

AGNIESZKA POPIEL<sup>a</sup>

EDUARDO KEEGAN<sup>b</sup>

<sup>a</sup>SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny  
Wydział Psychologii

<sup>b</sup>Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Psicología, Argentyna

## ZABURZENIA OSOBOWOŚCI: KRÓTKIE WPROWADZENIE HISTORYCZNE

Celem artykułu jest przedstawienie ewolucji rozumienia, klasyfikacji i diagnozy zaburzeń osobowości. Autorzy analizują cechy osobowości normalnej i zaburzonej w świetle dyskusji o naturze zaburzeń psychicznych. Po krótkim zarysie historii konceptualizacji zaburzeń osobowości opisany jest rozwój współczesnych systemów diagnostycznych. Dokonano również analizy ograniczeń i problemów, z jakimi wiążą się te systemy.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia osobowości; historia; diagnoza; klasyfikacja; DSM-5.

### **Osobowość, norma i patologia**

Millon (2004) definiował osobowość jako złożony układ głęboko osadzonych cech psychicznych, przejawiających się automatycznie w różnych obszarach funkcjonowania psychicznego. W tym ujęciu osobowość rozumiana jest jako wzór cech przenikający i charakteryzujący całą strukturę danej osoby. Osobowość jest tu rezultatem interakcji czynników środowiskowych (fizycznych, społecznych, kulturowych) i temperamentu, biologicznie uwarunkowaną skłonnością do określonych zachowań.

---

Adres do korespondencji: AGNIESZKA POPIEL – SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Wydział Psychologii, ul. Chodakowska 19/31, 03-815 Warszawa; e-mail: [apopiel@swps.edu.pl](mailto:apopiel@swps.edu.pl)

EDUARDO KEEGAN – Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología; e-mail: [ekeegan@psi.uba.ar](mailto:ekeegan@psi.uba.ar)

Praca Agnieszki Popiel została sfinansowana z grantu Narodowego Centrum Nauki, nr 2012/06/A/HS6/00340, pt. „PTSD: Diagnoza, Terapia, Profilaktyka”.

Według Millona (1969) zaburzenia osobowości odznaczają się trzema patologicznymi cechami. Jedną z nich jest brak odporności w obliczu stresu. O ile większość ludzi ma różne strategie radzenia sobie ze stresem, osoby z zaburzoną osobowością zazwyczaj stosują niezmiennie jedną strategię, nawet jeśli jest ona w sposób oczywisty nieskuteczna lub wręcz przeciwnie skuteczna. Skutkuje to wzrastającym nasileniem stresu, co z kolei zwiększa podatność osoby z zaburzoną osobowością na zranienie, tworzy sytuacje kryzysowe i prowadzi do coraz bardziej zniekształconego postrzegania rzeczywistości społecznej.

Druga cecha wyraźnie wiąże się z pierwszą: osoby z zaburzoną osobowością są mało elastyczne. Normalne funkcjonowanie osobowości wymaga elastycznego dostosowywania się do różnych ról – inaczej mówiąc, wymaga mądrości podpowiadającej, kiedy należy próbować zmienić otoczenie, a kiedy dostosować się do niego. Gdy narzucone przez otoczenie ograniczenia są silne, większość osób skłania się ku podobnym zachowaniom. Natomiast osoby z zaburzoną osobowością mają niewiele alternatywnych strategii i stosują je w sposób sztywny w nieprzystających warunkach. Zachowanie osób z zaburzoną osobowością bardzo silnie krępuje przebieg interakcji społecznych. Ponieważ osoby takie nie potrafią być elastyczne, tym bardziej elastyczne musi stać się otoczenie. Kryzysy powstają w sytuacji, gdy otoczenia nie da się zmodyfikować tak, by dostosować je do braku elastyczności, jaki wykazuje osoba z zaburzoną osobowością. W rezultacie ilość okazji do nauczenia się nowych, adaptacyjnych strategii ulega dalszemu zmniejszeniu i życie takiej osoby staje się mniej przyjemne.

Ponieważ osoba dotknięta zaburzeniem nie zmienia się, patologiczne wątki dominujące w jej życiu powtarzają się na zasadzie błędnego koła. To właśnie jest trzecia patologiczna cecha zaburzeń osobowości: samoutrwalanie. Jak ujął to Millon, „życie staje się marną jednoaktówką powtarzaną w nieskończoność” (Millon, 2004; Millon i Davis, 2005, s. 18).

### **Krótką historia konceptualizacji zaburzeń osobowości**

Zainteresowania kliniczne i naukowe przyczyniły się do rozwoju odmiennych tradycji w dziedzinie badań nad osobowością. Psychologowie akademicy zazwyczaj koncentrują się na funkcjonowaniu normatywnym, natomiast psychiatrów i psychologów klinicznych interesuje leczenie dysfunkcji.

W swojej słynnej pracy, zatytułowanej *Traité*, Philippe Pinel (1801) wprowadził pojęcie *manie sans délire* (mania bez urojeń) i sformułował przypuszczenie, że stan ten może powstawać na skutek wadliwego lub źle ukierunkowanego

wychowania w dzieciństwie bądź w wyniku perwersyjnej natury (Crocq, 2013). Zainspirowany tą koncepcją uczeń Pinela, J.-É. D. Esquirol, zaproponował konstrukt o nazwie *monomanie raisonnée*, który uważał za pojęcie pokrewne „obłądowi moralnemu” Pricharda (Berrios, 1999; Crocq, 2013). Większość przypadków, jakie omawiali ci psychiatrzy, dotyczyła zachowań osób w konflikcie z prawem, co odzwierciedlało ich zainteresowania z zakresu psychiatrii sądowej, zorientowane na diagnozowanie i zrozumienie tego rodzaju problemów.

