

Os transtornos de personalidade e abordagens terapêuticas

Personality disorders and therapeutic approaches

Trastornos de la personalidad y enfoques terapéuticos

Inês Figueiredo



[ORCID](#)

RESUMO:

Introdução: O diagnóstico e a classificação de Transtorno de Personalidade são uma área de debate com alguma controvérsia e complexidade, seja quer no benefício da sua distribuição em categorias ou numa abordagem dimensional, seja no facto de se considerar uma verdadeira doença ou não e no quão prejudicial isso possa ser. O impacto funcional é nuclear da maioria destas patologias pelo que deve ser um componente central na avaliação e abordagem terapêutica. **Objetivo:** Rever as características dos Transtornos de Personalidade, identificar os traços maladaptivos de forma a melhor adaptar a respetiva terapêutica e analisar quais os tratamentos mais eficazes. **Método:** foi feita uma revisão sistemática com base na [Pubmed](#) onde foi usado o termo MeSH "Transtorno de Personalidade". **Resultados:** O Transtorno de Personalidade borderline é a que detém de maior evidência, sendo que os fármacos mais usados são os antipsicóticos, com eficácia evidenciada para a olanzapina, risperidona, haloperidol, tiotixeno e ainda o antidepressivo fluoxetina. Nos Transtornos de Personalidade do Cluster C e Transtorno Narcísico, concluiu-se que uma abordagem cognitiva e psicodinâmica resulta em efeitos positivos médios a elevados, embora seja claro que este subtipo de personalidade beneficie mais com a mesma. **Conclusão:** A evidência sugere que Transtornos de Personalidade comórbidos ou latentes estão associados a uma menor adesão ao tratamento e a piores *outcomes* quando se trata de doenças do Eixo 1. Conclui-se que, na generalidade, não há informação suficiente para ser possível tirar conclusões quanto à eficácia das intervenções farmacológicas, sendo a maioria da evidência relativa ao Transtorno de Personalidade Borderline.

Palavras-chave: transtornos da personalidade, conduta do tratamento medicamentoso, psicoterapia

ABSTRACT:

Introduction: The diagnosis and classification of Personality Disorders are a controversial and complex area of debate because it is often questioned the advantage of separating them in different clusters or using a dimensional classification and also because some wonder if a Personality Disorder is itself a disease and if so how prejudicial can the diagnosis be. Functional impact is a crucial aspect of these diagnosis and it should be a major component of evaluation and therapeutical approach. **Objective:** review the characteristics of the different Personality Disorders, identify the maladaptive traits in order to better adapt its therapeutical approach and analyze which one of the latter is more efficient. **Methods:** a systematic review was made using [Pubmed](#). The MeSH term used was "Personality Disorder". **Results:** The borderline Personality Disorder is the one with more evidence in the literature, being antipsychotics the major pharmacological approach used with efficacy found for olanzapine, risperidone, haloperidol, thiothixene and also the antidepressant fluoxetine. In Personality Disorders of Cluster C and Narcissistic Personality Disorder, it was seen that a cognitive and psychodynamic approach lead to medium or high positive results, although it is clear that these subtype of Personality Disorders benefits more with this approach. **Conclusion:** the evidence suggests that comorbid or latent with Personality Disorders are associated with worse treatment adherence when consider Axis 1 disorders. It was found that, generally, there is not enough information to make viable and strong conclusions in terms of pharmacological approaches and that the majority of the studies are related to the borderline Personality Disorder.

Keywords: personality disorders, medication therapy management, psychotherapy

RESUMEN:

Introducción: El diagnóstico y clasificación de los Trastornos de la Personalidad es un área de debate con controversia y complejidad, ya sea en cuanto a su distribución en categorías o enfoque dimensional, si se considera o no una verdadera enfermedad y cuanto daño puede traer este diagnóstico. El impacto funcional es central en la mayoría de estas patologías, por lo que debe ser un componente central en la evaluación y abordaje terapéutico. **Objetivo:** Revisar las características de los Trastornos de la Personalidad, identificar los trazos desadaptativos para adecuar mejor la respectiva terapia y analizar qué tratamientos son más

