

ZABURZENIA OSOLOWOŚCI

PROBLEMY DIAGNOZY KLINICZNEJ

Redakcja naukowa
Lidia Cierpiatkowska i Emilia Soroko



WYDAWNICTWO NAUKOWE UAM

ZABURZENIA OSOBOWOŚCI

UNIwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Zaburzenia osobowości

Problemy diagnozy klinicznej

Redakcja naukowa

LIDIA CIERPIAŁKOWSKA I EMILIA SOROKO



POZNAŃ 2014

Recenzent: prof. dr hab. CZESŁAW CZABAŁA

Wydanie dofinansowane przez Rektora Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu,
Zakład Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej UAM
oraz Wydział Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego

© Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydawnictwo Naukowe UAM,
Poznań 2014

Redaktor: EWA DOBOSZ

Redaktor techniczny: DOROTA BOROWIAK

Projekt okładki: EWA WĄSOWSKA

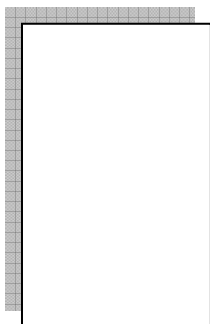
ISBN 978-83-232-2698-7

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIwersYTETU IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU
61-701 POZNAŃ, UL. FREDRY 10
www.press.amu.edu.pl

Sekretariat: tel. 61 829 46 46, faks 61 829 46 47, e-mail: wyd nauk@amu.edu.pl
Dział sprzedaży: tel. 61 829 46 40, e-mail: press@amu.edu.pl

Wydanie I. Ark. wyd. 24,0. Ark. druk. 22,75

DRUK I OPRAWA: UNI-DRUK, LUBOŃ, UL. PRZEMYSŁOWA 13



Spis treści

1. Wstęp	13
2. Zaburzenia osobowości w modelach medycznych i w psychologii różnic indywidualnych	15
<i>Lidia Cierpiatkowska, Emilia Soroko</i>	
2.1. Osobowość normalna i zaburzona w klasyfikacjach medycznych i psychologicznych	15
2.2. Post-Kraepelinowskie klasyfikacje zaburzeń osobowości	16
2.2.1. Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego	16
2.2.2. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych	20
2.3. Rozpowszechnienie zaburzeń osobowości	21
2.4. Związki między psychopatologią a psychologią osobowości	23
2.5. Modele diagnozy zaburzeń osobowości	26
2.5.1. Modele kategorialne	27
2.5.2. Modele dymensionalne	29
2.5.3. Modele oparte na prototypach	31
2.6. Wybrane problemy związane ze sposobami diagnozowania zaburzeń osobowości	32
3. Zaburzenia osobowości w paradygmacie poznawczym	35
<i>Dominika Górską</i>	
3.1. Ewolucyjno-poznawcza teoria zaburzeń osobowości Aarona T. Becka	35
3.1.1. Ewolucyjne źródła zaburzeń osobowości	36
3.1.2. Struktury poznawcze i przetwarzanie informacji w zaburzeniach osobowości	37
3.1.3. Poznawczy model zaburzeń osobowości - mechanizm i profil poznawczy	40

3.1.4. Diagnoza w ewolucyjno-poznawczym podejściu Aarona T. Becka – konceptualizacja	42
3.2. Zaburzenia osobowości w świetle teorii schematów Jeffrey Younga	48
3.2.1. Struktury psychiczne oraz ich społeczne i temperamentalne uwarunkowania	49
3.2.2. Style radzenia sobie ze schematami i reakcje	52
3.2.3. Mechanizm aktywacji – tryby schematów	54
3.2.4. Diagnoza zaburzeń osobowości w teorii schematów – kroki diagnostyczne	56
4. Zaburzenia osobowości w teorii relacji z obiektem	58
<i>Lidia Cierpiatkowska</i>	
4.1. Model konfliktu i deficytu a zaburzenia osobowości	58
4.2. Rozwój struktury osobowości	59
4.2.1. Od zewnętrznych do wewnętrznych relacji <i>self</i> – obiekt	60
4.2.2. Rozwój dziecka w okresie preedypalnym według Margaret Mahler	63
4.2.3. Tworzenie się zintegrowanej osobowości	66
4.3. Patologia organizacji osobowości i jej diagnoza	68
4.3.1. Organizację osobowości <i>borderline</i> i neurotycznej	68
4.3.2. Wywiad strukturalny w diagnozie patologii organizacji osobowości	71
5. Integracyjne modele w diagnozie zaburzeń osobowości	75
<i>Emilia Soroko</i>	
5.1. Ogólna charakterystyka podejść integracyjnych w psychologii klinicznej	75
5.2. Podejście pozaparadygmatyczne – ogólny bio-psycho-społeczny model genezy zaburzeń psychicznych	77
5.3. Podejście pozaparadygmatyczne – zintegrowana teoria etiologii zaburzeń osobowości według Joela Parisa	79
5.3.1. Wybrane czynniki biologiczne w genezie zaburzeń osobowości	81
5.3.2. Wybrane czynniki psychologiczne i społeczno-relacyjne w genezie zaburzeń osobowości	83
5.3.3. Wybrane czynniki społeczno-kulturowe w genezie zaburzeń osobowości	84
5.4. Integracyjny model paradygmatyczny – ewolucyjno-społeczna teoria uczenia się Theodore’a Millona	86
5.4.1. Podstawy biospołecznej teorii uczenia się	86
5.4.2. Ewolucyjne podłoże wyróżniania spektrów osobowości	88
5.5. Diagnostowanie obszarów funkcjonowania osobowości w integracyjnym modelu osobowości Westena	91
6. Paranoiczne zaburzenie osobowości	96
<i>Emilia Soroko</i>	
6.1. Wprowadzenie	96
6.2. Paranoiczne zaburzenie osobowości – obraz kliniczny	97

6.3. Problematyka współwystępowania z innymi zaburzeniami	99
6.4. Cechy deskryptywne a dynamika osobowości paranoicznej	101
6.5. Opis przypadku	102
6.6. Etiologia paranoicznego zaburzenia osobowości w pozateoretycznym modelu integracyjnym	104
6.7. Poznawczo-behawioralne podejście w wyjaśnianiu paranoicznego zaburzenia osobowości	107
6.7.1. Funkcjonowanie poznawcze	108
6.7.2. Funkcjonowanie interpersonalne	109
6.8. Psychodynamiczne podejście w wyjaśnianiu paranoicznego zaburzenia osobowości	111
6.8.1. Psychoanaliza klasyczna	111
6.8.2. Perspektywa psychopatologii rozwojowej i teorie relacji z obiektem	113
6.8.3. Psychologia <i>ego</i>	115
6.8.4. Psychologia <i>self</i> – symptomy paranoiczne a narcyzm	116
7. Schizoidalne zaburzenie osobowości	118
<i>Monika Marszał</i>	
7.1. Wprowadzenie	118
7.2. Schizoidalne zaburzenie osobowości – obraz kliniczny	118
7.2.1. Kryteria diagnostyczne według klasyfikacji psychiatrycznych	118
7.2.2. Obraz kliniczny	120
7.2.3. Cechy jawne i ukryte	122
7.2.4. Typy osobowości schizoidalnej	123
7.2.5. Opis przypadku	124
7.3. Kryteria stosowane w diagnozie różnicowej	126
7.4. Etiologia schizoidalnego zaburzenia osobowości	128
7.4.1. Koncepcje biologiczne	128
7.4.2. Koncepcje psychodynamiczne	130
7.4.3. Styl przywiązania do opiekuna a cechy osobowości schizoidalnej	134
7.4.4. Koncepcje poznawczo-behawioralne	137
7.4.5. Bio-psycho-społeczna koncepcja Theodore'a Millona	139
8. Schizotypowe zaburzenie osobowości	140
<i>Tomasz Pasikowski</i>	
8.1. Wprowadzenie	140
8.2. Opis schizotypowego zaburzenia osobowości	141
8.2.1. Klasyfikacje medyczne	141
8.2.2. Funkcjonowanie osób z StZO	144
8.2.3. Opis przypadku	145
8.3. Problemy diagnostyczne i współzachorowalność	147
8.4. Psychologiczne koncepcje wyjaśniające	148
8.4.1. Koncepcje psychodynamiczne	148

8.4.2. Koncepcje poznawczo-behawioralne	150
8.4.3. Inne koncepcje	151
9. Narcystyczne zaburzenie osobowości	154
<i>Jerzy Gościński</i>	
9.1. Wprowadzenie	154
9.2. Obraz kliniczny	154
9.2.1. Narcystyczne zaburzenie osobowości w klasyfikacjach medycznych	154
9.2.2. Opis przypadku	157
9.3. Koncepcje wyjaśniające	158
9.3.1. Współczesne podejście psychoanalityczne	158
9.3.2. Narcyzm w koncepcji Heinza Kohuta	159
9.3.3. Narcyzm w ujęciu Ottona Kernberga	163
9.3.4. Podejście poznawcze	167
9.3.5. Narcyzm w teorii społecznego uczenia się	169
10. Zaburzenie osobowości <i>borderline</i>	171
<i>Lidia Cierpiatkowska</i>	
10.1. <i>Borderline</i> jako typ i struktura osobowości	171
10.2. Obraz kliniczny zaburzenia osobowości <i>borderline</i>	172
10.2.1. Zaburzenie osobowości <i>borderline</i> w modelach medycznych	172
10.2.2. Model kategoryjalno-dymensjonalny zaburzenia osobowości <i>borderline</i> w DSM-V	177
10.2.3. Oblicza zaburzeń osobowości <i>borderline</i> i ich rozpowszechnienie	178
10.2.4. Opis przypadku	179
10.3. Koncepcje wyjaśniające genzę i patomechanizm zaburzeń <i>borderline</i>	181
10.3.1. Teoria relacji z obiektem i psychologia <i>ego</i>	181
10.3.2. Koncepcje poznawczo-behawioralne wzorców zachowania i stylów schematów w zaburzeniu <i>borderline</i>	187
10.3.3. Biospołeczna koncepcja dysfunkcji systemu regulacji emocji	190
10.3.4. Bio-psycho-społeczny model zaburzeń osobowości <i>borderline</i>	195
11. Histrioniczne zaburzenie osobowości	198
<i>Jarosław Groth</i>	
11.1. Norma i patologia	198
11.2. Obraz HZO – funkcjonowanie emocjonalne, poznawcze i interpersonalne ..	199
11.2.1. Opis przypadku	204
11.3. Problemy diagnostyczne i współwystępowanie	205
11.4. Psychologiczne koncepcje wyjaśnienia genzy i patomechanizmu	209
11.4.1. Osobowość histrioniczna w ujęciu psychoanalitycznym	209
11.4.2. Osobowość histrioniczna w ujęciu poznawczo-behawioralnym	211

