

Zróźnicowanie nasilenia patologicznych cech osobowości według ICD-11 w populacji ogólnej i grupach klinicznych

Pathological personality traits intensity variation according to ICD-11 within general population and clinical groups

Marcin Kłósowski, Jan Ciecuch

Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Summary

Aim. The article presents a study aiming to verify the intensification of personality disorder traits described in the ICD-11 classification in three groups with varying severities of mental health problems.

Material and methods. The study was conducted in three groups differing in the severity of mental health problems: (1) a sample from the general population ($N = 328$; 61% women, $M = 39.80$; $SD = 12.11$); (2) a sample of people using psychotherapy or psychiatric consultations ($N = 132$; 68.2% women, $M = 29.10$; $SD = 1.05$); (3) a sample of people hospitalized in departments for the treatment of a personality disorder ($N = 76$; 76.3% women, $M = 24.18$; $SD = 1.12$). The intensification of pathological personality traits was measured using the Polish adaptation of the PiCD Questionnaire.

Results. The results basically confirmed the expected trend that as the severity of mental health problems increases, the intensity of pathological personality trait-domains also increases. A statistically significant trend was observed in the case of four trait-domains: “Negative Affectivity”, “Detachment”, “Dissociality”, and “Disinhibition”, with the largest effect observed in “Negative Affectivity”. In the case of “Anankastia”, the expected trend was not confirmed.

Conclusions. The obtained results confirm the theoretical and clinical usefulness of the dimensional model of personality disorders proposed in ICD-11, simultaneously noting the need for further research on the specificity of “Anankastia”.

Słowa kluczowe: ICD-11, zaburzenia osobowości, model dymensjonalny

Key words: ICD-11, personality disorders, dimensional model

Wprowadzenie

Zaburzenia osobowości stanowią nie tylko ważny element refleksji psychologicznej, podejmowanej z różnych perspektyw teoretycznych, ale także problem medyczny z za-

kresu psychiatrii. Ujmowane są w literaturze przedmiotu jako charakterystyczne, sztywne i dezadaptacyjne cechy, style radzenia sobie oraz postępowania w różnych sytuacjach. Takie nieelastyczne wzorce zachowania w sferze poznawczej, emocjonalnej i społecznej przekładają się na kliniczne cierpienie psychiczne lub upośledzenie funkcjonowania [1, 2].

W procesie diagnostycznym tych zaburzeń przez długi czas dominowało podejście kategoriale charakteryzujące się przypisywaniem pacjentów do konkretnych jednostek klasyfikacyjnych, w tym wypadku – konkretnych typów zaburzeń osobowości. W podejściu tym poszczególne zaburzenia osobowości ujmowane są jako osobne jednostki nozologiczne. Podejście to obarczone było jednak poważnymi problemami, m.in. współwystępowaniem różnych zaburzeń osobowości u tej samej osoby, a zarazem dużym zróżnicowaniem osób z daną diagnozą, a także brakiem dostatecznej weryfikacji empirycznej, w tym zwłaszcza dotyczącej powiązań z psychologicznymi modelami osobowości zdrowej [3–5].

W związku z tym podejście kategoriale jest zastępowane podejściem dymensjonalnym, pozwalającym na diagnozę zaburzenia osobowości za pomocą konstelacji i natężenia różnych patologicznych cech. Różni się ono od podejścia kategoriale ilościowym pomiarem funkcjonowania na kontinuum między zdrową a zaburzoną osobowością [6, 7]. Choć wcześniej bywało już stosowane, na przykład w obszarze psychologii zdrowia czy psychoterapii psychodynamicznej, to dopiero ostatnio zwraca się większą uwagę na jego użyteczność w procesie diagnozy zaburzeń osobowości [5, 8, 9].

