



## Commentary

# The time has come for dimensional personality disorder diagnosis

CHRISTOPHER J. HOPWOOD<sup>1</sup>, ROMAN KOTOV<sup>2</sup>, ROBERT F. KRUEGER<sup>3</sup>, DAVID WATSON<sup>4</sup>, THOMAS A. WIDIGER<sup>5</sup>, ROBERT R. ALTHOFF<sup>6</sup>, EMILY B. ANSELL<sup>7</sup>, BO BACH<sup>8</sup>, R. MICHAEL BAGBY<sup>9</sup>, MARK A. BLAIS<sup>10</sup>, MARINA A. BORNOVALOVA<sup>11</sup>, MICHAEL CHMIELEWSKI<sup>12</sup>, DAVID C. CICERO<sup>13</sup>, CHRISTOPHER CONWAY<sup>14</sup>, BARBARA DE CLERQ<sup>15</sup>, FILIP DE FRUYT<sup>15</sup>, ANNA R. DOCHERTY<sup>16</sup>, NICHOLAS R. EATON<sup>2</sup>, JOHN F. EDENS<sup>17</sup>, MIRIAM K. FORBES<sup>3</sup>, KELSIE T. FORBUSH<sup>18</sup>, MICHAEL P. HENGARTNER<sup>19</sup>, MASHA Y. IVANOVA<sup>6</sup>, DANIEL LEISING<sup>20</sup>, W. JOHN LIVESLEY<sup>21</sup>, MARK R. LUKOWITSKY<sup>22</sup>, DONALD R. LYNAM<sup>23</sup>, KRISTIAN E. MARKON<sup>24</sup>, JOSHUA D. MILLER<sup>25</sup>, LESLIE C. MOREY<sup>17</sup>, STEPHANIE N. MULLINS-SWEATT<sup>26</sup>, J. HANS ORMEL<sup>27</sup>, CHRISTOPHER J. PATRICK<sup>28</sup>, AARON L. PINCUS<sup>29</sup>, CAMILO RUGGERO<sup>30</sup>, DOUGLAS B. SAMUEL<sup>23</sup>, MARTIN SELBOM<sup>31</sup>, TIM SLADE<sup>32</sup>, JENNIFER L. TACKETT<sup>33</sup>, KATHERINE M. THOMAS<sup>23</sup>, TIMOTHY J. TRULL<sup>34</sup>, DAVID D. VACHON<sup>35</sup>, IRWIN D. WALDMAN<sup>36</sup>, MONIKA A. WASZCZUK<sup>2</sup>, MARK H. WAUGH<sup>37</sup>, AIDAN G. C. WRIGHT<sup>38</sup>, MATHEW M. YALCH<sup>39</sup>, DAVID H. ZALD<sup>40</sup> AND JOHANNES ZIMMERMANN<sup>41</sup>, <sup>1</sup>University of California, Davis, Davis California, USA; <sup>2</sup>Stony Brook University, Stony Brook, New York, USA; <sup>3</sup>University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA; <sup>4</sup>University of Notre Dame, South Bend, IN, USA; <sup>5</sup>University of Kentucky, Lexington, KY, USA; <sup>6</sup>University of Vermont, Burlington, VT, USA; <sup>7</sup>Syracuse University, Syracuse, NY, USA; <sup>8</sup>Region Zealand Psychiatry, Roskilde, Denmark; <sup>9</sup>University of Toronto, Scarborough, Toronto, ON, Canada; <sup>10</sup>Harvard Medical School, Boston, MA, USA; <sup>11</sup>University of South Florida, Tampa, Florida, USA; <sup>12</sup>Southern Methodist University, Dallas, TX, USA; <sup>13</sup>University of Hawai'i, Honolulu, HI, USA; <sup>14</sup>College of William & Mary, Williamsburg, VA, USA; <sup>15</sup>University of Ghent, Ghent, Belgium; <sup>16</sup>University of Utah, Salt Lake City, UT, USA; <sup>17</sup>Texas A&M University, College Station, TX, USA; <sup>18</sup>University of Kansas, Lawrence, KS, USA; <sup>19</sup>Zurich University of Applied Sciences, Zurich, Switzerland; <sup>20</sup>Technische Universität Dresden, Dresden, Germany; <sup>21</sup>University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada; <sup>22</sup>Albany Medical College, Albany, NY, USA; <sup>23</sup>Purdue University, West Lafayette, IN, USA; <sup>24</sup>University of Iowa, Iowa City, IA, USA; <sup>25</sup>University of Georgia, Athens, GA, USA; <sup>26</sup>Oklahoma State University, Stillwater, OK, USA; <sup>27</sup>University of Groningen, Groningen, the Netherlands; <sup>28</sup>Florida State University, Tallahassee, FL, USA; <sup>29</sup>Pennsylvania State University, State College, PA, USA; <sup>30</sup>University of North Texas, Dallas, TX, USA; <sup>31</sup>University of Otago, Otago, New Zealand; <sup>32</sup>University of New South Wales, Kensington, New South Wales, Australia; <sup>33</sup>Northwestern University, Evanston, IL, USA; <sup>34</sup>University of Missouri,