Na początku XX wieku Emil Kraepelin (1904) przyjął założenie, że granica między osobowością normalną a patologiczną jest umowna i nieostra, a u jej podstaw leży wadliwa konstytucja danej osoby. Opisał cztery typy „osobowości psychopatycznych”: urodzeni przestępcy, niezdecydowani i słabego charakteru, patologiczni kłamcy i oszuści, pseudokwerulanci. Pojęcie osobowości psychopatycznych rozwinął inny niemiecki psychiatra, Kurt Schneider, w trosce o rzetelność diagnoz psychiatrycznych. Schneider (1923/1950) wprowadził szereg kluczowych pojęć związanych z zaburzeniami osobowości, które w dalszym ciągu są uznawane za trafne. Jako osobowości „psychopatyczne” (*psychopathic personalities*) określił osoby, które z powodu swoich cech osobowości cierpią lub powodują cierpienie otoczenia. Osobowości anormalne (*abnormal personalities*) są pojmowane jako w dużym stopniu wrodzone konstytucje psychiczne, mogą jednak ewoluować na skutek rozwoju osobistego lub wpływów zewnętrznych (Crocq, 2013).

„Somatyczny” świat pojęciowy kraepelinowskiej nozologii spotkał się z krytyką ze strony Karla Jaspersa (1959, s. 853). „Napotykać różne klasyfikacje osobowości odnosi się wrażenie, że nie ma temu końca. Każdy nowy badacz uważa, że uchwycił podstawy natury ludzkiej” (s. 435). Prawie sto lat po publikacji jego *Psychopatologii ogólnej* to pierwsze zdanie rozdziału poświęconego charakterowi pozostaje aktualne. Analizując różne podejścia do badań osobowości, Jaspers wyróżnił kilka rodzajów klasyfikacji, opartych na typach idealnych, na systemach struktury osobowości lub na obserwacji typów realnych. Na podstawie tych wskaźników odróżnił osobowości anormalne, występujące jako „skrajne odmiany natury ludzkiej”, od osobowości „prawdziwie chorych wskutek wystąpienia dodatkowych procesów” (s. 439). Opisując skrajne odmiany podstawowych dyspozycji osobowościowych, wziął pod uwagę: (a) temperament (sangwiczny, flegmatyczny, euforyczny, depresyjny), siłę woli, uczucia i popędy (psychopata, fanatyk), które tworzą strukturę osobowości; (b) różnice w „energii psychicznej” (neurastenik, psychastenik) i różnice w poziomie autorefleksji (hipochondrycy, osobowości histeryczne i niepewne siebie).

Współczesny Kraepelinowi Sigmund Freud (1908) zapoczątkował nową tradycję w pojmowaniu zaburzeń osobowości. Psychoanaliza przypisała główną rolę w powstawaniu psychopatologii wczesnym zdarzeniom życiowym, które pozostawały i utrzymywane były poza świadomością. To Freud (swoim artykułem z roku 1908, poświęconym erotyzmowi analnemu), Karl Abraham i Wilhelm Reich położyli podwaliny pod psychoanalityczną typologię charakterów (Crocq, 2013). Później pojawiło się rozróżnienie Franza Alexandra (1930) między nerwicą charakteru a nerwicą objawową oraz psychoanalityczne leczenie zaburzeń osobowości według Reicha (1945).

Istotne zmiany w teorii psychoanalitycznej dały początek podejściu opartemu na teorii relacji z obiektem, która podkreśla, że świat zewnętrzny poznajemy za pośrednictwem mentalnych reprezentacji lub wewnętrznych modeli operacyjnych (Bowlby, 1969). Modele te mają swoje źródło w relacjach międzypersonalnych, będąc rezultatem wczesnych interakcji z opiekunami; funkcjonują jako nieświadome struktury psychiczne, które porządkują doświadczenia i są jedynie częściowo dostępne świadomej refleksji. Głównym przedstawicielem tego nurtu badań nad osobowością jest Otto Kernberg (1967, 1984, 1996), który zaproponował trójczłonową klasyfikację patologii osobowości – z podziałem na patologie neurotyczne, z pogranicza (*borderline*) oraz psychotyczne – odzwierciedlającą różne stopnie uporządkowania lub spójności osobowości.

Całościową alternatywą dla psychodynamicznych ujęć osobowości były teorie poznawczo-behawioralne (Ellis, 1962; Beck i Freeman, 1990; Linehan, 1993; Young, 1990). Element behawioralny tego ujęcia osobowości podkreślał rolę wyuczenia określonych zachowań i reakcji emocjonalnych oraz fakt ich kształtowania przez ich konsekwencje. Element poznawczy również docenia rolę procesów uczenia się, przy czym sposoby kodowania, przetwarzania i przywoływania informacji o sobie i o innych uznawane są za kluczowe dla osobowości (Heim i Westen, 2014). Teorie poznawczo-behawioralne koncentrują się na schematach (szczególnie na tych, które odzwierciedlają wczesne traumatyczne doświadczenia i stają się dezadaptacyjne) powodujących, że ludzie skupiają uwagę na określonych aspektach rzeczywistości i błędnie interpretują informacje (Beck i Freeman, 1990; Beck, Freeman, & Associates, 2004; Beck, Freeman i współpracownicy, 2005; Young, Klosko i Weishaar, 2003). Podkreślają również umiejętności i kompetencje, w tym między innymi regulację emocji (Linehan, 1993, 2007). Zgodnie z hipotezą specyficzności poznawczej, zestaw procesów poznawczych charakterystycznych dla danego zaburzenia podtrzymuje dysfunkcyjny cykl: procesy poznawcze → emocje → zachowania (Beck, Klosko i Weishaar, 2001). Cykl ten odzwierciedlają kryteria diagnostyczne dla tego zaburzenia.

Terapeuci poznawczy i behawioralni dzielą nie tylko przekonanie, że podstawą osobowości są procesy uczenia się, lecz również przekonanie o potrzebie pomiaru i empirycznej weryfikacji proponowanych konstruktów. Do najpopularniejszych narzędzi samoopisowych stworzonych do pomiaru schematów w zaburzeniach osobowości należą: Kwestionariusz Przekonań (*Personality Beliefs Questionnaire*, PBQ; Beck i in., 2001) oraz Kwestionariusz Schematów Younga (*Young Schema Questionnaire*, YSQ; Young, 1998). Oba są szczegółowo opisane w niniejszym numerze *Roczników Psychologicznych* (Zawadzki, Popiel, Prąglowska i Newman, 2017, s. 337-354; Staniaszek i Popiel, 2017, s. 373-399).

