

AGNIESZKA POPIEL^aBOGDAN ZAWADZKI^b^aSWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny w Warszawie

Wydział Psychologii, Katedra Analizy Zachowania

^bUniwersytet Warszawski

Instytut Studiów Społecznych im. Profesora Roberta Zajonca

DIAGNOZA ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI: WYBRANE METODY I MODELE DIAGNOSTYCZNE

Problemy osób cierpiących na zaburzenia osobowości skupiają zainteresowanie badaczy zarówno od strony klinicznej, jak i teoretycznej. Próba modyfikacji obowiązujących systemów klasyfikacyjnych konfrontuje badaczy z problemami niepewnego statusu empirycznego kryteriów rozpoznawania tej grupy zaburzeń oraz niedoskonałością narzędzi diagnostycznych. Tekst jest wprowadzeniem do numeru 2 *Roczników Psychologicznych* poświęconego zaburzeniom osobowości, a w szczególności koncepcjom historycznym i teoretycznym zaburzeń osobowości, narzędziom pozwalającym na diagnozę zaburzeń osobowości oraz na ocenę schematów poznawczych specyficznych dla zaburzeń osobowości (zarówno w świetle teorii poznawczej Becka, jak i teorii schematów Younga).

Słowa kluczowe: zaburzenia osobowości; chorobowość; klasyfikacja; diagnoza; narzędzia diagnostyczne.

Problematyka zaburzeń osobowości od dawna cieszy się dużym zainteresowaniem zarówno teoretyków, jak i klinicystów. W ostatnim okresie stała się jednak przedmiotem szczególnie nasilonej debaty. „Odwieczny” bowiem niejako problem osób cierpiących na zaburzenia osobowości z samymi sobą oraz – w przypadku niektórych zaburzeń – ich otoczenia z dysfunkcjonalnymi zachowaniami będącymi wyrazem zaburzenia był rozumiany jako dodatkowa trudność

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

w praktyce klinicznej. Podkreślano zwłaszcza utrwalony charakter dolegliwości, wpływ zaburzeń osobowości na efekty leczenia innych współwystępujących zaburzeń psychicznych, zwiększone ryzyko samobójstwa i ogólnie gorsze funkcjonowanie w wymiarze indywidualnym oraz społecznym. O ile te spostrzeżenia wydają się trafne, to próba ich empirycznej weryfikacji odsłoniła obszary kontrowersji, które dotyczyły głównie kwestii definicji – kryteriów rozpoznawania i narzędzi umożliwiających diagnozę.

Rok 1980 był ważny w diagnostyce zaburzeń osobowości ze względu na wprowadzenie istotnych zmian w systemie klasyfikacji zaburzeń psychicznych według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM-III (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 1980). Jedną ze zmian była propozycja systematyzacji danych z wywiadu i wniosków z badania stanu psychicznego za pomocą systemu wieloosiowego. Na pierwszej osi kodowano większość zaburzeń psychicznych, na osi II – zaburzenia osobowości i upośledzenie umysłowe, na osi III – choroby i stany somatyczne, na osi IV – ocenę stresorów psychospołecznych oddziałujących na osobę badaną, a oś V obejmowała ocenę ogólnego funkcjonowania pacjenta. Wraz z umieszczeniem zaburzeń osobowości na osi II, a pozostałych zaburzeń psychicznych na osi I nastąpiło swego rodzaju „wymuszenie” myślenia o możliwości występowania tego rodzaju zaburzenia u każdego pacjenta, u którego zdiagnozowano zaburzenie z osi I (czyli np. lękowe, zaburzenie nastroju, schizofrenię, uzależnienie czy zaburzenia odżywiania). Prowadziło to także do przypuszczenia, że zaburzenia osobowości same w sobie mogą powodować dystres i upośledzać funkcjonowanie. Kategoria zaburzeń osobowości została wówczas podzielona na trzy skupienia obejmujące 10 zaburzeń: skupienie A, obejmujące zaburzenie paranoiczne, schizotypowe i schizoidalne; skupienie B, do którego włączono zaburzenie z pogranicza, antyspołeczne, narcystyczne i histrioniczne; skupienie C, w którym znalazły się: unikające, zależne i obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości.

