






ARTIGO ORIGINAL

O novo modelo diagnóstico de transtornos da personalidade da CID-11 e a sua aplicação

The new ICD-11 diagnostic model for personality disorders and its application

El nuevo modelo de diagnóstico de la ICD-11 para los trastornos de la personalidad y su aplicación

Neidsoni Pereira de Oliveira ^a, Sérgio Eduardo Silva de Oliveira^a, Marcela Mansur-Alves ^b, Lucas Francisco de Carvalho ^c

^a Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – Brasília/DF – Brasil. ^b Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento – Belo Horizonte/MG – Brasil. ^c Universidade São Francisco, Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Campinas/SP – Brasil.

DOI 10.5935/2318-0404.20230006

Resumo

O diagnóstico de transtornos da personalidade (TP) vem passando por extensas reformulações, culminando em mudanças significativas nos sistemas de classificação de transtornos mentais. As mudanças visam produzir diagnósticos com melhores indicadores de maior validade e confiabilidade e uma abordagem mais ágil com utilidade clínica e epidemiológica. A Organização Mundial da Saúde, na publicação da 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) em janeiro de 2022, propôs um modelo radicalmente diferente de seu antecessor. O diagnóstico de TP é feito dimensionalmente quase em sua totalidade. O modelo inclui uma avaliação da gravidade geral do TP (dimensão do funcionamento da personalidade), assim como dos qualificadores de traços patológicos da personalidade (afetividade negativa, desapego, dissociabilidade, desinibição e anancastia) e também do qualificador padrão borderline, que é um resquício do paradigma categórico. Nesse sentido, este artigo tem como objetivo detalhar as mudanças realizadas na CID-11 para diagnosticar os TP e discutir como esse novo modelo dimensional se insere no contexto atual a partir de uma reflexão sobre suas vantagens, desafios e implicações para os profissionais que trabalham com saúde mental. Este artigo procura responder às seguintes perguntas: Por que a mudança de um paradigma categórico para um dimensional para diagnosticar TP? Qual é a história por trás desse modelo? Quais são as mudanças teóricas e práticas que esse novo modelo fornece? Como diagnosticar um TP usando esse novo modelo? Quando esse sistema será usado no Brasil?

Palavras-chaves: Transtornos da personalidade; Classificação Internacional de Doenças; Diagnóstico

Abstract

The diagnosis of personality disorders (PD) has been undergoing extensive reformulations, culminating in significant changes in mental disorder classification systems. Changes aim to produce diagnoses with better validity and reliability indicators and a more agile approach with clinical and epidemiological utility. The World Health Organization, in the publication of the 11th edition of the International Classification of Diseases (ICD-11) in January 2022, proposed a model radically different from its predecessor. The diagnosis of PD is made dimensionally almost in its entirety. The model includes an assessment of the general severity of PD (dimension of personality functioning), as well as of the pathological personality trait qualifiers (negative affectivity, detachment, dissociability, disinhibition, and anankastic), and also of the borderline pattern qualifier, which is a remaining of the categorical paradigm. In this sense, this article aims to detail the changes made to the ICD-11 to diagnose PD and discuss how this new dimensional model is inserted in the current context based on a reflection on its advantages, challenges, and implications for professionals who works with mental health. This article seeks to answer the following questions: Why does the change from a categorical to a dimensional paradigm for diagnosing PD? What is the history behind this model? What are the theoretical and practical changes this new model provides? How to diagnose a PD using this new model? When will this system be used in Brazil?

Keywords: Personality disorders; International Classification of Diseases; Diagnosis

Resumen

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad (TP) se ha sometido a extensas reformulaciones, culminando en cambios significativos en los sistemas de clasificación de trastornos mentales. Los cambios apuntan a producir diagnósticos con mejores indicadores de validez y confiabilidad y un enfoque más ágil con utilidad clínica y epidemiológica. La Organización Mundial de la Salud, en la publicación de la 11ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) en enero de 2022, propuso un modelo radicalmente diferente de su predecesor. El diagnóstico de TP se realiza dimensionalmente casi en su totalidad. El modelo incluye una evaluación de la gravedad general de lo TP (dimensión del funcionamiento de la personalidad), así como de los calificadores de rasgos patológicos de personalidad (afectividad negativa, alejamiento, dissociabilidad, desinhibición y anancasmo), y también del calificador del patrón borderline, que es restante del paradigma categórico. En este sentido, este artículo tiene como objetivo detallar los cambios realizados en el ICD-11 para diagnosticar lo TP y discutir cómo se inserta este nuevo modelo dimensional en el contexto actual basado en una reflexión sobre sus ventajas, desafíos e implicaciones para los profesionales que trabajan con salud mental. Este artículo busca responder a las siguientes preguntas: ¿Por qué el cambio de un paradigma dimensional a uno categórico para diagnosticar lo TP? ¿Cuál es la historia detrás de este modelo? ¿Cuáles son los cambios

teóricos y prácticos que proporciona este nuevo modelo? ¿Cómo diagnosticar un PD usando este nuevo modelo? ¿Cuándo se utilizará este sistema en Brasil?

Palabras clave: Trastornos de la personalidad; Clasificación Internacional de Enfermedades; Diagnóstico

A classificação dos transtornos da personalidade (TP) e de outras psicopatologias é uma tarefa de longa data. A profusão de classificações, até o início do século XX, implicava em dificuldades de comunicação entre os profissionais de saúde e instâncias governamentais. Inexistia um sistema diagnóstico uniforme e com autoridade sobre o tema¹. A solução para essa “torre de babel” de classificação das psicopatologias foi a instituição de um sistema oficial de classificação que oferecesse uma linguagem comum. Até o ano de 2021 eram duas as principais “línguas da psiquiatria moderna” (classificações de referência): o “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais”, conhecido como DSM, da *American Psychiatric Association* (APA), em sua 5ª edição publicada em 2013 (DSM-5)², e a “Classificação Internacional de Doenças” (CID), elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua 10ª edição publicada em 1989. A novidade no campo da nosologia é a recente aprovação da 11ª edição da CID (a CID-11), que entrou em vigor em janeiro de 2022 para a OMS³. Na CID-11 é adotada uma nova classificação dos TP, a qual se configura como uma das principais mudanças em relação à sua edição anterior. Ela abandona o modelo de classificação dos TP em categorias distintas (ex.: paranoica, histriônica, dependente, dissocial etc) e passa a adotar um modelo dimensional, baseado essencialmente em níveis de gravidade de sintomas do TP. A pertinência de se adotar o modelo dimensional já vinha sendo pauta das discussões acadêmicas e científicas há muito tempo, tendo sido, inclusive, objeto das comissões de revisão do DSM, que culminaram na proposição de um modelo híbrido (dimensional e categórico) para o DSM-5⁴.

A compreensão detalhada das características e mudanças trazidas pelo novo modelo dos TP da CID-11, o qual se apresenta como o primeiro modelo primordialmente dimensional em um manual diagnóstico oficial em saúde mental, faz-se essencial para pesquisadores e profissionais que trabalham e pesquisam na área. Conforme apontam McCabe e Widiger⁵, a CID-11 passa a ser o sistema de classificação diagnóstico autoritativo para os 194 países membros da OMS, dentre os quais está o Brasil. Após um período de necessária transição entre sistemas e de difusão dessas mudanças trazidas pela CID-11, será requerido dos profissionais e demais envolvidos na prestação de serviços de atenção à saúde, especialmente em se tratando de saúde pública e coletiva, o conhecimento da nova nomenclatura bem como seu uso adequado e refletido. Dessa forma, pode surgir algumas questões essenciais nesse cenário, a saber: por que a mudança de um paradigma categórico para um dimensional de diagnóstico dos TP? Qual o histórico por detrás desse modelo (como chegamos até aqui)? Quais as mudanças teóricas e práticas esse novo modelo propicia? Como diagnosticar um TP a partir desse novo modelo? Quando sua aplicação se iniciará no Brasil? Partindo dessas questões, o presente artigo tem como objetivo apresentar o novo modelo diagnóstico dos TP segundo a proposta trazida na CID-11 e suas implicações e aplicações. Para tanto, discutiremos inicialmente questões pertinentes à conceituação de personalidade e de TP, de modo a compreendermos os aspectos conceituais que fundamentam o novo modelo da CID-11.