efectivos. **Método:** se realizó una revisión sistemática basada en [Pubmed](#), donde se utilizó el término MeSH "Personality Disorder". **Resultados:** El Trastorno Límite de la Personalidad es el que más evidencia tiene, y los fármacos más utilizados son los antipsicóticos, con efectividad evidenciada para la olanzapina, risperidona, haloperidol, tiotixeno y también en el antidepresivo fluoxetina. En los Trastornos de la personalidad del Grupo C y el Trastorno narcisista, se ha descubierto que un enfoque cognitivo y psicodinámico produce efectos positivos de medianos a altos, aunque está claro que este subtipo de personalidad se beneficia más de él. **Conclusión:** La evidencia sugiere que los Trastornos de la Personalidad comórbidos o latentes se asocian con una menor adherencia al tratamiento y mejores resultados cuando se trata del Eje 1. Concluyo que, en general, no hay suficiente información para sacar conclusiones sobre la eficacia de las intervenciones farmacológicas, y la mayoría de las pruebas están relacionadas con el trastorno límite de la personalidad.

Palabras clave: trastornos de la personalidad, administración del tratamiento farmacológico, psicoterapia

Como citar: Figueiredo I. Os transtornos de personalidade e abordagens terapêuticas. Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2022;12:1-17.

<https://doi.org/10.25118/2763-9037.2022.v12.392>

Conflicto de intereses: declara não haver

Fonte de financiamento: declara não haver

Parecer CEP: não se aplica

Recebido em: 23/07/2022

Aprovado em: 08/12/2022

Publicado em: 14/12/2022

Introdução

O diagnóstico e a classificação de Transtorno de Personalidade (TP) têm sido uma área de debate com alguma controvérsia e complexidade [1], seja pela discussão do benefício da sua distribuição em múltiplas categorias ou numa abordagem dimensional, seja no facto de se considerar uma verdadeira doença ou não e no quão prejudicial isso possa ser [2].

O TP, segundo a DSM-5 [3], define-se como "um padrão permanente de uma experiência interna DSM-5 ou comportamento que é marcadamente

desviante do expectável para a cultura daquele indivíduo, é persistente e inflexível, tem um início na adolescência ou idade adulta jovem e é estável ao longo do tempo, levando a *distress* ou comportamentos desadaptativos". Os critérios de diagnóstico encontram-se na Tabela 1.

A DSM-5 [3] categoriza os TP de forma ligeiramente diferente da ICD-10 [4]. A primeira define os transtornos: paranoide, esquizoide, esquizotípico, antissocial, histriónico, borderline, narcisista, dependente, evitante e obsessivo-compulsivo; já a segunda divide-as em: paranoide, esquizoide, dissocial, histriónico, emocionalmente instável (impulsiva/borderline), ansioso, anancástico e não especificado.

Tabela 1 – Critérios de diagnóstico para Transtorno de Personalidade

Critérios clínicos	Descrição
DSM-5 [3]	
A.	Padrão inflexível, persistente e generalizado dos traços mal-adaptativos envolvendo ≥ 2 dos seguintes: 1. cognição (formas de perceber e interpretar a si próprio, outras pessoas e eventos); 2. afetividade (o alcance, intensidade, labilidade e adequação das respostas emocionais); 3. funcionamento interpessoal; 4. controle de impulsos.
B.	O padrão duradouro é inflexível e difundido numa ampla gama de situações pessoais e sociais.
C.	O padrão duradouro leva a <i>distress</i> ou comportamentos desadaptativos

	cl clinicamente significativos em diversas áreas do funcionamento.
D.	O padrão é estável e de longa duração e o início ocorre pelo menos na adolescência ou início da idade adulta.
E.	O padrão duradouro não é melhor explicado como manifestação ou consequência de outra perturbação mental.
F.	O padrão duradouro não é atribuível a efeitos de substâncias (drogas de abuso, medicação) ou outras condições médicas (ex: traumatismo cranioencefálico).

CID-10 [4]

Condição não diretamente atribuída a dano ou doença cerebral grosseiro ou outra doença mental que cumpre os seguintes critérios

a)	Atitudes ou comportamentos marcadamente desarmoniosos, envolvendo várias áreas do funcionamento (afeção, controlo de impulso, formas de pensamento e perceção e tipos de relação com os outros).
b)	O comportamento é duradouro, estável ao longo do tempo, não se limitando a episódios de doença mental.
c)	O padrão de comportamento anormal é persistente e claramente maladaptativo numa ampla gama de situações sociais e pessoais.
d)	o início ocorre durante a infância ou adolescência e continua na idade adulta.
e)	A perturbação leva a considerável <i>distress</i> pessoal, mas pode só tornar-se aparente mais tarde.

