatry.* 2007;20:52-56
15. Widiger TA. Five factor model of personality disorder: Integrating science and practice. *J Res Pers.* 2005;39:67-83
16. American Psychiatric Association. Rationale for the Proposed Changes to the Personality Disorders Classification in DSM-5 [documento na internet]; 2012 [consultado 2013 Jan 09] Disponível em <http://www.dsm5.org/Documents/Personality%20Disorders/Rationale%20for%20the%20Proposed%20changes%20to%20the%20Personality%20Disorders%20in%20DSM-5%205-1-12.pdf>
17. Verheul R, Bartak A, Widiger T. Prevalence and construct validity of Personality Disorder Not Otherwise Specified (PDNOS). *J Pers Disord.* 2007;21(4):359-70
18. Spitzer RL, First MB, Shedler J, Westen D, Skodol AE. Clinical Utility of Five Dimensional Systems for Personality Diagnosis: A "Consumer Preference" Study. *J Nerv Ment Dis.* 2008;196(5):356-74
19. Widiger TA, Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *J Pers Disord.* 2005;19(2):110-30
20. Esbec E, Echeburúa E. New criteria for personality disorders in DSM-V. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011;39(1):1-11
21. Widiger TA. Dimensional models of personality disorder. *World Psychiatry* 2007;6(2):79-83
22. Rottman BM, Ahn WK, Sanislow CA, Kim NS. Can Clinicians Recognize DSM-IV Personality Disorders From Five-Factor Model Descriptions of Patient Cases?. *Am J Psychiatry.* 2009;166(4):427-33

23. Widiger TA. Integrating normal and abnormal personality structure: a proposal for DSM-V. *J Pers Disord.* 2011;25(3):338-63
24. Luyten P, Blatt SJ. Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM V. *Clin Psychol Rev.* 2011;31:52-68
25. Rottman BM, Kim NS, Ahn WK, Sanislow CA. Can Personality Disorder Experts Recognize DSM-IV Personality Disorders from Five-Factor Model Descriptions of Patient Cases?. *J Clin Psychiatry.* 2011;72(5):630-39
26. Krueger RF, Eaton NR, Clark LA, Watson D, Markon KE, Derringer J, et al. Deriving an Empirical Structure of Personality Pathology for DSM-5. *J Pers Disord.* 2011;25(2):170-91
27. American Psychiatric Association. From Planning to Publication: Developing DSM-5 [documento na internet]; 2013 Jan 16 [consultado 2013 Mar 10] Disponível em <http://www.dsm5.org/Documents/DSM%205%20development%20factsheet%201-16-13.pdf>
28. Widiger TA, Simonsen E, Krueger R, Livesley WJ, Verheul R. Personality Disorder Research Agenda for the DSM-V. *J Pers Disord.* 2005;19(3):315-38
29. Blashfield RK, Intoccia V. Growth of the Literature on the Topic of Personality Disorders. *Am J Psychiatry.* 2000;3(157):472-73
30. Krueger RF. Continuity of Axes I and II: Toward a Unified Model of Personality, Personality Disorders, and Clinical Disorders. *J Pers Disord.* 2005;19(3):233-61
31. American Psychiatric Association. Rationale for a Revised “A” Criteria for Personality Disorders and the Levels of Personality Functioning [documento na internet]; 2011 Jun 20 [consultado 2013 Jan 09] Disponível em <http://www.dsm5.org/Proposed%20Revision%20Attachments/APA%20Rationale%20for%20a%20Revised%20Criterion%20A%206-20-11.pdf>
32. Skodol AE, Clark LA, Bender DS, Krueger RF, Morey LC, Verheul R, et al. Proposed Changes in Personality and Personality Disorder Assessment and Diagnosis for DSM-5 Part I: Description and Rationale. *Personal Disord.* 2011;2(1):4-22