A personalidade e os transtornos de personalidade

Definir personalidade é uma tarefa complexa que dependerá do autor e da perspectiva teórica que fundamentará o seu conceito⁶. Em linhas gerais, personalidade é a integração dinâmica da totalidade da experiência subjetiva de uma pessoa e padrões de pensamento e comportamento, conscientes e inconscientes, incluindo experiências de si mesmo e do mundo ao redor, desejos e medos habituais, pontos de vista e estados intencionais⁷. Em um conceito breve, no DSM-5, personalidade é definida “como um padrão de percepção, relação e pensamento sobre o ambiente e si mesmo” (p. 763²). O funcionamento mal adaptativo da personalidade levaria ao que chamamos de TP, implicando em uma perturbação clinicamente significativa no comportamento, cognição ou regulação emocional. A definição de TP e sua classificação, no entanto, é uma área problemática na ciência da personalidade, havendo (ainda que em minoria) quem questione se de fato existe algo como um TP⁸. Historicamente, Livesley et al.⁹ apontam que a conceituação moderna de TP se inicia com Pritchard em 1837, ao usar o termo insanidade moral quando a pessoa apresentava grave perturbação no comportamento social sem prejuízo aparente no estado mental. Nas formulações iniciais dos TP, as teorias psicodinâmicas tiveram muita influência, as quais são identificadas nas primeiras edições da CID e do DSM, seja pelos conceitos adotados nas descrições de classes nosológicas, seja no uso de alguns termos. Apenas na terceira edição do DSM ocorreu o afastamento definitivo da abordagem psicanalítica. A partir dela se passou a adotar uma base “ateórica” e um modelo nosológico categórico e qualitativo¹⁰.

Nas edições mais recentes dos manuais nosológicos (CID-11 e DSM-5) são observados pontos de convergência no conceito de TP. O avanço conceitual ocorre na identificação do cerne da patologia da personalidade, sendo que um TP passa a ser definido basicamente por disfunção de aspectos do *self* e interpessoal^{2,3}. Problemas no funcionamento das experiências internas (identidade e autodirecionamento), bem como perturbações nos modos de interações interpessoais (empatia e intimidade), são os fatores que melhor predizem os TP e a gravidade da patologia da personalidade. Assim, a definição de TP sai de uma perspectiva qualitativa/categórica para uma quantitativa/dimensional. Essa nova definição emerge de modelos psicométricos, cuja definição é empiricamente baseada, e essas questões conceituais dos TP estão intimamente relacionadas aos sistemas de classificá-los. É nesse meandro que as questões referentes aos modelos diagnósticos categórico e dimensional aparecem.

Modelos categórico e dimensional dos transtornos da personalidade no DSM e na CID

O debate que protagonizou as discussões referentes aos TP na elaboração dos atuais manuais nosológicos (DSM-5 e CID-11) centrou-se basicamente na questão se haveria uma mudança do sistema diagnóstico para uma abordagem dimensional ou se continuaria com o modelo categórico. Falar em uma classificação categórica significa dizer que entre duas categorias há diferenças qualitativas caracterizadas por variações em processos, estruturas e mecanismos. Por sua vez, uma classificação dimensional implica constatar diferenças em quantidade ou grau de algo¹¹. O texto do DSM-5 exemplifica essa definição quando afirma que a classificação categórica se traduz no conceito de que TP são “síndromes clínicas qualitativamente distintas”, enquanto na

perspectiva dimensional os TP “representam variantes mal adaptativas de traços da personalidade que se fundem imperceptivelmente com a normalidade e entre si” (p. 646²).

Enquanto, por um lado, qualidade se refere à propriedade que determina a essência ou natureza de algo, por outro, quantidade é uma medida de algo, inclusive de mesma natureza. Assim, pela classificação categórica a pessoa que tem um diagnóstico de TP de uma categoria específica é diferente de outra pessoa com um TP de outra categoria, e diferente da que não tem nenhum TP. Pela classificação dimensional (adotada na CID-11), um indivíduo com TP se diferencia quantitativamente de uma outra pessoa sem TP por apresentar níveis maiores dos traços patológicos. Ainda, as pessoas com TP variam entre si por meio de perfis quantitativos diferenciados nos cinco traços patológicos do modelo, nomeados como afetividade negativa, distanciamento, dissociabilidade, desinibição e anancastia. Maiores detalhes sobre vantagens e desvantagens dos modelos categórico e dimensional podem ser vistos em Wright¹¹, Trull e Durrett¹², e em Widiger e Trull¹³.

O modelo dimensional de TP da CID-11 é apenas um dentre outros possíveis modelos dimensionais para os TP (ver modelos dimensionais para os TP em Trull & Durrett¹²). No caso do modelo da CID-11, a dimensionalidade é operacionalizada na gravidade da patologia da personalidade, cuja avaliação é o elemento essencial para o diagnóstico, e nos traços proeminentes da personalidade, nomeados de afetividade negativa, distanciamento, dissociabilidade, desinibição e anancastia. Esses domínios constituem um componente opcional no sistema diagnóstico e servem como descritores qualificadores da patologia da personalidade. Cabe aqui também destacar que esses traços têm relações estreitas e se configuram como variações extremas dos traços gerais da personalidade de acordo com o modelo dos cinco grandes fatores^{12,14-17}. Desse modo, partindo de evidências empíricas e de modelos psicométricos, a OMS chegou na formulação do atual sistema diagnóstico dos TP.

O modelo dimensional de transtornos da personalidade da CID-11

Em 2010 foi criado o Grupo de Trabalho da CID-11 para revisão do capítulo referente aos TP, com representantes de todas as regiões da OMS. A comunidade científica e profissional estava insatisfeita com a classificação categórica da CID-10. Havia uma relutância em diagnosticar uma pessoa com TP, em parte, por causa de conceitos anteriores das primeiras versões da CID, que considerava a condição imutável, generalizada e intratável. De pronto, o Grupo de Trabalho concluiu que havia fortes argumentos para a proposição de um modelo totalmente dimensional, rejeitando-se a proposta de modelo híbrido, então em discussão para o DSM-5¹⁸. Vale destacar aqui que o modelo híbrido do DSM-5 foi o resultado da falta de consenso e críticas à proposta inicial do modelo dimensional apresentado pelo Grupo de Trabalho de Revisão dos TP para o DSM-5^{19,20}. Ademais, o próprio modelo híbrido não foi aprovado para ser o modelo oficial do DSM-5, mas sim um modelo alternativo, integrando a Seção III “Instrumentos de Avaliação e Modelos Emergentes”^{2,4}, numa tentativa de suavizar a transição entre os modelos categórico e dimensional²¹. A intenção da OMS e da APA era uma harmonização entre os manuais nosológicos, previstos para publicação em 2012 para o DSM-5 e 2014 para CID-11^{22,23}. O atraso de cinco anos para publicação da CID-11, que só ocorreu em 2019, possibilitou que se tirasse proveito da experiência do DSM-5 e se respondesse às críticas recebidas por ele, a exemplo da

complexidade, da linguagem da teoria dos traços com termos não familiares aos clínicos, da radicalização da mudança, e a questão do TP *borderline*¹⁹.

