

Istota zaburzeń osobowości

Gwen Adshead, Jaydip Sarkar

Advances in Psychiatric Treatment 2012; 18, 162-172

Brakuje opartego na medycznych podstawach podejścia do zaburzeń osobowości i ich leczenia, co doprowadziło do zaniedbania tego problemu przez wielu klinicystów w Wielkiej Brytanii. W tym artykule autorzy przedstawiają dowody wskazujące, że zaburzenia osobowości, podobnie jak inne zaburzenia psychiczne, są społecznym przejawem patologicznego procesu. Przejawiają się charakterystycznymi objawami klinicznymi mającymi charakter rozwojowy. Ich konsekwencją są zaburzenia wzbudzenia, afektu i testowania rzeczywistości, które wpływają na interpersonalne funkcjonowanie społeczne. Dlatego zaburzenia osobowości mogą być uważane przede wszystkim za niesprawność społeczno-emocjonalną, co nie różniłoby ich od zaburzeń I osi.

Termin „osobowość” (personality) pochodzi od greckiego słowa *persona* oznaczającego maskę. Odnosi się do indywidualnych postaw i sposobów myślenia, uczuć i zachowań, a także sposobów społecznych, jakich używają jednostki, wchodząc w interakcje z otoczeniem. Na poziomie jednostki osobowość nie jest pojedynczą, jednolitą całością, ale sposobem organizowania wielu różnych funkcji będących fundamentami poczucia tożsamości.¹ Na poziomie społecznym indywidualny profil osobowości umożliwia jednostce bycie rozpoznawalną przez innych, a także jest silnym regulatorem relacji społecznych. Są one kluczowe dla przeżycia, ponieważ ludzie, podobnie jak niektóre zwierzęta, prowadzą stadny tryb życia.

W kategoriach ewolucyjnych osobowość najlepiej rozumieć jako system regulacji czynników biopsychosocjalnych, działających w celu zapewnienia przetrwania i dobrej jakości życia jednostki przy określonych ograniczeniach jej miejsca zamieszkania i środowiska (ramka 1).

Teorie dotyczące osobowości

W starożytnej Grecji indywidualne różnice osobowości lekarze przypisywali zaburzeniom równowagi płynów ustrojowych. Popularne były również teorie uwzględniające wpływ położenia gwiazd w momencie urodzenia, budowy ciała i kształtu czaszki.² W XX wieku badania dotyczące osobowości przeniosły się na poziom psychologiczny, chociaż nadal podlegały wpływowi dominujących założeń społecznych, takich jak znaczenie płci czy różnic rasowych. Freud podkreślał rolę wrodzonych popędów, które stanowiły wczesną próbę zrozumienia tego, co obecnie rozumiemy jako genetyczne podłoże reakcji stresowych. Uważa się również, że jako pierwszy sformułował

koncept „mechanizmów obronnych” w reakcji na stres i ich wpływu na ekspresję osobowości u dorosłych. Późniejszy teoretyk, w tym Klein i Bowlby (każdy trochę inaczej) podkreślali znaczenie interakcji między wrodzonymi indywidualnymi cechami dziecka a środowiskiem w rozwoju prawidłowego funkcjonowania osobowości.

W latach 60. Allport zwrócił uwagę na znaczenie cech składających się na osobowość, które zdefiniował jako „dynamiczną organizację [...] tych systemów psychofizycznych, które określają charakterystyczne cechy zachowania i myślenia.”¹ Analiza czynnikowa umożliwiła opisanie osobowości w kategoriach wymiarów, takich jak dominacja i przywiązanie.³

Niektórzy teoretycy, podobnie jak Allport, postrzegali „ja” jako zasadę organizującą wiele cech osobowości, z których niektóre są wrodzone, a inne rozwijają się w relacji na wczesne doświadczenia społeczne. Inni postrzegali „ja” jako subiektywne doświadczenie osobistej tożsamości (przeżywanie „ja”), a osobowość jako aspekt obiektywny, zewnętrzny („ja” w odbiorze innych). Nowsze koncepcje osobowości wiążą to pojęcie z towarzyszącymi konceptami, takimi jak „self” i osobista tożsamość.⁴

Osobowość i jej zaburzenia

Pojęcia self, persony i tożsamości rodzą wiele skomplikowanych pytań dla psychiatrów. Nie ma tutaj wystarczająco dużo miejsca, aby przeanalizować wszystkie z nich, jednak ważne jest pytanie dotyczące zmian i stabilności osobowości. W medycynie ogólnej zmiana funkcji przeważnie jest związana z patologią. Nie wiadomo jednak, w jakim stopniu należy spodziewać się zmiany wraz upływem czasu lub w reakcji na różne sytuacje w odniesie-

Gwen Adshead – konsultant psychoterapeuta sądowy, Broadmoor Hospital, Crowthorne, Wielka Brytania. Jaydip Sarkar – konsultant psychiatry sądowy, Personality Disorder and Secure Women’s Services w Leicester w Wielkiej Brytanii; obecnie psychiatry sądowy w Institute of Mental Health w Singapurze.

Adres do korespondencji: dr Gwen Adshead, Dadd Centre, Broadmoor Hospital, Crowthorne, Berkshire RG45 7EG, Wielka Brytania; e-mail: gwen.adshead@wlmht.nhs.uk
Konflikt interesów: Brak.

Ramka 1

Funkcje osobowości

Funkcje osobowości obejmują regulację:

- indywidualnego poziomu wzbudzenia, impulsywności i emocji,
- samoukierunkowywania się i uspokajania w reakcji na wyzwania życiowe w postaci stresu i zmian,
- sprawdzania rzeczywistości,
- utrzymywania zintegrowanego poczucia tożsamości,
- współpracy społecznej z udziałem komunikacji werbalnej i niewerbalnej oraz przewidywalności zachowania.

Ramka 2

Najważniejsze objawy na podstawie klasyfikacji ICD-10⁵ i DSM-IV-TR⁶

Zaburzenia osobowości:

- zaczynają się na wczesnym etapie rozwoju i utrzymują się przez całe życie
- przeważnie są nieelastyczne i obecne w różnych dziedzinach funkcjonowania
- prowadzą do istotnego klinicznie dyskomfortu lub zaburzeń
- nie są związane z innym zaburzeniem psychicznym ani nie są bezpośrednim fizjologicznym następstwem używania substancji czy chorób somatycznych
- stanowią wyraźne odchylenie od oczekiwań środowiska, w którym żyje dotknięta nimi osoba.

niu do funkcji osobowości ani na ile te zmiany świadczą o patologii, a na ile są elastycznymi reakcjami na różnorodne wymagania. Podobnie, zaburzenia osobowości w klasyfikacjach ICD-10⁵ i DSM-IV-TR⁶ są definiowane jako stabilne cechy charakterystyczne utrzymujące się od wczesnego dzieciństwa. Jednak od XIX wieku opisywano zmiany osobowości po urazie głowy, a DSM-IV-TR wyróżnia również nabyte zaburzenia osobowości po ekspozycji na stresory urazowe. Jeżeli przyjmiemy, że zaburzenia osobowości mogą być nabyte i powstać wskutek zmiany psychologicznej lub neurologicznej, to mogą być konsekwencją patologii, a nie trwałą cechą danej osoby.

Po drugie, w codziennym życiu istnieją naturalne rozbieżności między tym, w jaki sposób ludzie postrzegają siebie samych, a tym, jak są odbierani przez innych; nie wiadomo jednak dokładnie, co one oznaczają. Ma to wpływ na sposób, w jaki zaburzenia osobowości są wykrywane i diagnozowane. Można rozważyć następujący przykład: trzy osoby odbierają pewnego mężczyznę jako despotę, dwie uważają go za stanowczego, a on sam czuje się zagrożony. Każda z tych trzech perspektyw charakteryzuje się pewną trafnością, co sugeruje, że ocena osobowości lub domniemanego zaburzenia osobowości wymaga nie tylko pozyskania danych od samego badanego, ale również od innych osób. Jednak, w przeciwieństwie do innych dziedzin medycyny, gdzie osoby udzielające informacji mogą podawać obiektywne i trafne informacje dotyczące występujących u pacjenta objawów, w żadnym razie nie wiadomo, czy informatorzy w tym przypadku mogą dostarczać informacji,

których nie zakłócałyby ich osobiste doświadczenia z pacjentem, a także ich wzajemne relacje.