12. Psychopatyczne/ antyspołeczne zaburzenia osobowości	214
<i>Beata Pastwa-Wojciechowska</i>	
12.1. Wprowadzenie	214
12.2. Psychopatyczne/ antyspołeczne zaburzenia osobowości – obraz kliniczny ..	215
12.2.1. Kryteria diagnostyczne według klasyfikacji psychiatrycznych	215
12.2.2. Koncepcja psychopatii Roberta D. Hare’a	217
12.2.3. Obraz kliniczny	218
12.2.4. Typy osobowości psychopatycznej	221
12.2.5. Opis przypadku	221
12.3. Kryteria stosowane w diagnozie różnicowej	223
12.4. Etiologia psychopatycznych/ antyspołecznych zaburzeń osobowości	227
12.4.1. Koncepcje biologiczne	227
12.4.2. Koncepcje psychodynamiczne	231
12.4.3. Koncepcje poznawczo-behawioralne	232
12.4.4. Bio-psycho-społeczna koncepcja Theodore’a Millona	233
13. Unikające zaburzenie osobowości	235
<i>Anna Kwiecień</i>	
13.1. Norma i patologia unikania	235
13.2. Opis zaburzenia osobowości unikającej	235
13.2.1. Zaburzenie osobowości unikającej w modelach medycznych	236
13.2.2. Typy osób z zaburzeniem osobowości unikającej oraz funkcjonowa- nie osób z ZOU	238
13.2.3. Opis przypadku	242
13.2.4. Problemy diagnostyczne i współzachorowalność – diagnoza różni- cowa	244
13.3. Psychologiczne koncepcje wyjaśnienia genezy i patomechanizmu	245
13.3.1. Osobowość unikająca w koncepcji poznawczo-behawioralnej	245
13.3.2. Osobowość unikająca w koncepcji Karen Horney	249
13.3.3. Osobowość unikająca w ujęciu Ottona Kernberga	251
13.3.4. Osobowość unikająca w koncepcji schematów Jeffreya Younga	251
13.3.5. Czynniki konstytucyjne oraz wpływ doświadczeń wczesnodziecię- cych na kształtowanie zaburzeń osobowości unikającej	252
13.3.6. Osobowość unikająca w koncepcji Theodore’a Millona	254
14. Zależne zaburzenie osobowości	256
<i>Dominika Górską</i>	
14.1. Zależność zdrowa i patologiczna	256
14.2. Charakterystyka osobowości zależnej	259
14.2.1. Kryteria rozpoznawania osobowości zależnej w klasyfikacjach zabu- rzeń psychicznych	259
14.2.2. Styl funkcjonowania	260
14.2.3. Opis przypadku	262
14.2.4. Współwystępowanie i diagnoza różnicowa	263

14.3. Osobowość zależna – koncepcje wyjaśniające	265
14.3.1. Poznawcza konceptualizacja osobowości zależnej	265
14.3.2. Rozumienie zależności w teorii schematów Jeffreya Younga	268
14.3.3. Klasyczna teoria psychoanalityczna: oralność i „poza oralnością”	269
14.3.4. Teorie relacji z obiektem	271
14.3.5. Integryjny model Roberta Bornsteina	273
15. Obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości	277
<i>Marta Andrajoć, Michał Ziarko</i>	
15.1. Normalna i patologiczna sumienność	277
15.2. Cechy obsesyjno-kompulsyjnego zaburzenia osobowości	278
15.2.1. Obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości w klasyfikacji nozo-	
logicznej: od ICD-10 do DSM-V	278
15.2.2. Funkcjonowanie osób z obsesyjno-kompulsyjnym zaburzeniem oso-	
bowości	280
15.2.3. Opis przypadku	283
15.3. Osobowość obsesyjno-kompulsyjna a zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne ..	284
15.4. Koncepcje wyjaśniające obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości	285
15.4.1. Koncepcje psychodynamiczne	285
15.4.2. Koncepcje poznawczo-behawioralne	287
16. Zaburzenia osobowości w okresie dojrzewania	290
<i>Anna Frączek</i>	
16.1. Wprowadzenie	290
16.2. Kształtowanie się osobowości jako długotrwały proces	291
16.3. Klasyfikacje zaburzeń psychicznych w adolescencji	292
16.4. Klasyfikacje i geneza zaburzeń osobowości w ujęciu psychodynamicznym	293
16.5. Narcystyczne zaburzenia osobowości	294
16.5.1. Etiologia narcystycznego zaburzenia osobowości w adolescencji	294
16.5.2. Cechy narcystycznych zaburzeń osobowości u adolescentów	295
16.6. Antyspołeczne zaburzenie osobowości u adolescentów	298
16.6.1. Etiologia antyspołecznego zaburzenia osobowości u adolescentów ..	298
16.6.2. Cechy antyspołecznych zaburzeń osobowości u adolescentów	298
16.7. Zaburzenia osobowości <i>borderline</i> u adolescentów	300
16.7.1. Etiologia zaburzenia <i>borderline</i>	300
16.7.2. Cechy zaburzeń osobowości <i>borderline</i> u adolescentów	301
17. Zaburzenia seksualne w zaburzeniach osobowości	303
<i>Maria Beisert, Agnieszka Izdebska</i>	
17.1. Wprowadzenie	303
17.2. Seksualność i zaburzenia seksualne człowieka	303
17.3. Współwystępowanie zaburzeń seksualnych i zaburzeń osobowości w świe-	
tle badań empirycznych	306

17.4. Teoretyczne podłoże współwystępowanie zaburzeń seksualnych i zaburzeń osobowości	313
17.5. Funkcjonowanie seksualne i zaburzenia seksualne u osób na poszczególnych poziomach organizacji osobowości	314
17.5.1. Organizacja osobowości neurotyczna	314
17.5.2. Organizacja osobowości <i>borderline</i> – poziom wyższy	317
17.5.3. Organizacja osobowości <i>borderline</i> – poziom niższy	318
18. Perspektywa społeczno-kulturowa a zaburzenia osobowości	321
<i>Piotr Olesiński, Dariusz Rosiński</i>	
18.1. Wprowadzenie	321
18.2. Perspektywa społeczno-kulturowa a zaburzenia osobowości w systemach diagnostycznych	322
18.3. Koncepcje akcentujące perspektywę społeczno-kulturową	329
18.4. Wartość uwzględniania perspektywy społeczno-kulturowej przy diagnozie zaburzeń osobowości	333
Literatura	335

1

Wstęp

Zaburzenie osobowości jako jednostka kliniczna od zawsze stanowi ogromne wyzwanie dla twórców wielu koncepcji osobowości i różnych przejawów jej psychopatologii. Przez ostatnie dziesięć lat od wydania pracy pt. *Psychologia zaburzeń osobowości* pod redakcją Lidii Cierpiałkowskiej zaszły spore zmiany w rozumieniu istoty i uwarunkowań zaburzeń osobowości w modelach medycznych i paradygmatach psychologicznych. Dużo wydarzyło się zarówno pod względem teoretycznym, jak i empirycznym w tym obszarze. Zaburzenia osobowości to obecnie nie tylko konstrukt teoretyczny. Jest on bowiem wsparty wynikami wielu badań, których celem było i jest weryfikowanie założeń koncepcji psychoanalitycznych, poznawczo-behawioralnych czy humanistycznych. Badania te prowadzone są w ramach różnych modeli zaburzeń osobowości: kategoryalnych, dymensjonalnych czy opartych na prototypach.

Sz szczególnie ważna z praktycznego oraz empirycznego punktu widzenia jest naszym zdaniem perspektywa takiej diagnozy klinicznej, która wykraczałaby poza opis zaburzeń osobowości i dawała spójne wyjaśnienie mechanizmów nabywania i kształtowania się struktur psychicznych oraz interakcji czynników psychicznych z biologicznymi i społeczno-kulturowymi w zaburzeniach osobowości. Z tego powodu w niniejszej monografii poza modelami medycznymi i psychologią różnic indywidualnych, Czytelnik znajdzie propozycje konceptualizacji zaburzeń osobowości w modelach psychologicznych, wywodzących się z paradygmatu psychodynamicznego, poznawczego i integracyjnego. Ponadto poszczególne zaburzenia osobowości zostały zaprezentowane w osobnych, podobnie skonstruowanych rozdziałach. Każdy rozdział zawiera kryteria diagnozy opisowej, różnicowej (z uwzględnieniem wprowadzonej w bieżącym roku nowej wersji podręcznika klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-V), przypadek kliniczny, a także najważniejsze teoretyczne koncepcje wyjaśniające genezę i mechanizm utrzymywania się danego typu zaburzenia osobowości. Dodatkowo

w osobnych rozdziałach omówiono ważne problemy diagnostyczne dotyczące zaburzeń osobowości w okresie dojrzewania, związków zaburzeń seksualnych z zaburzeniami osobowości oraz znaczenie perspektywy społeczno-kulturowej.