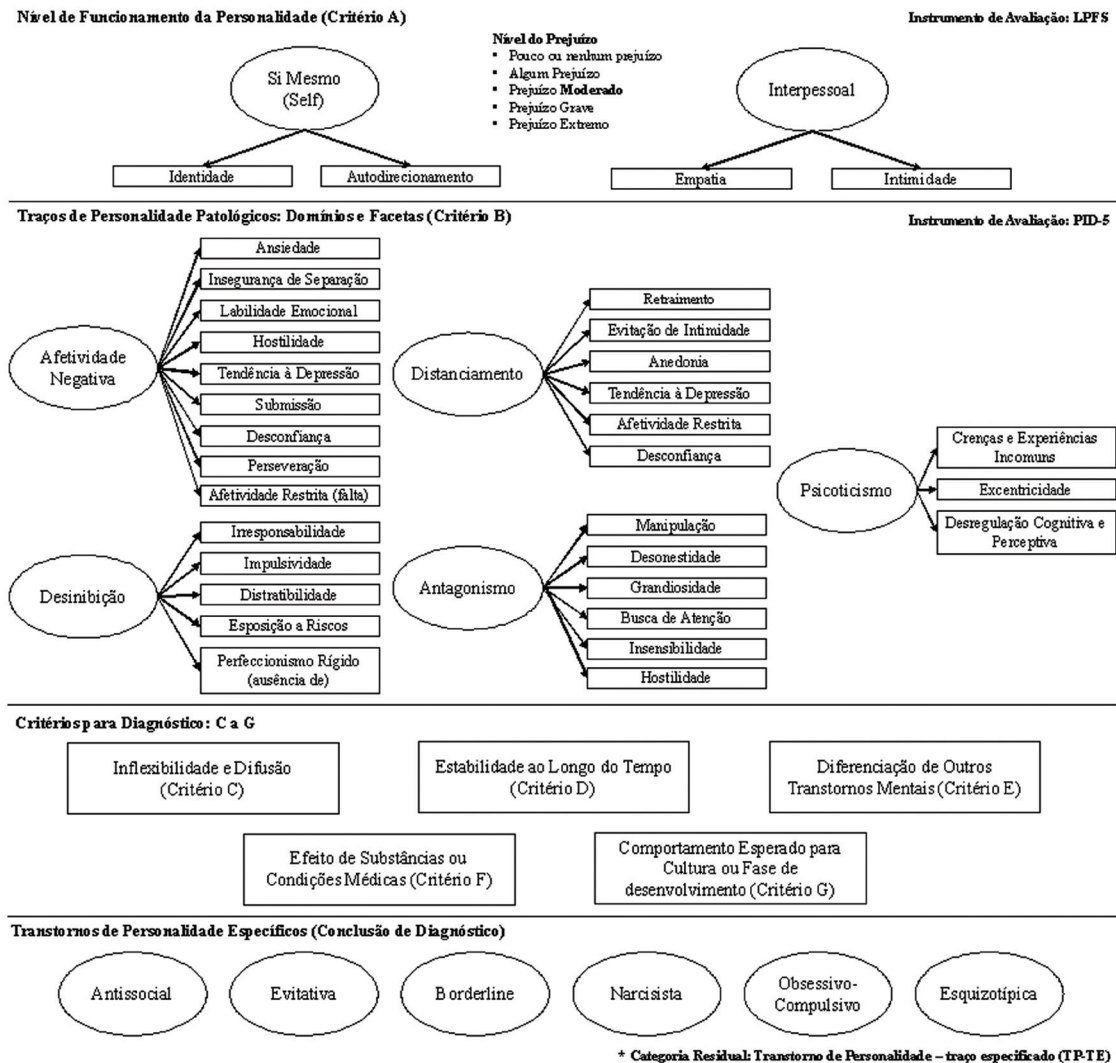
A complexidade deixou de ser uma crítica ao modelo dimensional em vista da simplicidade do modelo da CID-11 para os TP. A simplificação pode ser observada pela simples comparação visual entre a Figura 1 (esquema de operacionalização do modelo híbrido do DSM-5) e a Figura 2 (esquema de operacionalização do modelo dimensional da CID-11). A publicação do modelo alternativo (híbrido) do DSM-5 em 2013 amenizou o argumento de ser radical a mudança do modelo categórico para o dimensional. Não porque deixou de ser radical em si a mudança, mas o intervalo de publicação entre DSM-5 e CID-11 possibilitou o conhecimento do modelo de avaliação por dimensões de traços patológicos (ainda que híbrido) pela comunidade acadêmica e clínica em geral.

Como pode ser visto na Figura 1, a operacionalização do modelo híbrido do DSM-5 se dá por sete passos ou critérios: (A) avaliação do nível de prejuízo no funcionamento da personalidade; (B) avaliação dos traços patológicos da personalidade; (C) verificação da inflexibilidade e difusão dos critérios A e B; (D) verificação da estabilidade temporal dos critérios A e B, com início no mínimo na adolescência ou começo da vida adulta; (E) realização de diagnóstico diferencial, se critérios A e B não são mais bem explicados por outro transtorno mental; (F) verificação se critérios A e B não decorrem de efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica; (G) análise se critérios A e B não são tidos como normais para o estágio do desenvolvimento ou para o ambiente sociocultural da pessoa.

O critério A é a “porta de entrada” para o diagnóstico dos TP¹⁰. Só estará presente o TP se ele for avaliado no mínimo como moderado. O funcionamento da personalidade é subdividido em dois aspectos com dois subdomínios cada: *self* (identidade e autodirecionamento) e interpessoal (empatia e intimidade). A avaliação pode ser feita por diferentes técnicas, como entrevistas clínicas, observações ou por uso de instrumentos de avaliação. O DSM-5, para esse fim, disponibiliza o *Level of Personality Functioning Scale – LPFS*². De forma similar, o DSM-5 também disponibilizou um instrumento para avaliação do critério B, o *Personality Inventory for DSM-5 – PID-5*²⁴), que avalia os traços patológicos da personalidade². Para descrição dos traços patológicos da personalidade, o modelo híbrido apresenta cinco domínios (afetividade negativa, desinibição, distanciamento, antagonismo e psicoticismo) compostos por 25 facetas, conforme Figura 1. Para os critérios C a G não existem instrumentos ou modelos de mensuração, valendo-se o profissional de sua experiência clínica e habilidades na condução de técnicas de avaliação¹⁰. Verificados hierarquicamente todos os critérios (A a G), o clínico poderá chegar a uma conclusão diagnóstica categórica, conforme seis categorias distintas, a saber, antissocial, evitativa, *borderline*, narcisista, obsessivo-compulsiva e esquizotípica. Para cada categoria existe um algoritmo de traços patológicos que precisa ser satisfeito (ver descrição comentada em Oliveira¹⁰). Há ainda uma categoria denominada TP especificado pelo traço, quando a combinação de traços não satisfaz os algoritmos para nenhum dos seis tipos específicos. Portanto, o modelo híbrido do DSM-5 continua a classificar os TP por categorias, mas utilizando no processo de avaliação o modelo dimensional (daí o nome de modelo

híbrido: dimensional mais categórico). Esse sistema diagnóstico foi considerado complexo para o uso clínico, influenciando a adoção de uma classificação mais simples pela CID-11.

Figura 1. Diagrama do Modelo Híbrido de Transtorno de Personalidade do DSM-5

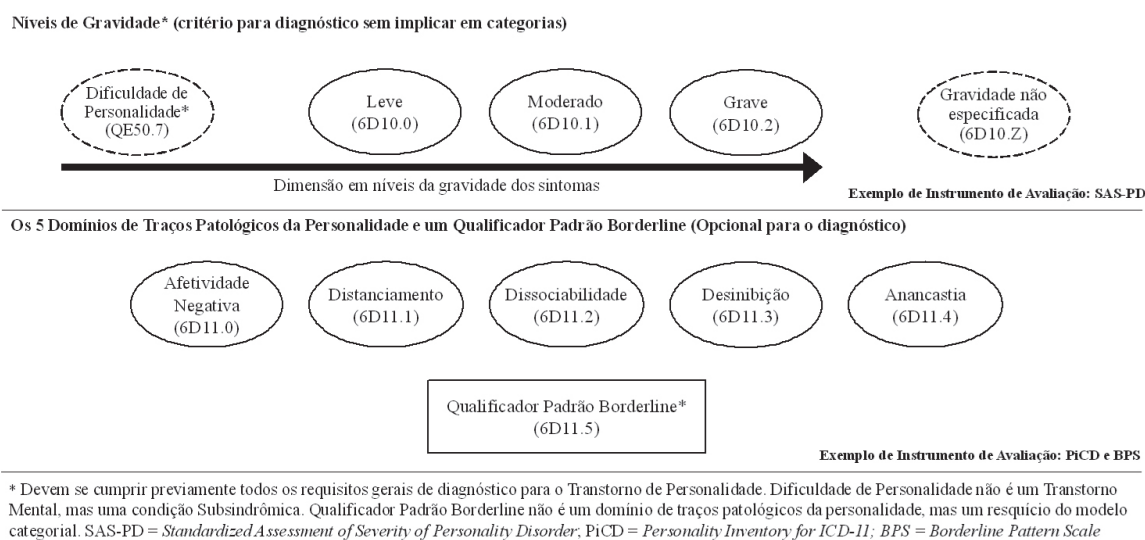


Nota. LPFS, Level of Personality Functioning Scale; PID-5, Personality Inventory for DSM-5.