Po trzecie, co istotne, indywidualne doświadczenie emocjonalne prawdopodobnie nie ma charakteru czysto indywidualnego ani nie jest jedynie wewnętrzne. Osoba przeżywająca silne emocje może przenosić swoje doświadczenie na innych (i wzajemnie), prawdopodobnie za pośrednictwem działania neuronów lustrzanych,⁷ które aktywują się w sytuacji bycia świadkiem przeżyć emocjonalnych innej osoby. Im bliższa więc emocjonalna, tym bardziej wyraźne jest to doświadczenie: czujemy ból innych osób, szczególnie jeżeli jesteśmy z nimi blisko związani.⁸ Osoby opiekujące się dziećmi, a także zwierzęta opiekujące się młodymi, regulują u podopiecznych reakcję na stres przez relację przywiązania. Oznacza to, że dobrze funkcjonująca osobowość ma ulegać regulacji i reagować na uczucia innej osoby, a nie tylko na swoje własne doświadczenia. Niektóre zaburzenia osobowości wywierają większy wpływ na relacje społeczne niż inne, szczególnie relacje związane z systemem przywiązania, w tym rodzicielstwo i relacje intymne.

Rozpoznanie zaburzeń osobowości

Jeżeli osobowość jest nieodłączną cechą człowieka, nie ma żadnego konkretnego powodu, aby zakładać, że nie może stać się dysfunkcyjna. Trudność sprawia natomiast konceptualizacja tej dysfunkcji. Jeżeli osobowość uważa się za zespół ograniczonej liczby cech jednostki, uwarunkowanych przede wszystkim genetycznie, wówczas właściwa wydawać się może ograniczona liczba kategorii zaburzeń. Takie kategoriale podejście do rozpoznania przyjęto w systemach klasyfikacyjnych ICD i DSM, które odróżniają zaburzenia osobowości od innych zaburzeń psychicznych. Najważniejsze cechy zaburzeń osobowości w obydwu systemach podsumowano w ramce 2.

Międzynarodowym systemom klasyfikacyjnym przedstawiano wiele zarzutów. Po pierwsze, nie zajmują się pierwotnymi aspektami patologii osobowości, mianowicie relacjami społecznymi z innymi. Po drugie, wymiarowe (a nie kategoriale) rozumienie osobowości i jej zaburzeń może umożliwić lepsze opisanie społecznych i interpersonalnych dysfunkcyjnych aspektów zaburzeń osobowości. Z tej perspektywy zaburzenia osobowości odzwierciedlają nieprawidłowe funkcjonowanie prawidłowych wymiarów w różnym czasie i różnych warunkach. U jednostek mogą rozwinąć się zaburzenia osobowości o różnym nasileniu.⁹ Możliwy jest również rozwój zaburzeń osobowości, które utrzymują się przez pewien czas, a następnie ustępują. Po trzecie, jak już wspomniano, dostępne są znaczące dowody na to, że zaburzenia osobowości nie są trwałe.¹⁰⁻¹²

Subiektywne i obiektywne objawy zaburzeń osobowości

Podobnie jak w przypadku innych zaburzeń psychicznych, zaburzenia osobowości dają objawy subiektywne i obiektywne.

Składają się one na trzy najważniejsze elementy przedstawione w ramce 3.

Na poziomie ogólnym pacjenci z zaburzeniami osobowości zaliczani do wszystkich grup mają trudności z nawiązywaniem i utrzymywaniem wszelkiego rodzaju relacji społecznych. Im cięższe zaburzenie osobowości, tym większe prawdopodobieństwo izolacji społecznej jednostki.⁹ W szerszych kategoriach, osoby z zaburzeniami osobowości przejawiają trzy odrębne wzorce zaangażowania społecznego (lub brak takiego zaangażowania). Chociaż te wzorce nie w pełni wpasowują się w wyróżniane na podstawie DSM grupy zaburzeń osobowości A, B i C (ramka 4), to można przyjąć, że osoby z zaburzeniami osobowości typu A przeważnie unikają przywiązania społecznego przez lękowe wycofanie się z relacji z innymi lub szukanie bezpieczeństwa przez izolację. Przeciwnie, osoby z zaburzeniami osobowości typu C zwracają się do innych, poszukując wsparcia i zależności. Nawet jeżeli ich źródła okazują się prześladowcami, takie jednostki raczej nie są w stanie uniezależnić się od nich i obronić siebie. W końcu, osoby z zaburzeniami osobowości typu B często zwracają się przeciw innym. Jak na ironię, aby to uczynić, muszą najpierw nawiązać z nimi relację. Dlatego ich interakcję charakteryzuje ambiwalencja wobec sytuacji społecznych, która jest najwyraźniejsza u osób z zaburzeniem osobowości typu borderline i z osobowością narcystyczną.

Na przykład mężczyzna z zaburzeniem osobowości z grupy A (osobowość schizoidalna) o łagodnym nasileniu może być w stanie nawiązywać relacje w miejscu pracy lub osiągać pewien stopień bliskości emocjonalnej z przyjacielem lub członkiem rodziny. Kobieta z umiarkowanie nasilonym z zaburzeniem osobowości borderline z grupy B prawdopodobnie nie będzie w stanie utrzymywać emocjonalnych relacji intymnych z partnerami seksualnymi i może mieć skomplikowane relacje z opiekunami, ale jest jeszcze w stanie utrzymywać relacje w miejscu pracy. Te dwie osoby będą całkiem różnić się od mężczyzny z poważnym zaburzeniem osobowości z grupy B, osobowością aspołeczną. Ten mężczyzna prawdopodobnie nie będzie w stanie przyłączyć się do żadnej grupy osób w miejscu pracy lub innych sytuacjach społecznych, a bliskie relacje emocjonalne będą mu nieznanne (w rzeczywistości może nawet traktować je z pogardą). Ryzyko, że stanie się łamiącym prawo kryminalistą lub będzie wykorzystywał słabszych, jest o wiele większe niż w przypadku osób z innymi rodzajami zaburzeń osobowości.

W ramce 5 wymieniono objawy zaburzeń osobowości. Objaw w postaci przeżywania negatywnych emocji może różnić się w zależności od grupy. Wśród tych emocji wymienia się lęk, drażliwość, obniżenie nastroju, intensywny dyskomfort, wściekłość, lęk przed porzuceniem, odbieranie innych jako zagrażających lub atakujących, a także dysocjacyjne doświadczenia związane ze stresem. Osoby z zaburzeniem osobowości z pogranicza, typu impulsywnego często opisują krótkie okresy rzekomych omamów, które prawie zawsze przybierają postać

Ramka 3

Najważniejsze elementy cech klinicznych zaburzeń osobowości

- Komponent intrapersonalny: wyraźna indywidualna dysregulacja wzbudzenia, impulsywności i systemów kontroli emocji w reakcji na stres; dotknięte osoby sprawiają przeważnie wrażenie nadmiernie lub zbyt mało pobudzonych w nieprzewidywalny sposób.
- Komponent interpersonalny: dysfunkcyjne wzorce przywiązania interpersonalnego zaburzące zdrowe funkcjonowanie i będące dalszym źródłem stresu; może przybierać postać zbyt bliskich relacji lub obojętności i braku zaangażowania.
- Komponent społeczny: dysfunkcje zachowań społecznych, które u osób z zaburzeniami osobowości prowadzą do konfliktów z innymi, a czasami do konfliktów z prawem lub kontaktu z systemem ochrony zdrowia psychicznego.