## **Llegó el Momento para el Diagnóstico Dimensional de los Trastornos de la Personalidad**

El comité de revisión de la ICD-11 Trastornos Mentales o Comportamentales, sección “Trastornos de la Personalidad y Rasgos Relacionados” ha propuesto reemplazar los trastornos de la personalidad categóricos por un gradiente de severidad que oscile entre dificultades de personalidad a trastornos de personalidad severos y cinco dominios de rasgos: afectividad negativa, antisocial, desinhibición, anancástico y desapego. Mientras se reconoce que hay muchos caminos potenciales para avanzar hacia un esquema basado más en la evidencia y útil clínicamente para clasificar las disfunciones de la personalidad, aplaudimos y sostenemos la transición propuesta desde un modelo categorial de tipos de trastornos de personalidad, que resultó problemático empíricamente y de una utilidad clínica limitada, hacia un modelo dimensional de trastorno de personalidad que posea una conexión considerable con la evidencia científica y el potencial para la aplicación clínica.

No existe evidencia que sostenga las hipótesis que plantean que los trastornos de la personalidad son categoriales o que hay 10 (o cualquier otro número ) tipos discretos de trastornos de la personalidad. Los evidentes problemas con los diagnósticos categoriales de trastorno de la personalidad, tales como baja confiabilidad, comorbilidad de diagnóstico y la heterogeneidad intra-trastorno complican la investigación y el tratamiento. No hay intervenciones validadas para la mayoría de los diagnósticos categoriales de los trastornos de la personalidad y aunque varias psicoterapias que se han desarrollado desde perspectivas teóricas distintas para el trastorno de la personalidad borderline tienen evidencia de una eficacia moderada, ninguna ha sido probada como siendo más efectiva que las demás. La evidencia para los mecanismos de tratamiento es escasa y no hay evidencia que los enfoques existentes posean una eficacia específica para los trastornos de la personalidad borderline en oposición a la eficacia general para una variedad de dificultades psiquiátricas.

En contraste, existe un corpus vasto de literatura empírica que apoya modelos dimensionales de los trastornos de la personalidad, que están estrechamente alineados con el modelo propuesto, sumado al cuerpo emergente de trabajos referidos a dimensiones específicas propuestos por la ICD-11. La propuesta de la ICD-11 posee dos elementos. La dimensión de severidad se vincula con la tradición psicodinámica, que históricamente ha estado a la vanguardia de la clasificación de los trastornos de la personalidad y que se alinea con una cantidad de esfuerzos empíricos por cuantificar la disfunción general de la personalidad. La

investigación demuestra que mucho del valor predictivo y pronóstico de los datos de trastorno de la personalidad pueden ser derivados de esta dimensión.

El modelo de rasgos de la personalidad propuesto por la ICD-11 se asemeja a otros modelos dimensionales de la personalidad, como el Modelo de los Cinco Factores o el Modelo Alternativo del DSM-5 para los Trastornos de Personalidad. Aunque existan algunas diferencias importantes entre la propuesta de la ICD-11 y estos otros modelos que serán juzgados por investigaciones futuras, el punto más importante en esta etapa es que la evidencia sostiene consistentemente la validez de los modelos de rasgos dimensionales para describir las diferencias individuales de la personalidad. En contraste con el modelo categorial de los tipos de trastornos de la personalidad, existe mucha literatura sobre el sustento genético, la validación transcultural, curso, correlatos y mediciones de rasgos amplios de la personalidad. Los modelos dimensionales también manejan temas tales como la comorbilidad y la heterogeneidad en una forma directa y empíricamente manejable; recapturan pero reorganizan empíricamente la información provista por los tipos de trastornos de la personalidad; y tienen un potencial considerable para guiar y monitorear el tratamiento. Destacaríamos que la investigación ha demostrado en repetida ocasiones, que la construcción del trastorno borderline de la personalidad en particular, puede ser explicada por dimensiones derivadas empíricamente de los rasgos el funcionamiento personalidad.