O hiato entre a publicação do modelo híbrido do DSM-5 em 2013 para o modelo dimensional da CID-11, foi permeado de estudos acerca da proposta dimensional e facilitou a transição para o modelo mais puramente dimensional da CID-11. O ponto principal de discórdia em relação ao novo modelo se resumiu à perda do TP *borderline*. Os opositores à nova classificação não aceitavam o contra-argumento de que o conceito *borderline*, sendo heterogêneo, estava implicitamente dentro da estrutura de domínios, isto é, *borderline* se caracterizaria por mais de um domínio de traço (afetividade negativa, desinibição e dissociabilidade). Pelas diretrizes da estrutura proposta para a CID-11, a caracterização de um maior número de domínios, por si, seria indicativa de gravidade do distúrbio^{18,25}. Para solucionar esse impasse, foi convencionado a manutenção da estrutura

original do modelo dimensional de gravidade dos TP com os cinco domínios de traços. No entanto, como única exceção à proposta original, e sem substituir ou afetar as definições de gravidade, foi incluído o qualificador padrão *borderline*. Ele não se trata de um sexto domínio de traços, mas um resquício do modelo categórico. Esse foi o modelo aprovado pela OMS em 2019¹⁸. A Figura 2 apresenta o esquema diagnóstico pdo modelo dimensional da CID-11. Como pode ser visto, o modelo implica inicialmente na avaliação da gravidade da patologia da personalidade.

Figura 2. Diagrama do Modelo Dimensional de Transtornos da Personalidade da CID-11



Nota. Elipses representam dimensões; Retângulos representam categorias; Retângulo com elipses indicam categorias dentro da dimensão de severidade; Elipses com contorno fragmentado indicam evidências de problemas na personalidade; PDS-ICD-11, *ICD-11 Personality Disorder Severity Scale*; PiCD, *Personality Inventory for ICD-11*; FFiCD, *Five-Factor Inventory for ICD-11*; BPS, *Borderline Pattern Scale*.

Avaliação da gravidade da patologia da personalidade

O modelo dimensional dos TP da CID-11 consiste essencialmente em registrar a presença de um TP em termos de sua gravidade, sem obrigatoriedade de qualificação adicional. Esse *continuum* de gravidade pode ser distinguido como leve, moderado ou grave, conforme descritores na Tabela 1³. A escolha da gravidade dos sintomas como diretriz diagnóstica resultou de estudos que sugerem que a severidade da patologia da personalidade é melhor preditor da disfunção da personalidade e de seu prognóstico do que o diagnóstico com base em categorias específicas²⁶⁻²⁸. A validade de construto e a utilidade na prática clínica revelaram que o aumento de gravidade do TP corresponde a um aumento gradual na patologia clínica e disfunção social²⁹. A gravidade informa, ainda, a maior probabilidade de a pessoa tentar suicídio³⁰; o grau de patologia mental comórbida e disfunção social³¹; a probabilidade de resposta ao tratamento caso não esteja consciente da patologia³².

Tabela 1. Dimensões de Gravidade dos Transtornos da Personalidade na CID-11

	LEVE (6D10.0)	MODERADO (6D10.1)	GRAVE (6D10.2)
Dimensão do <i>self</i> Áreas: 1) senso de identidade; 2) senso de valor próprio; 3) acurácia na autoavaliação; 4) capacidade no autodirecionamento	Algumas áreas afetadas e outras preservadas.	Várias áreas afetadas, mas algumas menos prejudicadas.	Sérias alterações no funcionamento do <i>self</i> .
Dimensão interpessoal Áreas: 1) interesse nas relações; 2) empatia; 3) criar e manter relações saudáveis; 4) manejo de conflitos	Problemas em muitos relacionamentos.	Problemas marcados na maioria dos relacionamentos.	Graves problemas em todos os relacionamentos.
Manifestações emocionais Áreas: 1) Experiência e expressão emocional; 2) hiper ou hiporreatividade emocional; 3) reconhecimento de emoções negativas	Manifestações levemente prejudicadas.	Manifestações moderadamente prejudicadas.	Manifestações com prejuízos graves.
Manifestações cognitivas Áreas: 1) Avaliação acurada das situações sob estresse; 2) adequada tomada de decisões em situações incertas; 3) estável e flexível sistemas de crenças	Manifestações levemente prejudicadas.	Manifestações moderadamente prejudicadas.	Manifestações com prejuízos graves.
Manifestações comportamentais Áreas: 1) Controle dos impulsos e modulação do comportamento; 2) respostas comportamentais sob emoções intensas e situações estressantes	Manifestações levemente prejudicadas.	Manifestações moderadamente prejudicadas.	Manifestações com prejuízos graves.
Dificuldades da Personalidade (QE50.7)	Características da personalidade que afetam o tratamento ou os serviços de saúde, mas não atingem o nível de gravidade para um TP. Essas dificuldades são de longa data (pelo menos 2 anos) e se manifestam na expressão cognitiva e emocional de forma intermitente (por exemplo, durante períodos de estresse) ou em baixa intensidade. Elas estão associadas a alguns problemas interpessoais, mas não são graves o suficiente para causar uma perturbação perceptível nas interações e podem se limitar a relações ou situações específicas.		

Nota: Adaptado de WHO (2019).

A classificação do TP pela dimensão da gravidade tem um papel importante em individualizar o diagnóstico. Para Tyrer et al.³³, distinguir em categorias as pessoas com TP das sem TP (ou as saudáveis das patológicas), de forma dicotômica e com ponto de corte arbitrário, seria como definir o clima como quente ou frio por uma única figura centígrada. Ao estabelecer níveis de gravidade do TP, sugere-se um *continuum* entre a personalidade saudável e a patológica e se proporciona informações sobre o prognóstico, nível de risco e intensidade de tratamento necessário, incluindo possível decisão de hospitalização ou descontinuação de uma psicoterapia. Estabelecer um diagnóstico por níveis de gravidade também é um balizador comparativo sobre a efetividade das intervenções administradas no tratamento. Considerando que o padrão de traços é resistente a mudanças (são relativamente estáveis) e que a gravidade do transtorno tende a mudar e flutuar³⁴, o diagnóstico com base na gravidade pode melhor avaliar a remissão ou o agravamento de sintomas¹⁸ em momentos distintos.

Dentro da perspectiva dimensional de gravidade da patologia da personalidade, a CID-11 incluiu o diagnóstico de “dificuldade da personalidade” (QE50.7). O *status* “dificuldade da personalidade” não se

configura como um TP, mas uma condição subsindrômica, abaixo do limiar do TP. Caracteriza-se por traços da personalidade que têm influência no estado de saúde geral ou no contato com serviços de saúde, que se manifesta de forma intermitente e em baixa intensidade, não atingindo o nível mínimo para diagnóstico de um TP³. Esse nível abaixo do limiar do TP favorece a redução do estigma do diagnóstico à medida que se encontram evidências de que são muito comuns na população em geral^{33,35}.

A CID-11 simplificou a tal ponto o diagnóstico dos TP que a única tarefa requerida do clínico é alocar o nível de gravidade ao transtorno caso existente de acordo com a condição geral, ou em sua condição subsindrômica, sendo todo o resto secundário^{3,33}. Como condição geral, a CID-11 estabelece que o TP é caracterizado por: (1) problemas no funcionamento do *self* ou em disfunções interpessoais; (2) persistência por longo período (2 anos ou mais); (3) manifestação dos problemas em padrões de cognição, experiências e expressões emocionais, e comportamentos mal adaptativos; (4) Esses padrões se manifestam de forma inflexível em vários contextos; (5) Eles não são adequados à fase de desenvolvimento e nem explicados pelo contexto, assim como não são efeitos de substâncias ou medicamentos ou outra condição médica; (6) Eles estão associados a sofrimento ou prejuízo significativo em nível pessoal, familiar ou social³.