Ramka 4

Grupy zaburzeń osobowości wyróżniane na podstawie DSM-IV

Grupa A: dziwaczne lub ekscentryczne zachowania (schizoidalna, paranoidalna i schizotypowa)

Grupa B: ekstrawaganckie lub gwałtowne zachowania (spoleczna, borderline, narcystyczna i histrioniczna)

Grupa C: zachowania wynikające z lęku (unikająca, zależna i obsesyjno-kompulsyjna)

Ramka 5

Podgrupy objawów w zaburzeniach osobowości

Wzbudzenie

Zbyt silne lub zbyt słabe wzbudzenie, często regulowane lekami lub alkoholem, większa tendencja do dysocjacji w zaburzeniach osobowości grupy B, obojętność emocjonalna

Emocje

Gniew, podejrzliwość, lęklliwość, odłączenie, chłód emocjonalny lub zawężenie emocji, chowanie urazy, lęk dotyczący nowych aktywności, drażliwość, obniżenie nastroju, nasilony dyskomfort, wściekłość i lęk przed odrzuceniem, postrzeganie innych jako zagrażających lub atakujących, gwałtowne zmiany emocji

Myslenie

Słabe testowanie rzeczywistości związane z dysocjacją, krótkotrwałe epizody psychotyczne, dziwne przekonania i myślenie magiczne, zniekształcenia poznawcze, nadmierne zamartwianie się i ruminacje w zaburzeniach osobowości grupy C

Somatyczna tożsamość

Zaburzenia somatyczne, przybierające różne formy – od nadmiernego zamartwiania się stanem zdrowia do ataków na swoje ciało przybierających postać samookaleceń

Psychologiczna tożsamość

Zaburzenia poczucia siebie, brak poczucia sprawstwa, wyolbrzymianie własnego znaczenia, przekonanie, że własne „ja” jest zagrożone przez innych, trudności w odróżnianiu siebie od innych

Ramka 6

Zewnętrzne przejawy zaburzeń osobowości

Uwaga: nie wszystkie będą obecne we wszystkich zaburzeniach, a obecność samych zewnętrznych przejawów nie potwierdza rozpoznania

- Samookaleczenia i zachowania samobójcze
- Nadużywanie substancji psychoaktywnych i alkoholu, uzależnienie
- Zaburzenia odżywiania się
- Niestabilne relacje i izolacja społeczna
- Uporczywe skargi, irytujące litanie skarg
- Zachowania pozorowane, takie jak udawanie, oszukiwanie i symulowanie chorób
- Ataki na ważne osoby (partnerów, dzieci, personel itp.)
- Uporczywe łamanie zasad, przemoc wobec innych
- Przyleganie
- Zachowania kompulsyjne

głosów mówiących im, żeby skrzywdzili siebie lub innych. Osoby z osobowością społeczną mogą przeżywać mniejszy dyskomfort, ale skarżyć się na lęk związany z odczuciem prześladowania lub gniew na innych, którzy w ich mniemaniu zawiedli. Mogą również doznawać satysfakcji patrząc na dyskomfort przeżywany przez innych, przeżywać ekscytację związaną z kontrolowaniem innych lub wrogość związaną z zależnością i doświadczaniem potrzeb.

Zaburzenia osobowości (ramka 6) przejawiają się zaburzeniami w relacjach społecznych, tzn. na poziomie interpersonalnym, na granicy między jednostką a jej otoczeniem społecznym. Do tych przejawów należą powtarzające się zachowania, które są związane z odrzuceniem społecznym, autodestrukcją lub prowadzą do wykluczenia społecznego, a także bardziej skomplikowany i utrwalony dysfunkcyjny styl relacji. Same zachowania nie są jednak wystarczające do rozpoznania zaburzeń osobowości. Konieczne jest ponadto stwierdzenie zaburzeń emocjonalnych i poziomu wzbudzenia. Ważne jest również uwzględnienie zachowań, które nie przyciągają uwagi, ale mimo to mają charakter patologiczny, np. wycofanie społeczne.

W szczególnej podgrupie osób przejawiających zachowania społeczne zaobserwowano, że wyróżniającą cechą jest brak reakcji na dyskomfort przeżywany przez innych.¹³ Późniejsi badacze, przede wszystkim Robert Hare, potwierdzili istnienie podgrupy osób (najczęściej z osobowością społeczną z grupy B), które charakteryzowały się jednocześnie wyraźnym brakiem empatii, jak również agresywnymi, okrutnymi zachowaniami wobec innych. Sugerowano, że te osoby nie rozpoznają sygnałów w postaci zmian mimiki pod wpływem dyskomfortu i nie wykrywają emocjonalnego zabarwienia głosu, co prawdopodobnie wynika z dysfunkcji ciała migdałowatego.¹⁴ W najcięższych przypadkach ten brak reakcji może być związany ze

skrajnym okrucieństwem i przemocą wobec innych, co mieści się pod klinicznym pojęciem „psychopatii”.¹⁵

Chociaż międzynarodowe systemy klasyfikacyjne jeszcze nie uznały psychopatii za zaburzenie, to jej rozpoznawanie jest standardem w większości ośrodków psychiatrii sądowej. Standardowe narzędzie do badania psychopatii jest przydatne w rozróżnianiu łagodniejszych od cięższych lub skrajnych postaci osobowości społecznej. Psychiatrzy niepracujący z pacjentami sądowymi będą jednak rzadko spotykać takie osoby.

Na podstawie powyższych informacji, można argumentować, że dysfunkcyjne relacje społeczne są diagnostyczną cechą zaburzeń osobowości, co wyróżnia je spośród innych zaburzeń psychicznych. Jako kontrargument przytacza się to, że wiele poważnych zaburzeń psychicznych (szczególnie przewlekłe zaburzenia psychotyczne i zaburzenia nastroju) również głęboko wpływa na relacje społeczne. Częstym problemem korzystających z psychiatrycznego systemu ochrony zdrowia osób cierpiących na poważne choroby psychiczne jest izolacja społeczna, przeważnie spowodowana rozpadem relacji wywołanym przez niektóre aspekty choroby. Różnica raczej nie jest bezwzględna, ale może polegać na nasileniu tego zjawiska, a także dotyczyć tego, jakie relacje ulegają rozpadowi.

Trudności społeczne w relacjach z psychiatrami

Te interpersonalne i społeczne trudności nieuchronnie przejawiają się również w kontaktach z psychiatrami. Osoby z zaburzeniami osobowości przeważnie nie wchodzi w tradycyjną rolę chorego, w której pacjent jest uległy, posłuszny i wdzięczny. Dlatego próby leczenia tych osób z wykorzystaniem tradycyjnie pojmowanej relacji terapeutycznej rzadko są skuteczne. Personel musi cechować się szczególnymi kompetencjami, aby zapewnić opiekę tej grupie.¹⁶

Osoby z zaburzeniami osobowości z różnych grup w różny sposób podchodzą do szukania opieki psychiatrycznej.¹⁷ Pacjenci z zaburzeniami osobowości z grupy A i C oraz osoby o większym nasileniu cech społecznych mogą odmawiać pomocy lub (w przypadku osób społecznych) dezawuować personel i terapię. Natomiast pacjenci z osobowością zależną zaliczaną do grupy C często tworzą podległe, zbyt bliskie relacje z lekarzami („przylegają” do nich). Osoby z bardziej nasilonymi cechami osobowości borderline charakteryzują się silnie ambiwalentnym wzorcem przywiązania, co oznacza, że mogą szukać pomocy, a następnie ją odrzucać. Często obawiają się poprosić o pomoc. Lęk może prowadzić do silnego wzbudzenia, a w końcu do wrogich postaw wobec osób, od których oczekują pomocy. Istnieją dowody na to, że na zachowania związane z poszukiwaniem pomocy i opieki (w tym zaangażowanie się i utrzymywanie w terapii) wpływają relacje przywiązania w dzieciństwie.^{18,19} Sugeruje to zależność między zaburzeniami osobowości a przywiązaniem w dzieciństwie.

Rozpowszechnienie i chorobowość

Dane dotyczące rozpowszechnienia są podobne na całym świecie. Ostatnie dane WHO nie wykazują ważnych ani stałych różnic między krajami. W Wielkiej Brytanii rozpowszechnienie wszystkich zaburzeń osobowości wynosi w sumie około 4%;²¹ jest znacznie większe niż rozpowszechnienie zaburzeń psychotycznych.

Rozpowszechnienie zaburzeń osobowości w podstawowej opiece zdrowotnej wynosi mniej więcej 10-12%. Zaburzenia te dotyczą przede wszystkim chorych na depresję i skarżących się na objawy somatyzacyjne. Natomiast rozpowszechnienie zaburzeń osobowości u pacjentów ogólnopsychiatrycznych leczonych ambulatoryjnie wynosi 33% i sięga 40% w ośrodkach zajmujących się zaburzeniami odżywiania się i 60% w poradniach dla osób nadużywających substancji psychoaktywnych.²²⁻²⁶

Rozpowszechnienie zaburzeń osobowości w ośrodkach psychiatrii sądowej i więzieniach wynosi 70%. Spotyka się tam przede wszystkim osoby z osobowością aspołeczną, borderline i narcystyczną.²⁷ Więźniowie mogą przejawiać takie problemy jak brak empatii, wrogość społeczną i pogardę dla słabości, a także dysregulację emocji. W specjalistycznych ośrodkach terapeutycznych psychiatrii sądowej właściwie wszyscy pacjenci cierpią na współwystępujące zaburzenia psychiczne, np. nadużywanie substancji lub depresję, a większość spełnia kryteria poważnych zaburzeń osobowości.²⁸

Dane dotyczące rozpowszechnienia mogą być mylące z powodu błędu wyboru. Osoby przebywające w ośrodkach zajmujących się zaburzeniami zachowania, m.in. zaburzeniami odżywiania się, nadużywaniem substancji lub zachowaniami aspołecznymi, charakteryzują się prawdopodobnie nadreprezentacją współwystępujących zaburzeń osobowości, które przejawiają się określonymi zachowaniami. Ważne jest, aby klinicyści nie wyciągali ogólnych wniosków dotyczących zaburzeń osobowości jedynie na podstawie pacjentów przebywających w konkretnych ośrodkach.