Aktualne wydanie *Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych* ICD-11 [10] zawiera już właśnie dymensjonalne podejście do zaburzeń osobowości. W poprzedniej wersji ICD (czyli ICD-10) wymieniono 8 specyficznych zaburzeń osobowości (F60.0–F60.7) oraz inne określone i nieokreślone zaburzenia osobowości (F60.8–F60.9). W klasyfikacji ICD-11 zrezygnowano z wyliczania poszczególnych kategorii zaburzeń, przyjęto za to model polegający na oszacowaniu ogólnego nasilenia zaburzenia (od łagodnego do ciężkiego; 6D10.0–6D10.2) oraz pięciu wskaźników patologicznych cech-domen osobowości, takich jak: „Negatywny afekt” (6D11.0), „Izolacja” (6D11.1), „Dyssocjalność” (6D11.2), „Rozhamowanie” (6D11.3), „Anankastyczność” (6D11.4). Należy dodać, że w klasyfikacji ICD-11, oprócz wspomnianych pięciu cech-domen, pojawiają się jeszcze specyfikator osobowości typu *borderline* (6D11.5) oraz nowa możliwość diagnostyczna w postaci „trudności osobowościowej”. W prezentowanym tu badaniu skupiono się na pięciu cechach-domenach – zostały one omówione w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka patologicznych cech-domen w klasyfikacji zaburzeń osobowości według ICD-11 [11]

Cecha-domena	Podstawowa charakterystyka
Negatywny afekt	Tendencja do doświadczania szerokiego zakresu negatywnych emocji, z intensywnością i częstością nieproporcjonalną do sytuacji.
Izolacja	Tendencja do utrzymywania dystansu interpersonalnego (izolacja społeczna) oraz dystansu emocjonalnego (izolacja emocjonalna), manifestująca się w społecznym wycofaniu, obojętności na innych ludzi i izolowaniu się, w tym unikaniu zarówno relacji intymnych, jak i bliskich przyjaźni.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Dyssocjalność	Tendencja do lekceważenia zobowiązań społecznych, konwencji oraz praw i uczuć innych; bezwzględność w osiąganiu własnych celów.
Rozhamowanie	Trwała tendencja do lekkomyślnego działania, wynikającego z bezpośrednich (zewnętrznych lub wewnętrznych) bodźców, bez brania pod uwagę potencjalnie szkodliwych konsekwencji.
Anankastyczność	Odzwierciedla silne skupienie na własnych sztywnych standardach doskonałości oraz/lub dobra i zła, a także na kontrolowaniu własnego (oraz innych) zachowania w celu dostosowania (zapewnienia zgodności) do swoich, szczególnie określonych wzorców.

Uwzględnione w ICD-11 podejście dymensionalne do zaburzeń osobowości daje możliwość nowego sposobu diagnozy i prowadzenia badań nie tylko w populacji klinicznej, ale też ogólnej. Jedną z podstawowych charakterystyk tego podejścia jest bowiem założenie o istnieniu kontinuum między zdrową a zaburzoną osobowością i różnicowanie między zdrowymi a chorymi w oparciu o nasilenie danej patologicznej cechy [12].

Szersze wprowadzenie podejścia dymensionalnego wymaga weryfikacji empirycznej nowego modelu konceptualizowania i diagnozowania zaburzeń osobowości oraz narzędzi stworzonych na podstawie najnowszych klasyfikacji. Dotychczas w polskiej literaturze przedmiotu pojawiły się badania w populacji ogólnej z tego zakresu [11, 13, 14]. Niniejsze badanie przedstawia taką weryfikację zarówno w populacji ogólnej, jak i klinicznej, wypełniając tym samym dotychczasową lukę.

Badania własne i ich cel

Celem badania było określenie zróżnicowania nasilenia cech zaburzeń osobowości opisywanych w klasyfikacji ICD-11 w trzech grupach, z których każda kolejna charakteryzowała się większym nasileniem problemów ze zdrowiem psychicznym. Były to: grupa z populacji ogólnej, grupa będąca pod opieką terapeutyczną i/lub psychiatryczną oraz grupa osób leczących się na oddziałach leczenia zaburzeń osobowości. W ten sposób możliwy był pewien sposób weryfikacji podstawowego założenia podejścia dymensionalnego, czyli tezy o występowaniu cech związanych z patologią osobowości wyróżnionych w ICD-11 u różnych ludzi w różnym natężeniu w zależności od nasilenia zaburzeń. Spodziewaliśmy się, że wraz z nasileniem problemów ze zdrowiem psychicznym w każdej kolejnej badanej grupie rośnie nasilenie patologicznych cech-domen w takim kierunku, że: (1) w grupie osób przebywających na oddziale związanym z leczeniem zaburzeń osobowości nasilenie patologicznych cech-domen jest większe niż w grupie osób korzystających z pomocy terapeutycznej lub/i psychiatrycznej poza oddziałem szpitalnym, a jednocześnie (2) w grupie osób będących pod opieką terapeutyczną i/lub psychiatryczną poza oddziałem szpitalnym nasilenie patologicznych cech-domen jest większe niż w grupie osób z populacji ogólnej.