A CID-11 não traz em seu texto a idade de início de manifestação do TP ou a sua estabilidade ao longo da vida, como fez a CID-10. No entanto, as diretrizes relacionadas ao curso da patologia indicam que o transtorno começa a se manifestar na infância, se intensifica na adolescência e continua na idade adulta^{3,34}. O estabelecimento do início do TP apenas no final da adolescência ou início da vida adulta foi considerado inadequado, deixando, na CID-11, margem para diagnóstico de TP em qualquer idade¹⁸. Bach e First³⁴ ainda afirmam que enquanto a CID-10 pugna pela estabilidade ao longo do tempo, a CID-11 declara que o TP seria apenas relativamente estável depois da idade adulta jovem, podendo mudar a tal ponto de haver remissão na meia-idade. Acrescentam, com base nas diretrizes, que uma pessoa também pode desenvolver um TP mais tarde na vida, quando, por exemplo, perde algum apoio que compensava a manifestação do distúrbio, tipo um idoso que perde o apoio social que tinha antes e o ajudava a compensar os distúrbios da personalidade.

Complementar ao diagnóstico de gravidade, o sistema possui também um modelo de traços patológicos que qualificam os conteúdos da personalidade mais proeminentes. Assim, os clínicos podem desenvolver intervenções direcionadas para o perfil de traço específico de cada paciente, combinando assim severidade e perfil de traços. Ainda, tem o qualificado padrão *borderline*. Esses qualificadores são descritos a seguir.

Os qualificadores de traços patológicos da personalidade e o padrão *Borderline*

Os qualificadores dos TP na CID-11 são aspectos secundários no processo diagnóstico, contudo, muito úteis clinicamente e podem ser usados tanto no diagnóstico de TP como no diagnóstico de dificuldade da personalidade. O sistema de qualificadores apresenta dois tipos, a saber, os traços proeminentes da personalidade e o padrão *borderline*. O primeiro sistema qualificador inclui um modelo de traços patológicos da personalidade em cinco domínios, sendo eles: afetividade negativa, desinibição, distanciamento, dissociabilidade e anancastia. A Tabela 2 apresenta uma descrição de cada um dos cinco domínios e padrão *borderline* conforme CID-11.

Tabela 2. Descrição das Domínios de Traços Patológicos da Personalidade e Qualificador Borderline na CID-11

Qualificador	Descrição
Afetividade negativa (6D11.0)	<p>Tendência de experimentar uma ampla gama de emoções negativas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>Emoções negativas com frequência e intensidade desproporcionais à situação</u>: ansiedade, depressão, vulnerabilidade, medo, raiva, hostilidade, culpa, etc. 2) <u>Labilidade emocional e pobre regulação da emoção</u>: hiper-reatividade emocional aos próprios pensamentos e a eventos externos. 3) <u>Atitudes negativistas</u>: rejeição das sugestões ou conselhos das pessoas, dizendo que seria muito complexo ou difícil comprí-los. 4) <u>Baixa autoestima e autoconfiança</u>: evitação de situações e atividades por julgar ser muito difícil, depender dos outros, invejar as pessoas e/ou sentir-se inútil. 5) <u>Desconfiança</u>: crença de que os outros tem intenções más para consigo e que ações benignas escondem intenções maldosas.
Distanciamento (6D11.1)	<p>Tendência de manter distância interpessoal e emocional.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>Distanciamento social</u>: evitação de interações sociais, falta de amizades e evitação de intimidade. Falta de prazer em interações sociais. 2) <u>Distanciamento emocional</u>: experiência e expressão emocional limitada, reservada e distante.
Dissociabilidade (6D11.2)	<p>Tendência a apresentar desrespeito pelos direitos e sentimentos dos outros.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>Autocentramento (egocentrismo)</u>: crença de possuir direitos, expectativa de admiração dos outros e preocupação com as próprias necessidades. 2) <u>Falta de empatia</u>: inclui ser desonesto e manipulador, explorar os outros, ser fisicamente agressivo, insensibilidade aos outros e crueldade.
Desinibição (6D11.3)	<p>Tendência a agir precipitadamente com base em estímulos externos ou internos sem consideração das consequências.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>Impulsividade</u>: ações precipitadas em resposta à situação do momento, sem considerar as possíveis consequências negativas. 2) <u>Distratibilidade</u>: dificuldade em se manter focado em tarefas importantes e necessárias que requerem um esforço continuado. 3) <u>Irresponsabilidade</u>: falta de compromisso com responsabilidades e obrigações. 4) <u>Imprudência</u>: exposição a situações de risco por superestimar as próprias habilidades. 5) <u>Falta de planejamento</u>: preferência por atividades espontâneas sobre as planejadas, vivendo a vida sem considerações acerca do futuro.
Anancastia (6D11.4)	<p>Tendência a exibir padrão rígido de perfeição, de certo e errado, e de controle de si, dos outros e das situações.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>Perfeccionismo</u>: preocupação com regras sociais, obrigações e normas de certo e errado, atenção escrupulosa aos detalhes, sistemático, ênfase na organização. 2) <u>Constricção emocional e comportamental</u>: controle rígido sobre a expressão emocional, teimosia e inflexibilidade.
Qualificador Padrão Borderline (6D11.5)	<p>Tendência a apresentar um padrão generalizado de instabilidade de relacionamentos interpessoais, autoimagem e afetos, bem como impulsividade acentuada.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Esforço para evitar abandono real ou imaginado. 2) Padrão instável e intenso de relações interpessoais. 3) Distúrbio da identidade. 4) Comportamentos impulsivos e imprudentes. 5) Comportamentos de fazer mal a si mesmo. 6) Instabilidade e flutuação emocional. 7) Sentimento de vazio crônico. 8) Experiência e expressão incontrolada da raiva. 9) Sintomas dissociativos sob estresse. 10) Percepção de si como inadequado, mal e desprezível. 11) Senso profundo de solidão. 12) Problemas em manter a confiança nas relações interpessoais.

Nota. Tradução livre e adaptada de WHO (2019).

Em relação à justificativa sobre a quantidade dos domínios definidos para o modelo da CID-11, cabem algumas considerações. Em revisão sistemática de estudos, Mulder et al.³⁶ identificaram uma variação de três a oito fatores (domínios) de ordem superior, com resultados razoavelmente consistentes indicando entre três e cinco domínios, com a existência de uma dimensão externalizante e internalizante, e uma dimensão de distanciamento, essa última caracterizada por indiferença social e expressão restrita de afeto. Alguns dos estudos revisados também apontavam traços anancásticos ou obsessivo-compulsivo como um domínio coerente e com razoável independência¹⁸. Em suma, a estrutura de cinco domínios foi aprovada para CID-11 e teve sua validação em diversos estudos^{23,29,37,38}.

Por sua vez, o qualificador padrão *borderline* não constitui um domínio, mas um resquício do modelo categorial introduzido no modelo como forma de aumentar a utilidade clínica por parte daqueles que rejeitavam a mudança do modelo categorial pela perda da categoria *borderline*¹⁸. O principal argumento de manutenção dessa categoria se baseou no histórico e tradição de pesquisas acumuladas ao longo dos anos, bem como nos protocolos de tratamento já bem documentados na literatura. Por sua vez, os domínios de traços qualificadores da personalidade não são categorias ou diagnósticos sindrômicos, mas denotam dimensões estilísticas que contribuem na expressão da personalidade disfuncional³⁴.

Tanto a gravidade da disfunção da personalidade quanto os domínios estilísticos que contribuem para sua expressão existem em um *continuum*, ou seja, são construtos dimensionais. No entanto, para fins de codificação, a CID-11 optou pelo diagnóstico dimensional apenas quanto à gravidade, sendo esse o diagnóstico baseado em um dos níveis existentes. Quanto aos domínios de traços poderá ser indicado apenas como presente ou ausente, podendo ser esse diagnóstico complementar caracterizado por mais de um domínio, combinado ou não com o qualificador *borderline*³⁴.