Patogeneza

Wystąpienie dysfunkcji społecznych u dorosłych (obejmujące samookaleczenia i zachowania aspołeczne) jest bardziej prawdopodobne w przypadku interakcji między genetyczną podatnością do wzbudzenia i dysregulacji emocji oraz niekorzystnymi czynnikami środowiskowymi i negatywnymi doświadczeniami życiowymi we wczesnym okresie rozwoju.²⁹ Na podstawie badań genetycznych sugerowano, że zaburzenia osobowości charakteryzują się dużym stopniem dziedziczności.³⁰ Jeden z modeli zakłada, że podatność jest związana z replikacją genów dla białek istotnych w procesach neurofizjologicznych, takich jak wzbudzenie, czas reakcji i funkcjonowanie mechanizmów homeostatycznych. Z badań retro- i prospektywnych wynika jednak jednoznacznie, że niekorzystne czynniki działające we wczesnym dzieciństwie mają duże znaczenie w rozwoju objawów zaburzeń osobowości.³¹ Wykorzystywanie

fizyczne i zaniedbywanie wydają się zwiększać ryzyko rozwoju wszystkich rodzajów zaburzeń psychicznych, szczególnie nadużywania substancji psychoaktywnych. Wydaje się, że wykorzystywanie seksualne zwiększa swoiście ryzyko rozwoju depresji i zaburzenia osobowości borderline.

Są trzy główne koncepcje teoretyczne, które próbują tłumaczyć, w jaki sposób relacje i maltretowanie we wczesnym dzieciństwie prowadzą do dysfunkcji interpersonalnych spotykanych w zaburzeniach osobowości u dorosłych.

KONCEPCJA 1: WPŁYW WYDARZEŃ ZEWNĘTRZNYCH NA ROZWÓJ NEUROBIOLOGICZNY I INTERAKCJE MIĘDZY GENAMI A ŚRODOWISKIEM

Wyjątkową cechą ludzi w porównaniu do innych gatunków jest długi okres całkowitej zależności od innych po urodzeniu, która jest warunkiem przeżycia. Kluczowym rezultatem optymalnej opieki i wychowania jest wykształcenie neuroarchitektury niezbędnej do dwóch realizacji głównych zadań: po pierwsze, aktywacji i regulacji emocji umożliwiających przetrwanie oraz, po drugie, regulacji emocji w sytuacjach społecznych w sposób warunkujący pozytywne środowisko.

Uważa się, że wychowywanie się we wrogim otoczeniu lub takim, w którym jest stosowana przemoc, zwiększa ryzyko rozwoju zaburzeń osobowości ze względu na bezpośredni wpływ przewlekłego stresu na rozwijającą się cytoarchitekturę autonomicznego układu nerwowego, układu limbicznego, ciała migdałowatego i prawostronnej kory oczodołowo-czołowej.³² Doświadczające dyskomfortu niemowlę przeżywa silne wzbudzenie, w czym pośredniczy część współczulna autonomicznego układu nerwowego. Współczulny układ nerwowy, jako układ kataboliczny, dostarcza wiele energii w celu przygotowania dziecka do kluczowych dla przetrwania zachowań typu „walka lub ucieczka”. Dziecko odczuwa obwodowe i ośrodkowe skutki działania noradrenaliny (np. przyspieszenie częstości akcji serca, podwyższenie ciśnienia tętniczego, rozszerzenie źrenic), które są niekomfortowe. Ciało migdałowate jest aktywowane przez wiele różnych bodźców, w tym nieoczekiwane lub nieznanne/nowe doświadczenia, które mogą mieć charakter negatywny (lęk/zagrożenie) lub pozytywny (nagroda/przyjemność). W okresach nasilonego stresu dochodzi do aktywacji ciała migdałowatego i układu limbicznego, co prowadzi do wzmożonego uczenia się sygnałów lękowych i stresowych, zewnętrznych (podniesieniu głosu, ból itp.), jak i wewnętrznych (przyspieszone bicie serca, suchość w ustach itp.),³³ tzn. nadmiernego uwrażliwienia na konsekwencje stresu (hipersensytyzacji). U dziecka uspokajanego przez opiekuna dochodzi do aktywacji układu przywspółczulnego, który powoduje przeciwstawne działania. Prowadzi to do przywrócenia homeostazy. Następnie autonomiczny układ nerwowy powraca do normalnego trybu działania.³⁴

Podstawowym zadaniem dziecka jest, charakteryzujące się dużą czułością, reagowanie na epizody wzajemnych sygnałów wysyłanych przez autonomiczny układ nerwowy jego samego

i opiekuna. Takie epizody pojawiają się po osiągnięciu przez dziecko mniej więcej 2 miesiąca życia. Są to związane z dużym wzbudzeniem i silnymi emocjami krótkie wydarzenia interpersonalne, w trakcie których dziecko otrzymuje dużą ilość informacji poznawczych i społecznych.³⁵ W miarę jak dziecko rośnie, to raczej wspomnienie relacji, a nie określony opiekun, który staje się (dodatkowym) regulatorem emocji, umożliwia wykształcenie więzi z innymi na podstawie takiej matrycy.

Dobrej jakości system regulacji emocji, wykształcony dzięki stworzeniu bezpiecznej więzi między dzieckiem z opiekunem, prowadzi do optymalnego dojrzewania prawej półkuli mózgu w krytycznym okresie 2-3 r.ż. Prawostronna kora oczodołowo-czołowa (right orbitofrontal cortex, ROFC) pełni funkcję regulatora i modulatora reakcji ciała migdałowatego na lęk i dyskomfort oraz reakcji układu autonomicznego.^{37,38} Każde mierzalne uszkodzenie cytoarchitektury rozwijającej się ROFC prowadzi do niewykształcenia odpowiednich odgórnych układów regulacyjnych.^{36,39}

Wszelkie niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie niosą ryzyko pewnego stopnia dezorganizacji neuronalnej w obrębie ROFC i prawdopodobnie mogą prowadzić do zaburzeń regulacji emocjonalnej w dowolnym momencie życia. Wpływa to w konsekwencji na zdolność optymalnej organizacji i integracji poczucia własnej tożsamości.³⁴ Stopień dezorganizacji wynika z interakcji między genetyczną podatnością a stopniem, charakterem i czasem utrzymywania się niekorzystnych czynników środowiskowych.²⁹ Na przykład małpy z genetycznym wskaźnikiem zmniejszonego metabolizmu serotoniny są bardziej zagrożone rozwojem impulsywnych zachowań, które zwiększają prawdopodobieństwo wykluczenia społecznego i wczesnego zgonu. Ryzyko ulega znacznemu zwiększeniu w sytuacji, kiedy charakteryzujące się podatnością genetyczną małpy są narażone na złą opiekę ze strony matki.^{40,41} Wykazano, że u chłopców zdeterminowany genetycznie małe stężenie monoaminooksydazy typu A (MAOA), prowadzące do dysregulacji układu 5-HT, pośredniczy w zależności między złym traktowaniem dziecka a późniejszą podatnością na konsekwencje stresu środowiskowego, powodując wtórnie zaburzenia psychiczne.⁴²

Te dane sugerują istnienie ewolucyjnego aspektu rozwoju osobowości. Osobniki przejawiające zachowania aspołeczne oddalają się od bardziej adaptacyjnych zachowań warunkujących przetrwanie gatunku, charakterystycznych dla wyższych ssaków, w stronę charakteryzujących ich przodków zachowań chroniących samych siebie, charakterystycznych dla gadów. Jak sama nazwa wskazuje, zachowania warunkujące przetrwanie gatunku wykształciły się w celu zwiększenia szansy przeżycia gatunków.⁴³ Kiedy uraz powoduje związaną ze stresem utratę kontroli, pierwszeństwo zyskują reakcje typu walki/ucieczki związane z dążeniem do przeżycia i zachodzące z udziałem katecholamin. Problemy pojawiają się wtedy, kiedy dochodzi do błędnego uruchamiania tych reakcji pod wpływem wielu różnych sytuacji, osób i okoliczności.

