

Emilia Soroko

# Kliniczna diagnoza opisowa w ICD-11.

## Diagnostowanie zaburzeń osobowości jako przykład zdążania w stronę modeli dymensionalnych w psychopatologii

**słowa kluczowe:** ICD-11, diagnoza opisowa, modele dymensionalne, zaburzenia osobowości

### Kliniczna diagnoza opisowa

Kliniczna diagnoza psychologiczna jest rozumiana jako ocena zdrowia psychicznego. Zdrowie psychiczne może być nieco inaczej definiowane w psychologii klinicznej, psychopatologii czy psychiatrii. W zależności od celów postępowania diagnostycznego, wyodrębnić można nozologiczną diagnozę różnicową (opisową), diagnozę strukturalno-funkcjonalną oraz genetyczną, czyli wyjaśniającą patomechanizm i patogenezę zaburzeń (Cierpiałkowska, Soroko, Sęk, 2016). Chociaż z punktu widzenia dopasowania typu oddziaływania psychotherapeutycznego oraz dla lepszego zrozumienia funkcjonowania intrapsychoicznego i interpersonalnego pacjenta psychotherapeuci odnoszą się najczęściej do wiedzy paradygmatycznej (np. psychodynamicznej), która pozwala im stawiać szczegółowe hipotezy wyjaśniające utrzymywanie się objawów czy mechanizmy zdrowienia, to jednak cele związane z precyzyjnym opisem funkcjonowania pacjentów realizowane są głównie przez trafną diagnozę opisową, w której korzysta się z powszechnych klasyfikacji zaburzeń (jak Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD).

Zgodnie z zasadami diagnozy nozologicznej i różnicowej, na podstawie zebranych informacji, rozpoznaje się symptomy (czyli znaczące klinicznie doświadczenia i zachowania), a następnie odnosi się je do kryteriów jednostek klinicznych opisanych w powszechnie stosowanych klasyfikacjach. W efekcie stawia się hipotezy o występowaniu określonych zaburzeń, które weryfikuje się w toku kontaktu z pacjentem (badanie diagnostyczne), biorąc pod uwagę podobieństwo objawów pacjenta do opisów w klasyfikacjach, a także ich liczbę i czas trwania (por. np. Morrison, 2012). Często w efekcie dociera się do tak zwanej podwójnej diagnozy (dwie jednostki diagnostyczne współwystępują u danego pacjenta), co ma duże znaczenie dla doboru efektywnej psychotherapii i dynamiki spodziewanych efektów, szczególnie gdy zespoły kliniczne współwystępują z zaburzeniami osobowości. Od dawna na przykład wiadomo, że współwystępowanie zaburzeń osobowości z depresją znacznie obniża odpowiedź pacjentów na leczenie depresji (Shea, Widiger, Klein, 1992). Rola diagnozy nozologicznej i różnicowej jest bardzo ważna również dla psychotherapeutów, choć z pewnością pełni dla nich inne funkcje niż dla innych profesjonalistów.

Wśród najważniejszych modeli opisowych klasyfikacji zaburzeń od lat wymienia się modele kategoryjne i dymensjonalne (Cierpiałkowska, 2007). W pierwszych zakłada się, że każde ludzkie zachowanie można podzielić na kategorie zdrowie *versus* zaburzenie, a z kolei zaburzenia można dalej różnicować na odrębne podkategorie. W modelach dymensjonalnych przyjmuje się, że zdrowie i zaburzenia różnią się nasileniem czy intensywnością różnych właściwości, na przykład cech czy zdolności. Przekroczenie pewnego poziomu intensywności, wyznaczonego statystycznie, będzie uzasadniało mówienie o patologii (tamże). Ciągłe łatwiej bądź o bezdyskusyjną akceptację, bądź o lekceważenie czy niechęć wobec dymensjonalnego podejścia do diagnozowania zaburzeń niż o próbę zrozumienia zasad organizujących tę klasyfikację i konsekwencji dymensjonalnego sposobu myślenia dla bieżącej praktyki, w tym także zrozumiałego na tym etapie braku doświadczenia po stronie klinicystów.

W niniejszym artykule chciałabym przybliżyć nową klasyfikację zaburzeń ICD-11, wskazując na kilka istotnych różnic między nową wersją a poprzednią, jednak nie roszczę sobie prawa do jej szczegółowego opisu. O szczegółowych rozwiązaniach przeczytać można na przykład w artykułach z „Psychiatrii Polskiej” (np. Gaebel, Zielasek, Reed, 2017; Sampogna, 2017). Chciałabym skupić się na pokazaniu szerszego naukowego tła zmian dotyczących rozumienia zaburzeń psychicznych w sposób dymensjonalny. Najlepiej tę zmianę widać w diagnozowaniu zaburzeń osobowości i im chcę poświęcić więcej uwagi.

## Charakterystyka ICD-11 w kontekście diagnozy opisowej

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) wydawana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) zawiera rozdział 6. *Zaburzenia psychiczne, zachowania i neurorozwojowe (Mental, Behavioral or Neurodevelopmental Disorders, MBND, WHO, 2018)*, który w obszarze psychiatrii i psychopatologii stanowi ważne źródło decyzji diagnostycznych, oferując uporządkowany zbiór kryteriów poszczególnych zaburzeń. Jest narzędziem, na którym opierają swoje decyzje specjaliści od zdrowia psychicznego oraz instytucje finansujące publiczne systemy ochrony zdrowia, tworząc bardzo zróżnicowaną grupę użytkowników. Wersja ICD-11, opublikowana przez WHO w 2018 roku w formie internetowej, została zaakceptowana w maju 2019 roku, a przekazywanie danych statystycznych dotyczących zdrowia w oparciu o nowy system rozpocznie się 1 stycznia 2022 roku. System był rozwijany równoległe z podręcznikiem do klasyfikacji zaburzeń Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5, APA, 2013*). Zespoły pracujące nad ICD-11 i DSM-5 próbują stworzyć klasyfikacje, które będą ze sobą korespondować, choć cele przyświecające im są nieco inne. Grupa rozwijająca ICD-11 stawiała sobie za cel stworzenie podręcznika o globalnym zastosowaniu, klinicznej użyteczności oraz naukowej trafności (Gaebel, Stricker, Kerst, 2020). Nacisk na szerokie zastosowanie także w środowiskach

niespecjalistycznych miał na celu dostarczyć państwom członkowskim WHO lepszemu narzędzia służącego do zmniejszenia różnic w leczeniu chorób psychicznych (Stein i in., 2020). Przez skupienie na użyciu uniwersalnego słownika opisującego symptomy dąży się do uniezależnienia pomocy od regionu świata, kraju czy języka (Gureje i in., 2019). Osiągnięto to, prowadząc przez wiele lat badania terenowe angażujące psychologów i psychiatrów z wielu krajów świata (por. np. Łoza, Heitzman, Kosmowski, 2011).

Jak wszystkie klasyfikacje zaburzeń, także i ta jest tylko klasyfikacją. Immanentnie tkwiące w klasyfikacjach problemy o charakterze ogólnym to na przykład ryzyko reifikacji i stygmatyzacji – wszak klasyfikuje się zaburzenia, a nie ludzi w całej złożoności procesów psychicznych i zachowań i można ulec złudzeniu, że nazwanie zaburzenia przynosi rozwiązanie trudności. Inne to nadużywanie jednostek diagnostycznych z powodów pozamerytorycznych, jak moda czy ruchy społeczne, ryzyko zawężenia rozumienia pacjenta do etykiety diagnostycznej i niechęć do wykroczenia poza taki sposób myślenia, a także – z perspektywy psychologów – „niesprzyjanie pełnemu rozwojowi zawodowemu” (Pasikowski, Sęk, 2005). Wśród wad samej ICD-11 dodaje się również medykalizację życia codziennego (np. wiele dyskusji wywoływały takie zaburzenia jak przedłużająca się żaloba czy zaburzenia związane z graniem) czy spostrzeżenie, że jednostki nozologiczne są ciągle za słabo ugruntowane w neuropsychologii (Stein i in., 2020). Nawet członkowie rozwijających ją zespołów badawczych i konsultantów wyraźnie podkreślają, że obecny kształt ICD-11 nie jest pozbawioną wad propozycją, ale wersją, którą trzeba testować, a także ciągle weryfikować naukowo i praktycznie (Stein i in., 2020).