Wszystkie te modele stworzyli badacze kliniczni, głównie psychiatrzy. Natomiast akademicy psychologowie osobowości tradycyjnie badali populacje niekliniczne. Bardziej interesowała ich osobowość „normalna”, a co za tym idzie – niewiele uwagi poświęcali w swoich teoriach osobowości anormalnej i patologii osobowości. Przez wiele lat świat teorii osobowości normatywnej i świat teorii patologii osobowości zdawały się zatem podążać równoległymi ścieżkami. Trudno byłoby jednak uwierzyć, że obserwacje dotyczące normalnego zachowania nie mają zastosowania do psychopatologii, skoro prosty przegląd historii koncepcji dotyczących biologicznych źródeł osobowości pokazuje, że pojęcie temperamentu szeroko stosował lekarz (Hipokrates), aby wyjaśnić i nazwać psychopatologię depresji – melancholię.

### Ujęcia psychobiologiczne

Psychobiologiczny model osobowości Roberta Cloningera (2004) to jedno z najszerszej badanych jej ujęć. Jest próbą wyjaśnienia różnorodności stanów psychopatologicznych. W przypadku koncepcji powstających na pograniczu dyscyplin naukowych badacze zazwyczaj mimo woli ponownie odkrywają koło lub też ignorują ogromną część zgromadzonej już wiedzy. Na 7-czynnikowy model osobowości zaproponowany przez Cloningera składają się: Temperament (Unikanie szkody – US, *Harm Avoidance*, Poszukiwanie nowości – PN, *Novelty Seeking*, Uzależnienie od nagrody – ZN, *Reward Dependence* i Wytrwałość – W, *Persistence*) oraz Charakter (Samokierowanie – *Self-Directedness*, Skłonność do współpracy – *Cooperativeness* i Autotranscendencja – *Self-Transcendence*). W niektórych badaniach stwierdzono, że wymiary temperamentu różnicują podtypy zaburzeń osobowości, a mianowicie, że osobowość antyspołeczna wiąże się z wysokimi wynikami w zakresie Poszukiwania nowości (PN), a także z niskimi wynikami w zakresie Unikania szkody (us) i Uzależnienia od nagrody (zn), oraz że niektóre konfiguracje cech (PN-US-zn, pn-US-zn, PN-us-zn i PN-US-ZN) zwiększają ryzyko niedojrzałości (Cloninger, 2004, s. 41-43).

Podobne wnioski można wyciągnąć z badania dotyczącego cech temperamentu mierzonych zgodnie z Regulacyjną Teorią Temperamentu (RTT; Strelau, 1985) i zaburzeń osobowości (Zawadzki, Rozmysłowska, Nowocin, Popiel i Pragłowska, 2012). Badanie to wykazało, że wszystkie zaburzenia osobowości można zakwalifikować albo do „słabego” typu temperamentu (cechującego się niską zdolnością przetwarzania stymulacji – obejmującego zaburzenia osobowości typu A i typu C oraz osobowość z pogranicza), albo do typu „nadmiernie pobudzonego” (charakteryzującego się dysregulacją pobudzenia – typ B: osobowość antyspołeczna, histrioniczna i narcystyczna). Nie udało się jednak określić profilu cech temperamentu dla każdego z dziesięciu zaburzeń osobowości opisanych w DSM-IV. Mimo to ujęcia kliniczne akcentują potrzebę uwzględnienia cech temperamentu w psychopatologii osobowości z pogranicza: bardziej szczegółowo, jak proponuje Marsha Linehan (1993, s. 79), w odniesieniu do opartego na RTT badania Eliasza, lub tylko jako „niemierzalnej biologicznej podstawy” (Young – informacja ustna, 2006), a także w psychopatologii osobowości w ogóle (Oldham, 2014).

### **Wielka Piątka**

Jednym z najpopularniejszych i najdojrzalszych modeli struktury osobowości jest Wielka Piątka Costy i McCrae (2005; za: Zawadzki, 2009). Popularność tego modelu spowodowała, że zebrano ogromną ilość danych na jego poparcie. Analizy przeprowadzone przez Asendorpfa, Borkenaua, Ostendorfa i Van Akena (2001) pozwoliły wskazać trzy prototypowe wzorce opisu osobowości (odporny, silnie kontrolowany i słabo kontrolowany) oraz adaptacyjną wartość konfiguracji cech charakteryzującej typ odporny. Metaanaliza autorstwa Saulsman i Page’a (2004) dotycząca związku pomiędzy cechami osobowości a zaburzeniami osobowości doprowadziła do określenia charakterystycznych profili cech odzwierciedlających dwa skupienia (*clusters*) zaburzeń osobowości (według DSM-IV: typy A + C oraz typ B). Na podstawie syntezy wspomnianych wyżej analiz oraz badań własnych Zawadzki (2009) stwierdził, że zaburzenia osobowości wykazują profile przeciwne typowi odpornemu (oCEAn): zarówno silnie kontrolowany, jak w przypadku skupień A i C (OceaN), jak też słabo kontrolowany, jak w przypadku skupienia B (OcEaN). Wyciągnął z tego wniosek, że badania nad osobowością normatywną wskazują na obie strony medalu: obszary dobrego funkcjonowania, definiowane jako zdolności adaptacyjne w ramach określonego kontekstu kulturowego, oraz ich przeciwieństwo – profile cech charakteryzujące dysfunkcję. Jest jednak za wcześnie, by świętować integrację badań nad osobowo-

ścią patologiczną i normatywną, głównie dlatego, że model Wielkiej Piątki nie oddaje specyfiki poszczególnych zaburzeń osobowości.