Kolejne 30 lat przyniosło wiele uwag krytycznych do tego kategorialnego ujęcia zaburzeń osobowości. Część tych uwag wywodziła się z praktyki – ze względu na to, że obraz kliniczny u wielu pacjentów był złożony, możliwe i prawdopodobne stało się rozpoznawanie jednocześnie kilku zaburzeń osobowości. Doprowadziło to w efekcie do (nad)używania kategorii PDNOS (zaburzeń „nie sprecyzowanych inaczej” – *Personality Disorders Not Otherwise Specified*; APA, 1980). Z kolei żmudna diagnoza kategorialna często nie przekładała się na opracowanie specyficznych metod niesienia pomocy, które dawałyby nadzieję na odpowiednią skuteczność kliniczną. Określenie diagnozy klinicznej zaburzenia osobowości tylko za pomocą ustrukturalizowanego wywiadu (np. SCID-II

– *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders*; First, Spitzer, Gibbon, Williams i Benjamin, 1997) wymaga bowiem od jednej do trzech godzin. Natomiast rekomendacje dotyczące terapii oparte na danych empirycznych odnoszą się (z różną mocą danych) jedynie do trzech z 10 zaburzeń: osobowości z pogranicza, antyspołecznej i unikającej. Trud włożony w precyzyjną diagnozę nozologiczną pozostałych zaburzeń mógł więc wydawać się zbędny, gdyby nie fakt, że ci pacjenci spotykani są w praktyce. Psychoterapeuci (sama farmakoterapia terapii zaburzeń osobowości ma niewiele do zaoferowania) często spotykają w gabinetach pacjentów, których zaburzony sposób funkcjonowania wykracza poza opisane trzy zaburzenia. Nasilenie i konfiguracja objawów jest jednak różna, podobnie jak – w zależności od wyznawanej szkoły terapeutycznej – różne mechanizmy psychopatologiczne uznawane są za podstawowe dla danego obrazu klinicznego. Uwzględnienie obecnego stanu (co może oddawać diagnoza nozologiczna) oraz mechanizmów prowadzących do jego powstania (czynników podatności czy czynników podtrzymujących) tworzy zindywidualizowaną konceptualizację problemu pacjenta. Dlatego klinicyści zwrócili się w stronę temperamentalnych i osobowościowych uwarunkowań zaburzeń osobowości. Nasiliła się potrzeba weryfikacji empirycznej tez dotyczących mechanizmów, których modyfikacja lub uwzględnienie w terapii mogłoby przynieść oczekiwane zmiany.

Oszacowanie skali problemu, jaki stanowią zaburzenia osobowości zarówno w populacji ogólnej, jak i w praktyce klinicznej, zważywszy na zasygnalizowane wcześniej problemy z diagnozą, stanowi duże wyzwanie dla badaczy. Obserwacje klinicystów z pewnością będą w tej kwestii trochę mylące – z jednej strony wskazują na współwystępowanie zaburzeń, z drugiej zaś specyfika funkcjonowania wyznaczona przez obecne zaburzenie osobowości dotyczy także możliwości rozpoznania własnych trudności (objawy egosyntoniczne vs egodystoniczne: objawy akceptowane lub pożądane vs objawy nieakceptowane lub niepożądane) czy tendencji do poszukiwania pomocy terapeutycznej. Do klinicystów zatem częściej zgłaszają się te osoby, które poszukują pomocy z powodu współwystępujących zaburzeń psychicznych. Badania epidemiologiczne ostatnich 10 lat (przeprowadzone na podstawie klasyfikacji DSM-IV) wskazują na średnio trzykrotnie wyższe wartości chorobowości życiowej (*lifetime prevalence*)¹ w porównaniu z diagnozowaną w danym okresie. Okresowe rozpowszechnienie specy-

¹ Chorobowość (*prevalence*), a dokładniej współczynnik chorobowości (*prevalence rate*), to liczba osób, u których rozpoznaje się dane zaburzenie w określonej grupie mieszkańców (np. na 100 tys. mieszkańców). W zależności od okresu analizy chorobowość może dotyczyć rozpoznania kiedykolwiek w życiu osoby badanej (*lifetime prevalence*) albo w wybranym do badania okresie, np. kilku lat czy dni.

ficznego, jednego z dziesięciu określonych przez DSM rodzajów zaburzeń osobowości dotyczy około 1,5% populacji Europy i Stanów Zjednoczonych, zaś jakiegokolwiek zaburzenia osobowości – około 11-12%. Jednak stwierdzana w badaniach epidemiologicznych suma odsetków chorobowości poszczególnych zaburzeń (rzędu 20%) przewyższa wyraźnie rozpoznanie jakiegokolwiek zaburzenia. Dane te wskazywały więc na stosunkowo częste współwystępowanie zaburzeń osobowości (Torgersen, 2014), co z kolei było jednym z argumentów na rzecz reformy systemu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń osobowości. Zwróciło to uwagę badaczy na konieczność uwzględnienia w diagnozie modeli wymiarowych. Te zasygnalizowane potrzeby klinicystów, epidemiologów i badaczy struktury zaburzonej osobowości mają wspólny mianownik. Jest nim apel o narzędzia, które pozwoliłyby nie tylko potwierdzić diagnozę, ale także monitorować zmiany zachodzące w terapii. Funkcja, którą pełnią ustrukturalizowane wywiady kliniczne, jak słusznie zauważają w swoim artykule Bloo, Arntz i Schouten (2017), jest ograniczona ze względu na czasochłonność, ale także na słabą czułość diagnostyczną, która nie pozwala na określenie zmian zachodzących w czasie krótszym niż oceniany w wywiadzie (czyli np. podczas kilkumiesięcznej terapii). Tych kwestii diagnostycznych dotyczy zatem niniejszy numer *Roczników*.