Sin embargo, algunas personas en el campo continúan argumentando a favor del diagnóstico de personalidad por tipos categoriales. Estamos preocupados por las implicancias de conservar un sistema categorial que ha mostrado exhaustivamente ser empírica y clínicamente problemático. Es muy difícil justificar la asignación de recursos a continuas investigaciones sobre un enfoque que ha probado ser fundamentalmente defectuoso, en oposición al modelo dimensional que apunta hacia sendas nuevas y excitantes para la investigación sobre la etiología, los mecanismos y el tratamiento. Estamos igualmente preocupados acerca de las implicancias que tiene conservar un modelo demostradamente problemático para la vida de los pacientes. Sería muy inquietante que le dijera a uno que sus problemas se deben a una condición médica específica, solo para enterarse después que la supuesta enfermedad ha sido abandonada por la comunidad médica. Probablemente ya sea confuso para los pacientes, que podrían descubrir sobre su diagnóstico de personalidad a través de la búsqueda en internet, que la mayoría del campo no cree que tal trastorno exista realmente. Sería muy preferible ser directos con nuestros pacientes acerca de qué sabemos y qué no con respecto a la personalidad y sus problemas relacionados, que etiquetarlos con el engaño de diagnósticos legados que no soportarán el paso del tiempo.

Se han expresado preocupaciones razonables acerca de los desafíos asociados con la transición de un modelo categorial a uno dimensional de los trastornos de personalidad. Tales preocupaciones necesitan ser balanceadas con los estudios de campo que demuestran que una mayoría de los clínicos e investigadores apoyan una transición hacia un marco de referencia más dimensional, basado en la evidencia. Nosotros reconocemos que la transición hacia un modelo dimensional necesita ser ponderado en relación con temas tales como reintegros de terceras partes. Además reconocemos que la salud mental comunitaria, legal y otros sistemas necesitarán recibir formación para hacer la traducción del sistema antiguo al nuevo. Sin embargo, no creemos que estos temas prácticos provean de un fundamento convincente para conservar un sistema que no captura, de manera efectiva, las diferencias individuales en las dificultades de la personalidad de los pacientes. En contraste, avanzar con un marco teórico basado en la evidencia para diagnosticar trastornos de la personalidad, tiene un potencial significativo para estimular la investigación que pueda conducir hacia nuevos tratamientos y modelos etiológicos que puedan, en última instancia, reducir el peso de los trastornos de la personalidad en los pacientes, las familias y la sociedad. Los cambios propuestos por la ICD-11 también proveen de un modelo generativo para conceptualizar la meta-estructura de la psicopatología. En efecto, hay conexiones fenotípicas y genéticas claras entre las dimensiones propuestas por la ICD-11 y una cantidad de perturbaciones de la salud mental más allá de los trastornos de la personalidad.

Los científicos del pasado creían que el sol giraba alrededor de la tierra, el cerebro se organizaba de acuerdo con los principios de la frenología y los espíritus eran responsables de los problemas psiquiátricos. Es un testimonio para la ciencia que estas visiones dieron lugar a un modelo de la naturaleza más preciso. Las nuevas perspectivas que las reemplazaron contribuyeron a mayores avances en astronomía, neurociencia y salud mental. Del mismo modo, la evidencia es clara que los trastornos de la personalidad no existen como 10 tipos discretos. El modelo categorial se ha convertido en un obstáculo para la investigación y la práctica. Como ejemplo, obsérvese el desafortunado resultado del proceso de revisión del DSM-5, donde un modelo sin apoyo de la evidencia o de la mayoría del campo, fue conservado como esquema oficial de diagnóstico a pesar de la alternativa viable propuesta por el Personality and Personality Disorders Work Group (Grupo de trabajo de la Personalidad y Trastornos de la Personalidad), publicada en la Sección III del DSM-5. Es tiempo que el campo haga la transición hacia un modelo que encaje los datos de la investigación y la realidad clínica. La propuesta de la ICD-11 conecta la clasificación psiquiátrica de las manifestaciones de los trastornos de la personalidad con la evidencia científica. Los cambios propuestos aumentarían la eficacia diagnóstica y el cuidado del paciente, al tiempo

que estimularían la investigación para mejorar aún más la evaluación y el tratamiento de la psicopatología. Como clínicos e investigadores que hemos dedicado nuestras carreras a la comprensión y a la ayuda de las personas con patologías de la personalidad, urgimos al grupo de trabajo de la ICD-11 PD a que se mantenga comprometido con la revisión del diagnóstico del trastorno de la personalidad basado en la evidencia.