KONCEPCJA 2: TEORIE DOTYCZĄCE PRZYWIĄZANIA SPOŁECZNEGO W RÓŻNYCH OKRESACH ŻYCIA

Badania obserwacyjne dotyczące stylów przywiązania sugerują, że osoby, które w dzieciństwie przejawiały lękowy styl przywiązania do opiekunów przeważnie wyrastają na dorosłych, którzy nawiązują lękowe relacje z rówieśnikami, a jako rodzice tworzą podobne relacje z własnymi dziećmi.^{44,45} Choć obserwuje się pewną elastyczność tego systemu, to im bardziej lękowa organizacja przywiązania w dzieciństwie, tym większe prawdopodobieństwo, że dana osoba będzie nawiązywać lękowe relacje w dorosłym życiu.

Wiele objawów lękowego stylu przywiązania u dorosłych przypomina objawy zaburzeń osobowości. Sugerowano, że lękowe przywiązanie powinno być traktowane jako wymiar zaburzeń osobowości.⁴⁶ Przeprowadzono liczne badania dotyczące wzorców przywiązania u osób z zaburzeniami osobowości. Wszystkie badania wskazują, że takie osoby w porównaniu z osobami z populacji ogólnej częściej przejawiają lękowy wzorec przywiązania.⁴⁷ Szczególnie zaburzenie osobowości typu borderline jest związane z podtypem lękowego przywiązania, zwanego przywiązaniem nadmiernie zaangażowanym lub uwikłanym, kiedy jednostka jest silnie ambiwalentna wobec osób, do których jest przywiązana (w sposób bierny, agresywny albo oba). Osoby przejawiające agresywne zachowania aspołeczne wobec innych częściej charakteryzują się odrzucającym stylem przywiązania, w którym zaprzeczają się słabości czy wrażliwości, a przywiązanie do innych jest postrzegane jako niepotrzebne lub zasługujące na pogardę.^{48,49}

KONCEPCJA 3: TEORIE ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI ZWIĄZANE Z UTRZYMYWANIEM SIĘ DZIECIĘCYCH WZORCÓW MYŚLENIA I ODCZUWANIA

Wielu różnych teoretyków sugerowało, że istotą dysfunkcji jest utrzymywanie się niedojrzałych wzorców myślenia, przekonań i wartości w dorosłości, szczególnie u osób, u których niedojrzałe sposoby myślenia i reagowania emocjonalnego wykształciły się w reakcji na przeżywaną w dzieciństwie stres.⁵⁰ Na podstawie pracy z osobami cierpiącymi na zaburzenie stresowe pourazowe sugerowano, że w reakcji na silne wzbudzenie i dyskomfort przekonania, obrazy i emocje mogą zostawać przechowywane w dostępnych w pewnych sytuacjach zasobach pamięci.⁵¹ W innych teoriach podkreślano znaczenie myśli, uczuć i przekonań jako zorganizowanych „mechanizmów obronnych” w sytuacjach stresowych. Sugerowano, że zaburzenia osobowości najlepiej jest rozumieć jako zbiór niedojrzałych mechanizmów obronnych.⁵²⁻⁵⁵

Psychologiczne mechanizmy obronne (ramka 7) są to cechy osobowości, myślenia i przekonania, które pomagają jednostce regulować odczuwany przez nią dyskomfort. Mechanizmy obronne mają aspekty świadome i nieświadome. Są przenoszone za pośrednictwem pamięci i mogą wyrażać się fizycznie. Mechanizmy obronne rozwijają się w dzieciństwie,

ale są wykorzystywane stale, przez całe życie. Każda osoba wykorzystuje mieszaninę dojrzałych, neurotycznych i niedojrzałych mechanizmów obronnych. Optymalne funkcjonowanie społeczne i osobiste jest związane z maksymalnym wykorzystywaniem dojrzałych i minimalnym wykorzystywaniem niedojrzałych mechanizmów obronnych.

W badaniach obserwacyjnych wykazano, że ludzie mogą zmieniać charakterystyczne wzorce wykorzystywanych mechanizmów obronnych i robią to, szczególnie pod wpływem stresu.^{52,56} Większość osób w sytuacjach stresowych wykorzystuje niedojrzałe mechanizmy obronne, jednak zdrowe osoby po ustąpieniu stresu przeważnie powracają do stosowania dojrzałych mechanizmów. Utrzymywanie się niedojrzałych mechanizmów obronnych u dorosłych w większości relacji społecznych prowadzi do problemów.^{52,57}

Badania dotyczące osób z zaburzeniami osobowości wykazują, że wykorzystują one prawie wyłącznie niedojrzałe mechanizmy obronne.⁵³ Nie ma natomiast charakterystycznego wzorca tych mechanizmów obronnych, który przekładałby się na rozpoznanie jakichkolwiek swoistych zaburzeń osobowości. Mogą występować interakcje dotyczące stylu przywiązania, np. polegające na tym, że strategie lękowego i zdeorganizowanego przywiązania mogą w rezultacie wpływać na profil mechanizmów obronnych, których wykorzystanie dana jednostka będzie preferować w sytuacjach stresowych. Większość psychoterapii zaburzeń osobowości skupia się na poznawczych i emocjonalnych aspektach mechanizmów obronnych. Istnieją dowody na to, że ludzie mogą nauczyć się wykorzystywania dojrzałych mechanizmów i dzięki temu zacząć lepiej funkcjonować na poziomie psychospołecznym.^{54,58}

Przebieg zaburzeń osobowości

Zaburzenia osobowości mają charakter długotrwały, przewlekły i mogą cechować się różnym nasileniem.^{9,59} Niektóre przebiegają w sposób przerywany z nawrotami, w zależności od czynników środowiskowych i współchorobowości. Dostępne są dowody na to, że u części osób z czasem stopniowo dochodzi do remisji zaburzeń.⁶⁰ Biorąc pod uwagę związek z emocjami i regulacją wzbudzenia, można oczekiwać, że w sytuacji stresu, wzbudzenia lub depresji u osób z zaburzeniami osobowości będzie występować więcej objawów. Tłumaczy to, dlaczego leki normotymiczne i uspokajające u niektórych osób z zaburzeniami osobowości działają korzystnie.

Naturalne wydaje się, że objawy zaburzeń osobowości będą nasilać się podczas stresu, szczególnie związanego z relacjami z partnerem, rodzicami lub osobami zależnymi od pacjenta. Dlatego, paradoksalnie, osoby z zaburzeniami osobowości mogą w stresujących sytuacjach, kiedy ich potrzeba wsparcia jest największa, zachowywać się w sposób prowadzący do izolacji społecznej. Pacjenci z zaburzeniami osobowości mogą spotykać się ze stałą odmową pomocy lub tę pomoc odrzucać, nieuświadomiamy sobie jednocześnie tego,

Ramka 7

Przykłady wykorzystywanych na co dzień psychologicznych mechanizmów obronnych

- Dojrzałe: poczucie humoru, altruizm, sublimacja, supresja
- Neurotyczne: idealizacja, intelektualizacja
- Niedojrzałe: zaprzeczenie, przemieszczenie, dysocjacja, somatyzacja

co robią. Dlatego niezwykle ważne są odpowiednie umiejętności kliniczne, pozwalające na potraktowanie tych cech jak objawów zaburzeń, a nie wyraz tego, że dana osoba odrzuca pomoc lub próbuje manipulować lekarzem.