- | | |
|-----------|--|
| f) | A perturbação é geralmente, mas não invariavelmente, associada a significativo impacto ocupacional e social. |
|-----------|--|

CID-11 [5]

O Transtorno de Personalidade é caracterizado por problemas no funcionamento de aspetos do *self* (por exemplo, identidade, autoestima, precisão na visão do próprio, autodireção) e/ou disfunção interpessoal (por exemplo, capacidade de desenvolver e manter relações próximas e mutuamente satisfatórias, capacidade de compreender as perspetivas dos outros e de gerir o conflito nas relações) que persiste por um período longo (2 anos ou mais).

O distúrbio é manifestado através de padrões cognitivos, experiência emocional, expressão emocional e comportamentos que são maladaptativos (inflexíveis ou mal regulados) e que se expandem por uma ampla gama de situações pessoais e sociais (não limitado a relações ou papéis sociais específicos).

O padrão de comportamento não é permite um desenvolvimento apropriado e não pode ser explicado primariamente por fatores sociais ou culturais, incluindo conflitos sócio-políticos. A perturbação é associada a substancial *distress* ou impacto pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.

Quase 10% da população geral sofre de TP [6] e, sobretudo devido há grande percentagem de comorbidades mentais e físicas que levam conseqüente à diminuição da esperança média de vida [7], nomeadamente para as pessoas mais jovens que sofrem deste tipo de patologia [8], representam também um elevado custo para a sociedade [9, 10].

A autonegligência foi sugerida como preditor de mortalidade mais forte do que outros fatores de risco, como o suicídio [11]. Contudo, noutros estudos parece ser a problemática dos consumos de álcool e outras substâncias psicoativas que mais contribui para a mortalidade [12].

Em termos de comorbidades psiquiátricas, encontrou-se forte associação com a depressão, ansiedade, transtorno de pânico, transtorno de comportamento alimentar e transtorno de uso de substâncias [13-16].

O impacto funcional é uma característica nuclear da maioria dos TPs [3] pelo que deve ser um componente central na avaliação e abordagem terapêutica de indivíduos que sofrem das mesmas.

Objetivos:

- Rever as características dos transtornos da personalidade e identificar os traços mal-adaptativos existentes de forma a melhor adaptar a terapêutica a adotar
- Analisar quais os tratamentos mais eficazes (farmacológicos ou psicoterapêuticos) em doentes com diagnóstico de Transtorno de personalidade

Métodos:

A informação colhida e a sua análise foram revisadas utilizando as *guidelines* PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) [17]. A [Pubmed](#) foi a base de dados utilizada para a pesquisa realizada dias 30 e 31 de outubro de 2021.

Na pesquisa foi utilizado o termo [MeSH](#) "Transtorno de Personalidade", limitando a seleção a revisões sistemáticas e metanálises com acesso ao texto total e escritos em inglês, espanhol e/ou português publicadas entre 2011 e 2021.

Foram incluídos artigos que abrangiam apenas a população adulta, que abordassem um ou vários transtornos de personalidade diagnosticadas usando critérios estabelecidos pela ICD-10, DSM-5 ou outra escala validada para tal; que abordassem um tipo de psicoterapia ou algum tratamento farmacológico aplicado à população atrás referida.

Como critérios de exclusão estabeleceram-se: idade inferior a 18 anos, artigos em que apenas eram referidos alguns traços de personalidade desadaptativos e não um próprio diagnóstico de TP ou artigos em que o

objetivo era estabelecer a relação entre um TP e uma doença orgânica, determinada molécula ou estudos genéticos.

As referências dos artigos incluídos foram revistas de forma a identificar outras eventuais publicações relevantes. A elegibilidade de cada artigo foi determinada separadamente pela autora e uma colega do internato, os desacordos foram resolvidos por consenso. Não foram contactados quaisquer autores dos artigos selecionados para obter algum tipo de informação.

As duas pessoas já referidas extraíram informação de forma independente dos artigos e, após esse processo concluído, a autora repetiu o processo de extração anteriormente explicitado. As discordâncias foram resolvidas por consenso discutindo com a segunda pessoa as discrepâncias encontradas.

Resultados

A pesquisa na base de dados com os critérios acima mencionados identificou 783 resultados. Após aplicar os critérios de exclusão, foram eliminados 38 artigos devido à idade pediátrica da população em estudo, 559 por não estarem relacionados (ver os critérios acima mencionados) e 8 por serem repetidos. A revisão das referências nos artigos anteriores levou à inclusão de mais 7 artigos.