ICD-11, jak i poprzednie wersje, nadal jest w większości diagnozowanych przypadków klasyfikacją kategorialną. Klasyfikacje takie mają charakter politetycznych kategorii, to znaczy opierają się na prezentacji zbioru właściwości, z których nie wszystkie występują w każdej kategorii zaburzenia. Takie klasyfikacje stosowane do zaburzeń psychicznych mają wiele ograniczeń, spośród których wymienia się przede wszystkim uderzającą różnorodność objawów (właściwości) wewnątrz danej kategorii zaburzenia, sztuczne współwystępowanie i trudności w jednoznacznym określeniu progów klasyfikacji oraz wysoką proporcję przypadków nietypowych i niesklasyfikowanych („inne”, *Not Otherwise Specified*, NOS) (Simonsen, 2010). Szczególnie ważną cechą zaproponowanych w ramach ICD-11 szczegółowych opisów klinicznych i wskazówek diagnostycznych (*Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, CDDG) jest uwzględnianie tych objawów lub cechy każdego z zaburzeń, których klinicysta mógłby racjonalnie oczekiwać we wszystkich przypadkach zaburzenia (tzw. cechy podstawowe). Wykazy podstawowych cech w wytycznych powierzchownie przypominają kryteria diagnostyczne, ale na ogół unika się arbitralnych punktów odcięcia i precyzyjnych wymagań dotyczących liczby objawów i czasu ich trwania, chyba że zostały one ustalone empirycznie w różnych krajach i kulturach lub istnieje inny istotny powód, aby je uwzględnić (Reed i in., 2019). Zastosowano w ICD-11 podejście uwzględniające rozwój w cyklu życia (Reed i in., 2019).

Poza tym ICD-11 to klasyfikacja nadal bazująca przede wszystkim na fenomenologicznym opisie, który jest pozyskiwany metodami samoopisowymi oraz na podstawie obserwacji symptomów przez klinicystów. Metody służące do diagnozowania różnych zaburzeń są w trakcie opracowywania.

## Wybrane specyficzne różnice między ICD-10 a ICD-11

Zmiany między ICD-10 a ICD-11 można opisać poprzez analizę struktury rozdziałów (główne grupy zaburzeń), nowe kategorie diagnostyczne i refleksję nad włączeniem idei wymiarowości (dymensjonalności) w zachowaną w wielu przypadkach diagnozę kategoryjną (por. też Gaebel, Stricker, Kerst, 2020; Krawczyk, Świącicki, 2020).

Struktura rozdziałów w ICD-11 MBND rozszerzyła się względem poprzedniej wersji z 11 do 21 rozdziałów (<https://icd.who.int>). Przy grupowaniu dąży się do kompatybilności z DSM-5 oraz utrzymania zasady, że łączone są ze sobą te zaburzenia, które mają wspólną etiologię, patofizjologię oraz fenomenologię. Jednak struktura grup zaburzeń ma bardzo różne pochodzenie – zaburzenia łączone są na przykład na podstawie wspólnego mechanizmu (np. uzależnienia behawioralne) czy specyficznych przyczyn (np. lęk spowodowany używaniem substancji lub zaburzeniami zdrowia) (Stein i in., 2020). Centralną różnicą w kwestii zmiany rozdziałów jest pominięcie osobnego grupowania zaburzeń psychicznych i zachowania, które mają początek w dzieciństwie i adolescencji, aby pokazać kontynuację zaburzeń w ciągu życia (Gaebel, Stricker, Kerst, 2020). Wśród nowych rozdziałów wprowadzono zaburzenia neurorozwojowe (o wczesnym początku, wpływające na rozwój poznawczy i społeczny, wieloczynnikowe etiologicznie, częstsze w płci męskiej, o chronicznym przebiegu trwającym do dorosłości) obejmujące między innymi zaburzenia rozwoju intelektualnego i zaburzenia ze spektrum autyzmu. Połączone zostały również zaburzenia związane z używaniem substancji z uzależnieniami behawioralnymi, co pokazuje podobieństwo ich mechanizmów.

Wprowadzono piętnaście nowych kategorii diagnostycznych, między innymi katatonię (jako niezwiązaną ze schizofrenią), przedłużającą się żalobę, kompulsywne zachowania seksualne (aby zlikwidować nieaktualne odgraniczenie organiczne i nieorganiczne), zaburzenie związane z graniem w gry wideo (*gaming disorder*), a także złożony zespół stresu pourazowego (*complex post-traumatic stress disorder*, cPTSD) (więcej w: Sampogna, 2017; Gaebel, Zielasek, Reed, 2017). Złożony zespół stresu pourazowego to rozpoznanie, które łączy cechy zaburzenia stresowego pourazowego i zaburzenia osobowości, obejmując objawy stresu pourazowego (ponowne przeżywanie, unikanie i poczucie zagrożenia) oraz trzy grupy objawów nazywane łącznie zaburzeniem organizacji self: dysregulację emocjonalną, negatywny obraz siebie i zaburzenia w relacjach (Tomalski, Pietkiewicz, 2020).

Przy wprowadzaniu tych kategorii odbyło się wiele burzliwych dyskusji, szczególnie wokół tego, jak zmniejszyć ryzyko patologizacji normalnych zachowań, które skutkują tym, że większy nacisk został położony na definiowanie granic między zaburzeniami i opisywanie normalnego ludzkiego funkcjonowania (sekcja *Granica z innymi*

zaburzeniami i normalnością, por. np. Sampogna, 2017). Jest to problem od lat dyskutowany, w jakim zakresie na podstawie naturalnych dowodów można odróżnić przypadki zaburzeń od zdrowia, dlatego zamiast kategorii diagnostycznych to ujęcia dymensjonalne wydają się bardziej obiecujące (Jensen, Hoagwood, Zitner, 2006). Podejścia dymensjonalne pokazują, że ludzie zdrowi w różnych okresach życia, choćby z powodu normatywnych czy nienormatywnych zdarzeń stresowych, cierpią, mają poczucie pustki i braku sensu czy zastanawiają się nad własną tożsamością (Cierpialkowska, Czabała, 2016).

Ważną zmianą jest również włączenie wymiarowości (dymensjonalności) do diagnozy wielu kategorii diagnostycznych. Podejście dymensjonalne wprowadzono tam, gdzie trzeba określić głębokość zaburzenia, a także jego przebieg w czasie. Wymiary umożliwiają identyfikowanie problemów subklinicznych, czyli takich, które chociaż nie są pełnym zestawem objawów, to jednak mogą być powiązane z psychologicznym cierpieniem lub reprezentować takie sytuacje, gdzie rozwijają się w kierunku zaburzenia. Na przykład epizody depresyjne w zaburzeniach depresyjnych oraz dwubiegunowych można opisać na dymensji od łagodnych przez umiarkowane do poważnych, a status remisji – od częściowej przez pełną. Dla uzyskania heterogeniczności obrazu klinicznego w ramach tej samej jednostki nozologicznej w ICD-11 wprowadzono tak zwane kwalifikatory. Do diagnozy depresji można zatem dodać do nich opis polegający na wskazaniu kwalifikatora przebiegu, który doprecyzowuje typ trudności, na przykład w przypadku zaburzeń depresyjnych jest to kwalifikator (*qualifier*) melancholiczny, lękowy, ataków panicznych i wzorca sezonowego. Jak to opisuje szczegółowo Sampogna (2017), do diagnozowania schizofrenii również wprowadzono dymensjonalne kwalifikatory nasilenia objawów w każdym z następujących obszarów: objawy pozytywne, negatywne, objawy depresyjne, nastrój maniackalny, objawy psychomotoryczne i objawy poznawcze. Wybór takich a nie innych typów kwalifikatorów wywodzi się z wyników badań naukowych. Na przykład przy depresji występowanie kwalifikatora lękowego pozwala przewidywać u pacjenta większe ryzyko samobójstwa, dłuższy czas trwania zaburzenia depresyjnego i większe prawdopodobieństwo, że pacjent nie odpowie na leczenie poprawą kliniczną (Stein i in., 2020).