W pracy diagnostycznej i terapeutycznej klinicyści, zwłaszcza terapeuci, psycholodzy i psychiatrzy stosunkowo często mają do czynienia z pacjentami z zaburzeniem osobowości. Jest to zaburzenie, które charakteryzuje się największym rozpowszechnieniem zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. Diagnozowane jest jako odrębna jednostka kliniczna, chociaż bardzo często współwystępuje z innymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak: schizofrenia, zespoły urojeniowe, zaburzenia afektywne czy uzależnienie od środków psychoaktywnych. Ponieważ zaburzenia osobowości rozwijają się już w dzieciństwie i nabierają wyraźniejszego obrazu klinicznego w adolescencji, dlatego w wielu badaniach pokazuje się ich związki z innymi zaburzeniami psychicznymi. Na przykład uzależnienie od alkoholu często rozwija się na podłożu antyspołecznego czy *borderline* zaburzenia osobowości, zaburzenia afektywne mają u podstaw osobowość zależną, masochistyczną czy narcystyczną, natomiast niektóre postaci schizofrenii współwystępują ze schizotypowym zaburzeniem osobowości. Nakładanie się i przenikanie symptomów różnych zaburzeń psychicznych powoduje, że postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne jest szczególnie trudne, zwłaszcza gdy opiera się ona na kryteriach systemów klasyfikacyjnych DSM-IV R czy ICD-10. Biorąc pod uwagę trudności w trafnym diagnozowaniu zaburzeń osobowości oraz znaczenia takiej diagnozy dla prowadzenia adekwatnego postępowania terapeutycznego, autorzy monografii prezentują współczesne osiągnięcia medycyny i psychologii w tym obszarze. Monografia jest skierowana nie tylko do klinicystów i terapeutów, ale także innych specjalistów zajmujących się funkcjonowaniem człowieka w różnych okresach życia. Szczególnie przydatna wydaje się dla studentów psychologii, medycyny czy pedagogiki, gdyż obok prezentacji modeli wyjaśniających psychopatologię osobowości, zawiera także opisy przypadków konkretnych typów zaburzeń osobowości.

Lidia Cierpiatkowska

Emilia Soroko

2

Zaburzenia osobowości w modelach medycznych i w psychologii różnic indywidualnych

Lidia Cierpiałkowska, Emilia Soroko

2.1. Osobowość normalna i zaburzona w klasyfikacjach medycznych i psychologicznych

Osobowość dojrzała i różne postaci jej zaburzeń są przedmiotem zainteresowania badaczy i praktyków klinicznych, którzy tworzą coraz to inne koncepcje umożliwiające ich różnicowanie. Modele i klasyfikacje medyczne wypracowały kryteria pozwalające na odróżnienie zaburzeń osobowości od innych jednostek klinicznych oraz wskazały na charakterystyczne cechy wyodrębnionych typów zaburzeń osobowości. W psychologii wskazać można przynajmniej na dwa główne nurty poszukiwań, w których próbuje się odpowiedzieć na pytanie: jak konceptualizować i tworzyć opis osobowości (por. Widiger, Costa, 1994; Clarkin, 2006). Pierwszy, nazywany często podejściem paradygmatycznym, opiera się na założeniach o psychicznej istocie człowieka i wynikających z nich przesłanek o ścieżkach rozwoju normalnej i zaburzonej osobowości, które poddaje się empirycznej weryfikacji (np. koncepcje Kernberg, 1984; Beck, Freeman, Devis, 2005). Drugi wywodzi z teorii cech, w której prowadzi się badania nie tylko nad stałością cech i dyspozycji behawioralnych, ale także poszukuje się różnic indywidualnych między ludźmi, wskazując na charakterystyczne profile nasilenia cech osobowości, osób normalnych i tych z zaburzeniami psychicznymi (np. modele Costa, McCrae, 1992; Cloninger, 1997).

Od prawie pół wieku, przede wszystkim w psychologii różnic indywidualnych, ale także w podejściach psychodynamicznym i poznawczo-behawioralnym prowadzone są rozważania teoretyczne i badania, które próbują rozstrzygnąć trzy ważne zagadnienia. Po pierwsze, w jakim stopniu procedura wyodrębniania zaburzeń psychicznych powinna uwzględniać koncepcje prototypów, wielowymiarowych dymensji bądź kategorii typów osobowo-

ści normalnej czy zaburzonej; po drugie, czy pomiędzy cechami osobowości normalnej i patologicznej istnieje pewna ciągłość, czy są to raczej dwie oddzielne kategorie; po trzecie, jaki jest charakter podstawowych procesów i właściwości struktury i organizacji osobowości normalnej i zaburzonej (por. Clarkin, 2006; Lenzenweger, Clarkin, 2005). W celu wyodrębnienia klas zaburzeń psychicznych, a także typów zaburzeń osobowości, w klasyfikacjach medycznych zaburzeń psychicznych, jak i w podejściach paradygmatycznych stosuje się najczęściej eksploracyjną i konfirmacyjną analizę czynnikową. Eksploracyjna analiza czynnikowa (*exploratory factor analysis, EFA*) umożliwia zdefiniowanie struktury czynników w uzyskanym materiale empirycznym. Za pomocą zaś konfirmacyjnej analizy czynnikowej (*confirmatory factor analysis, CFA*) weryfikuje się stopień dopasowania, stworzonej przez badaczy, teoretycznej macierzy zależności (tzw. prototyp) z empirycznie wyłonioną macierzą korelacji (wysoki stopień dopasowania świadczy o wysokiej trafności teoretycznej modelu). *EFA* stosuje się raczej w celach eksploracyjnych, natomiast *CFA* weryfikacyjnych (Widiger, Sanderson, 1995).

2.2. Post-Kraepelinowskie klasyfikacje zaburzeń osobowości

2.2.1. Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Od przeszło 30 lat teoria i badania nad zaburzeniami osobowości rozwijają się bardzo dynamicznie, co pozostaje w ścisłym związku z nadaniem im, w trzecim wydaniu Diagnostycznego i Statystycznego Podręcznika Zaburzeń Psychicznych (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) – DSM-III (APA, 1980), statusu odrębnej jednostki klinicznej i umieszczeniem na Osi I. Chociaż kategoria zaburzenie osobowości pojawiła się już w pierwszym wydaniu DSM-I (APA, 1952), w którym zdefiniowano je jako mniej lub bardziej trwałe wzorce zachowania i interakcji międzyludzkich, które miały początek w dzieciństwie, a utrwaliły we wczesnej dorosłości, to w drugim DSM (1968) uznano, że może być ono źródłem cierpienia (czyli dominujące objawy są *ego-dystoniczne*, a nie, jak sądzono dotąd, *ego-syntoniczne*). W DSM-III do na Osi I umieszczono te, które uważa się za epizodyczne, przebiegające w cyklu – zaostrzenie, zanikanie objawów i remisja, czyli takie

jak: psychozy, zaburzenia afektywne oraz zaburzenia lękowe. Konsekwentnie na Osi II znalazły się zaburzenia osobowości i upośledzenie umysłowe, ponieważ uznano, że obie grupy składają się z uporczywych zaburzeń, spośród których upośledzenie umysłowe traktowano jako stan pochodzenia biologicznego, natomiast zaburzenia osobowości były traktowane na ogół jako „psychogenne”. Jak podano, zaburzenia osobowości zostały umieszczone na Osi II po to, aby zapewnić, że „zostanie rozpatrzone możliwe występowanie zaburzeń, które są często niedostrzegane, kiedy uwaga kieruje się na zwykle bardziej wyraziste zaburzenia z Osi I” (APA, 1980, s. 23). W DSM-III dodano trzy nowe zaburzenia osobowości: schizotypowe, *borderline* i narcystyczne. Od wydania trzeciego sytuacja zmieniła się znacząco, aktualnie zaburzenia osobowości są przedmiotem zainteresowania szerszego grona klinicystów i terapeutów.

W klasyfikacji DSM-IV (APA, 1994) i kolejnej jej rewizji DSM-IV TR (APA, 2000) kategoria zaburzeń osobowości umieszczona jest na Osi II i wyodrębniono trzy jej wiązki (*clusters*): wiązka A – to zaburzenia osobowości charakteryzujące się dziwaczością i ekscentrycznością, czyli osobowość paranoiczna, schizotypowa i schizoidalna; wiązka B – zaburzenia odznaczające się dramatycznością, emocjonalnością i lekceważeniem konsekwencji, czyli osobowość narcystyczna, *borderline*, histrioniczna i socjopatyczna; wiązka C – to zaburzenia osobowości charakteryzujące się napięciem, lękiem i przerażeniem, czyli osobowość unikająca, bierno-zależna i obsesyjno-kompulsyjna. Z ostatniej grupy zaburzeń usunięto osobowość pasywno-agresywną, ponieważ uznano, że jej objawy nie mają specyficznego charakteru i można je zaobserwować w obrazie klinicznym innych zaburzeń osobowości.

Oddzielny typ stanowi nieokreślone zaburzenie osobowości NOS (skrót od: *not otherwise specified*). Utworzono go dla tych objawów zaburzeń osobowości, które nie spełniają kryteriów zaburzeń wiązki A, B lub C. Przykładem może być wystąpienie cech więcej niż jednego zaburzenia osobowości, czyli osobowości mieszanej, której objawy powodują znaczne cierpienie lub pogorszenie w jednym lub wielu obszarach funkcjonowania (np. społecznym czy zawodowym) jednostki. Jeżeli klinicysta stwierdzi wystąpienie symptomów zaburzenia osobowości, które nie odpowiadają żadnemu ze specyficznych typów, to powinien je zaklasyfikować do tego rodzaju zaburzenia. Taki sposób postępowania odnosi się na przykład do osobowości depresyjnej czy bierno-agresywnej (por. DSM-IV, Appendix B). Ogólne kryteria diagnostyczne dla zaburzeń osobowości przedstawiono poniżej.