A amostra final consistiu, portanto, num total de 185 artigos, 8 deles relacionados com o tema geral dos TPs, 85 com o transtorno de personalidade borderline (TB), 19 com o antissocial (TAS), 10 com o esquizotípico (TEz), 7 com o obsessivo (TPOC), 5 com o narcísico (TN), 1 com o esquizoide (TE), 1 com o dependente (TD) e 1 com o paranóide (TPP).

Caraterísticas dos diferentes TPs

Na TB, os indivíduos são considerados “estavelmente instáveis”, experienciando uma persistente instabilidade quanto à sua regulação afetiva passando por rápidas e fortes flutuações de humor reativas, instabilidade quanto à auto-imagem, controlo de impulso, comportamento e relações interpessoais. Mais de 6% da população adulta preenche os critérios de diagnóstico para este transtorno, que se associa a substancial morbilidade física e psiquiátrica [18, 19].

O TEz é uma síndrome heterogênea com múltiplas dimensões incluindo o domínio cognitivo-perceptual, desorganização, sintomas interpessoais ou sintomatologia negativa e positiva relacionada com a esquizofrenia [20, 21]. Foram descritos dois tipos de esquizotipia: 1) do neurodesenvolvimento com traços relativamente subtis e défices neurocognitivos significativos que predisõem para a esquizofrenia e 2) pseudoesquizotipia como uma entidade psicossocial mais pronunciada e com maior flutuação de sintomas que não está relacionada com a esquizofrenia [22].

Na CID-11 [5], a esquizotipia irá permanecer no espectro da esquizofrenia. Na DSM-5 [3], o diagnóstico de TEz engloba: 1) défices gerais na personalidade e auto-funcionamento (identidade e auto-direção) e no funcionamento interpessoal (empatia, intimidade); 2) traços patológicos típicos de personalidade (psicoticismo, excentricidade, desregulação cognitiva e perceptual, crenças e experiências bizarras); 3) desapego caracterizado por restrição do afeto e fuga e 4) afetividade negativa caracterizada por desconfiança.

O TAS e o Transtorno de Personalidade Dissocial (TPD) são muitas vezes usadas de forma indiferenciada e têm uma apresentação semelhante. Apesar de haver uma sobreposição considerável entre os dois sistemas diagnósticos, duas características diferem: 1) na DSM-5 [3], é necessário que aqueles que reúnem os critérios diagnósticos também evidenciem uma perturbação de conduta com início antes dos 15 anos de idade, o que não acontece no CID-10 [4]; 2) o TPD foca-se particularmente em défices interpessoais (por exemplo: incapacidade de sentir culpa ou remorso, fraca tolerância à frustração, propensão para colocar a culpa em terceiros) e menos no comportamento antissocial [23].

O TPOC caracteriza-se por preocupação com pormenores, perfeccionismo, devoção excessiva ao trabalho e produtividade, hiper consciencialização, inabilidade de se desfazer de objetos desnecessários e delegar tarefas, avareza, rigidez e teimosia. Os sintomas principais são pensamentos intrusivos (obsessões) recorrentes e egodistónicos e comportamentos ou rituais mentais (compulsões) que reduzem temporariamente a ansiedade provocada pelos primeiros [24].

O TN resume-se como um padrão persistente de grandiosidade, fantasias de ilimitado poder/importância e necessidade de admiração ou tratamento

especial. Os indivíduos podem experienciar *distress* psicológico relacionado com conflitos interpessoais e défices funcionais [25].

O TEz é descrita como um padrão de distanciamento das relações sociais e capacidade limitada na expressão de emoções e afetos [26].

TD caracteriza-se por um padrão repetitivo de esforços para manter relações de proximidade que podem apresentar-se como falta de assertividade e dificuldade em tomar decisões no dia a dia. Padrão repetitivo de específicas expressões de necessidade, em particular a necessidade de ser cuidado, em associação com um padrão sistemático de submissão, falta de agência e dificuldade em tomar decisões no dia a dia. Estes indivíduos parecem ser complacentes, mas um subtipo de complacência na qual protestam em silêncio conta a opinião dos outros e que pode ser associada ao transtorno de ansiedade de separação em doentes com transtorno de uso de substâncias [27].