## REFERENCIAS

1. Tyrer P, Crawford M, Mudler R. Reclassifying personality disorders. *Lancet* 2011; 377:1814-15

2. Clark LA. Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and emerging conceptualization. *Annu Rev Psychol* 2007; **58**: 227–58.
3. Trull TJ, & Durrett CA. Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; **1**: 355–80.
4. Anderson J, Snider S, Sellbom S, Krueger RF, Hopwood CJ. A comparison of the DSM-5 section II and section III personality disorder structures. *Psychiatry Res* 2014; **216**: 363–72.
5. Widiger TA, & Samuel DB. Diagnostic categories or dimensions? A question for the diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. *J Abnorm Psychol* 2005; **114**: 494–504.
6. Cristia IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiat* 2017; **74**: 319–28.
7. Bateman AW, Gunderson J, Mulder R. Treatment of personality disorder. *Lancet* 2015; **385**: 735–43.
8. Krueger RF, Markon KE. The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2014; **10**: 477–501.
9. Markon KE, & Krueger RF. Delineating the structure of normal and abnormal personality: an integrative hierarchical approach. *J Pers Soc Psychol* 2005; **88**: 139–57.
10. Morey LC, Hopwood CJ, Gunderson JG, Skodol AE, Shea MT, Yen S et al. Comparison of alternative models for personality disorders. *Psychol Med* 2007; **37**: 983–94.
11. Widiger TA, & Trull TJ. Plate tectonics in the classification of personality disorder. *American Psychologist* 2007; **62**: 71–83.
12. Kim Y-R, Blashfield R, Tyrer P, Hwang S, Lee H. Field trial of a putative research algorithm for the diagnosis of ICD-11 personality disorders in psychiatric patients: 1. severity of personality disturbance. *Personality and Mental Health* 2014; **8**: 67–78.
13. Kim Y-R, Tyrer P, Kim H-S, Kim S-G, Hwang ST, Lee G-Y et al. Preliminary field trial of a computer algorithm for diagnosing ICD-11 personality disorders in psychiatric patients: 2. proposed trait domains. *Personality and Mental Health* 2015; **9**: 298–307.
14. Kim YR, Tyrer P, Lee HS, Kim SG, Connan F, Kinnaird E et al. Schedule for personality assessment from notes and documents (SPAN-DOC): preliminary validation, links to the ICD-11 classification of personality disorder, and use in eating disorders. *Personality and Mental Health* 2016; **10**: 106–17.
15. Mulder RT, Horwood J, Tyrer P, Carter J, Joyce PR. Validating the proposed ICD-11 domains. *Personality and Mental Health* 2016; **10**: 84–95.
16. Oltmanns JR, & Widiger TA. A self-report measure of the ICD-11 dimensional trait model proposal: the personality inventory for ICD-11. *Psychol Assess* in press.
17. Tyrer P, Crawford M, Sanatinia R, Tyrer H, Cooper S, Muller-Pollard C et al. Preliminary studies of the ICD-11 classification of personality disorder in practice. *Personality and Mental Health* 2014; **8**: 254–63.
18. Tyrer P, Tyrer H, Yang M, Guo B. Long-term impact of temporary and persistent personality disorder on anxiety and depressive disorders. *Personality and Mental Health* 2016a; **10**: 76–83.
19. Tyrer P, Wang D, Tyrer H, Crawford M, Cooper S. Dimensions of dependence and their influence on the outcome of cognitive behavior therapy for health anxiety: randomized controlled trial. *Personality and Mental Health* 2016b; **10**: 96–105.
20. Bender DS, Morey LC, Skodol AE. Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part 1: a review of theory and methods. *J Pers Assess* 2011; **93**: 332–46.
21. Kernberg OF. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT: Yale University Press, 1984.
22. Bornstein RF. Reconceptualizing personality disorder diagnosis in the DSM-V: the discriminant validity challenge. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1998; **5**: 333–43.
23. Hopwood CJ, Malone JC, Ansell EB, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH et al. Personality assessment in DSM-V: empirical support for rating severity, style, and traits. *J Pers Disord* 2011; **25**: 305–20.
24. Livesley WJ. Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. *Can J Psychiatry* 1998; **43**: 137–47.
25. Morey LC. Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM-5 level of personality functioning scale. *Psychol Assess* in press.
26. Morey LC, Berghuis H, Bender DS, Verheul R, Krueger RF, Skodol AE. Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part II: empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *J Pers Assess* 2011; **93**: 346–53.
27. Parker G. The etiology of personality disorders: a review and consideration of research models. *J Pers Disord* 1997; **11**: 345–69.
28. Wright AGC, Hopwood CJ, Skodol AE, Morey LC. Longitudinal validation of general and specific structural features of personality pathology. *J Abnorm Psychol* 2016; **125**: 1120–34.
29. 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* in press.