A Aplicação do Modelo de Transtorno da Personalidade da CID-11

A operacionalização do diagnóstico de TP na CID-11 se dará em duas ou três etapas: as duas primeiras são obrigatórias e consistirá inicialmente na avaliação se o indivíduo atende ao conceito geral de TP – que é semelhante ao modelo de diagnóstico anterior. Em caso positivo será avaliado quanto à gravidade da disfunção (leve, moderada ou grave) e receberá o diagnóstico conforme a codificação da CID-11. Caso o conceito geral de TP seja atendido parcialmente, por exemplo, exista disfunção do *self* ou interpessoal, com sofrimento e prejuízo, por um longo período, mas de forma intermitente e de baixa intensidade, por exemplo, o diagnóstico poderá ser pela condição subsindrômica “dificuldades de personalidade”. A terceira etapa é opcional, consistindo em descrever o padrão específico de características que contribuem para a disfunção da personalidade, por um ou mais dos cinco domínios e/ou o padrão *borderline*.

A avaliação do TP poderá ser feita por técnicas diversas a exemplo de observações e entrevistas clínicas, bem como por testes psicológicos. No caso dos testes, instrumentos vêm sendo desenvolvidos e validados em diferentes culturas, alguns específicos para o modelo da CID-11, a exemplo: (1) para avaliar a disfunção da personalidade em seus níveis de gravidade os instrumentos mais usados são a “*Standardized Assessment*

of Severity of Personality Disorder” (SASPD)³⁹ e a *ICD-11 Personality Disorder Severity Scale* (PDS-ICD-11)⁴⁰; (2) para avaliação dos cinco domínios de traços patológicos existem o “*Personality Inventory for ICD-11*” (PiCD)⁴¹ e o *Five-Factor Personality Inventory for ICD-11* (FFiCD)⁴²; (3) para avaliação do qualificado padrão *borderline* existe a “*Borderline Pattern Scale*” (BPS)⁴³. Todos esses instrumentos já estão adaptados para a língua portuguesa brasileira e possuem estudos de validade e confiabilidade.

Como há um alinhamento conceitual estreito entre os modelos da CID-11 e o modelo híbrido do DSM-5, sem desconsiderar suas especificidades^{18,44}, instrumentos desenvolvidos para o modelo do DSM-5 vêm sendo aplicados e/ou adaptados ao modelo da CID-11. Por exemplo, para a avaliação da gravidade tem sido utilizada a “*Level of Personality Functioning Scale–Brief Form 2.0*” (LPFS-BF 2.0)⁴⁵, e para os domínios de traços patológicos tem sido usado o “*Personality Inventory for DSM-5–Brief Form Plus Modified*” (PID-5-BF+M)⁴⁶, versão do PID-5²⁴ adaptada para inclusão do domínio anancastia, ausente no DSM-5.

O modelo dimensional de TP da CID-11 se propôs à máxima simplicidade possível para que tenha efetiva utilidade clínica. A utilidade clínica se refere basicamente à facilidade do modelo ser posto em prática em face das diferentes realidades socioeconômicas ao redor do mundo ou mesmo em um mesmo país, bem como o quão informativo ele é e útil para as ações de saúde. Uma avaliação extensa e profunda poderia dificultar a elaboração do diagnóstico e deixar o TP sem registro no prontuário de um paciente hospitalar por exemplo, ou dificultar essa avaliação na atenção primária de saúde¹⁸. Por essa razão, diferente do modelo híbrido do DSM-5, o modelo da CID-11 só descreve os traços patológicos da personalidade ao nível da ordem superior, ou dos domínios. Essa opção também foi influenciada pelas críticas recebidas pelo DSM-5 em relação à complexidade do modelo com cinco domínios operacionalizados em 25 facetas, dentre outros aspectos. Por outro lado, um enfoque mais detalhado ao nível da faceta, havendo condições, trará benefícios à avaliação. Ainda que a maioria dos TP tenha elevadas associações nos domínios de ordem superior, eles poderão ser melhor distinguidos ou pormenorizados ao nível de características específicas⁴⁷. Para essa finalidade, Oltmanns e Widiger⁴² desenvolveram o FFiCD que avalia os traços patológicos da personalidade da CID-11 em três níveis de detalhamento, isto é, nos cinco domínios previstos pela CID, e, com base nos descritores de cada domínio, avalia 20 facetas compostas por 47 nuances. Mesmo que não seja imprescindível para o diagnóstico, avaliar o TP ao nível da faceta fornecerá informações mais precisas sobre os traços patológicos da personalidade, diferenciando, por exemplo, duas pessoas igualmente com alta afetividade negativa, sendo uma delas mais bem caracterizada pela faceta raiva ou vergonha, e a outra por ansiedade ou depressividade.

Vigência, Aplicação e Implementação da CID-11 no Brasil

A CID é a classificação de doenças oficial da OMS e é obrigatória para seus países membros, sendo o Brasil um deles. No entanto, sua vigência em cada país membro não é automática. Cabe a cada um promover as diligências para implementação, seja de ordem técnica-estrutural (tradução, adaptação de sistemas de banco de dados, formulários, divulgação etc.), seja de ordem legal, de acordo com o ordenamento jurídico de

cada país. No Brasil, por exemplo, a CID-10 só entrou em vigor totalmente a partir de janeiro de 1998 com a Portaria MS/GM Nº 1.311, de 12 de setembro de 1997, isto é, oito anos após a aprovação da CID-10 pela OMS.

Consultamos o Ministério da Saúde do Brasil sobre a implantação da CID-11, com fundamento na Lei de Acesso à Informação, resultando na “Resposta demanda SIC n. 3905149”, segundo a qual o Brasil não implementará a CID-11 em 1º de janeiro de 2022. Informou o Ministério que, neste momento, a CID-11 se encontra em fase de tradução para o português do Brasil, sendo necessário, em seguida, diagramar o conteúdo traduzido, atualizar sistemas de informação em saúde com os novos códigos, treinamento dos profissionais de saúde do setor público e privado, etc.

A utilização da CID não é uma opção dada aos profissionais de saúde, seja a atual CID-10 ou CID-11 quando entrar em vigor. A CID é o manual nosológico oficial do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS), que abrange o setor público e privado, conforme art. 4º da Lei n. 12.842 de 2013 (que dispõe sobre o exercício da medicina), e Lei n. 9.656 de 1998 (regula os planos e seguros privados de assistência à saúde). Conquanto o DSM seja popular no Brasil em pesquisas acadêmicas e também no uso clínico, a nova classificação de TP da CID-11 não terá correspondência com modelo oficial de TP do DSM-5. Mesmo o modelo híbrido sendo alinhado teoricamente com o modelo da CID-11⁴⁴, ele se trata de uma mescla entre o modelo dimensional e categórico, sendo necessárias adaptações para sua convergência.

Em relação à psicologia, a resolução do Conselho Federal de Psicologia n. 06/2019 faculta ao psicólogo utilizar a CID ou outra classificação de diagnóstico científica ou socialmente reconhecida como fonte de enquadramento de diagnóstico. No entanto, entendemos que o uso de um manual de classificação de diagnóstico diferente da CID só poderia ser usado em caráter subsidiário e complementar. Um laudo ou atestado psicológico pode fazer uso, por exemplo, do DSM enquanto literatura, mas, se existente o diagnóstico de um transtorno mental, a referência de codificação obrigatoriamente é a CID.

Conclusão

O advento da CID-11, principalmente no tocante ao diagnóstico de TP, que se configura como a categoria que sofreu a modificação mais significativa em relação à versão anterior (CID-10), demanda da comunidade científica estudos aprofundados acerca do novo modelo, de modo a acumular mais conhecimentos acerca da sua validade, confiabilidade e utilidade clínica. Ainda, demanda da comunidade profissional da área da saúde mental conhecimentos acerca do modelo em si e de sua aplicação. O presente artigo buscou esclarecer algumas questões referentes a esse novo modelo. Primeiramente, destacamos que a mudança de uma abordagem categórica para um paradigma dimensional ocorreu de modo a acompanhar as evoluções conceituais do TP, bem como as evidências empíricas que vêm mostrando a melhor adequação e melhores indicadores de validade, confiabilidade e utilidade clínica de modelos dimensionais.