Poważne zaburzenia osobowości

Zazwyczaj nie oceniano nasilenia zaburzeń osobowości, częściej ze względu na tradycyjne opisy kategoriałne. Od dawna wiadomo było jednak, że nie wszystkie zaburzenia osobowości wiążą się z takim samym stopniem dysfunkcji. Millon⁶¹ sugeruje, że do najcięższych typów zaburzeń osobowości w systemie społecznym należy osobowość borderline, paranoidalna i schizotypowa, ponieważ te style osobowości zwykle prowadzą do istotnej niekompetencji społecznej i izolacji. Blackburn⁶² uważa, że osoby z osobowością zależną, histrioniczną, narcystyczną i aspołeczną wydają się najmniej zaburzone pod względem adaptacji społecznej. Jeżeli jednak przy ocenie nasilenia uwzględnimy przede wszystkim dezorganizację powodowaną w społeczeństwie przez zaburzenia osobowości, wtedy także osobowości aspołeczna i narcystyczna zasłużyłyby na miano poważnych. W tym przypadku znaczenie określenia „poważne” zależy od tego, czy jako kryterium oceny przyjmuje się indywidualną adaptację społeczną czy wpływ jednostki na grupę społeczną.

Nasilenie zaburzeń osobowości oznacza coś całkiem innego w przypadku podejścia kategoriałnego w międzynarodowych systemach klasyfikacyjnych. ICD i DSM nie są całkowicie zgodne pod względem liczby i typów wyróżnianych zaburzeń osobowości. Sugerowano, że próg, przy którym rozpoznaje się zaburzenia osobowości, jest niższy w przypadku ICD-10,⁵⁹ chociaż z kolei DSM-IV wyróżnia więcej typów zaburzeń osobowości (jedenaście w porównaniu z ośmioma w ICD-10). Te dwa systemy różnią się pod względem wytycznych, na podstawie których rozpoznaje się zaburzenia osobowości. DSM-IV jest systemem sztywniejszym, który zaleca podejście w postaci listy objawów, a do ustalenia rozpoznania konieczne jest wystąpienie konkretnej liczby zauważalnych zachowań (choć wstępnie do DSM-IV przestrzega się przed bezrefleksyjnym podejściem do klasyfikacji. ICD-10, system oparty na cechach, daje klinicyście więcej elastyczności przy stawianiu rozpoznania.

Tyrer i Johnson⁵⁹ zaproponowali pięciopunktową ocenę nasilenia: 0 – brak zaburzenia osobowości; 1 – trudności osobowościowe (każde podprogowe kryterium zaburzeń osobowości); 2 – proste zaburzenia osobowości (jedno lub więcej

zaburzeń osobowości z tej samej grupy); 3 – złożone zaburzenie osobowości (zaburzenia osobowości z więcej niż jednej grupy, rozpoznawane na podstawie międzynarodowych systemów klasyfikacyjnych) i 4 – ciężkie zaburzenie osobowości (dwa lub więcej zaburzenia osobowości w więcej niż jednej z grup wyróżnianych w DSM, przy czym jedno z zaburzeń stanowi osobowość aspołeczna). W niedawnym badaniu, w którym wykorzystywano ten system oceny nasilenia, wykazano odmienne rozpowszechnienie zaburzeń osobowości o różnych stopniach nasilenia, przy czym w ośrodkach specjalistycznych spotykano najcięższe przypadki, natomiast w podstawowej opiece zdrowotnej – zaburzenia łagodniejsze.⁹

Nasilenie można definiować w kategoriach krzywdzenia innych, nawet jeżeli miałyby to dotyczyć tylko niewielkiej podgrupy osób z zaburzeniami osobowości. W 1999 roku na spotkaniu roboczym Royal College of Psychiatrists omówiono rozpoznanie osobowości psychopatycznej i aspołecznej⁶³ i zaproponowano dodatkową kategorię, do której zaliczałyby się osoby przejawiające „poważne zaburzenia społeczne”. Poważne zaburzenia zdefiniowano jako obecność co najmniej jednego zaburzenia z grupy B i dodatkowo zaburzenia osobowości z co najmniej jednej innej grupy. Nie przedstawiono szczegółowego uzasadnienia takiego podziału ani dokumentu wyjaśniającego dokładniej, co należy rozumieć pod pojęciem „poważne zaburzenia społeczne”. W tym samym roku brytyjski Home Office i Departament Zdrowia zidentyfikowały podgrupę przestępców z zaburzeniami osobowości, którzy stosowali przemoc, i określili je jako osoby z „niebezpiecznymi, poważnymi zaburzeniami osobowości” (dangerous and severe personality disorder, DSPD).⁶⁴ DSPD, być może na podstawie ekstrapolacji zaleceń College, zdefiniowano jako: a) obecność dwóch lub większej liczby zaburzeń osobowości, b) wynik w Psychopathy Checklist¹⁵ ponad 30, c) zależność czynnościowa między zaburzeniem a stosowaniem przemocy. Zależność między nasileniem zaburzeń osobowości a stopniem zagrożenia dla innych wydaje się całkiem jednoznaczna. Jest to przydatne z punktu widzenia ochrony bezpieczeństwa publicznego, ale ma ograniczoną przydatność kliniczną. Jednym z zastrzeżeń jest to, że wiele osób stwarzających zagrożenie dla otoczenia cierpi na pojedyncze zaburzenie osobowości, ale nie spełnia kryterium a lub b. Najbardziej oczywistą grupą zaliczaną do tej kategorii są sprawcy przemocy wobec dzieci i partnera.

Jeżeli zaburzenia osobowości byłyby oceniane pod kątem nasilenia, oznaczałoby to przyjęcie podobnego podejścia jak w przypadku zaburzeń depresyjnych i upośledzenia umysłowego, odmiennego od stosowanego przy ocenie schizofrenii, czy zaburzeń dwubiegunowych, które są opisywane raczej w rozumieniu typów kategoryalnych niż nasilenia traktowanego wymiarowo. Jedną z zalet oceny nasilenia jest potencjalna pomoc przy ocenie kompetencji pracownika i określenie wymagań związanych z innym podziałem środków. Taka ocena może również stanowić podstawę badań dotyczących rokowania i wyników leczenia. Na przykład niektóre nowe ośrodki środowiskowe zajmujące się

zaburzeniami osobowości przy określaniu konfiguracji ośrodka przyjęły zasadę złożonych potrzeb i mieszanych umiejętności, dostosowanych indywidualnie do każdego pacjenta. Zaburzenia osobowości określa się jako ciężkie, jeżeli problemy pacjenta wymagają korzystania z kilku różnych form opieki. Pacjent może np. mieć trudności z przywiązaniem, a także wymagać umieszczenia w ośrodku zabezpieczającym. Tacy pacjenci spełniają przeważnie kryteria ciężkich zaburzeń osobowości, a jednocześnie cierpią na współwystępujące zaburzenia I osi.

Zaburzenia osobowości a choroba psychiczna

Często przytacza się argument, że zaburzenia osobowości nie są chorobą psychiczną lub, że są jakościowo odmiennie od chorób psychicznych, takich jak schizofrenia. Zasadnicze znaczenie wydaje się mieć argument, że osoby z zaburzeniami osobowości nie tracą zdolności do testowania rzeczywistości (np. nie występują u nich takie objawy jak omamy czy urojenia). Jest na to jednak wiele kontrargumentów. Po pierwsze, utrata umiejętności testowania rzeczywistości nie jest jedynym warunkiem rozpoznania choroby psychicznej. Uzależnienia i zaburzenia o charakterze neurotycznym, takie jak depresja, są klasyfikowane jako choroby psychiczne. Po drugie, obecność objawów psychotycznych nie determinuje charakteru choroby psychicznej, ponieważ objawy te występują w wielu zaburzeniach na podłożu somatycznym, takich jak zaburzenia świadomości, czy zapalenia mózgu. W końcu, nawet przy traktowaniu obecności objawów psychotycznych jako kluczowego kryterium diagnostycznego występujących zaburzeń psychicznych, jest wiele dowodów na to, że niektórym postaciom zaburzeń osobowości towarzyszą objawy psychotyczne, przeważnie jednak krótkotrwałe.