Jak widać, mimo trwających prac badawczych nad modelami psychopatologii, które są oparte o wyniki badań empirycznych, oraz wcześniejszych zapowiedzi między ICD-10 a ICD-11 nie było znaczącego przesunięcia paradygmatycznego w stronę, która znacząco zmieniałaby sposób myślenia o zaburzeniach, na przykład wprowadzając szeroko modele dymensjonalne (Gaebel, Stricker, Kerst, 2020). W pewnym sensie podzieliła ona losy DSM-5, gdzie bardziej rewolucyjne idee zostały umieszczone w dodatkowej, pobocznej części podręcznika. W ICD-11, jak i w DSM-5, również znalazł zastosowanie model hybrydowy (kategorialno-dymensjonalny) zaburzeń psychicznych.

W tym kontekście chcę krótko wspomnieć, że zmiany w klasyfikacji ICD i DSM odbywają się w kontekście wyraźnego przesunięcia zainteresowania badaczy z modeli kategorialnych na wyłącznie dymensjonalne w psychopatologii. Te modele bowiem

mają zdecydowanie lepsze poparcie w badaniach empirycznych. Dzieje się to w odpowiedzi na ograniczenia podejść kategorialnych, szczególnie takich jak sztuczne współwystępowanie zaburzeń, heterogeniczność obrazu klinicznego zaburzeń czy arbitralne progi uznawania wystąpienia zaburzenia. Zwolennicy tego podejścia tworzą i studiują klasyfikacje, ściślej taksonomie empiryczne, stworzone na bardzo ogólnym poziomie psychopatologii w ogóle. Przykładem takiego podejścia jest hierarchiczna taksonomia psychopatologii (*Hierarchical Taxonomy of Psychopathology*, HiTOP, np. Kotov i in., 2017; Hopwood i in., 2019). Ten model, w przeciwieństwie do modeli kategorialnych, wykorzystujących wiedzę specjalistyczną, oceny kliniczne i tradycję, jest przygotowany przez międzynarodowe konsorcjum naukowców zaangażowanych w dostosowanie badań klinicznych i praktyki klinicznej do istniejących dowodów ilościowych dotyczących struktury problemów zdrowia psychicznego. Model ten jest hierarchiczny: na najwyższym poziomie psychopatologia rozgałęzia się na zaburzenia internalizacyjne, dwa typy zaburzeń eksternalizacyjnych, zaburzenia myślenia, izolowanie się (*detachment*) oraz (nieco mniej udowodnione) zaburzenia somatoformiczne. Najbardziej osadzone w dowodach empirycznych jest zatem to, że zaburzenia tworzą trzy główne wyodrębniające się spektra: internalizację, eksternalizację i zaburzenia myślenia. Pozwala to myśleć o odmiennym podłożu każdego z nich, a także – na niższych poziomach hierarchii – szukać wspólnych właściwości. Na przykład pod spektrum internalizacji ujęte są problemy seksualne, zaburzenia jedzenia, lęk i dystres. Natomiast eksternalizacja od razu dzieli się na dwa typy, rozhamowany (antyspołeczne zachowania, uzależnienia) i antagonistyczny (antyspołeczne zachowania i niektóre zaburzenia osobowości na jeszcze niższych szczeblach hierarchii). To krótkie zarysowanie modelu HiTOP pokazuje nam wyraźnie, że mimo wsparcia badaniami empirycznymi przed takimi modelami jest jeszcze wiele do zrobienia, aby przeszły z poziomu abstrakcji na konkretne wsparcie decyzji klinicznych, na przykład w zakresie rozumienia dynamiki zaburzeń czy doboru metod leczenia. Wysiłki badaczy idą w tę stronę, aby określać wzajemne relacje między tymi modelami a praktyką, ale jest to bardzo duże wyzwanie.

### Problematyka użyteczności klinicznej klasyfikacji psychopatologii

Użyteczność kliniczna jest jednym z ważnych kryteriów oceny metod, narzędzi oraz klasyfikacji diagnostycznych. Jest ona szczególnie bliska praktyce i często niedoceniana na równi z innymi kryteriami, jak trafność czy rzetelność. Od ICD-11 powinniśmy oczekiwać wysokiej użyteczności klinicznej, głównie w ułatwianiu decyzji klinicznych takich jak dobór leczenia, prognoza i spodziewane wyniki (np. Herpertz i in., 2017). Keeley i jego współpracownicy (2016) użyteczność kliniczną klasyfikacji zdefiniowali jako potencjał konstruktów zawartych w klasyfikacji do tego, aby 1) wspierać komunikację między użytkownikami (profesjonalistami, badaczami, pacjentami, rodzinami, decydentami w sprawach zdrowotnych), 2) ułatwiać konceptualizację oraz rozumienie zaburzeń, 3) służyć wdrożeniu wśród tych, którzy będą z niej korzystać, 4) wspomagać klinicystów w wyborze leczenia, 5) sprzyjać zauważalnej

poprawie funkcjonowania pacjenta i stanu zdrowia na poziomie populacji. Powinna być ona zatem odpowiednia, dostępna, praktyczna i chętnie akceptowana przez użytkowników. Użyteczność kliniczna, jeśli odniesiemy ją do klasyfikacji diagnostycznych, jest związana z dążeniem do prostoty, z globalnym zastosowaniem i trafnością naukową.

Przy rozwijaniu ICD-11 wyraźnie dostrzega się, że różne grupy użytkowników klasyfikacji diagnostycznych mają inne wymagania co do jej użyteczności (Gaebel, Stricker, Kerst, 2020). Lekarze pierwszego kontaktu potrzebują systemu ułatwiającego komunikację i zrozumiałych kategorii, a badacze szukają szczegółowych wymiennych diagnoz. W odpowiedzi na tę kwestię docelowo w ICD-11 powstaje krokowa diagnoza, rozpoczynająca się od klasyfikacji symptomów pacjenta dzięki szerokim kategoriom diagnostycznym (krok 1), pozwalającym na identyfikację pacjenta potrzebującego pomocy. Potem – dla celów specjalistycznej pomocy szpitalnej i ambulatoryjnej – następuje uszczegółowienie przez diagnozę różnicową (krok 2). Następnie dla jeszcze bardziej złożonych celów pomocowych, a także dla celów badawczych, stosuje się wzbogacenie diagnozy o ocenę wymienną, pozwalającą na określenie profilu symptomów, co nie jest nowe, ale bywa niekiedy niedoceniane (np. stosowanie Kwestionariusza Depresji wg Becka). Jakaś część użyteczności klinicznej klasyfikacji polega też na zwiększaniu prawdopodobieństwa, że będą ją stosować osoby w środowiskach niespecjalistycznych, a ona sama stanie się przydatna do zwiększenia liczby interwencji opartych na dowodach (por. Stein i in., 2020).

## Diagnozowanie zaburzeń osobowości w ICD-11

### Nowa definicja zaburzeń osobowości

Jest jednak pewien obszar diagnozowania, który pozostał pod silnym wpływem diagnozy wymienną opartej o dowody empiryczne, nazywany zmianą historyczną i spektakularną (por. np. Huprich, 2020). Jest to obszar diagnozowania zaburzeń osobowości. Obecny kształt ICD-11 w tym obszarze jest efektem wielu negocjacji i początkowo propozycja wymienną była przyjmowana bardzo nieprzychylnie (por. Tyrer i in., 2019). Zaburzenia osobowości według ogólnych kryteriów rozpoznaje się, gdy występują długotrwale zaburzenia związane z self (np. tożsamość, adekwatność samooceny) oraz z funkcjonowaniem interpersonalnym (zdolność do nawiązywania i podtrzymywania wzajemnie satysfakcjonujących relacji). Zdefiniowanie zaburzeń osobowości w ten sposób (a nie przez patologiczne nasilenie cech) to jest *novum* (Huprich, 2020). Zaburzenia osobowości trwają dłużej niż dwa lata, manifestują się nieadaptacyjnymi wzorcami procesów poznawczych, doświadczeń emocjonalnych i zachowań, pojawiających się w wielu różnych sytuacjach osobistych i społecznych (nie tylko w jednej roli) i mogą być wywoływane przez niektóre okoliczności czy konteksty sytuacyjne, a przez inne nie. Kryteria wykluczenia obejmują niemożliwość wytłumaczenia zaburzeń między innymi rozwojem, kulturą czy użyciem substancji psychoaktywnych. Opisane zaburzenia wiążą się ze znaczą-

cym dystresem i zakłóceniami w życiu osobistym, rodzinnym, społecznym, szkolnym, zawodowym lub w innych obszarach funkcjonowania.