O percurso histórico que culminou na proposição desse modelo é marcado principalmente pela tentativa frustrada do Grupo de Trabalho para os TP do DSM-5 em formular um modelo dimensional e sequer conseguir

aprovar um modelo híbrido. Contudo, a publicação do modelo híbrido na Seção III do DSM-5 fortaleceu estudos e alcançou uma ampla difusão por clínicos e pesquisadores ao redor do mundo. Assim, a proposta do modelo dimensional da CID-11 teve menor resistência e foi aprovado pela OMS. Assim, a próxima questão que emerge refere-se às mudanças teóricas e práticas desse novo modelo. Como discutido, em termos teóricos, os TP passam a ser compreendidos como variações dimensionais no funcionamento do *self* e interpessoal, com manifestações na cognição, emoções e comportamentos. Assim, não se entende mais a patologia da personalidade em classes independentes (narcisista, dependente, etc.), mas como um construto único que varia em grau de severidade, operacionalizada pelo grau de pervasividade, inflexibilidade e cronicidade das manifestações patológicas. Em termos práticos, há uma mudança substancial no procedimento diagnóstico, podendo os clínicos usar escalas e inventários desenvolvidos especificamente para o auxílio diagnóstico. Contudo, o modelo permite que seja feita também uma avaliação qualitativa, com base em observações e entrevistas, tendo em vista que as diretrizes diagnósticas fornecem subsídios para a correta identificação do nível de gravidade a partir de descritores tipológicos de manifestação patológica para cada nível.

A última questão ficou que este artigo buscou responder ficou com uma resposta indefinida. Não existe uma data certa para o início da aplicação da CID-11 no Brasil. Sabe-se que certamente esse será o sistema de classificação oficial no Brasil, por este pertencer à OMS, mas não se tem uma previsão certa de sua aplicação. Conforme consulta feita ao Ministério da Saúde, ações para implementação estão sendo tomadas, mas nenhuma previsão de implementação foi repassada. Apesar disso, é importante que pesquisadores e profissionais da saúde mental conheçam e pesquisem o novo modelo diagnóstico dos TP da CID-11 de modo a promover atendimentos de saúde qualificados e cientificamente baseados. Ainda, como um modelo emergente, estudos sistemáticos podem auxiliar no aprimoramento de teorias que o fundamente, bem como subsidiar intervenções eficazes e eficientes para pessoas que sofrem com TP.

Referências

01. Widiger TA. Official Classification Systems. In: Handbook of Personality Disorders: Theory, research, and treatment. Edited by W. John Livesley. The Guilford Press; 2018. p. 47-71.
02. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.
03. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics. 11th Revision. 2019. Disponível online em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
04. Zachar P, Krueger RF, Kendler KS. Personality disorder in DSM-5: an oral history. *Psychol Med*. 2016 Jan;46(1):1-10. doi: 10.1017/S0033291715001543. Epub 2015 Oct 20. PMID: 26482368.
05. McCabe GA, Widiger TA (2020). A comprehensive comparison of the ICD-11 and DSM-5 section III personality disorder models. *Psychological Assessment*, 32(1), 72-84. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pas0000772>.
06. Millon T. Disorders of personality: Introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal (3rd ed.). New Jersey: John Wiley & Sons Inc. 2011. <https://doi.org/10.1002/9781118099254>.

07. Kernberg OF. What is Personality? *J Pers Disord.* 2016 Apr;30(2):145-56. doi: 10.1521/pedi.2106.30.2.145. PMID: 27027422.
08. Jordan JV (2004). Personality Disorder or Relational Disconnection. In: J. J. Magnavita (Eds.). *Handbook of personality disorders: theory and practice.* New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.; 2004. P.120-134.
09. Livesley WJ, Schroeder ML, Jackson DN, Jang KL. Categorical distinctions in the study of personality disorder: implications for classification. *J Abnorm Psychol.* 1994 Feb;103(1):6-17. doi: 10.1037//0021-843x.103.1.6. PMID: 8040482.
10. Oliveira SES. O modelo híbrido de diagnóstico dos transtornos de personalidade no DSM-5. In: C. S. Hurz, D. R. Bandeira & C. M. Trentini (Orgs). *Avaliação psicológica da inteligência e da personalidade.* Porto Alegre, RS: Artmed; 2018. p. 390-416.
11. Wright AG. Qualitative and quantitative distinctions in personality disorder. *J Pers Assess.* 2011 Jul;93(4):370-9. doi: 10.1080/00223891.2011.577477. PMID: 22804676; PMCID: PMC3400113.
12. Trull TJ, Durrett CA. Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005;1:355-80. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009. PMID: 17716092.
13. Widiger TA, Trull TJ. Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *Am Psychol.* 2007 Feb-Mar;62(2):71-83. doi: 10.1037/0003-066X.62.2.71. PMID: 17324033.
14. Bagby, R. M., Sellbom, M., Costa, P. T., Jr., & Widiger, T. A. (2008). Predicting Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV personality disorders with the five-factor model of personality and the personality psychopathology five. *Personality and Mental Health, 2(2), 55–69.* <https://doi.org/10.1002/pmh.33>.
15. Clark LA. Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annu Rev Psychol.* 2007;58:227-57. doi: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190200. PMID: 16903806.
16. Widiger TA, Costa PT Jr. Integrating normal and abnormal personality structure: the Five-Factor Model. *J Pers.* 2012 Dec;80(6):1471-506. doi: 10.1111/j.1467-6494.2012.00776.x. Erratum in: *J Pers.* 2013 Apr;81(2):231. PMID: 22320149.
17. Widiger TA, Presnall JR. Clinical application of the five-factor model. *J Pers.* 2013 Dec;81(6):515-27. doi: 10.1111/jopy.12004. Epub 2013 Jan 11. PMID: 22924994.
18. Tyrer P, Mulder R, Kim YR, Crawford MJ. The Development of the ICD-11 Classification of Personality Disorders: An Amalgam of Science, Pragmatism, and Politics. *Annu Rev Clin Psychol.* 2019 May 7;15:481-502. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095736. Epub 2019 Jan 2. PMID: 30601688.
19. Gunderson JG. Seeking clarity for future revisions of the personality disorders in DSM-5. *Personal Disord.* 2013 Oct;4(4):368-76. doi: 10.1037/per0000026. PMID: 24378169.
20. Livesley J. Tradition versus empiricism in the current DSM-5 proposal for revising the classification of personality disorders. *Crim Behav Ment Health.* 2012 Apr;22(2):81-90. doi: 10.1002/cbm.1826. PMID: 22431232.
21. Krueger RF. Personality disorders are the vanguard of the post-DSM-5.0 era. *Personal Disord.* 2013 Oct;4(4):355-62. doi: 10.1037/per0000028. PMID: 24378165.
22. First MB. Harmonisation of ICD-11 and DSM-V: opportunities and challenges. *Br J Psychiatry.* 2009 Nov;195(5):382-90. doi: 10.1192/bjp.bp.108.060822. PMID: 19880924.
23. Tyrer P, Crawford M, Sanatnia R, Tyrer H, Cooper S, Muller-Pollard C, Christodoulou P, Zauter-Tutt M, Miloskeska-Reid K, Loebenberg G, Guo B, Yang M, Wang D, Weich S. Preliminary studies of the ICD-11