Ważnym wkładem psychologii klinicznej w historię osobowości i psychopatologii osobowości było utworzenie psychologicznych narzędzi testowych i ich zastosowanie do diagnozowania patologii w sytuacji klinicznej (podejście „pełnej baterii” – *the „full battery” approach*). Optykę tego tradycyjnego podejścia kształtował, rzecz jasna, naukowy kontekst tamtych czasów, a mianowicie obowiązujący w nich system diagnozy psychiatrycznej i psychodynamiczne podejścia terapeutyczne.

W opozycji do podejścia „pełnej baterii”, w 1943 r. Hathaway i McKinley opublikowali Minesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI*), narzędzie samoopisowe złożone ze skal do pomiaru istotnych syndromów klinicznych znanych w tamtym czasie, takich jak depresja, hipochondria, schizofrenia i inne. Narzędzie to określono jako test osobowości, odzwierciedlający splot koncepcji dotyczących zespołów objawów psychopatologicznych i osobowości/patologii osobowości. Co ciekawe, tylko dwie z pierwotnych dziewięciu skal faktycznie mierzyły konstrukty pokrewne cechom i atrybutom osobowości (Skala 0, utworzona później, była przeznaczona do pomiaru introwersji społecznej).

Obawy o trafność testów projekcyjnych spowodowały, że rezygnowano z ich użycia w diagnozowaniu osobowości. Później zaczęto koncentrować się na stworzeniu następców testu MMPI, odzwierciedlających postępy w rozwoju psychometrii i ściślej powiązanych z dominującym w tamtym czasie systemem diagnozy, w którym wyróżniono zaburzenia osi I oraz patologie osobowości osi II. Przykładowym narzędziem tego typu jest Wieloosiowy Inwentarz Kliniczny Millona (*Millon Clinical Multiaxial Inventory, MCMI*, oraz jego późniejsze wersje: MCMI-II i MCMI-III).

Historyczna rola i waga przypisywana procedurze wywiadu klinicznego w psychiatrii, a także postępy osiągnięte w tworzeniu wywiadów strukturyzowanych do rozpoznawania innych postaci psychopatologii w latach 70. XX wieku doprowadziły do stworzenia wywiadów półstrukturalizowanych, rzetelnie mierzących zaburzenia osobowości opisane w systemach DSM i ICD, a mianowicie SCID-II: Ustrukturalizowany wywiad kliniczny do badania zaburzeń osobowości z osi II DSM-IV (First, Gibbon, Spitzer, Williams i Benjamin, 1997; Spitzer, Gibbon, Williams i Benjamin, 2010) i Międzynarodowej Oceny Zaburzeń Osobowości (*International Personality Disorder Examination-ICD-10, IPDE-ICD-10*; Loranger, Janca i Sartorius, 1997). Wywiad strukturyzowany pozostaje dziś najpowszechniej uznawanym podejściem w diagnozie zaburzeń osobowości, dają-

cym możliwość wyboru spośród wielu rzetelnych narzędzi, choć – jak podkreślają w dalszej części bieżącego numeru Bloo, Arntz i Schouten (2017) – potrzeba narzędzi samoopisowych, które byłyby mniej wymagające, jeśli chodzi o przeszkolenie, a także mniej czasochłonne i bardziej wrażliwe na zmiany).

### **Model Theodore’a Millona**

Wiele spośród wymienionych tu tradycji spotkało się we wpływowym modelu, którego konstrukcję w latach 60. XX wieku rozpoczął Theodore Millon. Jednym z ważnych aspektów tego modelu jest perspektywa integracyjna, przejawiająca się w dążeniu do wyjaśnienia zarówno struktury, jak i dynamiki osobowości. Jest to również próba połączenia perspektywy nomotetycznej (skoncentrowanej na związkach pomiędzy potrzebami, motywami, cechami, schematami i mechanizmami obronnymi) i idiograficznej (skoncentrowanej na różnicach indywidualnych). Model łączy zatem prototypy osobowości (ujęcie nomotetyczne, które wywarło duży wpływ na rozwój diagnozy psychiatrycznej) i podtypy osobowości – bardziej idiograficzną próbę opisu osobowości (Millon, 1969; Cardenal, Sánchez i Ortiz-Tallo, 2007).

Model Millona zakłada kontinuum pomiędzy normalnością a patologią osobowości. Przez osobowość normalną rozumiemy taką, która objawia się elastycznym, adaptacyjnym zachowaniem w danym kontekście. W perspektywie ewolucyjnej osobowość pojmowana jest jako mniej lub bardziej wyraźny styl adaptacyjnego funkcjonowania, jaki przedstawiciel gatunku wykazuje w swoim środowisku. Jednak kwestia wyznaczenia granicy pomiędzy (ciągle adaptacyjnym) *stylem* osobowości a *zaburzeniem* osobowości pozostaje otwarta (Oldham i Morris, 1994/2002; Popiel i Prażłowska, 2006).

Jak wspomniano wyżej, praca Millona znacząco wpłynęła na rozwój diagnozy psychiatrycznej, co widać w ewolucji publikowanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne *Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych* (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*).

### **SYSTEMY DSM I ICD**

Pierwsze wydanie *Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych* (DSM) było efektem procesu, którego początki wiążą się z wojсковym zapotrzebowaniem na standaryzowane diagnozy psychiatryczne w kontekście drugiej wojny światowej (Oldham, 2014). Po publikacji w roku 1943



przez Departament Wojny USA psychoanalitycznie zorientowanego dokumentu dla celów klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne zleciło swojej Komisji Nazewnictwa i Statystyki opracowanie podręcznika diagnostycznego. W pierwszym wydaniu podręcznika DSM (APA, 1952) wyróżniono trzy kategorie zaburzeń osobowości: (a) zakłócenia wzorca osobowości, (b) zakłócenia cech, (c) zakłócenia socjopatyczne. Wbrew obiegowym opiniom jest to potwierdzeniem faktu, że patologię osobowości uwzględniano już od pierwszego wydania podręcznika DSM. Zaburzenia osobowości zazwyczaj postrzegano raczej jako stałe wzory zachowań i interakcji międzyludzkich, które utrwaliły się do czasu wczesnej dorosłości i prawdopodobnie nie zmieniają się przez całe życie. Uważano je za stany deficytu, odzwierciedlające częściowe zatrzymania lub zakłócenia rozwoju wynikające z patologicznej opieki wczesnodziecięcej (Oldham, 2014). Zakłócenia wzorca osobowości postrzegano jako mniej podatne na zmiany; bardziej optymistyczny był natomiast pogląd na temat zakłóceń cech. Kategoria socjopatyczna obejmowała ogólnie zachowania związane z odchyleniem od normy społecznej (od zachowań antyspołecznych po uzależnienia).