30. Widiger TA, & Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *J Pers Disord* 2005; **19**: 110–30.
31. Soto CJ, & Tackett JL. Personality traits in childhood and adolescence: structure, development, and outcomes. *Current Directions in Psychological Science* 2015; **24**: 358–62.
32. Miller JD, Few LR, Lynam DR, MacKillop J. Pathological personality traits can capture DSM-IV personality disorder types. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2015; **6**: 32–40.
33. Hopwood CJ, Zimmermann J, Pincus AL, Krueger RF. Connecting personality structure and dynamics: toward a more evidence-based and clinically useful diagnostic scheme. *J Pers Disord* 2015; **29**: 431–48.
34. Roberts BW, Luo J, Briley DA, Chow P, Su R, Hill PL. A systematic review of personality trait change through intervention. *Psychol Bull* 2017; **143**: 117–41.
35. Bornoalova MA, Hicks BM, Patrick CJ, Iacono WG, McGue M. Development and validation of the Minnesota borderline personality disorder scale (MBPD). *Assessment* 2011; **18**: 234–52.
36. Miller JD, Morse JQ, Nolf K, Stepp SD, Pilkonis PA. Can DSM-IV borderline personality disorder be diagnosed via dimensional personality traits? Implications for the DSM-5 personality disorder proposal. *J Abnorm Psychol* 2012; **121**: 944–50.
37. Sellbom M, Sansone RA, Songer DA, Anderson JL. Convergence between DSM-5 section II and section III diagnostic criteria for borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2014; **48**: 325–32.
38. Sharp C, Wright AGC, Fowler JC, Freuh C, Allen JG, Oldham J et al. The structure of personality pathology: both general ('g') and specific ('s') factors? *J Abnorm Psychol* 2015; **124**: 387–98 <http://www.personalityprocesses.com/s/Sharp-Wright-et-al-in-press-Structure-of-PP.pdf>.
39. Trull TJ, Widiger TA, Lynam DR, Costa PT, Jr. Borderline personality disorder from the perspective of general personality functioning. *J Abnorm Psychol* 2003; **112**: 193–202.
40. Wright AGC, Hopwood CJ, Zanarini MC. Associations between changes in normal personality traits and borderline personality disorder symptoms over 16 years. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2015; **6**: 1–11.
41. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014; **13**: 28–35.
42. Bernstein DP, Iscan C, Maser J, Boards of Directors of the Association for Research in Personality Disorders and International Society for the Study of Personality Disorders. Opinions of personality disorder experts regarding the DSM-IV personality disorder classification system. *J Pers Disord* 2007; **21**: 536–51.
43. Keeley J, Reed G, Roberts M, Evans S, Medina-Mora M, Robles R et al. Developing a science of clinical utility in diagnostic classification systems field study strategies for ICD-11 mental and behavioral disorders. *American Psychologist* 2016; **71**: 3–16.
44. Morey LC, Skodol AE, Oldham JM. Clinician judgments of clinical utility: a comparison of DSM-IV-TR personality disorders and the alternative model for DSM-5 personality disorders. *J Abnorm Psychol* 2014; **123**: 398–405.
45. Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking big personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2010; **136**: 768–821.
46. Kotov R, Krueger RF, Watson D, Achenbach TM, Althoff RR, Bagby M et al. The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. *J Abnorm Psychol* in press.

Address correspondence to: Christopher J. Hopwood,  
University of California, Davis, Davis CA, USA.  
Email: chopwoodmsu@gmail.com