- classification of personality disorder in practice. *Personal Ment Health*. 2014 Oct;8(4):254-63. doi: 10.1002/pmh.1275. Epub 2014 Sep 9. PMID: 25200623.
24. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med*. 2012 Sep;42(9):1879-90. doi: 10.1017/S0033291711002674. Epub 2011 Dec 8. Erratum in: *Psychol Med*. 2012 Sep;42(9):1891. PMID: 22153017; PMCID: PMC3413381.
 25. Clark LA, Nuzum H, Ro E. Manifestations of personality impairment severity: comorbidity, course/prognosis, psychosocial dysfunction, and 'borderline' personality features. *Curr Opin Psychol*. 2018 Jun;21:117-121. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.12.004. Epub 2017 Dec 20. PMID: 29291458..
 26. Crawford MJ, Koldobsky N, Mulder R, Tyrer P. Classifying personality disorder according to severity. *J Pers Disord*. 2011 Jun;25(3):321-30. doi: 10.1521/pedi.2011.25.3.321. PMID: 21699394.
 27. Hopwood CJ, Malone JC, Ansell EB, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH, Pinto A, Markowitz JC, Shea MT, Skodol AE, Gunderson JG, Zanarini MC, Morey LC. Personality assessment in DSM-5: empirical support for rating severity, style, and traits. *J Pers Disord*. 2011 Jun;25(3):305-20. doi: 10.1521/pedi.2011.25.3.305. PMID: 21699393.
 28. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*. 2015 Feb 21;385(9969):717-26. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61995-4. Epub 2015 Feb 20. PMID: 25706217.
 29. Kim YR, Blashfield R, Tyrer P, Hwang ST, Lee HS. Field trial of a putative research algorithm for diagnosing ICD-11 personality disorders in psychiatric patients: 1. Severity of personality disturbance. *Personal Ment Health*. 2014 Feb;8(1):67-78. doi: 10.1002/pmh.1248. Epub 2013 Nov 21. PMID: 24532556.
 30. Blasco-Fontecilla H, Baca-Garcia E, Dervic K, Perez-Rodriguez MM, Saiz-Gonzalez MD, Saiz-Ruiz J, Oquendo MA, de Leon J. Severity of personality disorders and suicide attempt. *Acta Psychiatr Scand*. 2009 Feb;119(2):149-55. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01284.x. Epub 2008 Nov 10. PMID: 19016671.
 31. Conway CC, Hammen C, Brennan PA. Optimizing Prediction of Psychosocial and Clinical Outcomes With a Transdiagnostic Model of Personality Disorder. *J Pers Disord*. 2016 Aug;30(4):545-66. doi: 10.1521/pedi_2015_29_218. Epub 2015 Jul 13. PMID: 26168327; PMCID: PMC5520625.
 32. Kvarstein EH, Pedersen G, Folmo E, Urnes Ø, Johansen MS, Hummelen B, Wilberg T, Karterud S. Mentalization-based treatment or psychodynamic treatment programmes for patients with borderline personality disorder - the impact of clinical severity. *Psychol Psychother*. 2019 Mar;92(1):91-111. doi: 10.1111/papt.12179. Epub 2018 Mar 26. PMID: 29582581; PMCID: PMC6585931.
 33. Tyrer P, Crawford M, Mulder R, Blashfield R, Farnam A, Fossati A, Kim, YR, Koldobsky N, Lecic-Tosevski D, Ndeti D, Swales M, Clark LA, Reed GM. The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). *Personal Ment Health*. (2011) 5:246–59. 10.1002/pmh.190.
 34. Bach B, First MB. Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*. 2018 Oct 29;18(1):351. doi: 10.1186/s12888-018-1908-3. PMID: 30373564; PMCID: PMC6206910.
 35. Yang M, Coid J, Tyrer P. Personality pathology recorded by severity: national survey. *Br J Psychiatry*. 2010 Sep;197(3):193-9. doi: 10.1192/bjp.bp.110.078956. PMID: 20807963.
 36. Mulder RT, Newton-Howes G, Crawford MJ, Tyrer PJ. The central domains of personality pathology in psychiatric patients. *J Pers Disord*. 2011 Jun;25(3):364-77. doi: 10.1521/pedi.2011.25.3.364. PMID: 21699397.
 37. Bach B, Sellbom M, Kongerslev M, Simonsen E, Krueger RF, Mulder R. Deriving ICD-11 personality disorder

- domains from dsm-5 traits: initial attempt to harmonize two diagnostic systems. *Acta Psychiatr Scand*. 2017 Jul;136(1):108-117. doi: 10.1111/acps.12748. Epub 2017 May 15. PMID: 28504853.
38. Mulder RT, Horwood J, Tyrer P, Carter J, Joyce PR. Validating the proposed ICD-11 domains. *Personal Ment Health*. 2016 May;10(2):84-95. doi: 10.1002/pmh.1336. PMID: 27120419.
 39. Olajide K, Munjiza J, Moran P, O'Connell L, Newton-Howes G, Bassett P, Akintomide G, Ng N, Tyrer P, Mulder R, Crawford MJ. Development and Psychometric Properties of the Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SASPD). *J Pers Disord*. 2018 Feb;32(1):44-56. doi: 10.1521/pedi_2017_31_285. Epub 2017 May 17. Erratum in: *J Pers Disord*. 2017 Oct;31(5):720. PMID: 28513349.
 40. Bach B, Brown TA, Mulder RT, Newton-Howes G, Simonsen E, Sellbom M. Development and initial evaluation of the ICD-11 personality disorder severity scale: PDS-ICD-11. *Personal Ment Health*. 2021 Aug;15(3):223-236. doi: 10.1002/pmh.1510. Epub 2021 May 17. PMID: 34002530.
 41. Oltmanns JR, Widiger TA. A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: The personality inventory for ICD-11. *Psychol Assess*. 2018 Feb;30(2):154-169. doi: 10.1037/pas0000459. Epub 2017 Feb 23. PMID: 28230410; PMCID: PMC5930359.
 42. Oltmanns JR, Widiger TA. The Five-Factor Personality Inventory for ICD-11: A facet-level assessment of the ICD-11 trait model. *Psychol Assess*. 2020 Jan;32(1):60-71. doi: 10.1037/pas0000763. Epub 2019 Aug 15. PMID: 31414852; PMCID: PMC6928398.
 43. Oltmanns JR, Widiger TA. Evaluating the assessment of the ICD-11 personality disorder diagnostic system. *Psychol Assess*. 2019 May;31(5):674-684. doi: 10.1037/pas0000693. Epub 2019 Jan 10. PMID: 30628821; PMCID: PMC6488396.
 44. Oliveira SES, Silva LK de C, Pimental FU, Oliveira, NP. Traços Patológicos da Personalidade e suas implicações para a Clínica. In: C. Antloga, K. T. Brasil, S. R. Lordello, M. Neubern e E. Queirzo (Orgs). *Psicológica Clínica e Cultura Contemporânea*. Vol. 4.. Brasília, DF. TechnoPolitik; 2020. P. 271-290.
 45. Bach B, Hutsebaut J. Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Utility in Capturing Personality Problems in Psychiatric Outpatients and Incarcerated Addicts. *J Pers Assess*. 2018 Nov-Dec;100(6):660-670. doi: 10.1080/00223891.2018.1428984. Epub 2018 Mar 1. PMID: 29494782.
 46. Bach B, Kerber A, Aluja A, Bastiaens T, Keeley JW, Claes L, Fossati A, Gutierrez F, Oliveira SES, Pires R, Riegel KD, Rolland JP, Roskam I, Sellbom M, Somma A, Spanemberg L, Strus W, Thimm JC, Wright AGC, Zimmermann J. International Assessment of DSM-5 and ICD-11 Personality Disorder Traits: Toward a Common Nosology in DSM-5.1. *Psychopathology*. 2020;53(3-4):179-188. doi: 10.1159/000507589. Epub 2020 May 5. PMID: 32369820.
 47. Trull TJ, Widiger TA, Burr R. A structured interview for the assessment of the Five-Factor Model of personality: facet-level relations to the axis II personality disorders. *J Pers*. 2001 Apr;69(2):175-98. doi: 10.1111/1467-6494.00141. PMID: 11339795.

Contribuições: Neidsoni Pereira de Oliveira – Análise estatística, Coleta de Dados, Conceitualização, Metodologia, Redação - Preparação

do original, Redação - Revisão e Edição;

Sérgio Eduardo Silva de Oliveira – Análise estatística, Conceitualização, Investigação, Metodologia, Redação - Preparação do

original, Redação - Revisão e Edição, Supervisão;

Marcela Mansur-Alves – Redação - Revisão e Edição;

Lucas Francisco de Carvalho – Redação - Revisão e Edição.

Autor correspondente

Sérgio Eduardo Silva de Oliveira

E-mail: sergioeduardos.oliveira@gmail.com / E-mail alternativo, de preferência institucional: sesoliveira@unb.br

Submetido em: 27/02/2023

Aceito em: 23/05/2023