Ogólne kryteria diagnostyczne Zaburzeń osobowości
kryteria DSM-IV TR (APA, 2000)

- A. Utrwalony wzór (typ) wewnętrznego przeżywania i zachowań, który w znaczącym stopniu odbiegają od oczekiwań występujących w kulturze, w której żyje dana osoba. Przejawiają się w dwóch (lub więcej) z następujących obszarów:
- 1) poznania (tzn. sposób postrzegania i interpretowania siebie, innych ludzi i zdarzeń);
 - 2) afektywnym (tzn. sile, stopniu zmienności i adekwatności reakcji emocjonalnych do bodźców i zdarzeń);
 - 3) funkcjonowaniu interpersonalnym (tzn. sposobu nawiązywania i utrzymywania relacji z osobami bliskimi, konflikty);
 - 4) kontroli impulsów (np. agresywnych, seksualnych).
- B. Wzór ten jest sztywny i przejawia się w wielu sytuacjach osobistych i społecznych.
- C. Wzór ten prowadzi do klinicznie znaczącego cierpienia lub upośledzenia funkcjonowania społecznego, zawodowego bądź w innych dziedzinach funkcjonowania.
- D. Wzór ten jest stabilny i długotrwały, a jego powstanie zaznacza się co najmniej w okresie adolescencji lub wczesnej dorosłości.
- E. Nie można go lepiej wyjaśnić występowaniem przejawów manifestacja lub konsekwencja innego zaburzenia psychicznego.
- F. Utrwalony wzór nie jest spowodowany bezpośrednim fizjologicznym działaniem substancji (np. narkotyków bądź leków) lub stanem ogólnomedycznym (np. urazem głowy).

Jeśli pacjent spełnia odpowiednie kryteria Osi I, II i III DSM-IV TR (APA, 2000), to klinicysta może zdiagnozować nawet trzy różne jednostki kliniczne, na przykład uzależnienie od alkoholu, osobowość *borderline* czy antyspołeczną i marskość wątroby z powodu nadużywania alkoholu niekonsumpcyjnego. O ile łączne wystąpienie zaburzeń z Osi I czy II oraz Osi III nie budzi większych zastrzeżeń wśród klinicystów, o tyle możliwość rozpoznania równocześnie zespołów zaburzeń z Osi I i Osi II skłania do stawiania wielu pytań nie tylko na temat trafności wyodrębnionych jednostek klinicznych w DSM-IV TR, ale przede wszystkim na temat związków pomiędzy zespołami znaczącymi klinicznie a zaburzeniami osobowości (Cierpiałkowska, 2004).

Daleko idące zmiany proponowane są w kolejnym, piątym wydaniu DSM, w którym zaburzenia osobowości opisuje się, podobnie jak w poprzednich wydaniach tej klasyfikacji, jako istotne niepowodzenie adaptacyjne jednostki, widoczne na tle oczekiwań społeczno-kulturowych. Proponowane zmiany spowodowane są wynikami badań, które przyniosły znacząco

różne rezultaty niż te, które, od lat, są szeroko popularyzowane. Do najważniejszych należą: 1) wyniki badań podłużnych, które zasadniczo podważają tezę o stałości i występowaniu objawów zaburzeń osobowości w różnych sferach funkcjonowania jednostki; 2) badania nad trafnością teoretyczną zdefiniowanych w DSM zaburzeń osobowości oraz 3) badania nad użytecznością systemów klasyfikacyjnych opartych na podejściu dymensjonalnym w odróżnieniu od dotychczas stosowanego podejścia kategorialnego (Oldham, 2010).

Po roku 2000 opublikowano wyniki trzech badań podłużnych: *Children in the Community* (CCI) (Cohen i in. 2005), *Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study* (CLPS; Skodol i in., 2005) oraz *McLean Study of Adult Development* (MSAD; Zanarini i in. 2005), które pokazują, że u pacjentów z zaburzeniami osobowości występują remisje. Na przykład rezultaty CLPS pokazały, że po 2 latach pojawia się remisja u dość dużej grupy pacjentów z osobowością *borderline*, schizotypową, obsesyjno-kompulsyjną i unikającą, a wyniki MSAD, że u 74% pacjentów *borderline* nastąpiła remisja w ciągu 6 lat trwania badania, a 6% z tej grupy doświadczyło nawrotów.

Badania potwierdzają wysoką trafność teoretyczną zaburzeń osobowości schizotypowej, *borderline* i antyspołecznej, natomiast znacznie mniejszą stwierdzają co do pozostałych typów z wiązek A, B i C. Osobowość schizotypowa poprzedza często wystąpienie schizofrenii, czego nie można zaobserwować w wypadku osobowości schizoidalnej. Brak także dowodów o trafności teoretycznej wyodrębniania osobowości histrionicznej i narcystrycznej z wiązki B oraz unikającej z wiązki C, która wydaje się pewną utrwaloną formą lęku społecznego. Klinicyści podkreślają, że tematy narcystryczne i histrioniczne obserwuje się u pacjentów z różnymi zaburzeniami psychicznymi, a także w szeroko rozumianej normie. Prawdopodobnie w DSM-V zostaną wyodrębnione następujące zaburzenia osobowości: schizotypowa, *borderline*, antyspołeczna, unikająca i obsesyjno-kompulsyjna, a pozostałe zostaną potraktowane jako niespecyficzne lub zakwalifikowane do innych zaburzeń (Oldham, 2010).

W DSM-V objawy zaburzeń osobowości grupuje się w trzy kategorie – zaburzenia integracji tożsamości i poczucia Ja, zaburzenia w funkcjonowaniu interpersonalnym, związane ze słabą orientacją w motywach postępowania innych ludzi i osłabioną empatią oraz patologiczne cechy osobowości charakterystyczne dla każdego z typów zaburzeń osobowości. W poprzednich wydaniach DSM większą uwagę poświęcano takim objawom, jak: dysregulacji emocjonalnej, trudnościom w kontroli popędów czy zaburzeniom poznawczym. Pojawiło się także wiele wątpliwości na temat podejścia kategorialnego do zaburzeń osobowości i przychylności do ich traktowania

w sposób dymensjonalny. W związku z proponuje się ocenę tychże przejawów zaburzeń funkcjonowania według trzypunktowej skali – nie dotyczy (0 punktów), w pewnym stopniu dotyczy (1 punkt), wyraźnie dotyczy (2 punkty) oraz w najwyższym stopniu dotyczy (3 punkty). Taki system ocen umożliwiłby podejście dymensjonalne i możliwość diagnozowania także stylu osobowości (Firs i in., 2002; Oldham, 2010).

2.2.2. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych

W rozdziale V Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (*The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines*, WHO, 1992/2000) zatytułowanym Zaburzenia Psychiczne i Zaburzenia Zachowania znajduje się opis i wskazówki diagnostyczne dla rozpoznania zaburzeń psychicznych i zespołów klinicznych. Dział F60.- do F69.- obejmuje różnorodne stany kliniczne i wzorce zachowania, które mają tendencje do utrzymywania się i są przejawem charakterystycznego dla danej osoby stylu życia oraz sposobu odnoszenia się do siebie i innych ludzi (ICD-10, WHO, 2000, s. 169). Do tego typu stanów, podobnie jak w klasyfikacji DSM, zalicza się głęboko utrwalone wzorce zachowania przejawiające się mało elastycznymi reakcjami w różnorodnych sytuacjach indywidualnych i społecznych. Zachowania te są znacząco odmiennie od przeciętnego w danej kulturze sposobu spostrzegania, myślenia i odczuwania, a w szczególności odnoszenia się do innych ludzi. Często, choć nie zawsze są one związane z subiektywnym poczuciem cierpienia oraz trudnościami w funkcjonowaniu społecznym i osiągnięciach życiowych.

W ICD-10 wyróżnia się trzy grupy zaburzeń osobowości i zachowania się dorosłych.

Specyficzne zaburzenia osobowości (F60) – to ciężkie zaburzenia struktury charakteru i sposobu zachowania się, zazwyczaj obejmujące kilka wymiarów osobowości, które prawie zawsze związane są z zaburzeniami w funkcjonowaniu społecznym i zawodowym jednostki. Pojawiają się zazwyczaj w okresie późnego dzieciństwa lub w adolescencji i trwają w życiu dorosłym. Do grupy specyficznych zaburzeń osobowości zalicza się: F60.0 Osobowość paranoiczną (obejmuje ona również osobowość ekspansywno paranoiczną, fanatyczną, pieniaczą i sensytywno-paranoiczną); F60.1 Osobowość schizoidalną; F60.2 Osobowość dysocjalną (obejmuje ona również osobowość amoralną, antyspołeczną, asocjalną, psychopatyczną i socjopatyczną); F60.3 Osobowość chwiejną emocjonalnie w postaci dwóch typów

- F60.30 typ impulsywny (obejmuje również osobowość eksplozywną i agresywną) oraz F60.31 typ *borderline* (z pogranicza); F60.4 Osobowość histrioniczną (obejmuje ona również osobowość histeryczną i psychoinfantylną); F60.5 Osobowość anankastyczną (obejmuje ona również osobowość kompulsyjną i obsesyjną oraz obsesyjno-kompulsyjną); F60.6 Osobowość lękliwą (unikającą); F60.7 Osobowość zależną (obejmuje ona również osobowość asteniczną, nieadekwatną, bierną i samoponiżającą się); F60.8 Inne określone zaburzenia osobowości, które nie mieszczą się w żadnej ze specyficznych kategorii opisanych od F60.0 do F60.7 (kategoria ta obejmuje osobowość ekscentryczną, typu *haltlose*, niedojrzałą, narcystyczną, bierno-agresywną i psychoneurotyczną); F60.9 Zaburzenia osobowości bliżej nieokreślone (skrót: BNO) (obejmuje nieokreśloną nerwicę charakteru oraz nieokreśloną patologiczną osobowość)

Zaburzenia osobowości mieszane i inne (F61) – to takie, które często są kłopotliwe w diagnozowaniu, ponieważ nie przejawiają się specyficznym wzorcem zachowania.