33. Bender DS, Morey LC, Skodol AE. Toward a Model for Assessing Level of Personality Functioning in DSM–5, Part I: A Review of Theory and Methods. *J Pers Assess.* 2011;93(4):332-46
34. Skodol AE, Bender DS, Oldham JM, Clark LA, Morey LC, Verheul R, et al. Proposed Changes in Personality and Personality Disorder Assessment and Diagnosis for DSM-5 Part II: Clinical Application. *Personal Disord.* 2011;2(1):23-40
35. Skodol AE, Bender DS, Morey LC, Clark LA, Oldham JM, Alarcon RD, et al. Personality Disorder Types Proposed For DSM-5. *J Pers Disord.* 2011;25(2):136-69
36. American Psychiatric Association. DSM-5 Clinicians' Personality Trait Rating Form [documento na internet]; 2010; [consultado 2013 Jan 09] Disponível em <http://www.dsm5.org/Proposed%20Revision%20Attachments/APA%20Clinician%20Trait%20Rating%20Form.pdf>
37. Zimmerman M. A Critique of the Proposed Prototype Rating System for Personality Disorders in DSM-5. *J Pers Disord.* 2011;25(2):206-21
38. Shedler J, Beck A, Fonagy P, Gabbard GO, Gunderson J, Kernberg O, et al. Personality Disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry.* 2010;167(9):1026-28
39. Costa PT, McCrae RR. Bridging the Gap With the Five-Factor Model. *Personal Disord.* 2010;1(2):127-30
40. Pilkonis PA, Hallquist MN, Morse JQ, Stepp SD. Striking the (Im)Proper Balance between Scientific Advances and Clinical Utility: Commentary on the DSM-5 Proposal for Personality Disorders. *Personal Disord.* 2011;2(1):68-82
41. Gunderson JG. Commentary on “Personality Traits and the Classification of Mental Disorders: Toward a More Complete Integration in DSM-5 and an Empirical Model of Psychopathology”. *Personal Disord.* 2010;1(2):119-22
42. First MB. Commentary on Krueger and Eaton’s “Personality Traits and the Classification of Mental Disorders: Toward a More Complete Integration in DSM-5 and an Empirical Model of Psychopathology”: Real-World Considerations in Implementing an Empirically Based Dimensional Model of Personality in DSM-5. *Personal Disord.* 2010;1(2):123-26

43. Verheul R. Personality Disorder Proposal for DSM-5: A Heroic and Innovative but Nevertheless Fundamentally Flawed Attempt to Improve DSM-IV. *Clin Psychol Psychother.* 2012;19:369-71
44. Livesley WJ. Disorder in the Proposed DSM-5 Classification of Personality Disorders. *Clin Psychol Psychother.* 2012;19:364-68
45. Tyrer P. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: A Classification of Personality Disorders That Has Had Its Day. *Clin Psychol Psychother.* 2012;19:372-74

**APÊNDICE I: Critérios Gerais de Perturbação de Personalidade Segundo o Modelo  
Proposto para o DSM-5**

**Critérios gerais para uma Perturbação de Personalidade (Revisto em Junho 2011)**

As características essenciais de uma perturbação de personalidade são deficiências no funcionamento da personalidade (individual e interpessoal) e a presença de traços de personalidade patológicos.

- A. Défice significativo no funcionamento individual (identidade e auto-orientação) e interpessoal (empatia ou intimidade)
- B. Um ou mais domínios de traços ou facetas de traços de personalidade patológicos
- C. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade individuais são relativamente estáveis através do tempo e consistentes em diferentes situações
- D. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade não são melhor entendidos como normativos quer para o estágio de desenvolvimento do indivíduo, quer para a envolvente sociocultural
- E. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade do indivíduo não se devem somente a efeitos fisiológicos de uma substância (e.g. uma droga de abuso, medicação) ou a uma condição médica geral (e.g. traumatismo craniano severo)

**Traduzido e adaptado de American Psychiatric Association. DSM-IV and DSM-5 Criteria for the Personality Disorders; 2012. Disponível em:**

**<http://www.dsm5.org/Documents/Personality%20Disorders/DSM-IV%20and%20DSM-5%20Criteria%20for%20the%20Personality%20Disorders%205-1-12.pdf>**

## APÊNDICE II: Critérios Específicos de Perturbação de Personalidade Segundo o Modelo Proposto para o DSM-5

### Perturbação de Personalidade Anti-Social (Revisto em Abril 2012)

Para se diagnosticar perturbação de personalidade anti-social, é preciso que estejam presentes os seguintes critérios:

- A. Défices significativos no funcionamento da personalidade manifestos por:
  1. Défices no **auto-funcionamento** (a ou b):
    - a. **Identidade:** egocentrismo, auto-estima derivada de ganho pessoal, poder ou prazer
    - b. **Auto-orientação:** objectivos baseados em gratificação pessoal; ausência de padrões internos pró-sociais associados à incapacidade de se conformar à lei ou a normas de comportamento éticas e culturalmente enquadradas
  2. Défices no **funcionamento interpessoal** (a ou b):
    - a. **Empatia:** falta de preocupação com os sentimentos, necessidades ou sofrimento dos outros; ausência de remorso depois de magoar ou maltratar alguém
    - b. **Intimidade:** incapacidade para relações de intimidade recíproca, já que a exploração é um modo primário de relação com os outros, inclusivamente através de engano ou coerção; uso de dominação ou intimidação para controlar os outros.
- B. Traços de personalidade patológicos nos seguintes domínios:
  1. **Antagonismo**, caracterizado por:
    - a. **Manipulação:** uso frequente de subterfúgio para influenciar ou controlar outros; uso de sedução, charme, loquacidade, ou bajulação para atingir os seus fins
    - b. **Engano:** desonestidade e fraudulência; deturpação de si próprio; embelezamento ou invenção quando relata eventos
    - c. **Insensibilidade:** falta de preocupação pelos sentimentos ou problemas dos outros; ausência de culpa ou remorso acerca dos efeitos negativos ou deletérios das suas acções sobre os outros; agressão; sadismo
    - d. **Hostilidade:** sentimentos persistentes ou frequentes de raiva; raiva ou irritabilidade em resposta a pequenas desconsiderações e insultos; comportamento mesquinho, mau ou vingativo
  2. **Desinibição**, caracterizada por:
    - a. **Irresponsabilidade:** desrespeito por – e falha em honrar compromissos financeiros ou outros; falta de respeito por – e incapacidade de levar por diante – acordos e promessas
    - b. **Impulsividade:** agir ao sabor do momento e em resposta a estímulos imediatos, actuar numa base momentânea sem plano ou sem considerar o resultado: dificuldade em fazer ou cingir-se a planos
    - c. **Tomada de riscos:** envolvimento em actividades perigosas, arriscadas e potencialmente auto-lesivas, desnecessariamente e sem pensar nas consequências; propensão para o tédio e desencadear impulsivo de actividades para contrariar o tédio; falta de preocupação com as suas próprias limitações e negação da realidade de perigo para si próprio
- C. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade individuais são relativamente estáveis através do tempo e consistentes em diferentes situações

- D. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade não são melhor entendidos como normativos quer para o estágio de desenvolvimento do indivíduo, quer para a envolvente sociocultural
- E. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade do indivíduo não se devem somente a efeitos fisiológicos de uma substância ou a uma condição médica geral
- F. O indivíduo tem pelo menos 18 anos de idade

### Perturbação de Personalidade Borderline (Revisto em Junho 2011)

Para se diagnosticar perturbação de personalidade borderline, é preciso que estejam presentes os seguintes critérios:

- A. Défices significativos no funcionamento da personalidade manifestos por:
  - 1. Défices no **auto-funcionamento** (a ou b):
    - a. **Identidade:** auto-imagem marcadamente pobre, pouco desenvolvida ou instável, muitas vezes associada com auto-criticismo excessivo; sentimento crónico de vazio; estados dissociativos sob stress
    - b. **Auto-orientação:** instabilidade nos objectivos, aspirações, valores e planos de carreira
  - 2. Défices no **funcionamento interpessoal** (a ou b):
    - a. **Empatia:** prejuízo da capacidade para reconhecer os sentimentos e necessidades dos outros associado com hipersensitividade interpessoal (i.e. propenso a sentir-se menosprezado ou insultado); percepções acerca dos outros selectivamente enviesadas para atributos ou vulnerabilidades negativas.
    - b. **Intimidade:** relações intensas, instáveis e conflituosas, marcadas por desconfiança, carência e preocupação ansiosa acerca de possível abandono real ou imaginário; relações próximas muitas vezes vistas sob extremos de idealização e desvalorização e alternando entre o envolvimento e o evitamento
- B. Traços de personalidade patológicos nos seguintes domínios:
  - 1. **Afectividade negativa**, caracterizada por:
    - a. **Labilidade emocional:** experiências emocionais instáveis e frequentes alterações de humor; emoções que são facilmente despertadas, intensas e/ou desproporcionadas em relação a acontecimentos e circunstâncias
    - b. **Ansiedade:** sentimentos intensos de nervosismo, tensão ou pânico, muitas vezes em relação com stress interpessoal; preocupação acerca dos efeitos negativos de experiências desagradáveis do passado e expectativas negativas acerca do futuro; sentir-se receoso, apreensivo ou ameaçado pela incerteza; medos de se desmoronar ou perder o controlo
    - c. **Insegurança de separação:** receio de rejeição e/ou separação de pessoas significativas, associado com medo de excessiva dependência e completa perda de autonomia
    - d. **Depressibilidade:** sentimentos frequentes de estar mal, miserável e/ou desesperançado; dificuldade em recuperar destes estados de humor; pessimismo acerca do futuro; vergonha generalizada; sentimento de baixa auto-estima; ideação suicida e comportamento suicidário