Os indivíduos com TPP são considerados “estranhos” e “excêntricos” pelos outros, inexistência de relações de proximidade e com desconfiança pervasiva em relação aos motivos e comportamentos de terceiros em variados contextos [26].

Abordagens terapêuticas

Num estudo não duplamente cego, onde durante doze semanas doentes com TB (n=18) estiveram sob terapêutica com duloxetina, verificaram-se melhorias nos sintomas depressivos e sintomas somáticos reportados pelos próprios, sugerindo que o tratamento teria benefício nos sintomas físicos dos TPs. Noutro estudo randomizado com doentes (n=162) com sintomas físicos inexplicados, quando presente o diagnóstico de TP, os *outcomes* a curto prazo foram mais pobres quando submetidos a Terapia Cognitivo Comportamental [28] (TCC) comparativamente com os restantes indivíduos sem TPs. A Psicoterapia Dinâmica Desconstrutiva, Terapia de Esquema em Foco Dual e Terapêutica Dialética Comportamental concluíram-se ser úteis em TB com Transtorno de uso de substâncias [29].

Os artigos mostram que os antipsicóticos são os fármacos mais usados, sendo que uns estudos mostram eficácia na olanzapina, risperidona, haloperidol, tiotixeno e ainda no antidepressivo fluoxetina[26]. Noutros, a risperidona mostrou melhor resposta, sendo que, relativamente a psicoterapias, a literatura é escassa e não permite que se possam fazer quaisquer recomendações quanto à sua tipologia[22].

No TAS, não se encontra evidência suficiente que suporte ou refute a intervenção farmacológica, deixando ao critério do clínico de pesar o seu risco [30].

Quanto ao TPOC, a associação entre SSRI/clomipramina com TCC/ERP (Terapia de Exposição e Prevenção de Resposta) foi a que observou com melhor resposta comparada com um cada desses tratamentos em monoterapia ou outros [31, 32]. Noutros estudos, refere-se a eficácia da associação entre a fluvoxamina ou citalopram e TCC[24].

Relativamente ao TN, a abordagem psicoterapêutica psicoanalítica ou até a psicoterapia de suporte focal podem ser os tratamentos de escolha. Apenas se a severidade do carácter patológico assim permitir é que a psicanálise *standard* está indicada. Esta será a abordagem para um nível de severidade intermédio e alguns casos limítrofes do espectro da linha narcísica severa. Contudo, para a maioria dos casos com funcionamento narcísico limítrofe ou patologia antissocial severa, a Psicoterapia Focada na Transferência é o tratamento de escolha [33].

Para o TD, a Psicoterapia Orientada para a Clarificação é uma forma integrativa de psicoterapia adequada para pacientes [28] com este tipo de personalidade.

Por fim, uma metanálise detalhada em TP do Cluster C concluiu que uma abordagem cognitiva e psicodinâmica resulta em efeitos positivos médios a elevados, embora não fosse claro que subtipo de TP deste cluster beneficiasse mais com a mesma [34].

A evidência sugere que TPs comórbidos ou latentes estão associadas a uma menor adesão ao tratamento e a piores *outcomes* quando se trata de doenças do Eixo 1 [35].

Discussão

Confirma-se que a maioria dos estudos relacionados com Transtornos de Personalidade dizem respeito ao TB. Nos TPs do Cluster A, os antipsicóticos parecem ser a abordagem farmacológica mais eficaz, sendo também a abordagem que apresenta maior número de estudos, não se encontrando muita informação sobre psicoterapias ou sendo esta de significado estatístico não significativo.

Quanto ao TB, os antipsicóticos são igualmente os que mostram maior eficácia, havendo, contudo, mais pesquisa sobre o efeito das psicoterapias, mas em que o significado estatístico não permite igualmente grandes conclusões. Já no Cluster C e no TN, a pesquisa e a eficácia da terapêutica parecem ir de encontro sobretudo a estratégias psicoterapêuticas.

Neste momento são necessários mais estudos relativamente aos diferentes subtipos de TP, tanto quanto à abordagem farmacológica quanto psicoterapêutica.

Conclusões

Conclui-se que na generalidade não há informação suficiente quanto à eficácia das intervenções farmacológicas nos TPs [30], sendo a maioria da evidência relativa ao TB [34]. Contudo, tal como referido anteriormente, nos TPs do Cluster A e também na TB, os antipsicóticos parecem ser a abordagem farmacológica mais eficaz. No Cluster C e no TN, a pesquisa e a eficácia da terapêutica parecem ir de encontro sobretudo a estratégias psicoterapêuticas, mas estas possuem pouca evidência em qualquer TP.