Artykuł Popiel i Keegana (2017) traktuje o rozwoju badań i koncepcji, które prowadziły do zmian w rozumieniu i klasyfikowaniu zaburzeń osobowości. Opublikowanie ostatnich zmian w ICD-11² jest planowane na rok 2018, natomiast poprzedzone burzliwymi dyskusjami, sugerowane przed publikacją modyfikacje DSM-5, zostały umieszczone ciągle jako propozycja – „model alternatywny” (APA, 2013).

Kolejne artykuły odnoszą się do kwestii *stricte* diagnostycznych. Bloo, Arntz i Schouten (2017) opisują narzędzie pozwalające na ocenę złożonej psychopatologii zaburzenia osobowości z pogranicza i monitorowanie zmian zachodzących w czasie. Z kolei Zawadzki, Popiel, Pragłowska i Newman, 2017 oraz Staniaszek i Popiel (2017) prezentują narzędzia wywodzące się z koncepcji poznawczych koncentrujących się na roli schematów psychopatologii zaburzeń osobowości. Schematy rozumiane jako kluczowe przekonania, specyficzne dla konkretnych zaburzeń osobowości, bada Kwestionariusz Przekonań (*Personality Beliefs Questionnaire*, PBQ) A. T. Becka i współpracowników, a polskie wersje narzędzia opisują Zawadzki, Popiel, Pragłowska i Newman (2017).

² ICD-11 (*International Classification of Diseases*) to kolejna, planowana na rok 2018, wersja klasyfikacji chorób, urazów i przyczyn zgonów wydawana przez Światową Organizację Zdrowia, w której jeden z rozdziałów odnosi się do zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń osobowości.

Specyficzne, „wczesne schematy dezadaptacyjne”, odgrywające według J. Younga znaczącą rolę w rozwoju i podtrzymywaniu patologicznych sposobów funkcjonowania osób z zaburzeniami osobowości, bada Kwestionariusz Schematów Younga (*Young Schema Questionnaire*, YSQ), którego skróconą, polską wersję opisują Staniaszek i Popiel (2017). Część poświęcona narzędziom kończy się artykułem dotyczącym kwestionariusza pozwalającego na ocenę zaburzeń osobowości z punktu widzenia propozycji DSM-5 (Strus, Rowiński, Ciecuch, Kowalska-Dąbrowska, Czuma i Żechowski, 2017). Cały zaś numer *Roczników* zamyka artykuł Zawadzkiego (2017) omawiający model metacech osobowości i jego potencjalną przydatność w rozumieniu zaburzeń osobowości.

Prezentując te prace Czytelnikowi, chcielibyśmy w zakończeniu zaznaczyć, jako redaktorzy całego numeru, że zarówno ten tekst, jak i kilka innych artykułów zostało opracowanych w ramach Grantu Narodowego Centrum Nauki 2012/06/A/HS6/00340 „PTSD: Diagnoza, Terapia, Profilaktyka”.

LITERATURA CYTOWANA

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 3). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 5). Washington, DC: Autor.
- Bloo, J., Arntz, A. i Schouten, E. (2017). Lista Kontrolna Zaburzenia Osobowości z Pogranicza (BPD): ocena psychometryczna i struktura czynnikowa w próbie klinicznej i nieklinicznej. *Roczniki Psychologiczne*, 20(2), 281-309.
- First, M., 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.
- Popiel, A. i Keegan, E. (2017). Zaburzenia osobowości: krótkie wprowadzenie historyczne. *Roczniki Psychologiczne*, 20(2), 247-264.
- Staniaszek, K. i Popiel, A. (2017). Opracowanie i walidacja eksperymentalnej polskiej wersji skróconej Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ-ES-PL) do badania wczesnych schematów dezaptacyjnych. *Roczniki Psychologiczne*, 20(2), 373-399.
- 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(2), 429-450.
- Torgersen, J. (2005). Epidemiology. W: J. Oldham, A. E. Skodol i D. S. Bender (red.), *Textbook of personality disorders* (s. 129-141). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Zawadzki, B. (2017). Lokalizacja zaburzeń osobowości w Kołowym Modelu Metacech Osobowości. *Roczniki Psychologiczne*, 20(2), 473-491.
- Zawadzki, B., Popiel, A., Pragłowska, E. i Newman, C. (2017). Specyfika dezadaptacyjnych przekonań w zaburzeniach osobowości: charakterystyka psychometryczna polskiej translacji i tawestacji Kwestionariusza Przekonań (*Personality Beliefs Questionnaire*, PBQ). *Roczniki Psychologiczne*, 20(2), 337-354.