### Dynamika zaburzeń osobowości

Ważne jest spostrzeżenie, że w porównaniu z ICD-10 nie akcentuje się tak bardzo trwałych zaburzeń funkcjonowania, ale wskazuje się raczej na ich relatywną trwałość i zależność od kontekstu. Odzwierciedla to coraz większą świadomość, że zaburzenia osobowości nie są tak stabilne i trwałe, jak wcześniej sądzono (Clarkin, Meehan, Lenzenweger, 2015; Hopwood, 2018). Zmienność zaburzeń osobowości możemy śledzić, wyróżniając między innymi dynamikę zaburzeń w ciągu życia, dynamikę międzysytuacyjną i wewnątrzsytuacyjną. Zaburzenia osobowości zmieniają się w czasie życia człowieka (dynamika w ciągu życia). Na przykład niekiedy rozpoznanie pojawia się u osoby w później dorosłości w reakcji na stratę wsparcia społecznego, podczas gdy wcześniej wsparcie w wystarczającym stopniu kompensowało zaburzenie. Ponadto obserwuje się, że ryzyko wystąpienia problemów związanych z osobowością jest zwykle największe w młodym wieku i z czasem rozprasza się (Morey, Hopwood, 2013).

Dynamika zaburzeń osobowości odnosi się też do międzysytuacyjnych zmian. Na przykład, jak pisze Hopwood (2018), najbardziej znane z niestabilności funkcjonowania w różnych sytuacjach są osoby z zaburzeniem borderline, ale nie jest ona zarezerwowana wyłącznie dla nich. Również osoby z zaburzeniami narcystycznymi mogą raz doświadczać poczucia zadowolenia z siebie, natomiast w innych sytuacjach ich samoocena może ulec znacznemu obniżeniu. Gdyby natomiast wyobrazić sobie wymiar ugodowości (na jednym krańcu skrajna spolegliwość, a na drugim dysocjalność), to niektóre osoby, kategoriałnie opisywane jako psychopaci, mogą przesuwać się na tym wymiarze w zależności od korzyści, jakie planują akurat uzyskać. Wiele z tych wahań da się wyjaśnić na przykład na gruncie teorii relacji z obiektem Kernberga (2005) zjawiskiem aktywacji reprezentacji self–obiekt–afekt, powstałej na określonym etapie rozwoju, a następnie naprzemienną identyfikacją z reprezentacją self i reprezentacją obiektu. Nie zmienia to faktu, że z perspektywy opisowej funkcjonowanie na poziomie behawioralnym, poznawczym czy emocjonalnym bywa często niestabilne i może różnić się w zależności od kontekstu, choćby opisanego przez różne typy relacji, na przykład ze współpracownikami czy osobą z bliskiej rodziny (por. Huprich, 2020). Dokładny opis zaburzeń osobowości wymaga zatem sięgnięcia do wprowadzonej tu kategorii dynamiki, aby dookreślić wzór czy reguły owej zmienności międzysytuacyjnej.

Dynamika wewnątrzsytuacyjna z kolei pokazuje, jak rozwinąć się może ciąg zmian afektu w toku jednej rozmowy (np. pacjent przechodzi od idealizacji do dewaluacji tej samej osoby). Dobrym przykładem tego typu dynamiki jest również proces identyfikacji projekcyjnej, gdy na przykład w ramach jednej godziny sesji rozgrywa się złożony dramat interakcyjny. Zatem zaburzenia osobowości są postrzegane jako bardziej zmienne, a właśnie podejście dymensionalne w ich diagnozowaniu może lepiej



tę zmienność pokazywać. Osoba może więc w ciągu życia „przesuwać się” zarówno na wymiarach cech, jak i na wymiarach poziomu głębokości zaburzeń.

### Co jest przedmiotem opisu przy diagnozowaniu zaburzeń osobowości?

Klasyfikacja ICD-11 pozwala opisać zaburzenia osobowości z trzech perspektyw, przy których nie ma zupełnie potrzeby sięgania po poszczególne kryteria każdego z typów zaburzeń (Bach, First, 2018). Są to: 1) głębokość zaburzeń; 2) zaburzone cechy osobowości; 3) sprawdzenie obecności tak zwanego wzorca borderline. Omówię je krótko po kolei.

1. Diagnoza zaburzeń osobowości koncentruje się na podstawowej dysfunkcji osobowości, pozwalając klinicyście na sklasyfikowanie poziomów nasilenia zaburzeń osobowości i odróżnienie ich od braku zaburzeń lub podprogowych trudności. Opis podstawowej dysfunkcji opiera się na definiowaniu zaburzeń osobowości przez problemy w obszarze self i relacji interpersonalnych. Jest to tak jak w tak zwanym kryterium A w modelu alternatywnym zaburzeń osobowości w DSM-5 (AMPD, DSM-5, APA, 2013). Obszar self określa się głównie przez odniesienie do tożsamości, samooceny, adekwatności opisu siebie i zdolności do kierowania sobą. Obszar interpersonalny opisuje się przez zainteresowanie nawiązywaniem i utrzymywaniem wzajemnych relacji, mentalizację i radzenie sobie z konfliktami w relacji. Ocenia się również przewlekłość, nasilenie i chroniczność emocjonalnych, poznawczych i behawioralnych przejawów dysfunkcji osobowości [por. więcej Załącznik 1.]. Odchodzi się zatem od wyłącznie behawioralnego opisu zaburzeń osobowości, ale próbuje się dookreślić główny problem, gdyż za obszarem self i inni kryje się wiele procesów, także regulacyjnych, jak wspomniane tu mentalizacja, poczucie własnej tożsamości, samoocena, zdolność do empatii czy bliskości. Biorąc pod uwagę całą skalę, na wymiarze głębokości zaburzeń osobowości przypisać można pacjentowi od 0 do 4 punktów, gdzie 0 oznacza brak zaburzeń, 1 – trudności z osobowością, 2 – łagodne zaburzenie osobowości, 4 – umiarkowane zaburzenie osobowości i 4 – poważne zaburzenie osobowości. Poziomy 2–4 kwalifikują się do zaburzeń osobowości, a trudności z osobowością są subkliniczne. W klasyfikacji dosyć wyraźnie opisano każdy z poziomów zaburzeń (2, 3, 4). Na przykład kraniec najbardziej patologiczny (poziom 4), czyli poważne zaburzenia osobowości charakteryzuje się istotnymi zakłóceniami w obszarze self i relacji z innymi, które wpływają na wiele obszarów życia (np. praca, edukacja, życie uczuciowe) bardzo mocno je dezorganizując, a ponadto często wiążą się z krzywdzeniem innych i siebie. Obecnie trwają badania nad standaryzowanym samoopisowym narzędziem do pomiaru poziomu głębokości zaburzeń osobowości (*Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder*, SASPD, Olajide i in., 2018), które pokazują na razie, że nadaje się ono do diagnozowania zaburzeń łagodnych i umiarkowanych. Jest to ciekawe spostrzeżenie, prawdopodobnie pokazujące klinicznie znaną problematyczność samoopisu w przypadku zaburzeń osobowości, wiążącą się z egosyntonicznością objawów i obecnością zniekształceń w postrzeganiu siebie i innych ludzi (por. więcej Waugh i in., 2020).