Dobrych argumentów na to, że zaburzenia osobowości mają więcej wspólnego z zaburzeniami I osi jest więcej niż wcześniej sądzono. Po pierwsze, ich etiologia jest związana z patologią oraz, podobnie jak w przypadku wielu chorób, dotyczą mniejszej części populacji. Dotknięte jednostki odbiegają od normy pod względem ilościowego nasilenia cech. Po drugie, zaburzenia osobowości powodują wiele różnych objawów i zachowań wspólnych dla całej grupy. Powoduje to, że członkowie tej grupy są do siebie podobni. Istnieją dowody na zaburzenia budowy i funkcjonowania mózgu w zaburzeniach osobowości, a także nakładanie się objawów psychopatologicznych między zaburzeniami I i II osi w zakresie organizacji poznawczej/percepcyjnej, kontroli impulsów, regulacji emocji i modulacji lęku.⁶⁵

Po trzecie, istnieje problem współchorobowości lub współwystępowania zaburzeń I i II osi, co sugeruje co najmniej bliską zależność między nimi. Na przykład co najmniej jedno zaburzenie osobowości z grupy A (osobowość schizotypowa) leży na tym samym kontinuum co schizofrenia, zaburzenia osobowości z grupy B (szczególnie osobowość aspołeczna i borderline) współwystępują z zaburzeniami związanymi z nadużywaniem substancji psychoaktywnych;² a zaburzenia osobowości z grupy C preferencyjnie wiążą się z częstszym

występowaniem zaburzeń pod postacią somatyczną.⁶⁶ Osoby z zaburzeniami osobowości z grupy B lub C charakteryzują się większym ryzykiem współwystępowania wszystkich zaburzeń I osi.⁶⁷ I w drugą stronę, współwystępowanie zaburzeń osobowości i zaburzeń I osi może prowadzić do gorszych wyników leczenia.⁶⁸ W jednym badaniu, które dotyczyło pacjentów z zaburzeniami psychicznymi pozostającymi pod opieką zespołów środowiskowych, 40% badanych spełniało kryteria co najmniej jednego zaburzenia osobowości.⁶⁹ Wydaje się, że zależność między dwoma lub większą liczbą takich zaburzeń psychicznych ma charakter addytywny (jeżeli nie zwielokrotniający się) pod względem liczby objawów klinicznych oraz wyników społeczno-klinicznymi.

W przeciwieństwie do rosnącej liczby dowodów na co najmniej złożone zależności między zaburzeniami I i II osi, nie ma nowych dowodów, które potwierdzałyby założenia, że a) zaburzenia osobowości różnią się fundamentalnie od innych zaburzeń psychicznych lub b) zaburzenia I i II osi są zaburzeniami alternatywnymi, które nie mogą współwystępować ze sobą. Chociaż wieloosiowy charakter DSM powinien jednoznacznie sugerować możliwość współwystępowania tych zaburzeń, nadal często słyszy się, że klinicyści traktują te zaburzenia tak, jakby były alternatywne.

Podsumowanie

Bardzo ważny jest rozwój wiedzy na temat zaburzeń osobowości. Nadal trwa dyskusja dotycząca tego, jak je klasyfikować, w związku z czym trudno osiągnąć porozumienie w kwestii najlepszych metod oceny i diagnozowania tej grupy zaburzeń. Pojawiają się ciekawe pytania etyczne, kiedy próbujemy ponownie przemyśleć stare poglądy dotyczące zaburzeń osobowości. Jeżeli zostaną one uznane za zaburzenia nabyte, jak można usprawiedliwić odstępstwo od tworzenia ośrodków, w których można by było je leczyć? Czy powinno się koncentrować zasoby na bardzo niewielkiej grupie osób z najcięższymi postaciami zaburzeń osobowości, które powodują, że są niebezpieczne dla otoczenia, nawet jeżeli jest to grupa najtrudniejsza do leczenia? Czy powinno się wykorzystać środki do pomocy większej grupie, w której leczenie daje lepsze rezultaty i udowodniono jego opłacalność?⁷⁰ A może należy skupić się na zapobieganiu rozwojowi zaburzeń osobowości? Obecnie niewiele da się zrobić, żeby zmienić podatność genetyczną, ale można zaoferować leczenie rodzicom, którzy straszą własne dzieci i znęcają się nad nimi, a także wydawać więcej pieniędzy na poprawę środowiska, w którym rozwijają się narażone na takie zagrożenia dzieci. Te i inne pytania były nie do pomyślenia 20 lat wcześniej: kto wie, co będziemy myśleć na temat zaburzeń osobowości za następne 20 lat?

From the *Advances in psychiatric treatment* (2012), vol. 18, 162-172. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyrights ©2012 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

- Allport GW (1961) *Pattern and Growth in Personality*. Rinehart & Winston.
- Knutson B, Heinz A (2004) Psychobiology of personality disorders. In *Textbook of Biological Psychiatry* (ed J Panksepp): 145-66. Wiley-Liss.
- Freedman HB, Leary TF, Ossorio AG, et al (1951) The interpersonal dimension of personality. *Journal of Personality* 20: 143-61.
- McAdams D (1992) The five-factor model of personality: a critical appraisal. *Journal of Personality* 60: 329-61.
- World Health Organization (1992) *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10)*. WHO.
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn, Text Revision) (DSM-IV-TR)*. APA.
- Gallese V (2001) The 'shared manifold' hypothesis: from mirror neurons to empathy. *Journal of Consciousness Studies* 8: 33-50.
- Singer T, Seymour B, O'Doherty J, et al (2004) Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science* 303: 1157-62.
- Yang M, Coid J, Tyrer P (2010) Personality pathology recorded by severity: national survey. *British Journal of Psychiatry* 197: 193-9.
- Seivewright H, Tyrer P, Johnson T (2002) Changes in personality status in neurotic disorder. *Lancet* 359: 2253-4.
- Seivewright H, Tyrer P, Johnson T (2004) Persistent social dysfunction in anxious and depressed patients with personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109: 104-9.
- Shea M, Stout R, Gunderson J, et al (2002) Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 159: 2036-41.
- Cleckley H (1964) *The Mask of Sanity* (4th edn). C. V. Mosby.
- Blair RJR (2003) Neurobiological basis of psychopathy. *British Journal of Psychiatry* 182: 5-7.
- Hare RD (1991) *The Hare Psychopathy Checklist - Revised*. Multi-Health Systems.
- Home Office, Department of Health (2005) *Personality Disorder Capacity Plans*. Home Office & Department of Health.
- Tyrer P, Milchard S, Methuen C, et al (2003) Treatment rejecting and treatment seeking personality disorders: Type R and Type S. *Journal of Personality Disorders* 17: 263-8.
- Henderson S (1974) Care eliciting behaviour in man. *Journal of Nervous and Mental Disease* 159: 172-81.
- Dozier M, Lomax L, Tyrrell CL, et al (2001) The challenge of treatment for clients with a dismissing states of mind. *Attachment and Human Development* 3: 62-76.
- Huang Y, Kotov R, de Girolamo G, et al (2009) DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry* 195: 46-53.
- Coid J, Yang M, Tyrer P, et al (2006) Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry* 188: 423-31.
- Herzog D, Keller M, Lavori P, et al (1992) The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* 53: 147-52.
- Sanderson W, Wetzler S, Beck A, et al (1994) Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders. *Psychiatry Research* 51: 167-74.
- Rounsaville B, Kranzler H, Ball S, et al (1998) Personality disorders in substance abusers: relation to substance use. *Journal of Nervous and Mental Disease* 186: 87-95.
- Moran P, Jenkins R, Tylee A, et al (2000) The prevalence of personality disorder among primary care attenders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102: 52-7.
- Torgersen S, Kringlen E, Cramer V (2001) The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry* 58: 590-6.
- Singleton N, Gatwood R, Meltzer H (1998) *Psychiatric Morbidity among Prisoners in England and Wales*. TSO (The Stationery Office).
- Duggan C, Mason L, Banerjee P, et al (2007) Value of standard personality assessments in informing clinical decision-making in a medium secure unit. *British Journal of Psychiatry* 190 (suppl 49): s15-9.
- National Scientific Council on the Developing Child (2010) *Early Experiences Can Alter Gene Expression and Affect Long Term Development: Working Paper No 10*. Center on the Developing Child, Harvard University.
- Jang KL, Livesley WJ, Vernon PA, et al (1996) Heritability of personality disorder traits: a twin study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 94: 438-44.
- Kessler RC, McLaughlin KA, Greif Green J, et al (2010) Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry* 197: 378-85.
- Schore A (2001) The effect of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 22: 201-49.
- Makino S, Gold PW, Shulkin J (1994) Corticosterone effects on corticotrophin-releasing hormone mRNA in the central nucleus of the amygdala and the parvocellular region of the paraventricular nucleus of the hypothalamus. *Brain Research* 640: 105-12.