Głównym powodem, dla którego opracowano drugie wydanie podręcznika, była publikacja w 1967 r. przez Światową Organizację Zdrowia ósmego wydania Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (*International Classification of Diseases*, ICD); Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne chciało uzgodnić swoją terminologię diagnostyczną z obowiązującym w tamtym czasie międzynarodowym systemem. Skutkiem tego było położenie nacisku na dążenie do konsensusu odnośnie do obserwowalnych, mierzalnych, trwałych konstelacji osobowości, połączone z odejściem od ujęć opartych na teorii. Porzucono również pogląd, że osoby z zaburzoną osobowością nie doświadczają emocjonalnego cierpienia, a także trzy kategorie z DSM-I. W drugiej wersji podręcznika znalazły się następujące kategorie: osobowość nieadekwatna, paranoiczna, cyklotymiczna, schizoidalna, histeryczna, bierno-agresywna, obsesyjno-kompulsyjna, wybuchowa, antyspołeczna i asteniczna. To ostatnie zaburzenie nie pojawiło się już w kolejnym wydaniu podręcznika.

Lata 70. naznaczone były intensywną troską o rzetelność diagnoz psychiatrycznych. Rewolucja neokraepelinowska w amerykańskiej psychiatrii dała początek „podejściu ateoretycznemu” – takiemu, które miało wznieść się ponad ograniczone zainteresowania i ściśle wiązać się z jasnymi kryteriami, często dotyczącymi obserwowalnych zachowań, które można było w sposób rzetelny mierzyć. Niektórzy krytycy (Lezenweger i Clarkin, 2005) zauważali, że kwestię rzetelności połączono z zagadnieniem podejścia ateoretycznego, lecz nacisk po-

łożono wyraźnie na stworzenie systemu diagnostycznego, który byłby rzetelny, a zarazem użyteczny dla wszystkich specjalistów z zakresu ochrony zdrowia psychicznego i w ramach wszystkich ujęć teoretycznych.

Wprowadzono system wieloosiowy, który przetrwał wiele wydań podręcznika, a z którego zrezygnowano w ostatniej wersji DSM. Oś I obejmowała zaburzenia uznane za „epizodyczne”, natomiast oś II była zarezerwowana dla zaburzeń osobowości (którym przypisywano źródła psychologiczne) i konkretnych problemów rozwojowych (których przyczyn upatrywano w biologii).

Te zmiany w systemie diagnostycznym spowodowały wzrost zainteresowania zaburzeniami osobowości i zwiększenie liczby poświęconych im badań. Czasopismo *Journal of Personality Disorders* oraz Międzynarodowe Towarzystwo Badania Zaburzeń Osobowości zostały założone właśnie w tym owocnym okresie (Lezenweger i Clarkin, 2005). Osobowość wybuchowa i cyklotymiczna z poprzedniego wydania otrzymały zmienione nazwy i zostały przeniesione do osi I, natomiast osobowość asteniczną usunięto, o czym wspominaliśmy już wyżej. Kategorię schizoidalną podzielono na trzy bardziej szczegółowe kategorie, a także dodano dwie nowe: osobowość z pogranicza i osobowość narcystyczną.

W roku 1987 ukazało się wydanie poprawione podręcznika DSM-III, w które wkład wnieśli zarówno badacze, jak i klinicyści; podtrzymano w nim te same zasady, co w wersji oryginalnej, i określono rzetelne kategorie diagnostyczne – użyteczne klinicznie i zarazem zgodne z wynikami badań. Nie było istotnych zmian w rozdziale poświęconym zaburzeniom osobowości. Wszystkie one zostały zdefiniowane wielocechowymi zestawami kryteriów. Dodano dwie kategorie tymczasowe: osobowość sadystyczną i osobowość autodestrukcyjną, jednak żadna z nich nie przetrwała kolejnej tury zmian w systemie DSM.

Istotny wzrost liczby badań w tej dziedzinie zaowocował znaczną ilością danych empirycznych, które wykorzystano, wprowadzając zmiany w odnośnym rozdziale podręcznika DSM-IV, opublikowanego w 1994 r. Po raz pierwszy podano w podręczniku ogólne kryteria diagnostyczne dla zaburzeń osobowości, takie jak wczesny początek, wszechogarniający charakter, brak elastyczności i długotrwałość – choć kryteria te były bardziej rezultatem konsensusu specjalistów niż badań empirycznych. Kategorie i wymiarowe uporządkowanie zaburzeń osobowości z DSM-III-R zachowano, z wyjątkiem osobowości bierno-agresywnej, uwzględnionej w Załączniku B, gdzie wymieniono kategorie przeznaczone do dalszych badań. Nadano jej nową nazwę – „osobowość negatywistyczna” (*negativistic personality disorder*) – i zrewidowano jej kryteria, gdyż ich poprzednie definicje zostały uznane za zbyt ogólne. Kontrowersyjną kategorię oso-

bowości depresyjnej również uwzględniono w Załączniku B i odróżniono od osobowości bierno-agresywnej oraz od osobowości dystymicznej z osi I.

Kolejna rewizja miała miejsce w roku 2000, jednak jej celem było przede wszystkim uaktualnienie informacji i przegląd tekstów towarzyszących diagnozom, na co wskazuje skrót DSM-IV-TR (*text revision* – rewizja tekstu).