Referências

1. Skodol AE. Can personality disorders be redefined in personality trait terms? *Am J Psychiatry*. 2018;175(7):580-592.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18040481> - PMID:29961368
2. Johnstone L, Boyle M. The power threat meaning framework: an alternative nondiagnostic conceptual system. *Journal of Humanistic Psychology*. 2018;0(0) <https://doi.org/10.1177/0022167818793289>
3. American Psychiatric Association. *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
4. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. 1992. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958>
5. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. (ICD-11 MMS). Version 02/2022. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
6. Fok MLY, Stewart R, Hayes RD, Moran P. Predictors of natural and unnatural mortality among patients with personality disorder: evidence from a large UK case register. *PLoS One*. 2014;9(7):e100979. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100979> PMID:25000503 - PMCID:PMC4085063
7. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Ösby U, Alinaghizadeh H, Gissler M, Laursen TM. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One*. 2013;8(1):e55176. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055176> PMID:23372832 - PMCID:PMC3555866
8. Fok MLY, Hayes RD, Chang CK, Stewart R, Callard FJ, Moran P. Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *J Psychosom Res*. 2012;73(2):104-107. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.05.001> - PMID:22789412

- 9. Samuels J. Personality disorders: epidemiology and public health issues. 2011;23(3):223-233.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2011.588200> - PMid:21923224
- 10. Dixon-Gordon KL, Whalen DJ, Layden BK, Chapman AL. A systematic review of personality disorders and health outcomes. Can Psychol. 2015;56(2):168-190. <https://doi.org/10.1037/cap0000024> PMid:26456998 - PMCID:PMC4597592
- 11. Wu CY, Chang CK, Hayes RD, Broadbent M, Hotopf M, Stewart R. Clinical risk assessment rating and all-cause mortality in secondary mental healthcare: the South London and Maudsley NHS Foundation Trust Biomedical Research Centre (SLAM BRC) Case Register. Psychol Med. 2012;42(8):1581-1590.
<https://doi.org/10.1017/S0033291711002698> - PMid:22153124
- 12. Hayes RD, Chang CK, Fernandes A, Begum A, To D, Broadbent M, Hotopf M, Stewart R. Associations between symptoms and all-cause mortality in individuals with serious mental illness. J Psychosom Res. 2012;72(2):114-119.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.09.012> - PMid:22281452
- 13. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. Am J Psychiatry. 2005;162(10):1911-1918.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1911> - PMid:16199838
- 14. Mavrides N, Nemeroff C. Treatment of depression in cardiovascular disease. Depress Anxiety. 2013;30(4):328-341.
<https://doi.org/10.1002/da.22051> - PMid:23293051
- 15. Smitherman TA, Kolivas ED, Bailey JR. Panic disorder and migraine: comorbidity, mechanisms, and clinical implications. Headache J Head Face Pain. 2013;53(1):23-45.
<https://doi.org/10.1111/head.12004> - PMid:23278473
- 16. Fok M, Hotopf M, Stewart R, Hatch S, Hayes R, Moran P. Personality disorder and self-rated health: a population-based cross-sectional survey. J Pers Disord. 2014;28(3):319-333.
https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_119 - PMid:23795755

17. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372(71):2020-2021. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71> PMID:33782057 - PMCID:PMC8005924
18. Dickens GL, Hallett N, Lamont E. Interventions to improve mental health nurses' skills, attitudes, and knowledge related to people with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2015;56:114-127. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.019> - PMID:26747180
19. Barnicot K, Katsakou C, Bhatti N, Savill M, Fearn N, Priebe S. Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2012;32(5):400-412. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.04.004> PMID:22681913
20. Kwapil TR, Gross GM, Silvia PJ, Raulin ML, Barrantes-Vidal N. Development and psychometric properties of the Multidimensional Schizotypy Scale: a new measure for assessing positive, negative, and disorganized schizotypy. *Schizophr Res*. 2018;193:209-217. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.07.001> - PMID:28735642
21. Fonseca-Pedrero E, Debbané M, Ortuño-Sierra J, Chan RCK, Cicero DC, Zhang LC, Brenner C, Barkus E, Linscott RJ, Kwapil T, Barrantes-Vidal N, Cohen A, Raine A, Compton MT, Tone EB, Suhr J, Muñiz J, Fumero A, Giakoumaki S, Tsaousis I, Preti A, Chmielewski M, Laloyaux J, Mechri A, Lahmar MA, Wuthrich V, Larøi F, Badcock JC, Jablensky A. The structure of schizotypal personality traits: a cross-national study. *Psychol Med*. 2018;48(3):451-462.
22. Kirchner SK, Roeh A, Nolden J, Hasan A. Diagnosis and treatment of schizotypal personality disorder: evidence from a systematic review. *NPJ Schizophr*. 2018;4(1):1-18.