Trwale zmiany osobowości nie wynikające z uszkodzenia ani z chorób mózgu (F62) – to zaburzenia zachowania i osobowości u osób dorosłych, które powstają w następstwie stresu o rozmiarach katastrofy bądź stresu silnego i przedłużającego się lub w następstwie poważnej choroby psychicznej (w tym ostatnim przypadku przed zachorowaniem nie występowało u jednostki zaburzenie osobowości). Zmiana osobowości powinna być znacząca i przejawiać się sztywnym i niedostosowanym do sytuacji zachowaniem, które nie występowało przed patogennym doświadczeniem (ICD-10, WHO, 2000, s. 175).

W postępowaniu diagnostycznym zaleca się oddzielenie zaburzeń osobowości od innych zaburzeń psychicznych. Jeśli zaburzenia osobowości poprzedzają bądź następują po – ograniczonych w czasie lub przewlekłych – zaburzeniach psychicznych należy rozpoznać obydwie zespoły kliniczne (Dittmann, Ermer, Stieglitz, 2005). Użycie trzech osi ICD-10 przez klinicystę, który dokonuje diagnozy różnicowej, wymaga połączenia jego wiedzy o charakterystycznych objawach występujących u konkretnego pacjenta z aktualnie działającymi czynnikami społecznymi. Historia i kontekst wystąpienia objawów umożliwi trafną diagnozę różnicową.

2.3. Rozpowszechnienie zaburzeń osobowości

Głównym celem badań epidemiologicznych w zakresie zdrowia psychicznego jest określenie tego, jak często dane zaburzenie występuje w ciągu roku lub w ciągu życia osób w określonej populacji. Do pewnego czasu

wielkość zachorowań szacowano przede wszystkim na podstawie dokumentacji medycznej, która zawiera informacje o osobach z zaburzeniami osobowości korzystających z pomocy psychiatrycznej czy psychologicznej. Obecnie korzysta się z dwóch źródeł informacji: badań nad rozpowszechnieniem zaburzeń psychicznych w populacji mieszkańców różnych krajów (niestety ciągle brakuje takich badań w Polsce, por. Wojtyniak, Goryński, 2008), po drugie z raportów służb zdrowia, zajmujących się leczeniem ambulatoryjnym i stacjonarnym. W ten sposób dysponujemy wiedzę o zróżnicowaniu rozpowszechnienia zaburzeń osobowości w grupie klinicznej i nieklinicznej (por. tabela 2.1).

Tabela 2.1. Rozpowszechnienie typów zaburzeń osobowości wiązki A, B i C w grupach: nieklinicznych i klinicznych

Zaburzenia osobowości	Kessler i in., 1993	Lenzenweger i in., 1997	Crawford i in., 2005	Lenzenweger i in., 2007
	Cała populacja	Populacja studentów	Cała populacja	W populacja pacjentów Osi I
Wiązka A				
Paranoiczna schizoidalna	0.5-2.5	1.0	5.1	2.3
	0.5-1	1.0	1.7	4.9
Schizotypowa	3	1.6	1.1	3.3
Wiązka B				
Antyspołeczna	1-3	.6	1.2	1.0
<i>Borderline</i>	2	1.3	3.9	1.6
Histrioniczna	2-3	2.9	.9	NO
Narcystyczna	1	2.7	2.2	NO
Wiązka C				
Unikająca	0.5-1	1.0	6.4	5.2
Zależna	2-4	.6	.8	.6
Obsesyjno-kompulsyjna	1	1.3	4.7	2.4
Pasywno-agresywna	b.d.	1.6	NO	NO
Inne ZO	b.d.	11.0	15.7	1.6

Legenda: Zaburzenia osobowości obsesyjno-kompulsyjne według kryteriów DSM-III-R nie występują w DSM-IV i rewizjach; NO - nie oceniano, inne ZO - zaburzenia osobowości klasyfikowane jako niespecyficzne; b.d. - brak danych.

Od połowy lat dziewięćdziesiątych nasza wiedza o rozpowszechnieniu zaburzeń osobowości stawała się coraz bardziej dokładna, chociaż wyniki badań epidemiologicznych ukazywały dość zróżnicowany poziom tych zaburzeń wśród różnych narodowości. M. Weissman (1993) postawiła hipo-

teżę, że około 10–13% populacji manifestuje symptomy przynajmniej jednego typu zaburzeń osobowości w ciągu życia. Najszerze badania epidemiologiczne, na przestrzeni lat dziewięćdziesiątych i dwutysięcznych, przeprowadził zespół pod kierownictwem R. Kesslera i współpracowników (1997, 2004) w ramach projektu Narodowych Badań nad Rozpowszechnieniem Zaburzeń – Replikacja (*National Comorbidity Survey Replication, NCS-R*). Badania na populacjach klinicznej i nieklinicznej przynoszą bardzo zróżnicowane wyniki. Na przykład badania prowadzone w Niemczech pokazują, że wskaźniki rozpowszechnienia w losowo wybranych grupach wahają się od 3–18%, wśród pacjentów psychiatrycznych już od 40–60%, a w populacji przestępców z zaburzeniami psychicznymi od 70–90% (Dittmann, Ermer, Stieglitz, 2005).

Związki między zaburzeniami psychicznymi Osi I i Osi II w DSM-IV TR wzbudzają zainteresowanie, ponieważ powszechnie uznaje się, że tacy pacjenci wymagają niestandardowych procedur leczenia (Clarkin, 2006). Okazało się, że amerykańscy pacjenci leczeni z powodu zaburzeń psychicznych Osi I uzyskali niższe wskaźniki zaburzeń osobowości niż pacjenci niemieccy (Lenzenweger i in., 2007). Zaobserwowano, że zaburzenia osobowości wiązki A i wiązki C są podobnie rozpowszechnione wśród pacjentów cierpiących na zaburzenia Osi I, w sposób bardziej zróżnicowany osoby z wiązki B. Te zaburzenia osobowości istotnie częściej współwystępują z zaburzeniami nastroju (tj. dwubiegunowym zaburzeniem afektywnym i dystymią), zaburzeniem nadpobudliwości psychoruchowej (deficytami uwagi) oraz sporadycznymi zachowaniami eksplozywnymi, natomiast rzadziej z specyficzną fobią i uzależnieniem od nikotyny (Lenzenweger i in., 2007, s. 556).

2.4. Związki między psychopatologią a psychologią osobowości

South i współpracownicy (2010; por. też. Shea, Yen, 2005; Cierpiałkowska, 2004), eksplorując związki między psychopatologią a psychologią osobowości – w kontekście widocznego historycznie rozbratu tych dyscyplin – wydzielają trzy typy powiązań między nimi. Pierwszy dotyczy związków między zaburzeniami psychicznymi z Osi I (DSM) a osobowością w ogóle, drugi tego, jak wymiary normalnej osobowości wiążą się z zaburzeniami osobowości (Oś II DSM), a trzeci wzajemnej zależności między Osiami I i II (DSM).

Związki między zaburzeniami psychicznymi z Osi I (DSM) a osobowością można uporządkować według następujących modeli:

- model podatności / skłonności (*vulnerability*) - istniejące wcześniej cechy osobowości czy temperamentu predysponują jednostkę do zaburzeń psychicznych, np. osoba mająca wysokie wskaźniki neurotyzmu może rozwinąć zaburzenia lękowe;

- model komplikacji / blizny (*complication / scar*) - doświadczenie pewnego rodzaju psychopatologii zostawia po sobie ślad, zmieniając w kluczowy sposób przedchorobowe funkcjonowanie osobowości, np. obniżenie cechy otwartości na doświadczenia w wyniku PTSD;

- model patoplastyczny - przedchorobowe funkcjonowanie osobowości wpływa na ekspresję, przebieg, dotkliwość i reakcję na leczenie zaburzenia, np. zwiększone prawdopodobieństwo samobójstwa u osoby ze zdiagnozowaną depresją, która ma jednocześnie niski poziom hamowania neuronalnego;

- model spektralny - osobowość i psychopatologia są obydwie częściami tego samego ciągłego latentnego wymiaru, np. cecha „czujność” może być częścią spektrum paranoicznego i przy paranoicznym zaburzeniu osobowości nasilać się do patologicznej podejrzliwości.

W literaturze pojawiają się też modele uzupełniające powyższą listę, choć mniej popularne w badaniach klinicznych (Shea, Yen, 2005). W modelach niezależności pokazuje się, że powiązania między osobowością a psychopatologią są artefaktami związanymi z czynnikami losowymi lub ze sposobami poszukiwania leczenia i w ślad za tym z cechami próby badawczej, np. diagnoza zaburzenia osobowości i depresji zwiększa prawdopodobieństwa szukania pomocy w ośrodkach w ten sposób częściej osoba z taką diagnozą podlega badaniom naukowym. Z kolei w modelu wspólnej przyczyny twierdzi się, że i osobowości, i psychopatologia, chociaż rozwijają się niezależnie, mają wspólne przyczyny, które powinny być zidentyfikowane.

Modele powiązań między osobowością a psychopatologią są hipotezami, które testuje się empirycznie. Żaden z tych modeli nie jest uważany za właściwy czy wystarczający, a w ramach każdego z nich prowadzone są badania, które w przypadku różnych zaburzeń przynoszą różne wyniki. W przypadku zaburzeń osobowości testowany jest głównie model podatności (głównie w wersji podatność - stres, np. Paris, 1998) oraz model spektralny (np. Millon, 2011).