2. Następnie, w diagnozowaniu zaburzeń osobowości, ICD-11 daje możliwość określenia jednego lub więcej istotnych kwalifikatorów domen cech (negatywna emocjonalność, izolacja, rozhamowanie, dysocjalność i anankastia). Wiedząc, że funkcjonowanie osobowości może być uszkodzone na różne sposoby, za pomocą tych cech można opisać specyficzny wzór, styl osobowości, który przyczynia się do globalnej dysfunkcji. Cechy odnoszą się do sposobu ekspresji psychopatologii. Zwykle przypisuje im się potencjał wyjaśniania zróżnicowania w manifestacji psychopatologii osobowości, ale często komentuje się te dymensje cech jako znacznie mniej spójne i użyteczne niż poziom głębokości zaburzeń osobowości. Każda z listy patologicznych cech z natury jest dymensją, rozciągającą się od niemal zerowego do ekstremalnego jej nasilenia. Negatywna afektywność odnosi się do tendencji doświadczania szerokiego spektrum negatywnych emocji i intensywności nieproporcjonalnej do sytuacji. Izolacja (oderwanie) to tendencja do utrzymywania interpersonalnego oraz emocjonalnego dystansu. Dysocjalność to brak poszanowania dla praw i uczuć innych ludzi, a przy tym koncentracja na sobie oraz brak empatii. Rozhamowanie odnosi się do tendencji do działania nagłego w odpowiedzi na zewnętrzne lub wewnętrzne bodźce, bez zważania na konsekwencje. Anankastia to nadmierne skoncentrowanie na sztywnych standardach, dążenie do perfekcjonizmu, poczucie racji czy chęć uniknięcia błędu, a także kontrolowanie zachowań własnych oraz innych osób w celu sprostanienia tym standardom. Ważne i zaskakujące jest to, że cechy te ocenia się dychotomicznie, jako występujące u osoby lub nie, mimo tego, że koncepcyjnie są one wymiarami. To poziom głębokości zaburzeń osobowości będzie pokazywał, jak bardzo dana cecha wpływa na funkcjonowanie osoby (por. Bach, First, 2018). Chociaż można spodziewać się, że przy większej powadze zaburzeń także patologicznych cech będzie więcej, nie jest to regułą. Wymienione tu patologiczne cechy są osadzone w teorii cech (Krueger, 2016). Więcej o właściwościach cech znajduje się w Załączniku 2. Obecnie trwają prace nad walidacją narzędzia do ich diagnozy, samoopisowego inwentarza osobowości dla ICD-11 (*The Personality Inventory for ICD-11*, Oltmanns, Widiger, 2018).

3. Dodatkowo przy diagnozowaniu zaburzeń osobowości klinicysta może również określić wzorzec borderline. Kwalifikator borderline obejmuje listę dość dobrze doprecyzowanych kryteriów, które pokazują wzorzec zachowania, ale także jego dynamikę czy zmienność w zależności od kontekstu. Jak sugerują R. Michale Bagby i Tomas A. Widiger (2020), zachowanie w ICD-11 syndromu borderline jest zrozumiałe, ponieważ ma on ogromne znaczenie kliniczne, bogatą literaturę empiryczną, a także dlatego, że w odniesieniu do borderline (głównie zaburzenia osobowości borderline) zostały zaproponowane i sprawdzone pod kątem ich efektywności protokoły leczenia. Praktycy specjalizujący się w leczeniu borderline bardzo straciliby na tym, gdyby nie można było bezpośrednio w diagnozie osobowości odnieść się do tego syndromu. Jednocześnie wskazuje się, że konieczne są dalsze badania nad zasadnością utrzymania kwalifikatora borderline. Wielu innych specjalistów dotychczas sugerowało, aby zachować inne typy zaburzeń osobowości na podobnych zasadach, głównie wskazując na dużą użyteczność kliniczną tychże (np. schizotypowego czy narcystycznego zaburzenia

osobowości). Postulowano również model hybrydowy, na wzór AMPD DSM-5 (Herpertz i in., 2017). Do chwili obecnej te propozycje zmian nie zostały uwzględnione. Testowane są obecnie narzędzia do pomiaru wzorca borderline (*Borderline Pattern Scale*, BPS), a także związki między poziomem głębokości zaburzeń, patologicznymi cechami a wzorcem borderline (Oltmanns, Widiger, 2019).

W efekcie diagnozy zaburzeń osobowości według ICD-11 uzyskujemy skrótowy opis pacjenta, na przykład: „umiarkowane zaburzenia osobowości z wzorcem borderline, negatywną afektywnością, rozhamowaniem i dysocjalnością” (Bach, First, 2018). Tak znikają więc kategorie diagnostyczne typów takich zaburzeń osobowości jak osobowość narcystyczna czy schizoidalna.

### **Właściwości myślenia dymensjonalnego przy diagnozowaniu zaburzeń osobowości i wyzwania z nimi związane**

Biorąc pod uwagę współczesną wiedzę o zaburzeniach osobowości (Clarkin, Meehan, Lenzenweger, 2015; Kernberg, 2016), podkreślimy, że osobowość jest pochodną złożonych interakcji między leżącymi u podstaw genetycznymi, epigenetycznymi i dymensjonalnymi cechami, które są kontekstualizowane przez ludzkie osobiste historie. Nie można zaburzeń osobowości zatem zredukować do pojedynczych dymensji (np. negatywna afektywność, izolacja). Jednocześnie obecne w ICD-11 (i podobnie w DSM-5) wprowadzenie poziomu głębokości zaburzeń pozwala zacząć od określenia zakresu podstawowych kluczowych zakłóceń (self, inni), a potem stopniowo dookreślać pozostałe aspekty obrazu klinicznego, głównie jego indywidualnej ekspresji. Rozdzielenie mniej podatnego na zmiany (cecha) i relatywnie bardziej podatnego (poziom głębokości zaburzeń) porządkuje diagnozowanie, ale też i odwołuje się do konceptualizacji zaburzeń osobowości.

Zdefiniowanie zaburzeń osobowości w sposób podkreślający poziom głębokości jest powszechnie doceniane, zarówno w AMPD DSM-5, jak i w ICD-11 (por. np. Kernberg, 2012; Huprich, 2020). W związku z potrzebą posługiwania się w diagnozie nie tylko modelami opisowymi, ale też teorią pozwalającą zrozumieć osobę, poziom głębokości zaburzeń pozwala nieco rozszerzyć spojrzenie na zakres zakłóceń funkcjonowania osobowości przez pryzmat procesów regulacyjnych, które leżą u podstaw tych zakłóceń. Warto zauważyć, że analogiczne przecieże obszary funkcjonowania osobowości w modelu alternatywnym zaburzeń osobowości w DSM-5 (tzw. kryterium A) zostały wprost powiązane z poziomami organizacji osobowości (Kernberg, 2012). Jak widać klasyfikacja w aspekcie poziomów głębokości zaburzeń wyraźnie (choć niekoniecznie *explicite*) odnosi się do wątku rozwojowego. Wszak integracja tożsamości czy zdolność do zdrowej zależności są osiągnięciami rozwoju struktury psychicznej w terminach różnicowania i integrowania reprezentacji self–obiekt–afekt (por. Sharp, Wall, 2018). Badania pokazują, że wymiar głębokości zaburzeń osobowości pozwala dobrze przewidzieć efekty leczenia i ryzyko nawrotów (por. Huprich, 2020).

Z kolei w ramach teorii cech, będącej podstawą myślenia o dymensjach patologicznych cech osobowości, badacze spierają się w kwestii struktury osobowości rozumia-

nej psychometrycznie. Podnoszą na przykład kwestię, czy struktura osobowości jest trzy- pięcio- czy może sześcioczynnikowa (np. Ashton, Lee, 2020). Jeszcze inni odpowiadają, że szukanie uniwersalnej listy cech na bazie analiz statystycznych powinno być w psychologii wstrzymane, ponieważ takie podejście nigdy nie odpowie na pytanie, jak funkcjonuje dana osoba (Wiernik i in., 2020). To pytanie jest wbrew pozorom bardzo praktyczne w kwestii opisowej diagnozy zaburzeń osobowości z użyciem wymiarów patologicznych cech – w jakim zakresie ten poziom ogólności opisu pozwoli uchwycić dynamikę funkcjonowania? Problem unaocznia następujące pytanie: czy średni wynik na wymiarze dysocjalności pozwoli pokazać funkcjonowanie osoby psychopatycznej, która często bywa ugodowa, gdy próbuje zrealizować swoje interesy? Chociaż jest oczywiste, że kategoria cechy jest po to, aby opisać, jak ludzie zachowują się zwykle i relatywnie niezależnie od sytuacji, a nie specyficznie, to jednak współczesna wiedza o zaburzeniach osobowości każe zastanowić się, czy opis zaburzeń przez patologiczne cechy jest wystarczający. Wszystko wskazuje na to, że diagnoza zaburzeń osobowości wymaga jeszcze pewnych zabiegów diagnostycznych, aby lepiej rozpoznać obraz kliniczny zaburzenia u danej osoby w owym dynamicznym aspekcie. Zatem być może wyżej na liście priorytetów również w opisowej diagnozie zaburzeń osobowości (a nie tylko strukturalno-funkcjonalnej, która jest przydatna w konceptualizacji przypadku i potem podczas psychoterapii) powinna być właśnie dynamika między- i wewnątrzsytuacyjna (por. Huprich, 2020).