<https://doi.org/10.1038/s41537-018-0062-8> - PMID:30282970
PMCID:PMC6170383

23. Oltmanns JR, Widiger TA. Evaluating the assessment of the ICD-11 personality disorder diagnostic system. *Psychol Assess.* 2019;31(5):674-684. <https://doi.org/10.1037/pas0000693> PMID:30628821 - PMCID:PMC6488396
24. Diedrich A, Voderholzer U. Obsessive-compulsive personality disorder: a current review. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17(2). <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0547-8> - PMID:25617042
25. Kacel EL, Ennis N, Pereira DB. Narcissistic personality disorder in clinical health psychology practice: case studies of comorbid psychological distress and life-limiting illness. *Behav Med.* 2017;43(3):156. <https://doi.org/10.1080/08964289.2017.1301875> PMID:28767013 - PMCID:PMC5819598
26. Koch J, Modesitt T, Palmer M, Ward S, Martin B, Wyatt R, Thomas C. Review of pharmacologic treatment in cluster: a personality disorders. *Ment Heal Clin.* 2016;6(2):75-81. <https://doi.org/10.9740/mhc.2016.03.75> - PMID:29955451
PMCID:PMC6007578
27. Maccaferri GE, Dunker-Scheuner D, De Roten Y, Despland JN, Sachse R, Kramer U. Psychotherapy of dependent personality disorder: the relationship of patient-therapist interactions to outcome. *Psychiatry. Interpersonal and Biological Processes.* 2019;83(2):179-194. <https://doi.org/10.1080/00332747.2019.1675376> - PMID:31614097
28. Zonneveld LN, Van Rood YR, Kooiman CG, Timman R, Van T Spijker A, Busschbach JJ. Predicting the outcome of a cognitive-behavioral group training for patients with unexplained physical symptoms: a one-year follow-up study. *BMC Public Health.* 2012;12(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-848> PMID:23039913 - PMCID:PMC3549894
29. Kienast T, Stoffers J, Bempohl F, Lieb K. Borderline-persönlichkeitsstörung und komorbide abhängigkeitserkrankungen: Epidemiologie und therapie. *Dtsch Arztebl Int.* 2014;111(16):280-



286. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0280> - PMid:24791755
PMCID:PMC4010862

30. Khalifa NR, Gibbon S, Völlm BA, Cheung NHY, McCarthy L. Pharmacological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(9):1465-1858. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007667.pub3> PMid:32880105 - PMCID:PMC8094881
31. Casale A Del, Sorice S, Padovano A, Simmaco M, Ferracuti S, Lamis DA, Rapinesi C, Sani G, Girardi P, Kotzalidis GD, Pompili M. Psychopharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Curr Neuropharmacol.* 2019;17(8):710. <https://doi.org/10.2174/1570159X16666180813155017> PMid:30101713 - PMCID:PMC7059159
32. Bokor G, Anderson PD. Obsessive-compulsive disorder. *J Pharm Pract.* 2014;27(2):116-130. <https://doi.org/10.1177/0897190014521996> - PMid:24576790
33. Kernberg OF. The almost untreatable narcissistic patient. *J Am Psychoanal Assoc.* 2007;55(2):503-539. <https://doi.org/10.1177/00030651070550020701> - PMid:17601104
34. Bateman AW, Gunderson J, Mulder R. Personality disorder 3 treatment of personality disorder. *The Lancet. Series Personality Disorder.* 2015;385(9969):735-743. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61394-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61394-5) - PMid:25706219
35. Gallardo-Pujol D, Pereda N. Person-environment transactions: personality traits moderate and mediate the effects. *Personal Ment Health.* 2013;7(April 2012):102-113. <https://doi.org/10.1002/pmh.1192> - PMid:24343936