Kolejny typ powiązań dotyczy wymiarów normalnej osobowości i zaburzeń osobowości (Oś II DSM), który rozważa się głównie przez wskazywanie, że rzetelność i stabilność diagnozy osobowości są lepsze przy miarach dymensjonalnych (Cloninger, 2005; South i in., 2010). Dowodzi się, że wyraźne granice między normalnym i patologicznym funkcjonowaniem osobowości są trudne do uchwycenia w badaniach i struktura osobowości (rozumiana psychometrycznie) jest podobna w klinicznych i nieklinicznych

próbach. Z powodu dymensjonalności właśnie pojawiają się trudności diagnostyczne, takie jak nadmierne diagnozowanie współzachorowalności, zarówno wśród zaburzeń osobowości, jak i między osią I a II (DSM), słaba rzetelność, słaba trafność zbieżna i różnicowa oraz niedokładny sposób opracowania kryteriów różnicujących. Zatem normalna osobowość jest na jednym krańcu dymensji, podczas gdy na drugim leży osobowość zaburzona.

Badacze próbowali scharakteryzować różnice indywidualne w zaburzeniach osobowości (DSM), używając miar dotyczących osobowości normalnej, przy czym korzystali najczęściej z modelu „Wielkiej Piątki” (Samuel, Widiger, 2008; Krueger, Tackett, 2003). South i współpracownicy (2010) przedstawiają tutaj wsparte badaniami empirycznymi konkluzje, że cechy w zaburzeniach osobowości są nieadaptacyjnymi wariantami cech modelu „Wielkiej Piątki” i że zaburzenia osobowości (DSM) są związane z czynnikami „Wielkiej Piątki” w przewidywalny i sensowny sposób, np. zaburzenie osobowości *borderline* silnie koreluje z wysokim neurotyzmem i niską ugodowością (por. też Trull i in., 2003), a właściwie większość zaburzeń osobowości mieści się w kwadrancie stworzonym przez wysoki neurotyzm i niską ugodowość, a bliższa analiza podwymiarów tych dwóch wymiarów dostarcza precyzyjniejszego opisu (Samuel, Widiger, 2008; Saulsman, Page, 2004, za: South i in., 2010). Fakt, że można ująć zaburzenia osobowości, korzystając z modelu cech, jest przyjmowany bardzo otwarcie i optymistycznie, co wyraża się na przykład w badaniach nad opisywaniem cech prototypowych zaburzeń osobowości przez klinicystów, gdzie konkluduje się, że model „Wielkiej Piątki” może przynieść lepsze opisy osobowości niż kategorie DSM (Samuel, Widiger, 2004, por. też Miller i in. 2005). Oczywiście, istnieją też argumenty wskazujące na niewystarczalność i nieużyteczność „Wielkiej Piątki”.

South i współpracownicy (2010) są zdania, że w konceptualizacji cech normalnej osobowości, cech patologicznych osobowości oraz zaburzeń klinicznych ogromną wartość ma konceptualizacja oparta na strukturze wyższego porządku. Struktura normalnej osobowości jest najlepiej określana przez „Wielką Piątkę”, struktura patologicznych cech osobowości przez cztery czynniki (np. emocjonalna dysfunkcja, zachowania dysocjalne, zahamowanie i kompulsyjność), a struktura głównych form psychopatologii przez dwa czynniki – eksteralizowanie i internalizowanie.

Jeśli chodzi o trzeci typ powiązań między osobowością a psychopatologią, czyli wzajemne zależności między Ośmią I i II DSM, wskazuje się głównie na charakterystyczne wzory współwystępowania zaburzeń z obydwu osi oraz tworzenie modeli związków między osiami, które zostały wspomniane wcześniej. Po pierwsze zatem zauważa się, że zaburzenia osobowości współwystępują zarówno z sobą, jak i za zaburzeniami z Osi I DSM

(por. przegląd w South i in., 2010). Podaje się nawet, że od 66% do 97% pacjentów z zaburzeniami osobowości spełnia też kryteria zaburzeń z Osi I, a od 13% do 81% pacjentów diagnozowanych na Osi I może mieć diagnozę zaburzeń osobowości (South i in., 2010). Pojawiają się zatem z jednej strony wątpliwości dotyczące rozdzielania zaburzeń z Osi I i II, ale z drugiej próby pokazania modeli związków między osiami (por. South i in., 2010). Na przykład model podatności zakłada, że obecność zaburzenia osobowości może być czynnikiem ryzyka dla rozwinięcia się zaburzenia z Osi I, na przykład antyspołeczne zaburzenie osobowości może być podłożem wykształcenia się uzależnienia od substancji. Model bliźny pokazuje, jak zaburzenie Osi I problematyzuje osobowość, prowadząc do rozwinięcia się zaburzenia osobowości – np. agorafobia może wpłynąć na rozwinięcie się takiej cechy, jak zależność od innych, która może się tak nasilać, że osiągnie poziom diagnozowany w zaburzeniu osobowości zależnej. Zgodnie z modelem patoplastycznym z kolei, jednostka może rozwinąć zaburzenie z Osi I oraz II niezależnie, ale zaburzenie osobowości wpłynie na przebieg, nasilenie i odpowiedź na leczenie zaburzenia z Osi I. Istnieją dane empiryczne pokazujące na przykład, że diagnoza zaburzenia osobowości *borderline* jest powiązana z mniejszą poprawą podczas leczenia depresji lub PTSD (South i in., 2010). Model spektralny natomiast będzie sugerował, że zarówno zaburzenia osobowości, jak i zaburzenia z Osi I „leżą” na tych samych wymiarach, sięgających mniejszego lub większego nasilenia psychopatologii. Współwystępowanie między niektórymi kombinacjami zaburzeń osobowości i zaburzeń Osi I doprowadziło do różnych propozycji spektrów psychopatologii, na przykład pokazujących związki zaburzeń osobowości z wiązki A ze schizofrenią lub że u podstaw zaburzenia osobowości *borderline* i depresji leży jeden czynnik, który ma różne manifestacje (South i in., 2010, s. 253).

2.5. Modele diagnozy zaburzeń osobowości

Zaburzenia osobowości są wciąż dopracowywanymi i uściślanymi pojęciami, a systemy ich klasyfikacji są dość różnorodne. Główny cel klasyfikacji to jej użyteczność dla klinicystów i badaczy, która jest zyskiwana dzięki podstawowym właściwościom klasyfikacji: 1) denominacji (przypisywanie wspólnej nazwy grupie zjawisk), 2) kwalifikacji (poprawianie użyteczności określonej kategorii przez dodawanie znaczących cech opisowych), 3) predykcji (probabilistyczne twierdzenia na temat klinicznego przebiegu, wyniku czy odpowiedzi na leczenie) (Feinstein, za: Jensen i in., 2006; por. Achenbach, Rescorla, 2006). Porządkując informacje na temat diagnozy kla-

syfikacyjnej zaburzeń osobowości, warto odwołać się do modeli kategoryalnych, dymensjonalnych i prototypowych, wyodrębnionych na podstawie tego, w jaki sposób wyróżnia się zaburzenia psychiczne i jak się o nich myśli (por. Cierpiałkowska, 2004; Gabińska, Niedźwiedzki, 2009). Jednym z najwyraźniej stawianych problemów jest pytanie o to, czy klasyfikacje powinny być kategoryalne, czy dymensjonalne i czy rozstrzygnięcie dylematu ma mieć charakter pragmatyczny (zależny od celów klasyfikacji), esencjalistyczny (odzwierciedlać właściwości rzeczywistości), czy empiryczny (opierać się na zebranych danych – por. Zahar, Kendler, 2010).

2.5.1. Modele kategoryalne

Powszechne systemy klasyfikacji medycznych, czyli DSM i ICD, wykorzystują kategoryalne ujęcie zaburzeń osobowości i korzystają z podziału na typy, klasy lub kategorie oddzielne pomiędzy sobą i odrębne od normalności (tzw. założenie o kategoryalności – Jensen i in., 2006). Zakłada się, że w idealnej klasyfikacji kategorie powinny być wzajemnie rozłączne (dany przypadek należeć może tylko do jednej kategorii), jednorodne (w obrębie kategorii znajdować się muszą elementy podobne do siebie), a system kategorii powinien być wyczerpujący (każda jednostka analizy powinna przynależeć do kategorii). Kategorie powinny być też niezależne od siebie, choć z pewnością mogą być hierarchiczne (Frankfort-Nachmias, Nachmias, 2001). W oficjalnych klasyfikacjach korzysta się mniej z idei kategorii monotetycznych, gdzie wszystkie przypadki spełniają wszystkie kryteria, a raczej z kategorii politetycznych, gdzie minimalna liczba kryteriów musi być spełniona, aby przypadek należał do kategorii – por. Livesley, 2001; Dowson, Grounds, 1995; Widiger, 2001). Najczęściej poszczególne typy zaburzeń osobowości są definiowane przez pewną liczebność cech, około ośmiu, z których mniejsza liczebność, na przykład pięć, jest niezbędna, aby postawić diagnozę danego zaburzenia. Taki sposób kategoryzowania sprawia, że kryteria tego samego zaburzenia mogą być spełniane na wiele sposobów. Policzono na przykład, że kryteria zaburzenia osobowości *borderline* można spełniać na ponad 200 sposobów, więc zróżnicowanie wewnątrzgrupowe jest znaczne – osoby z tą samą diagnozą mają odmienną konstelację cech (Ortigo i in., 2010; Livesley, 2001; Widiger i Lowe, 2010). W przypadku politetycznej klasyfikacji trudno jest wyznaczyć próg kwalifikowania do kategorii (np. liczby kategorii, które muszą być spełnione), a decyzja ta jest zwykle podejmowana arbitralnie, co daje wrażenie, że między normalnością a patologią da się postawić wyraźną i jednoznaczną granicę (Livesley, 2001; Widiger, 2001). Problematyka hierarchiczności kategoryzacji zaburzeń osobowo-

ści z kolei przejawia się w istnieniu po pierwsze kryteriów ogólnych zaburzeń osobowości, które są nadrzędne, po drugie podgrup zaburzeń (np. wiązek w DSM) i po trzecie do prób wyróżniania kryteriów, które mają wyższą wagę lub są kluczowe dla diagnozy (Dowson, Grounds, 1995).