2. **Desinibição**, caracterizada por:

- a. **Impulsividade**: actuar ao sabor do momento em resposta a estímulos imediatos; actuar numa base momentânea sem plano ou sem ter em consideração as consequências; dificuldade em estabelecer ou seguir planos; sensação de urgência e comportamento auto-agressivo sob stress emocional
- b. **Tomada de riscos**: envolvimento em actividades perigosas, arriscadas e potencialmente auto-lesivas, desnecessariamente e sem pensar nas consequências; falta de preocupação com as suas próprias limitações e negação da realidade de perigo para si próprio

3. **Antagonismo**, caracterizado por:

- a. **Hostilidade**: sentimentos persistentes ou frequentes de raiva; raiva ou irritabilidade em resposta a pequenas desconsiderações e insultos

C. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade individuais são relativamente estáveis através do tempo e consistentes em diferentes situações

D. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade não são melhor entendidos como normativos quer para o estágio de desenvolvimento do indivíduo, quer para a envolvente sociocultural

E. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade do indivíduo não se devem somente a efeitos fisiológicos de uma substância ou a uma condição médica geral

### Perturbação de Personalidade Evitante (Revisto em Junho 2011)

Para se diagnosticar perturbação de personalidade evitante, é preciso que estejam presentes os seguintes critérios:

A. Défices significativos no funcionamento da personalidade manifestos por:

1. Défices no **auto-funcionamento** (a ou b):

- a. **Identidade**: baixa auto-estima associada a uma auto-avaliação de inaptidão social, pessoalmente pouco atractivo ou inferior
- b. **Auto-orientação**: padrões de comportamento pouco realistas associados a relutância em prosseguir objectivos, correr riscos ou comprometer-se em novas actividades envolvendo contacto interpessoal

2. Défices no **funcionamento interpessoal** (a ou b):

- a. **Empatia**: preocupação com e sensibilidade em relação a criticismo ou rejeição associado a inferências distorcidas da perspectiva dos outros como negativa
- b. **Intimidade**: relutância em envolver-se com outras pessoas a não ser no caso de ter a certeza de ser gostado; reciprocidade diminuída no contexto de relações íntimas por receio de ser ridicularizado ou envergonhado

B. Traços de personalidade patológicos nos seguintes domínios:

1. **Desapego**, caracterizado por:

- a. **Isolamento**: reticência em situações sociais; evitamento de contactos e actividade social; incapacidade de iniciar contactos sociais
- b. **Evitamento da Intimidade**: evitamento de relações próximas ou românticas, ligações interpessoais, e relações sexuais íntimas

- c. **Anedonia:** falta de prazer em, de envolvimento em ou de energia para experiências de vida; défices na capacidade de sentir prazer ou de se interessar pelas coisas
- 2. **Afectividade negativa**, caracterizada por:
  - a. **Ansiedade:** sentimentos intensos de nervosismo, tensão ou pânico, muitas vezes em reacção a situações sociais; preocupação acerca dos efeitos negativos de experiências desagradáveis do passado e de possibilidades futuras negativas (antecipações negativas); sentir-se receoso, apreensivo ou ameaçado pela incerteza; medo do embaraço (vergonha)
- C. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade individuais são relativamente estáveis através do tempo e consistentes em diferentes situações
- D. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade não são melhor entendidos como normativos quer para o estágio de desenvolvimento do indivíduo, quer para a envolvente sociocultural
- E. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade do indivíduo não se devem somente a efeitos fisiológicos de uma substância ou a uma condição médica geral

#### Perturbação de Personalidade Narcísica (Revisto em Junho 2011)

Para se diagnosticar perturbação de personalidade narcísica, é preciso que estejam presentes os seguintes critérios:

- A. Défices significativos no funcionamento da personalidade manifestos por:
  - 1. Défices no **auto-funcionamento** (a ou b):
    - a. **Identidade:** a regulação da auto-imagem e da auto-estima é feita por excessiva referenciação a outros; auto-avaliação exagerada, podendo ser inflacionada ou não, ou vacilar entre extremos; regulação emocional espelhando flutuações da auto-estima
    - b. **Auto-orientação:** os objectivos baseiam-se em ganhar a aprovação dos outros; padrões pessoais exageradamente altos de forma a perceber-se como excepcional; ou demasiado baixos baseado num sentimento de direito; frequentemente inconscientes das próprias motivações
  - 2. Défices no **funcionamento interpessoal** (a ou b):
    - a. **Empatia:** prejuízo da capacidade para reconhecer os sentimentos e necessidades dos outros; excessivamente sintonizados com as reacções dos outros, mas somente se forem percebidas como relevantes para si próprio; sobrestima ou desvaloriza o seu próprio efeito nos outros
    - b. **Intimidade:** relações largamente superficiais que servem para regular a auto-estima; reciprocidade estrangida pelo escasso interesse genuíno na experiências dos outros e predominância da necessidade de ganho pessoal
- B. Traços de personalidade patológicos nos seguintes domínios:
  - 1. **Antagonismo**, caracterizado por:
    - a. **Grandiosidade:** sentimentos de impunidade ostensiva ou disfarçada; egocêntrico; prende-se firmemente à crença de que é melhor que os outros; condescendente para com os outros
    - b. **Procura de atenção:** excessivas tentativas de atrair e ser o foco da atenção dos outros; busca de admiração

- C. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade individuais são relativamente estáveis através do tempo e consistentes em diferentes situações
- D. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade não são melhor entendidos como normativos quer para o estágio de desenvolvimento do indivíduo, quer para a envolvente sociocultural
- E. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade do indivíduo não se devem somente a efeitos fisiológicos de uma substância ou a uma condição médica geral

### Perturbação de Personalidade Obsessivo-Compulsiva (Revisto em Junho 2011)

Para se diagnosticar perturbação de personalidade obsessivo-compulsiva, é preciso que estejam presentes os seguintes critérios:

- A. Défices significativos no funcionamento da personalidade manifestos por:
  - 1. Défices no **auto-funcionamento** (a ou b):
    - a. **Identidade**: sentido de si próprio derivado predominantemente do trabalho ou da produtividade; experiência e expressão de emoções fortes restringidas
    - b. **Auto-orientação**: dificuldade em completar tarefas e realizar objectivos em relação com padrões internos de comportamento rígidos, desproporcionalmente elevados e inflexíveis; atitudes excessivamente conscienciosas e moralistas
  - 2. Défices no **funcionamento interpessoal** (a ou b):
    - a. **Empatia**: dificuldade em perceber e apreciar as ideias, sentimentos ou comportamentos dos outros
    - b. **Intimidade**: as relações são vistas como secundárias em relação ao trabalho e à produtividade; rigidez e teimosia afectam negativamente as relações com os outros
- B. Traços de personalidade patológicos nos seguintes domínios:
  - 1. **Compulsividade**, caracterizada por:
    - a. **Perfeccionismo rígido**: insistência rígida em que tudo seja impecável, perfeito, sem erros ou falhas, incluindo o seu próprio desempenho e o dos outros; prejuízo da pontualidade para assegurar correcção nos mais pequenos detalhes; crença de que só há um método correcto para fazer as coisas; dificuldade na mudança de ideias e /ou pontos de vista; preocupação com pormenores, organização e ordem
  - 2. **Afectividade negativa**, caracterizada por:
    - a. **Perseveração**: persistência em tarefas muito depois de o comportamento ter deixado de ser funcional ou eficaz; persistência no mesmo comportamento apesar de sucessivos falhanços
- C. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade individuais são relativamente estáveis através do tempo e consistentes em diferentes situações
- D. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade não são melhor entendidos como normativos quer para o estágio de desenvolvimento do indivíduo, quer para a envolvente sociocultural

- E. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade do indivíduo não se devem somente a efeitos fisiológicos de uma substância ou a uma condição médica geral

### Perturbação de Personalidade Esquizotípica (Revisto em Junho 2011)

Para se diagnosticar perturbação de personalidade esquizotípica, é preciso que estejam presentes os seguintes critérios:

- A. Défices significativos no funcionamento da personalidade manifestos por:
1. Défices no **auto-funcionamento** (a ou b):
    - a. **Identidade**: fronteiras esbatidas entre si próprio e os outros; auto-conceito distorcido; expressão emocional frequentemente incongruente com o contexto ou a experiência interna
    - b. **Auto-orientação**: objectivos incoerentes e irrealistas; nenhum conjunto claro de padrões internos
  2. Défices no **funcionamento interpessoal** (a ou b):
    - a. **Empatia**: dificuldade marcada em perceber o impacto dos seus comportamentos nos outros; frequentes más interpretações das motivações e comportamentos dos outros
    - b. **Intimidade**: marcada incapacidade de desenvolver relações próximas, associada a desconfiança e ansiedade
- B. Traços de personalidade patológicos nos seguintes domínios:
1. **Psicoticismo**, caracterizado por:
    - a. **Excentricidade**: comportamento ou aparência estranhos, bizarros ou incomuns; diz coisas incomuns ou inapropriadas
    - b. **Desregulação cognitiva e perceptiva**: processo de pensamento estranho ou incomum; pensamento e discurso vago, circunstancial, metafórico, excessivamente elaborado ou estereotipado; sensações estranhas em várias modalidades sensoriais
    - c. **Crenças e experiências bizarras**: conteúdo do pensamento e perspectiva da realidade que são percebidas como bizarras ou idiossincráticas pelos outros; experiências incomuns da realidade
  2. **Desapego**, caracterizado por:
    - a. **Restrição afectiva**: pouca reactividade a situações emocionalmente estimulantes; expressão e experiência emocionais restritas; indiferença e frieza
    - b. **Isolamento**: preferência por estar só em vez de estar com outros; reticência em situações sociais; evitamento de contactos e actividades sociais; incapacidade de iniciar contactos sociais
  3. **Afectividade negativa**, caracterizada por:
    - a. **Desconfiança**: expectativas de – e alta sensibilidade para – sinais de más intenções ou de intenção de causar dano nas relações interpessoais; dúvidas acerca da lealdade e fidelidade dos outros; sentimentos persecutórios
- C. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade individuais são relativamente estáveis através do tempo e consistentes em diferentes situações
- D. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade não são melhor entendidos como normativos quer para o estágio de desenvolvimento do indivíduo, quer para a envolvente sociocultural

- E. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade do indivíduo não se devem somente a efeitos fisiológicos de uma substância ou a uma condição médica geral

#### Perturbação de Personalidade Especificada por Traços (Revisto em Junho 2011)

Para se diagnosticar perturbação de personalidade, é preciso que estejam presentes os seguintes critérios:

- A. Défices significativos (i.e. deficiência ligeira ou mais pesada) no funcionamento individual (identidade ou auto-orientação) e interpessoal (empatia ou intimidade)
- B. Um ou mais domínios de traços de personalidade patológicos **ou** facetas específicas de traços dentro dos domínios, considerando **todos** os seguintes domínios:
  1. **Afectividade negativa**
  2. **Desapego**
  3. **Antagonismo**
  4. **Desinibição vs Compulsividade**
  5. **Psicoticismo**

**Nota:** Pelo menos um domínio ou uma ou mais facetas **têm** de ser classificados como “ligeiramente descritivo” do indivíduo ou grau mais elevado de correspondência  
Caso um domínio seja classificado como “ligeiramente descritivo”, pelo menos uma das facetas associadas tem de ser classificada como “moderadamente descritivo” ou grau mais elevado de correspondência

- C. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade individuais são relativamente estáveis através do tempo e consistentes em diferentes situações
- D. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade não são melhor entendidos como normativos quer para o estágio de desenvolvimento do indivíduo, quer para a envolvente sociocultural
- E. Os défices no funcionamento da personalidade e na expressão dos traços de personalidade do indivíduo não se devem somente a efeitos fisiológicos de uma substância ou a uma condição médica geral

Traduzido e adaptado de American Psychiatric Association. **DSM-IV and DSM-5 Criteria for the Personality Disorders; 2012. Disponível em:**

**<http://www.dsm5.org/Documents/Personality%20Disorders/DSM-IV%20and%20DSM-5%20Criteria%20for%20the%20Personality%20Disorders%205-1-12.pdf>**