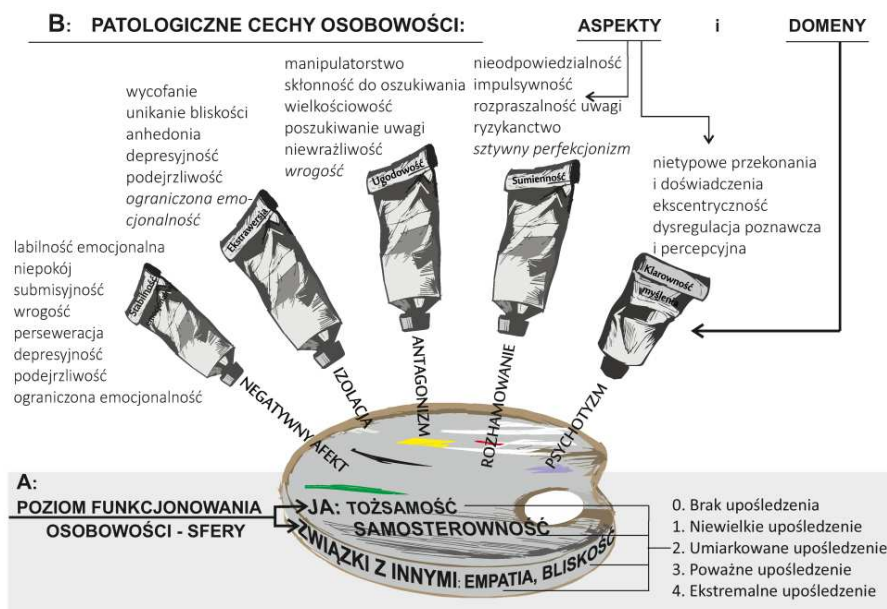
Chociaż empiryczne wsparcie w przypadku DSM-IV było znacznie mocniejsze niż w poprzednich wydaniach, wiele problemów z podejściem kategoryalnym uwidoczniło się zaraz po publikacji systemu. Szereg ważnych pytań pozostało bez odpowiedzi, a wiele ważnych problemów bez rozwiązania. Kwestia „wymiaru czy kategorii” stała się przedmiotem gorącej debaty; przedstawiano ją głównie jako wybór pomiędzy nieprzystającymi do siebie systemami. Oczywiście, podejście kategoryalne, zakładające brak ciągłości, jest kluczowe dla perspektywy neokraepelinowskiej, jednak i ono niesie za sobą pewne problemy, które były prawdopodobnie najbardziej widoczne w obszarze zaburzeń osobowości. Charakter trzech wiązek osobowości w DSM-IV – A (osobowości dziwaczno-ekscentryczne), B (osobowości dramatyczno-niekonsekwentne) i C (osobowości obawowo-lękowe) – był z całą pewnością wymiarowy.

Ponadto praktyka kliniczna ujawniła wyraźną tendencję klinicystów do stawiania pojedynczych diagnoz w przypadkach zaburzeń, podczas gdy badania prowadzone metodą wywiadów półstrukturyzowanych pokazują, że klienci zazwyczaj spełniają kryteria dwóch lub trzech zaburzeń osobowości (Oldham, Skodol i Kellman, 1992; Shedler i Westen, 2004; Widiger i in., 1991).

Chcąc odnieść się do tego stanu rzeczy, Amerykańskie Towarzystwo Psychiatriczne (*American Psychiatric Association, APA*) i Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego (*National Institute of Mental Health, NIMH*) zorganizowały serię konferencji w celu stworzenia programu kolejnej rewizji systemu DSM, której rezultat miał być znany jako DSM-5. Wybitni badacze zgłosili szereg uwag krytycznych, podkreślając, że system DSM-IV nie spełnił podstawowych celów, jakimi były: ułatwienie komunikacji pomiędzy klinicystami a badaczami oraz wspieranie postępów w terapii diagnozowanych dolegliwości. Korzyści z wymiarowych ujęć dla opisu cech osobowości podkreślono i wsparto, również dokonując systematycznego przeglądu wszystkich istniejących modeli patologii osobowości (zwłaszcza pięciu domen Wielkiej Piątki; 7-wymiarowego psychobiologicznego modelu Cloningera; 4-czynnikowego modelu Livesleya – złożonego z dysregulacji emocjonalnej, zachowań dyssocjalnych, zahamowania i kompulsywności; 3-czynnikowego modelu Clarka i Watsona – obejmującego afekt negatywny, afekt pozytywny i ograniczenie; wymiarów modelu koła interpersonalnego: sprawczości i wspólnotowości oraz trzech zaproponowanych

przez Millona przeciwstawnych par: ja–inny, aktywny–bierny i przyjemność–ból; Trull i Widiger, 2013). APA utworzyło grupę roboczą zajmującą się tym tematem. Po długiej debacie, w ramach DSM-5 zaproponowano hybrydowy system wymiarowo-kategorialny.

Oryginalne kategorie DSM-IV zachowano w Sekcji II nowego podręcznika, zaś system wymiarowy zamieszczono w Sekcji III. Model ten obejmował sześć zaburzeń osobowości (osobowość schizotypową, antyspołeczną, z pogranicza, narcystyczną, unikową i obsesyjno-kompulsyjną) oraz siódmą diagnozę: zaburzenie osobowości określone przez cechy (*personality disorder-trait specified*). Kategoria ta pozwala na opis indywidualnych profili cech klientów, u których nie występuje żadne z sześciu zaburzeń osobowości. Patologiczne cechy osobowości pogrupowane są w pięć domen odzwierciedlających istniejące podejścia wymiarowe. Nowy system ma też aspekt wymiarowy, którym jest poziom upośledzenia w funkcjonowaniu, z oczywistych względów istotny klinicznie w dwóch obszarach: osobistym i interpersonalnym. Główne obszary pomiaru osobowości według podręcznika DSM-5 ukazuje Rysunek 1 (bardziej szczegółowy opis modelu DSM-5 oraz propozycji kwestionariusza do pomiaru cech zgodnie z tym modelem znajduje się w dalszej części niniejszego numeru *Roczników*, w artykule autorstwa Strusa i in., 2017).