Chociaż system klasyfikacji kategorialnej nie może być w pełni ateoretyczny, ponieważ wszystkie twierdzenia opisowe powstają pod nieuchronnym wpływem teoretycznych założeń wstępnych, to jednak klasyfikacje DSM i ICD powszechnie uznaje się za względnie ateoretyczne. Oznacza to, że przy opisie i wskazywaniu na przyczyny nie korzysta się z koncepcji psychologicznych stworzonych w ramach poszczególnych, paradygmatów, ale też to, że systemy te właściwie nie dają wystarczającego teoretycznego ani empirycznego uzasadnienia, dlaczego takie a nie inne typy zaburzeń zostały wyodrębnione (Livesley, 2001). Zatem ateoretyczność jest w pewnym sensie wyborem „mniejszego zła”, gdyż tworzenie klasyfikacji opartych na teorii znacznie utrudniałoby operacjonalizację i ograniczało użyteczność.

Inną kwestią jest jeszcze czas trwania cechy osobowości lub symptomu – jak długo musi być widoczna, aby uznać, że istnieje i jak długo musi nie być notowana, aby można było powiedzieć, że jej nie ma. Chociaż w definicji zaburzeń osobowości jest zawarta stabilność i długotrwałość cechy, to jednak to, w jak długim okresie ma się ona pojawiać, jest zróżnicowane – na przykład skłonność do irytacji czy gniewu są w zaburzeniach osobowości *borderline* dłużej widoczne w czasie niż gesty samobójcze (Widiger i Lowe, 2010). Podobne próby definiowania „widoczności” cech podejmowano też dla innych zaburzeń (Widiger i Lowe, 2010).

Jak widać u podstaw kategorialnych modeli leży założenie, że nie ma ciągłości między poszczególnymi typami, a to jest trudne do utrzymania z punktu widzenia danych empirycznych, prawie zawsze rozstrzygających wątpliwość, czy mamy do czynienia z oddzielnymi kategoriami czy z kontinuum, na korzyść podejścia dymensjonalnego. Zatem założenie o kategorialności samo w sobie jest podstawową wadą modelu, która w konsekwencji przyczynia się nakładania się na siebie kategorii diagnostycznych różnych zaburzeń osobowości, arbitralnych granic między normą a zaburzeniem oraz wysokim odsetkiem diagnoz niespecyficznych (kategoria „inne”) lub wielokrotnych, jak na przykład zaburzenia osobowości mieszane (Jensen i in., 2006; Simonsen, 2010; Widiger, Mullins-Sweatt, 2005). Dalsze ograniczenia modeli kategorialnych to ubogość teoretyczna, złudzenie jednorodności zaburzeń, ryzyko mechanicznego diagnozowania według kryteriów z przeoczeniem właściwości podmiotowych i ryzyko reifikacji podmiotu diagnozy.

Mimo tak wielu wad modele kategorialne są powszechnie stosowane, ponieważ mają niezaprzeczone zalety praktyczne, a jedno określenie niesie

wiele użytecznych informacji (Widiger, Mullins-Sweatt, 2005). Zapotrzebowanie na klasyfikacje kategorialne jest podtrzymywane przez klinicystów (ponieważ zadają oni pytanie, czy leczyć, czy nie), badaczy (np. określanie fenotypów poszczególnych zaburzeń i ich podłoża genetycznego), jak i decydentów w sprawach socjalnych i sprawach ubezpieczeń (określanie zapotrzebowania na usługi medyczne). Modele te nie są też pozbawione innych zalet (por. np. Simonsen, 2010; Jensen i in., 2006; Widiger, Mullins-Sweatt, 2005). Ułatwiają komunikację między badaczami i diagnostami, mniej więcej odzwierciedlają heurystyki decyzyjne diagnostów, ich potrzebę klasyfikowania przypadków do typów, przyczyniają się do przyspieszonego rozwoju badań naukowych z wykorzystaniem zdefiniowanych w klasyfikacjach jednostek nozologicznych, przez co pośrednio wzmacniają praktykę psychologiczną opartą na dowodach empirycznych. Częste stosowanie kategorii pozostających na poziomie opisu symptomów i syndromów przyczynia się też do zwiększającej się z czasem stosowania rzetelność systemów klasyfikacji (jest to szczególnie widoczne w porównaniach DSM przed wersją III do wersji III i wyższych), co jest znakiem czasu, gdyż skoncentrowany na symptomach etap klasyfikacji zaburzeń jest koniecznym poprzednikiem rozwoju empirycznie opartych koncepcji etiologicznych (Jensen i in., 2006, s. 27).

2.5.2. Modele dymensjonalne

W odpowiedzi na problemy związane z konceptualizacją zaburzeń osobowości jako kategorialnych, rozwinęło się podejście dymensjonalne. Choć proces klasyfikacji w pewnym sensie zawsze korzysta z kategorii, to jednak taki kategorialny system może być wzbogacony informacjami dymensjonalnymi i wielu badaczy jest za integracją obydwu podejść, ale to podejście dymensjonalne przynosi więcej dowodów empirycznych i bardziej nadaje się do statystycznego opracowania (Dowson, Grounds, 1995; Widiger, Mullins-Sweatt, 2005; Simonsen, 2010; Livesley, 2001; Cloninger, 2005).

Według Livesleya (2001) modele dymensjonalne podzielić można na dwie grupy – modele bazujące na strukturze osobowości normalnej oraz na badaniach zaburzeń osobowości. Do pierwszej grupy zalicza się propozycje spektralne, np. *interpersonal circumplex* Leary'ego, Keislera czy Benjamin (dotyczące głównie wymiarów sfery interpersonalnej w osobowości) oraz wielowymiarowe podejścia czynnikowe, na przykład trójczynniki oparte na pracach Eysencka (ekstrawersja, neurotyzm, psychotyzm) czy pięcioczynnikowe Goldberga oraz w wersji Costy i McCrea'a (neurotyczność, ekstrawersja, otwartość, ugodowość, sumienność). Szczególnie ten ostatni model „Wielkiej Piątki” był empirycznie eksplorowany w ostatnich latach i do-

wiódł swojej użyteczności także w przypadku zaburzeń, służąc jako alternatywny język do opisu zaburzeń (Miller i in., 2005; Samuel, Widiger, 2008, 2004; Krueger, Tackett, 2003). Na przykład zaburzenie osobowości *borderline* można opisać przez wysokie wyniki na wszystkich podwymiarach skali neurotyzmu, wysokie wyniki w towarzyskości i asertywności w skali ekstrawersji i niskie wyniki w aspektach prostoliniowości i uступliwości na skali ugodowości oraz w dążeniu do osiągnięć na skali sumienności (Trull i in., 2003). Nie jest jednak tak, że samo skrajne nasilenie danej cechy będzie implikowało psychopatologię (Huprich, Bornstein, 2007).

Wśród modeli dymensjonalnych opartych na badaniu zaburzeń osobowości wyróżnia się na przykład klasyczne podejście Waltona, który wyodrębnił pięć nadrzędnych czynników opisujących zaburzenia, czyli socjopatię, submisyjność, histeryczność, obsesyjność i schizoidalność, a także bardziej współczesne podejścia, powstałe w wyniku prac psychometrycznych wyodrębniających najbardziej znaczące wiązki symptomów (Livesley, 2001). Tak powstały narzędzia takie jak: dymensjonalna ocena patologii osobowości (*Dimensional Assessment of Personality Pathology*, DAPP) Livesleya (z nadrzędną strukturą czterech cech: dysregulacji emocjonalnej, zachowań dysocjalnych, zahamowania i kompulsywności) oraz ustrukturowana ocena zdrowej i zaburzonej osobowości (*Structured Assessment of Normal and Abnormal Personality*, SNAP) Clark (z piętnastoma wymiarami: negatywny temperament, brak zaufania, szkodzenie sobie, ekscentryczna percepcja, agresywność, manipulacyjność, roszczeniowość, ekshibicjonizm, pozytywny temperament, obojętność, zależność, rozhamowanie, impulsywność, pracoholizm i przyzwoitość). Zarówno porównania konceptualne, jak i empiryczne obydwu wyżej wymienionych sposobów porządkowania cech oraz porównanie z wymiarami „Wielkiej Piątki” wskazują na znaczącą zbieżność modeli.

W rozważaniach Livesleya (2001) pojawia się refleksja, że chociaż dowody empiryczne przemawiają za dymensjonalnym przedstawianiem zaburzeń osobowości, to wciąż pozostają pytania, czy modele normatywne osobowości są w stanie pokryć całe spektrum zaburzeń osobowości i czy mają swoje odpowiedniki we wszystkich zaburzonych cechach. Z jednej strony zaleca się więc ostrożność w sugerowaniu, że można przetłumaczyć każde zaburzenie osobowości na przykład na model „Wielkiej Piątki”, ale z drugiej zaleca się uwzględnianie w tworzeniu klasyfikacji wymiarów najwyższego poziomu, takich jak neurotyzm (i jego kliniczny ekwiwalent – emocjonalną dysregulację), ugodowość (przy niskich wskaźnikach oznaczający klinicznie antyspołeczność) czy też sumienność (kompulsywność).