34. Sarkar J, Adshed G (2006) Personality disorders as disorganisation of attachment and affect regulation. *Advances in Psychiatric Treatment* 12: 297-305.
35. Feldman R, Greenbaum CW, Yirmiya N (1999) Mother-infant affect synchrony as an antecedent of the emergence of self-control. *Developmental Psychology* 35: 223-31.
36. Schore A (2003) *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. W. W. Norton.
37. LeDoux J (1996) *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. Simon & Schuster.
38. National Scientific Council on the Developing Child, National Forum on Early Childhood Policy and Programs (2011) *Building the Brain's "Air Traffic Control" System: How Early Experiences Shape the Development of Executive Function: Working Paper No 11*. Center on the Developing Child, Harvard University.
39. Taylor GJ, Bagby M, Parker JD (1997) *Disorders of Affect Regulation*. Cambridge University Press.
40. Suomi S (1999) Attachment in rhesus monkeys. In *Handbook of Attachment* (eds J Cassidy, P Shaver): 181-97. Guilford Press.
41. Suomi SJ (2003) Gene-environment interactions and the neurobiology of social conflict. *Annals of the New York Academy of Science* 1008: 132-9.
42. Kim-Cohen J, Caspi A, Taylor A, et al (2006) MAOA, maltreatment and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis. *Molecular Psychiatry* 11: 903-13.
43. Henry JP, Wang S (1998) Effects of early stress on adult affiliative behaviour. *Psychoneuroendocrinology* 23: 863-75.
44. Grossman KE, Grossman K, Waters E (2000) *Attachment from Infancy to Adulthood: The Major Longitudinal Studies*. Guilford Press.
45. Waters E, Merrick S, Treboux D, et al (2000) Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child Development* 71: 684-9.
46. Livesley J (1998) Suggestions for a framework for empirically based classification of personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 43: 137-47.
47. Cassidy J, Shaver P (2008) *Handbook of Attachment* (2nd edn). Guilford Press.
48. Pfafflin F, Adshed G (2003) *A Matter of Security: Attachment Theory in Forensic Psychiatry and Psychotherapy*. Jessica Kingsley.
49. van IJzendoorn M, Bakermans-Kranenburg M (2009) The first 10 000 Adult Attachment Interviews: distribution of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development* 11: 223-63.
50. Young JE (2002) Schema-focused therapy for personality disorders. In *Cognitive Behavior Therapy: A Guide for the Practicing Clinician* (vol 1) (ed G Simos): 201-22. Brunner Routledge.
51. Brewin CR, Dalgleish T, Joseph S (1996) A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychology Review* 103: 670-86.
52. Vaillant G (1993) *The Wisdom of the Ego*. Harvard University Press.
53. Vaillant G (1994) Ego mechanisms of defence and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology* 103: 44-50.
54. Bond M (2004) Empirical studies of defence style. *Harvard Review of Psychiatry* 12: 263-78.
55. Cramer P (2006) *Protecting the Self: Defense Mechanisms in Action*. Guilford Press.
56. Soldz S, Vaillant G (1998) A 50-year longitudinal study of defense use among inner city men: a validation of the DSM-IV defense axis. *Journal of Nervous and Mental Disease* 186: 104-11.
57. Kernberg OF, Caligor E (2005) A psychoanalytic theory of personality disorders. In *Major Theories of Personality Disorder* (2nd edn) (eds MF Lenzenweger, JF Clarkin): 114-56. Guilford Press.
58. Vaillant LM (1997) *Changing Character: Short Term Anxiety Regulating Psychotherapy for Affects, Attachment and Defenses*. Basic Books.
59. Tyrer P, Johnson T (1996) Establishing the severity of personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 153: 1593-97.
60. Paris J (2003) *Personality Disorders Over Time: Precursors, Course and Outcome*. American Psychiatric Press.
61. Millon T (1981) *Disorders of Personality: DSM III Axis II*. John Wiley & Sons.
62. Blackburn R (2000) Treatment or incapacitation? Implications of research on personality disorders for the management of dangerous offenders. *Legal and Criminological Psychology* 5: 1-21.
63. Royal College of Psychiatrists (1999) *Offenders with Personality Disorder* (Council Report CR71). Gaskell.
64. Home Office, Department of Health (1999) *Managing Dangerous People with Severe Personality Disorder: Proposals for Policy Development*. Home Office & Department of Health.
65. Sarkar J, Duggan C (2012) Diagnosis and classification of personality disorder: difficulties, their resolution and implications for practice. In *Clinical Topics in Personality Disorder* (eds J Sarkar, G Adshed): in press. RCPsych Publications.
66. Tyrer P, Gunderson JG, Lyons M, et al (1997) Extent of comorbidity between mental state and personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 11: 242-59.
67. Dolan-Sewell RT, Krueger RF, Shea MT (2001) Co-occurrence with syndrome disorders. In *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research and Treatment* (ed WJ Livesley): 84-103. Guilford Press.
68. Newton-Howes G, Tyrer P, Anagnostakis K, et al (2010) The prevalence of personality disorder, its co-morbidity with mental state disorders and its clinical significance in community mental health teams. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 45: 453-60.
69. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T (2006) Personality disorder and outcome of depression: meta-analysis of published studies. *British Journal of Psychiatry* 188: 13-20.
70. Dolan BM, Warren FM, Menzies D, et al (1996) Cost-offset following specialist treatment of severe personality disorders. *Psychiatric Bulletin* 20: 413-7.

ciąg dalszy piśmiennictwa ze str. 13

64. Millon T, Millon C, Davis R, et al (2006) *Millon Adolescent Clinical Inventory Manual (MACI)* (2nd edn). Pearson Education.
65. Westen D, Thomas C, Nakash O, et al (2006) Clinical assessment of attachment and personality disorder in adolescence and adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74: 1065-85.
66. Forth A (2005) *The Hare Psychopathy Checklist - Youth Version*. In *Mental Health Screening and Assessment in Juvenile Justice* (eds T Grisso, G Vincent, D Seagrave): 324-36. Guilford Press.
67. Borum R, Bartel P, Forth A (2005) Structured assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY). In *Mental Health Screening and Assessment in Juvenile Justice* (eds T Grisso, G Vincent, D Seagrave): 311-23. Guilford Press.
68. National Collaborating Centre for Mental Health (2009a) *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management (Clinical Guideline CG78)*. National Institute for Health and Clinical Excellence.
69. Rathus JH, Miller AL (2002) Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 32: 146-57.
70. Katz L, Cox B, Gunasekara S, et al (2004) Feasibility of DBT for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 43: 276-82.
71. James AC, Winnmill L, Anderson C, et al (2011) A preliminary study of an extension of a community dialectic behaviour therapy (DBT) programme to adolescents in the looked after care system. *Child & Adolescent Mental Health* 16: 9-13.
72. Trupin E, Stewart DE, Beach B, et al (2002) Effectiveness of a dialectical behaviour therapy program for incarcerated female juvenile offenders. *Child and Adolescent Mental Health* 7: 121-7.
73. Blum NS, Bartels NE, St John D, et al (2009) Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS - UK Version): Group Treatment Program for Borderline Personality Disorder. Level One Publishing (<http://www.stepsforbpd.com>).
74. Schuppert HM, Giesen-Boo J, van Gemert TG, et al (2009) Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents: a randomised controlled pilot study. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 16: 467-78.
75. Breston E, Eyber S (1998) Effective psychosocial treatment of conduct disorder children: 29 years, 82 studies and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology* 27: 180-9.
76. National Collaborating Centre for Mental Health (2009b) *Antisocial Personality Disorder: Treatment, Management and Prevention (Clinical Guideline CG77)*. National Institute for Health and Clinical Excellence.
77. Henggeler S, Melton G, Smith L (1992) Family preservation using MST: an effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60: 953-61.
78. Littell J (2005) Lessons from a systematic review of effects of multisystemic therapy. *Child and Youth Service Review* 27: 445-63.
79. Kjelsberg D, Dahl AA (1998) High delinquency, disability and mortality register study of former adolescent psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 98: 34-40.
80. Pajer K (1998) What happens to 'bad' girls? A review of the adult outcomes of antisocial adolescent girls. *American Journal of Psychiatry* 155: 862-77.
81. Castillo H (2000) *Personality Disorder: Temperament or Trauma?* Jessica Kingsley.
82. Harrington R, Bailey S (2004) Prevention of antisocial personality disorder: mounting evidence on optimal timings and methods. *Criminal Behaviour and Mental Health* 14: 75-81.
83. Butcher J, Williams CL, Graham JR, et al (2006) *Minnesota Multiphasic Personality Inventory - Adolescence*. Pearson Education.
84. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edn) (DSM-IV). APA.