Na przykładzie modeli diagnozy zaburzeń osobowości prześledzić można różne wyzwania, które stają przed klinicystami przy przejściu na podejście dymensionalne. Steven K. Huprich (2020) zwraca uwagę, że zmiana w ICD-11 jest poważna na tyle, że może prowadzić nie tylko do konieczności nauczenia się właściwości poszczególnych poziomów głębokości zaburzeń oraz listy patologicznych cech i ich znaczenia, ale również do nagłego odkrycia, że oczekuje się od klinicystów myślenia w nieznanym im dotychczas sposób. Posługując się metaforą (którą tutaj trochę upraszczam) Huprich (tamże) wskazuje, że sposób diagnozowania w ICD-11 przypomina rozkładanie budynku na materiały budowlane – osobno cegły, deski, farba. Powstaje pytanie: czy te zaproponowane w ICD-11 trzy grupy elementów (poziom głębokości zaburzeń, cechy, wzorzec borderline) będą dawały klinicystom wystarczającą informację dla opisu funkcjonowania pacjenta, a także dalej, czy ICD-11 poprawi identyfikację zaburzeń osobowości i ich leczenie?

Jak widać, ciągle podnoszone są kwestie użyteczności klinicznej, a wraz z tym pytania o to, jak z jednej strony podążać za dowodami empirycznymi, że psychopatologię najtrafniej jest opisywać dymensionalnie, a z drugiej zapewnić ważną z perspektywy rozwoju tożsamości zawodowej klinicystów ciągłość z koncepcjami zaburzeń osobowości zawartymi w starych, ale znajomych etykietach, jak narcystyczne zaburzenie osobowości, osobowość zależna czy obsesyjno-kompulsyjna (Kernberg, 2012). Jest to szczególnie ważne, gdyż w codziennej pracy klinicyści podejmują decyzje diagnostyczne na podstawie podobieństwa danego pacjenta do prototypu poszczególnego zaburzenia. Dokonują porównania poszczególnego przypadku (pacjenta)

do abstrakcyjnego konstruktów (kategorie diagnostyczne) i są w stanie określić prawdopodobieństwo dopasowania egzemplarza do prototypu, co postrzegają jako użyteczne i naturalne, i co przynosi obiektywne efekty w postaci dość trafnego przewidywania funkcjonowania pacjentów (por. więcej Nakash, Nagar, Westen, 2019).

Zauważone tuż przed opublikowaniem ICD-11 różne wątpliwości proceduralne dotyczące diagnozowania zaburzeń osobowości są ciągle aktualne, ale też na tym etapie rozwoju klasyfikacji normalne i spodziewane. Spośród wielu wyzwań praktycznych są też te związane z doświadczeniami stosowania skal opierających się na wywiadzie klinicznym lub samoopisie pacjentów, ponieważ nie wiadomo, które kryteria będą używane przez klinicystów jako najlepiej różnicujące poziomy głębokości zaburzeń (Huprich, 2020). Nie ma też wystarczająco jasnych wskazówek co do prognozy, od którego dana cecha może być rozpatrywana jako patologiczna (Herpertz i in., 2017). Nie wiadomo również, w jaki sposób włączać informacje o wzorcach relacyjnych odgrywanych w relacji pacjent–klinicysta w proces diagnozowania, które są tak ważne przy diagnozie zaburzeń osobowości właśnie. Podnoszona jest także wątpliwość, czy mówienie o zaburzeniach funkcjonowania w tak ogólnych obszarach, jak self czy funkcjonowanie interpersonalne, może nieść wysokie ryzyko stygmatyzacji, szczególnie że ten obszar diagnozy jest uwzględniany na samym początku, przed doprecyzowaniem wynikającym z oceny nasilenia cech patologicznych. Może zatem pojawiać się sytuacja, że pacjent dowie się od profesjonalisty, że ma problem z osobowością i pozostanie na jakiś czas bez żadnych specyficznych informacji, ponieważ diagnoza patologicznych cech jest w zasadzie fakultatywna. Zauważa się też, że w ocenie funkcjonowania self i interpersonalnego dominuje ocena kliniczna i myślenie o konsekwencjach zaburzeń, a nieco mniejszą uwagę poświęca się fenomenologii i cierpieniu pacjenta, więc ocena poziomu głębokości zaburzeń może nie być użyteczna w psychoedukacji (Herpertz i in., 2017). Jednak nawiązując do ważnego celu ICD-11, jakim jest wspomnianą już wcześniej globalność użycia klasyfikacji, Huprich (2020) wskazuje, że w świetle wiedzy o znaczącym wpływie zaburzeń osobowości na zdrowie i samopoczucie w wielu innych dziedzinach związanych z ochroną zdrowia można, dla dobra pacjentów, wykorzystać diagnozowanie tych zaburzeń. Krokowy system diagnozowania pozwala na jego szerokie użycie w służbie zdrowia nawet poza kontekstem zdrowia psychicznego.

## Podsumowanie

Kliniczna diagnoza opisowa oparta o klasyfikację ICD-11 jest z ogólnej perspektywy ciągle podobna w swoich założeniach do modeli kategorialnych. Chociaż stawia na ustalenie tak zwanych głównych właściwości poszczególnych zaburzeń, to nadal operuje wyraźnymi kategoriami z niesionym przez nie ryzykiem wysokiego współwystępowania oraz stosowania kategorii niespecyficznych. Jednak drobne zmiany dymensjonalizacji przebiegu i głębokości różnych zaburzeń, a także prawie wyłącznie osadzony w modelu dymensjonalnym sposób diagnozowania zaburzeń osobowości zbliżają do siebie praktykę i wyniki badań empirycznych nad psychopatologią. Idea kontinuum jednocześnie w mniejszym stopniu pozwala różnicować zaburzenia

od zdrowia, ale znosi sztuczne współwystępowanie jednostek zaburzeń, a także lepiej chwyta zmiany zaburzeń w czasie. Biorąc pod uwagę szersze tło przesunięcia myślenia o zaburzeniach w ogóle jako dymensjonalnych, stajemy przed zadaniem rozpoznania możliwości i ograniczeń tego podejścia, szczególnie w kontekście uzyskiwania przez ICD-11 użyteczności klinicznej. W diagnozie zaburzeń osobowości według ICD-11 z kolei tę użyteczność kliniczną możemy prognozować w etapach postępowania diagnostycznego dzięki możliwości – poprzez wymiar poziomu głębokości zaburzeń – odwołania się do rozwojowych i regulacyjnych koncepcji procesów psychicznych. Ogląd tego, czym charakteryzuje się obecna wersja diagnozy zaburzeń osobowości, podsumować można zwięźle tak jak tytuł przeglądowego artykułu na ten temat – jest to amalgamat nauki, praktyki i polityki (Tyrer i in., 2019). Wiedza o ICD-11, szczególnie w obszarze zaburzeń osobowości, wymaga jeszcze wielu cykli wymian informacji zwrotnych między różnymi grupami użytkowników klasyfikacji. Wdrożenie nowego systemu klasyfikacji wiąże się z wpływem na prawo, politykę, systemy opieki zdrowotnej i infrastrukturę informacyjną każdego kraju. Autorzy klasyfikacji skupiają się teraz na opracowaniu sposobów szkolenia szerokiego kręgu międzynarodowych pracowników służby zdrowia (Reed i in., 2019).