Wśród różnorodnych zalet podejścia dymensjonalnego warto podkreślić mniejszą stratę informacyjną i bardziej subtelne opisy psychopatologii, więk-

szą czułość na nietypowe przypadki, większą adekwatność w wyznaczaniu przejścia między normą a patologią oraz lepsze monitorowanie zmian osobowości w czasie. Dzięki podejściu dymensjonalnemu możliwe jest wczesne wychwytywanie oznak zaburzeń osobowości w fazach prodromalnych oraz bardziej celnych prognoz, bardziej dokładnego opisu przebiegu zaburzenia oraz tendencji, które mogą być obecne w leczeniu przez monitorowanie zmian w czasie. Za wady podejścia uznaje się głównie brak konsensusu, który z różnych grup wymiarów użyć i czym się podczas tego wyboru kierować, co utrudnia komunikację między specjalistami w obszarze klinicznym. Jest też niebezpieczeństwo postrzegania osoby jako zbioru cech o określonym natężeniu, niedostatecznie doceniając zróżnicowanie i podmiotowość. Warto również zauważyć, że dymensjonalne podejścia właściwie w ogóle nie uwzględniają problematyki dotyczącej tego, co jest poza (ponad) cechami, a przecież zintegrowanie i organizacja osobowości są z definicyjnego i klinicznego punktu widzenia kluczowe w diagnozie zaburzeń osobowości (Simonsen, 2010; Widiger, Mullins-Sweatt, 2005).

Jeśli chodzi o problematykę integracji podejścia kategorialnego i dymensjonalnego, to warto wskazać na propozycję Livesleya (2001). Jego zdaniem dobra, oparta na badaniach empirycznych klasyfikacja powinna mieć dwa składniki: 1) definicję zaburzenia oraz dodatkowe kryteria pozwalające na rzetelną diagnozę i 2) system opisu znaczących klinicznie różnic indywidualnych. Podobnie proces diagnostyczny powinien składać się z dwóch kroków: diagnozy zaburzenia osobowości oraz oceny różnic indywidualnych w zakresie osobowości.

2.5.3. Modele oparte na prototypach

Pewną odpowiedzią na ograniczenia obydwu przedstawianych powyżej modeli oraz reakcją na praktyczne wykorzystanie wiedzy o funkcjonowaniu umysłu w procesach decyzyjnych są modele diagnozy zaburzeń osobowości oparte na prototypach. W zamyśle autorów diagnozowanie na podstawie prototypów ma połączyć siły i zmniejszyć słabości zarówno podejścia dymensjonalnego, jak i kategorialnego (Westen i in., 2010; Westen, Bradley, 2005; Shedler, Westen, 2007; Ortigo i in., 2010).

Pojęcie prototypu jest tutaj rozumiane klasycznie, jako model mentalny bazujący raczej na właściwościach wspólnych dla danej grupy (cechy wspólne) niż na cechach definicyjnych (konieczne do uznania przynależenia do kategorii). Analizując sposób codziennej pracy diagnostów (diagnozowanie jako proces poznawczy), zauważa się, że podejmują oni decyzje diagnostyczne na podstawie podobieństwa danego pacjenta do prototypu poszczegól-

gólnego zaburzenia, opierając swoje analizy na przesłankach płynących z narracji pacjentów, ich zachowania podczas spotkań diagnostycznych, ale również poza nimi, uwzględniając w dużym stopniu niuanse dotyczące wewnętrznego doświadczenia pacjentów. Diagnostyci dokonują porównania podobieństwa poszczególnego przypadku (pacjenta) do abstrakcyjnego konstruktów (kategorie diagnostyczne) i są w stanie określić prawdopodobieństwo dopasowania egzemplarza do prototypu. Tak też skonstruowane są badania z wykorzystaniem tego modelu – podaje się psychologowi prototypową narrację oraz opis dla danego zaburzenia (uzyskane empirycznie) i prosi o ocenę na pięciostopniowej skali całościowe podobieństwo danego pacjenta do tego prototypu. Dopasowanie wybrane jako 5 i 4 oznacza diagnozę zaburzenia, jako 3 oznacza średnie dopasowanie i obecność wskazanych w prototypie cech, a wybór 2 i 1 oznaczają niedopasowanie i brak dopasowania. Podczas opisanej tu procedury diagnosta tworzy w umyśle mentalną reprezentację spójnych wskaźników, które mogą być powiązane funkcjonalnie, mogą uwzględniać napływające na raz złożone dane na temat stanów emocjonalnych osób badanych, a nie są jedynie listą oderwanych objawów (Westen i in., 2010; por. też narzędzie Q-sort *Shedler-Westen Assessment Procedure, SWAP-200* – Shedler, Westen, 2007). Daje to w efekcie diagnozę i dymensjonalną i kategoryalną jednocześnie, ale wynikające z całościowej analizy danych na temat pacjenta.

Podsumowując zalety tego podejścia, wskazuje się na oszczędność czasu, wygodę i efektywność, zmniejszenie sztucznego współwystępowania zaburzeń oraz diagnoz typu „bliżej nieokreślone”, uszanowanie bogactwa klinicznego przypadków oraz dopasowanie do naturalnego sposobu funkcjonowania umysłu diagnostów. Jednocześnie główną wadą jest podatność tego modelu na błędy poznawcze, pozorne korelacje, samospełniające się proroctwo i inne heurystyki (np. reprezentatywności, dostępności), które automatycznie wpływają na decyzje diagnostów, a ze względu na swoją immanentność są trudne do kontrolowania. Pojawia się więc ryzyko stronniczości i błędów. Model prototypowy ma też, w porównaniu z poprzednimi, słabe zaplecze empiryczne, choć chętnie w ostatnich latach wypełniane (Shedler, Westen, 2007).

2.6. Wybrane problemy związane ze sposobami diagnozowania zaburzeń osobowości

Chociaż jest to pewne uproszczenie, to jednak zauważyć można pewne przełożenie powyższych trzech modeli diagnozy zaburzeń na stosowane w ich ramach sposoby i narzędzia diagnostyczne. W podejściu kategoryal-

nym, wywodzącym się z medycyny, stosuje się wywiady ustrukturalizowane lub swobodne, w dymensjonalnym, wywodzącym się z psychologii różnic indywidualnych, najczęściej korzysta się z narzędzi samoopisowych, a w podejściu opartym na prototypach (w którym doszukiwać się można korzeni psychodynamicznych i poznawczym) to klinicysta wypełnia skale szacunkowe na bazie różnorodnych złożonych danych o pacjencie.

Najczęściej przywoływanymi problemami w diagnozie zaburzeń osobowości jest nadmierne poleganie na samoopisie pacjentów, przy jednoczesnym pomijaniu różnorodnych czynników psychologicznych, które modyfikują możliwość adekwatnego samoopisu (por. Huprich, Bornstein, 2007) oraz dylemat między stosowaniem wywiadów ustrukturalizowanych i nieustrukturalizowanych (Widiger, Lowe, 2010). Nadmierne poleganie na samoopisie przy zaburzeniach osobowości przynosi komplikacje polegające na 1) niepewności, czy dany pacjent może adekwatnie opisać swoją osobowość (czy jest do zdolny rejestracji swoich właściwości i/lub wglądu), 2) obecności motywów do modyfikowania swojego wizerunku (które mogą mieć związek z właśnie badanymi cechami, na przykład w antyspołecznym czy narcystycznym zaburzeniu osobowości), 3) napotykanium rozbieżności między samoopisem a danymi z wywiadu środowiskowego (na przykład przy paranoicznym zaburzeniu osobowości) lub 4) funkcjonalnych zniekształceniach w postrzeganiu osobistego udziału w relacjach interpersonalnych (częste np. w zaburzeniu osobowości *borderline*). Pewnym rozwiązaniem jest uzupełnianie informacji danymi z diagnozy behawioralnej i oceny klinicznej (Huprich, Bornstein, 2007; Haynes, 2010), które łącznie stosowane podnoszą adekwatność diagnozy (por. diagnozowanie zaburzenia osobowości *borderline* – Hopwood i in., 2008).

Widiger i Lowe (2010) zauważają pewną rozbieżność stosowanych przez klinicystów i badaczy metod do diagnozy zaburzeń osobowości – ci pierwsi jako główną metodę diagnozy zaburzeń osobowości stosują wywiad nieustrukturalizowany, podczas gdy ci drudzy polegają głównie na wywiadach półustrukturalizowanych. Ta rozbieżność między obiema praktykami może – choćby częściowo – odpowiadać za nieprzystawalność wniosków na temat poszczególnych narzędzi diagnostycznych, wyciąganych przez badaczy, do praktyki klinicznej i w ten sposób ograniczać użyteczność tych wniosków. Jak wskazują autorzy (Widiger, Lowe, 2010), niechęć do wywiadów ustrukturalizowanych może wynikać z niewystarczającego przygotowania zawodowego, w którym zabrakło wytworzenia postawy badawczej, koncentrującej praktykę kliniczną na dowodach empirycznych lub niepraktyczność stosowania całego wywiadu ustrukturalizowanego, który może być pracochłonny zarówno na etapie administracji, jak i interpretacji. Można

dodać jeszcze brak takiej kultury organizacyjnej w placówce, w której pracuje klinicysta lub model pracy (wynikający z paradygmatu), który nie uwzględnia stosowania metod jakkolwiek ustrukturalizowanych. Jednocześnie warto mieć na uwadze, że w przypadku niektórych zaburzeń osobowości warunki ustrukturalizowanego wywiadu mogą tworzyć sytuację, która nie pozwoli na dostrzeżenie pewnych właściwości osobowości, szczególnie tych związanych z poziomem patologii funkcjonowania, a które pojawiłyby się w nieustrukturalizowanej sytuacji wywiadu swobodnego, podobnej do sytuacji codziennych (trafność zewnętrzna).