Rysunek 1. Alternatywny model zaburzeń osobowości według DSM-5.

Niezależnie od systemu diagnostycznego specjalistom z dziedziny zdrowia psychicznego najwięcej problemów sprawiają zazwyczaj pacjenci z osobowością z pogranicza (BPD). Dzieje się tak z powodu złożoności obrazu klinicznego, przewlekłego przebiegu dolegliwości, związanych z nią zachowań samobójczych oraz częstego współwystępowania z innymi zaburzeniami, co oznacza, że sprawą kluczową wydaje się rzetelna diagnoza umożliwiająca precyzyjną ocenę zmian (podczas terapii). Listę kontrolną BPD opisują w bieżącym numerze Bloo, Arntz oraz Schouten (2017), natomiast podejście do diagnozy BPD przedstawione w DSM-5 ilustruje Rysunek 2.



Rysunek 2. Zaburzenie osobowości z pogranicza według modelu alternatywnego.

Diagnoza zaburzeń osobowości według DSM-IV i ICD-10 była bardzo podobna, z wyjątkiem sposobu kodowania zaburzeń osobowości na osi II w wieloosiowym systemie DSM, który „zmusił” psychologów do rozważenia obecności zaburzenia osobowości u każdego pacjenta z dolegliwością z osi I. Dane empiryczne nie potwierdziły jednak politetycznego (wielocechowego) systemu kategoryjnego. Ponadto, według Tyrera (Tyrer i in., 2011; Tyrer, Reed i Crawford, 2015), same tylko przypadki osobowości z pogranicza oraz osobo-

wości antyspołecznych i mieszanych stanowią 95% zdiagnozowanych przypadków zaburzeń osobowości, natomiast szczegółowe diagnozy kategorialne – inne niż osobowość z pogranicza i gdzie indziej niesklasyfikowane (*not otherwise specified*, NOS) – stosowano rzadko.

Doprowadziło to nie tylko do porzucenia systemu wieloosiowego w DSM-5, ale także do radykalnych zmian w proponowanej klasyfikacji ICD-11 (Tyrer i in., 2011; Tyrer i in., 2015). Propozycja ICD-11 podkreśla intensywność zaburzenia, nie zawiera natomiast próby zachowania tradycyjnych kategorii zaburzeń osobowości. W rezultacie jedyną kategorią jest zaburzenie osobowości jako takie, opisane przez trzy stopnie intensywności w nieodległej przeszłości: łagodne, umiarkowane oraz poważne zaburzenie osobowości. Według propozycji ICD-11 opisanej przez Tyrera i współpracowników (2015), diagnoza rozpoczyna się od ustalenia, czy funkcjonowanie pacjenta odpowiada kryteriom ogólnej definicji zaburzenia osobowości (brak istotnych zmian w porównaniu z poprzednimi diagnozami zaburzeń osobowości). Drugim krokiem jest określenie stopnia nasilenia zaburzenia osobowości. Krok trzeci to opis nasilenia cech w pięciu domenach. Cechy te pokazują, które z głównych aspektów osobowości są u danej osoby najbardziej znaczące. Tylko jedna domena – anankastia – różni się od DSM-5. Publikacja ICD-11 jest planowana na rok 2017. Jest to system diagnostyczny „przyjazny praktykom”, który umożliwi szybką ocenę obecności zaburzeń osobowości, pozostawiając specjalistom określenie domen, do jakich te zaburzenia należą (Tyrer i in., 2015). Czas pokaże, czy zostanie on opublikowany w proponowanym kształcie i w jakim stopniu będzie stanowił ulepszenie.

Jednak problemy i ograniczenia systemu DSM skłoniły niektórych badaczy (Insel i in., 2010) do poszukiwania alternatywnych systemów klasyfikacji, które byłyby lepiej osadzone w biologii i mniej zależne od oceny klinicznej (Kryteria Dziedzin Badawczych – *Research Domain Criteria*). Główne założenie tego podejścia – według którego zaburzenia psychiczne są zasadniczo zaburzeniami mózgu – czyniłyby je zgodnymi z neurobiologicznymi ujęciami osobowości, takimi jak te proponowane przez Cloningera (Cloninger, Svrakic i Przybeck, 1993) i Sievera (Siever i Davies, 1991), ale też niezgodnymi z podejściami bardziej psychologicznymi lub integracyjnymi. Niektórzy badacze (Hofmann, 2014) zaproponowali połączony system klasyfikacji, który wynikałby z danych empirycznych wyłaniających się zarówno z postępów w rozumieniu neurobiologii, jak i z mającej podstawy empiryczne psychopatologii kognitywno-behawioralnej. Czas pokaże, w jakim stopniu produktywny i wpływowy okaże się ten paradygmat badań i system klasyfikacji.

## LITERATURA CYTOWANA

- Alexander, F. (1930). The neurotic character. *International Journal of Psychoanalysis*, 11, 292-311.
- American Psychiatric Association, APA (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, APA (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 2). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, APA (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 3). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, APA (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (rev.) (wyd. 3). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 4). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, APA (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (text rev.) (wyd. 4). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asendorpf, J. B., Borkenau, P., Ostendorf, F. i Van Aken, M. A. G. (2001). Carving personality description at its joints: Confirmation of three replicable personality prototypes for both children and adults. *European Journal of Personality*, 15, 169-198.
- Beck, A. T., Butler, A. C., Brown, G. K., Dahlsgaard, K. K., Newman, C. F. i Beck, J. S. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behaviour Research & Therapy*, 39(10), 1213-1226.
- Beck, A. T. i Freeman, A. (red.) (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D., & Associates (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (wyd. 2). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. i współpracownicy (2005). *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości* (tłum. M. Cierpisz). Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Berrios, G. (1999). J. C. Prichard and the concept of „moral insanity”. Classic text No. 37. *History of Psychiatry*, 10(37), 111-126. DOI: 10.1177/0957154X9901003706 PMID11623816
- Bloo, J., Arntz, A. i Schouten E. (2017). The Borderline Personality Disorder Checklist: Psychometric evaluation and factorial structure in clinical and nonclinical samples. *Roczniki Psychologiczne*, 2(20), 311-336.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Vol. I: *Attachment*. New York: Basic Books.
- Cardenal, V., Sánchez, M. P. i Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de la personalidad según el modelo de Millon: Una perspectiva integradora. *Clínica y Salud*, 18(3), 305-324.
- Cloninger, C. (2004). *Feeling good. The science of well-being*. New York: Oxford University Press.
- Cloninger, C., Svrakic, D. i Przybeck, T. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Crocq, M. A. (2013). Milestones in the history of personality disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 147-153.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. i Benjamin, L. S. (2010). *SCID II – Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości z Osi II DSM-IV*.

- Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP (red. nauk. B. Zawadzki, A. Popiel, E. Prażłowska).
- First, M. B., Spitzer, R., Gibbon, M., Williams, J. i Benjamin, L. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Freud, S. (1908). Character and anal erotic. W: *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (t. 9, s. 169-175). London: Hogarth Press.
- Hathaway, S. R. i McKinley, J. R. (1983). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory manual* (wyd. 1 – 1943). New York: Psychological Corporation.
- Heim, A. i Westen, D. (2014). Theories of personality and personality disorders. W: J. M. Oldham, A. E. Skodol i D. S. Bender (red.), *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders. DSM-V edition* (s. 13-38). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Hofmann, S. (2014). Toward a cognitive-behavioral classification system for mental disorders. *Behavior Therapy*, 45, 576-587.
- ICD-10 (1998). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Vesalius, IPiN.
- Insel, T., Cuthbert, B., Carvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C. i Wang, P. (2010). Research Domain Criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167, 748-751. Strona internetowa: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379K>
- Jaspers, K. (1959/1997). *General psychopathology* (vol. 1, 2). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Therapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. W: J. F. Clarkin i M. F. Lenzenweger (red.), *Major theories of personality disorder* (s. 106-140). New York: Guilford Press.
- Kraepelin, E. (1904). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 7. Auflage. II. Band. Klinische Psychiatrie. Leipzig: Verlag Barth.
- Lenzenweger, M. F. i Clarkin, J. F. (2005). *Major theories of personality disorder* (wyd. 2). New York: Guilford Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York–London: Guilford Press.
- Linehan, M. (2007). *Zaburzenie osobowości z pogranicza. Terapia poznawczo-behawioralna* (tłum. R. Andruszko). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Loranger, A. W., Janca, A. i Sartorius, N. (1997). *Assessment and diagnosis of personality disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and social functioning*. Philadelphia: Saunders.
- Millon, T. (2004). *Personality disorders in modern life* (wyd. 2). Hoboken: Wiley.
- Millon, T. i Davis, R. (2005). *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.



- Oldham, J. (2014). Personality disorders recent history and new directions. W: J. M. Oldham, A. E. Skodol i D. S. Bender (red.), *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders. DSM-V edition* (s. 1-9). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Oldham, J. i Morris, L. (1994/2002). *Twój psychologiczny autoportret*. Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski.
- Oldham, J. M., Skodol, A. E., Kellman, H. D. i in. (1992). Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: Patterns of comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 149, 213-220.
- Pinel, P. (1801). *Traité medico-philosophique sur l'alienation mentale ou la manie*. Paris: Richard, Caille & Ravier.
- Popiel, A. i Pragłowska, E. (2006). Optymalizacja – między stylem a zaburzeniem osobowości. W: M. Fajkowska, M. Marszał-Wiśniewska i G. Sędek (red.), *Podpatrywanie myśli i uczuć. Zaburzenia i optymalizacja procesów emocjonalnych i poznawczych. Nowe kierunki badań* (s. 258-278). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Reich, W. (1945). *Character-analysis. Principles and techniques for psychoanalysts in practice and in training*. New York: Orgone Institute Press.
- Saulsman, L. M. i Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 23, 1055-1085.
- Schneider, K. (1923/1950). *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Shedler, J. i Westen, D. (2004). Refining personality disorder diagnosis: Integrating science into practice. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1350-1365.
- Siever, L. J. i Davies, K. L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1647-1658.
- Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York: Knopf.
- Strelau, J. (1983). *Temperament, personality, activity*. London: Academic Press.
- Strelau, J. (1985). *Temperament, osobowość, działanie*. Warszawa: PWN.
- Strus, W., Rowiński, T., Ciecuch, J., Kowalska-Dąbrowska, M., Czuma, I. i Żechowski, C. (2017). Patologiczna Wielka Piątka: próba zbudowania pomostu pomiędzy psychiatryczną klasyfikacją zaburzeń a cechowym modelem osobowości zdrowej. *Roczniki Psychologiczne*, 20(1), 429-450.
- Trull, T. J. i Widiger, T. A. (2013). Dimensional models of personality: The five-factor model and the DSM-5. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 135-146.
- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R. i in. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th Revision of the International Classification of Diseases. *Personality and Mental Health*, 5, 246-259.
- Tyrer, P., Reed, G. M. i Crawford, M. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, Feb, 717-726. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61995-4
- Widiger, T. A., Frances, A. J., Harris, M., Jacobsberg, L. B., Fyer, M. i Manning, D. (1991). Comorbidity among Axis II disorders. W: J. M. Oldham (red.), *Personality disorders: New perspectives of diagnostic validity* (s. 163-194). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders. A schema-focused approach*. Reno: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (1998). *Young Schema Questionnaire – Short Form*. New York: Cognitive Therapy Centre.

- Young, J. E., Klosko, J. S. i Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zawadzki, B. (2009). Pięciodziesięcynnikowa Teoria Osobowości a zaburzenia psychiczne. W: J. Siuta (red.), *Diagnoza osobowości. Inwentarz NEO-PI-R w teorii i praktyce* (s. 220-237). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Zawadzki, B., Rozmysłowska, J., Nowocin, D., Popiel, A. i Pragłowska, E. (2012). Temperamentalna charakterystyka zaburzeń osobowości. *Psychologia – Etologia – Genetyka*, 25, 7-23.