## Literatura

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing.
- Ashton M.C., Lee K. (2020). Objections to the HEXACO model of personality structure—and why those objections fail. *European Journal of Personality*. <https://doi.org/10.1002/per.2242>.
- Bach B., First M.B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC psychiatri*, 18(1), 351.
- Bagby R.M., Widiger T.A. (2020). Assessment of the ICD-11 dimensional trait model: An introduction to the special section. *Psychological assessment*, 32(1), 1–7.
- Cierpiąłkowska L., Soroko E., Sęk H. (2016). Modele diagnozy klinicznej a problemy diagnostyczne. W: L. Cierpiąłkowska, H. Sęk (red.). *Psychologia kliniczna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Cierpiąłkowska L., Czabała C. (2016). Poradnictwo psychologiczno-zdrowotne. W: L. Cierpiąłkowska, H. Sęk (red.). *Psychologia kliniczna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Cierpiąłkowska L. (2007). *Psychopatologia*. Warszawa: Scholar.
- Clarkin J.F., Meehan K.B., Lenzenweger M.F. (2015). Emerging approaches to the conceptualization and treatment of personality disorder. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 56(2), 155–167.
- Gaebel W., Stricker J., Kerst A. (2020). Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 22(1), 7–15.
- Gaebel W., Zielasek J., Reed G.M. (2017). Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status. *Psychiatria Polska*, 51(2), 169–195.
- Gureje O., Lewis-Fernandez R., Hall B.J., Reed G.M. (2019). Systematic inclusion of culture – related information in ICD-11. *World Psychiatry*, 18(3), 357–358.
- Herpertz S.C., Huprich S.K., Bohus M., Chanan A., Goodman M., Mehlum L. ... & Sharp C. (2017). The challenge of transforming the diagnostic system of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 31(5), 577–589.

- Hopwood C.J. (2018). Interpersonal dynamics in personality and personality disorders. *European Journal of Personality*, 32(5), 499–524.
- Hopwood C.J., Bagby R.M., Gralnick T., Ro E., Ruggero C., Mullins-Sweatt S., Kotov R., Bach B., Cicero D.C., Krueger R.F., Patrick C.J., Chmielewski M., DeYoung C.G., Docherty A.R., Eaton N.R., Forbush K.T., Ivanova M.Y., Latzman R.D., Pincus A.L., ... Zimmermann J. (2019). Integrating psychotherapy with the hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP). *Journal of Psychotherapy Integration*. <https://doi.org/10.1037/int0000156>.
- Huprich S.K. (2020). Personality Disorders in the ICD-11: Opportunities and Challenges for Advancing the Diagnosis of Personality Pathology. *Current Psychiatry Reports*, 22(8), 40–40.
- Jensen P.S., Hoagwood K., Zitner L. (2006). What's a name? Problems vs prospects in current diagnostic approaches. In: D. Cicchetti, D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology, vol. 1: Theory and Method*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Keeley J.W., Reed G.M., Roberts M.C., Evans S.C., Medina-Mora M.E., Robles R., Rebello T., Sharan P., Gureje O., First M.B., Andrews H.F., Ayuso-Mateos J.L., Gaebel W., Zielasek J., Saxena S. (2016). Developing a science of clinical utility in diagnostic classification systems: Field study strategies for ICD-11 mental and behavioral disorders. *American Psychologist*, 71(1), 3–16.
- Kernberg O.F. (2005). Object relations theory and technique. W: E.S. Person, A.M. Cooper, G.O. Gabbard (red.), *The American psychiatric publishing textbook of psychoanalysis*. London: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Kernberg O.F. (2012). Overview and critique of the classification of personality disorders proposed for DSM-5. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 163(7), 234–238.
- Kernberg O.F. (2016). What is personality? *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 145–156.
- Kotov R., Krueger R.F., Watson D., Achenbach T.M., Althoff R.R., Bagby R.M., ... & Eaton, N.R. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*, 126(4), 454–477.
- Krawczyk P., Święcicki Ł. (2020). ICD-11 vs. ICD-10 – a review of updates and novelties introduced in the latest version of the WHO International Classification of Diseases. *Psychiatria Polska*, 54(1), 7–20.
- Krueger R.F. (2016). The future is now: Personality disorder and the ICD-11. *Personality and Mental Health*, 10(2), 118–119.
- Morey L.C., Hopwood C.J. (2013). The stability of personality disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 499–528.
- Morrison J. (2012). *Diagnoza psychiatryczna*. Kraków: WUJ.
- Nakash O., Nagar M., Westen, D. (2019). Validity and clinical utility of DSM and empirically derived prototype diagnosis for personality disorders in predicting adaptive functioning. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(2), 105–113. <https://doi.org/10.1037/per0000293>
- Łoza B., Heitzman J., Kosmowski W. (2011). W kierunku nowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych – opinii polskich psychiatrów dotyczące projektu ICD-11. *Psychiatria Polska*, 45(6), 941–950.
- Oltmanns J.R., Widiger T.A. (2018). A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: The Personality Inventory for ICD-11. *Psychological Assessment*, 30(2), 154–169.
- Oltmanns J.R., Widiger T.A. (2019). Evaluating the assessment of the ICD-11 personality disorder diagnostic system. *Psychological Assessment*, 31(5), 674–684.
- Olajide K., Munjiza J., Moran P., O'Connell L., Newton-Howes G., Bassett P., ... & Crawford M.J. (2018). Development and psychometric properties of the Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SASPD). *Journal of Personality Disorders*, 32(1), 44–56.
- Reed G.M., First M.B., Kogan C.S., Hyman S.E., Gureje O., Gaebel W., ... & Claudino A. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3–19.
- Sampogna G. (2017). ICD-11 – Projekt wytycznych diagnostycznych dla zaburzeń psychicznych: raport dla członków WPA. *Psychiatria Polska*, 51(3), 397–406.
- Sharp C., Wall K. (2018). Personality pathology grows up: adolescence as a sensitive period. *Current opinion in psychology*, 21, 111–116.

- Shea M.T., Widiger T.A., Klein M.H. (1992). Comorbidity of personality disorders and depression: Implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 857–868.
- Simonsen E. (2010). The Integration of Categorical and Dimensional Approaches to Psychopathology. In: T. Millon, R. F. Krueger, E. Simonsen (Eds.), *Contemporary Directions in Psychopathology. Scientific Foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York: Guilford Press.
- Stein D.J., Szatmari P., Gaebel W., Berk M., Vieta E., Maj M., ... & Brewin C.R. (2020). Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. *BMC medicine*, 18(1), 1–24.
- Tomalski R., Pietkiewicz I.J. (2020). Złożony zespół stresu pourazowego – przełom w leczeniu zaburzeń osobowości. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 20(1), 54–60.
- Tyrer P., Mulder R., Kim Y.R., Crawford M.J. (2019). The development of the ICD-11 classification of personality disorders: An amalgam of science, pragmatism, and politics. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 481–502.
- Waugh M.H., McClain C.M., Mariotti E.C., Mulay A.L., DeVore E.N., Lenger K A., ... & Beevers L.G. (2020). Comparative Content Analysis of Self-Report Scales for Level of Personality Functioning. *Journal of Personality Assessment*, DOI: 10.1080/00223891.2019.1705464.
- Wiernik B. M., Yarkoni T., Giordano C., Raghavan M. (2020). Two, five, six, eight (thousand): Time to end the dimension reduction debate! [preprint; dostępny: psyarxiv.com].
- World Health Organization. (2018). *International Classification of Diseases, eleventh edition (ICD-11)*.



## Załącznik 1.

Aspekty zaburzeń osobowości, które mają wpływ na ocenę poziomu głębokości zaburzeń osobowości (na podstawie *Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Personality Disorder*, ICD-11, w: Bach, First, 2018, s. 2.)

| Stopień i uporczywość zaburzeń w funkcjonowaniu aspektów self   | Stopień i uporczywość dysfunkcji interpersonalnych w różnych kontekstach i relacjach (np. relacje romantyczne, szkoła/praca, rodzic–dziecko, rodzina, przyjaźnie, rówieśnicy)  |
|---|--|
| <p>Stabilność i spójność poczucia tożsamości (np. stopień, w jakim tożsamość lub poczucie ja jest zmienne i niespójne lub zbyt sztywne i stałe).</p> <p>Zdolność do utrzymania ogólnie pozytywnego i stabilnego poczucia własnej wartości (np. stopień, w jakim tożsamość lub poczucie własnej wartości jest zmienne i niespójne lub zbyt sztywne i stałe).</p> <p>Adekwatność postrzegania swoich właściwości, mocnych stron, ograniczeń.</p> <p>Zdolność do samokierowania (zdolność do planowania, wyboru i realizacji celów).</p>   | <p>Zainteresowanie angażowaniem się w relacje z innymi.</p> <p>Umiejętność rozumienia i doceniania perspektywy innych.</p> <p>Zdolność do rozwijania i utrzymywania bliskich i satysfakcjonujących wzajemnie relacji.</p> <p>Zdolność do radzenia sobie z konfliktami w relacjach.</p> |
| <p>Uporczywość, nasilenie i chroniczność emocjonalnych, poznawczych i behawioralnych przejawów dysfunkcji osobowości:</p> <p>Objawy emocjonalne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zakres i adekwatność emocjonalnego doświadczenia i ekspresji.</li> <li>• Tendencja do bycia emocjonalnie przesadnie lub za słabo reaktywnym.</li> <li>• Zdolność do rozpoznawania i uwzględniania niechcianych emocji (np. złości, smutku).</li> </ul> <p>Objawy poznawcze:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trafność oceny sytuacyjnej i interpersonalnej, zwłaszcza w warunkach stresu.</li> <li>• Zdolność do podejmowania właściwych decyzji w sytuacjach niepewności.</li> <li>• Właściwa stabilność i elastyczność systemów przekonań.</li> </ul> <p>Objawy behawioralne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elastyczność w kontrolowaniu impulsów i modulowaniu zachowań w oparciu o sytuację i rozważenie konsekwencji.</li> <li>• Odpowiedniość reakcji behawioralnych w odpowiedzi na intensywne emocje i stresujące okoliczności (np. skłonność do samookaleczenia lub przemocy).</li> </ul> <p>Stopień, w jakim dysfunkcje w powyższych obszarach wiążą się z cierpieniem lub zaburzeniami w sferze osobistej, rodzinnej, społecznej, edukacyjnej, zawodowej lub innych ważnych obszarach funkcjonowania.</p> |  |

## Załącznik 2.

Kwalifikatory domen cech (tzw. cechy patologiczne), które przyczyniają się do ekspresji dysfunkcji osobowościowej (na podstawie *Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Personality Disorder*, ICD-11, w: Bach, First, 2018, s. 5)

| Domeny cech             | Główna definicja   | Specyficzne cechy  |
|-------------------------|--|--|
| Negatywna emocjonalność | Tendencja do doświadczania szerokiego zakresu negatywnych emocji z częstotliwością i intensywnością nieproporcjonalną do sytuacji.   | Lęk, złość, zmartwienie, strach, bezbronność, wrogość, wstyd, depresja, pesymizm, poczucie winy, niska samoocena i nieufność. Na przykład raz zdenerwowana osoba ma trudności z odzyskaniem spokoju i musi polegać na innych lub opuścić sytuację, aby się wyciszyć.   |
| Izolacja (Oderwanie)    | Tendencja do utrzymywania dystansu międzyludzkiego (izolacja społeczna) i emocjonalnego (izolacja emocjonalna)   | Izolacja społeczna, w tym unikanie interakcji społecznych, brak przyjaźni i unikanie intymności. Izolacja emocjonalna, w tym powściągliwość, rezerwa oraz ograniczona ekspresja i doświadczenie emocjonalne. Na przykład takie osoby poszukują pracy, która nie wiąże się z interakcjami z innymi.   |
| Dyssocjalność           | Lekceważenie praw i uczuć innych, obejmujące zarówno koncentrację na sobie, jak i brak empatii.  | Koncentracja na sobie, w tym roszczenia, wielkościowość, oczekiwanie podziwu innych i poszukiwanie uwagi. Brak empatii, w tym bycie zwodniczym, manipulującym, wykorzystującym, bezwzględnym, złośliwym, bezdusznym i agresywnym fizycznie, a czasami czerpanie przyjemności z cierpienia innych. Na przykład takie osoby reagują złością lub oczernianiem innych, gdy nie spotykają się z podziwem. |
| Rozhamowanie            | Tendencja do pochopnego działania w oparciu o bieżące bodźce zewnętrzne lub wewnętrzne (tj. doznania, emocje, myśli), bez uwzględnienia potencjalnych negatywnych konsekwencji.  | Impulsywność, rozproszenie uwagi, nieodpowiedzialność, lekkomyślność i brak planowania. Na przykład takie osoby mogą być zaangażowane w lekkomyślną jazdę samochodem, niebezpieczne sporty, używanie substancji, gry hazardowe i nieplanowaną aktywność seksualną.   |
| Anankastia              | Zawężenie koncentracji na sztywnych standardach doskonałości oraz idei dobra i zła, a także na kontrolowaniu zachowania własnego i innych oraz kontrolowaniu sytuacji w celu zapewnienia zgodności z tymi standardami. | Perfekcjonizm, w tym zaabsorbowanie zasadami, normami, dobrem i złem, szczegółami, hiperplanowanie, porządek i czystość. Ograniczenia emocjonalne i behawioralne, w tym sztywna kontrola nad ekspresją emocjonalną, upór, unikanie ryzyka, roztrząsanie i persewercja. Na przykład takie osoby mogą uparcie powtarzać pracę innych, ponieważ nie spełnia ona ich standardów.                         |

### Załącznik 3.

Kwalifikator wzorca borderline (na podstawie *Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Personality Disorder*, ICD-11, w: Bach, First, 2018, s. 6)

**Kwalifikator wzorca borderline może być stosowany w przypadku osób, których wzorzec zaburzeń osobowości charakteryzuje się wszechogarniającym wzorcem niestabilności relacji międzyludzkich, obrazu siebie i afektów oraz wyraźną impulsywnością, na co wskazuje pięć (lub więcej) z poniższych:**

- Gorączkowe wysiłki, aby uniknąć prawdziwego lub wymagowanego porzucenia.
- Wzorzec niestabilnych i intensywnych relacji międzyludzkich, charakteryzujących się zazwyczaj naprzemiennym występowaniem skrajnych idealizacji i dewaluacji.
- Zaburzenie tożsamości, przejawiające się w wyraźnie i uporczywie niestabilnym obrazie siebie lub poczuciu siebie.
- Impulsywność przejawiająca się w zachowaniach potencjalnie samouszkodzeniowych (np. ryzykowne zachowania seksualne, lekkomyślne prowadzenie samochodu, nadmierne spożywanie alkoholu lub substancji odurzających, napadowe objadanie się).
- Powtarzające się epizody samookaleczeń (np. próby samobójcze lub gesty, samookaleczenia).
- Niestabilność emocjonalna wynikająca z wyraźnej reaktywności nastroju. Wahania nastroju mogą być wywołane albo wewnątrznie (np. przez własne myśli), albo przez wydarzenia zewnętrzne. W konsekwencji jednostka doświadcza intensywnych stanów dysforycznych nastroju, które zazwyczaj trwają kilka godzin, ale mogą trwać nawet do kilku dni.
- Przewlekłe uczucie pustki.
- Nieodpowiednio intensywna złość lub trudność w kontrolowaniu gniewu, objawiająca się częstymi przejavami temperamentu (np. krzyki, rzucanie lub łamanie rzeczy, wdawanie się w bójki).
- Przejściowe objawy dysocjacyjne lub cechy psychotyczne (np. krótkotrwałe halucynacje, paranoja) w sytuacjach silnego afektywnego pobudzenia.

**Inne przejawy wzorca borderline, z których nie wszystkie mogą być obecne u danej osoby w danym czasie, to m.in.:**

- Postrzeganie siebie jako nieadekwatnego, złego, winnego, obrzydliwego i godnego pogardy.
- Doświadczenie jaźni jako głęboko odmiennej i odizolowanej od innych ludzi; bolesne poczucie wyobcowania i wszechobecnej samotności.
- Nadwrażliwość na odrzucenie; problemy z ustaleniem i utrzymaniem stałego i odpowiedniego poziomu zaufania w relacjach międzyludzkich; częste błędne interpretowanie sygnałów społecznych.

Emilia Soroko  
Laboratorium Badań Jakościowych i Mieszanych w Psychologii Klinicznej  
Zakład Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej  
Wydział Psychologii i Kognitywistyki UAM  
e-mail: soroko@amu.edu.pl