W opisywanym tu badaniu przyjęto założenie, że rosnące nasilenie problemów ze zdrowiem psychicznym wynika ze specyfiki badanych grup opisanych poniżej. Należy zaznaczyć, że na potrzeby niniejszego badania nie dokonywano rozróżnienia

związanego z typem placówki, w której odbywała się opieka psychoterapeutyczna i/ lub psychiatryczna (publiczna służba zdrowia czy praktyka prywatna).

Nasze badanie jest również jednym z pierwszych zastosowań polskiej wersji kwestionariusza PiCD w populacji klinicznej, ponieważ dotychczasowe badania za jego pomocą były prowadzone głównie w populacji ogólnej [11].

Material i metody

Cały projekt trwał od czerwca do października 2021 roku. W celu weryfikacji postawionych hipotez badanie przeprowadzono w trzech grupach. Grupa 1 pochodziła z populacji ogólnej i obejmowała 328 osób dorosłych w wieku od 18 do 75 lat ($M = 39,80$; $SD = 12,11$). Kobiet było 200 (61% próby), a mężczyzn 128 (39% próby). Osoby badane z tej grupy zostały dobrane metodą kuli śnieżnej. Badania zostały przeprowadzone metodą papier-olówek.

Grupa 2 składała się z osób, które obecnie lub w ostatnim roku znajdowały się pod opieką psychiatryczną lub psychoterapeutyczną z różnych powodów. Dotarcie do respondentów było możliwe dzięki współpracy z prywatnymi ośrodkami psychoterapeutycznymi oraz publiczną służbą zdrowia, a także portalami społecznościowymi poświęconymi problematyce zdrowia psychicznego, samo zaś badanie zostało przeprowadzone metodą online. W ośrodkach terapeutycznych umieszczono zaproszenie i wizytówkę z linkiem do badań. Podobne zaproszenia zostały również opublikowane na wybranych (związanych zwłaszcza z tematyką psychologiczną i psychoterapeutyczną) stronach, postach i forach internetowych.

Na tym etapie badań nie pytano pacjentów o konkretne powody korzystania z opieki psychiatrycznej lub psychoterapeutycznej, jej częstość ani o czas trwania, ponieważ to wewnętrzne zróżnicowanie nie było przedmiotem badania. Założono jednak – w zgodzie z literaturą przedmiotu – że w grupie tej znajdzie się większy odsetek osób cierpiących na zaburzenia osobowości niż w grupie z populacji ogólnej [15, 16]. W tej grupie znalazły się 132 osoby w wieku 18–65 lat ($M = 29,10$; $SD = 1,05$). Wśród badanych było 90 kobiet (68,2% próby) oraz 42 mężczyzn (31,8% próby).

Grupę 3 stanowiły osoby, które miały diagnozę zaburzenia osobowości lub diagnozę współwystępowania zaburzeń osobowości i podczas badania były hospitalizowane. Badania odbyły się na oddziałach związanych z leczeniem zaburzeń osobowości w Warszawie, Radomiu, Stargardzie Szczecińskim, Lublińcu, Katowicach, Krakowie, Toruniu. Pracujący na tych oddziałach lekarze lub terapeuci informowali wybranych pacjentów z postawioną diagnozą zaburzeń osobowości o możliwości wzięcia udziału w badaniu, które pierwszy autor przeprowadzał osobiście. Grupa 3 składała się z 76 osób w wieku 18–65 lat ($M = 24,18$; $SD = 1,12$). Wśród badanych było 58 kobiet (76,3% próby) oraz 17 mężczyzn (22,4% próby), jedna osoba wskazała na tożsamość niebinarną (1,3% próby). Badania zostały przeprowadzone metodą papier-olówek, a w wypadku jednego z oddziałów metodą online.

Cechy związane z zaburzeniami osobowości zostały zmierzone we wszystkich trzech grupach za pomocą *Inwentarza osobowości PiCD (Personality Inventory for ICD-11)* [17]. Polską adaptację przygotowali Ciecuch i wsp. [11]. Adaptacja ta do tej

pory nie była walidowana w populacji klinicznej. Inwentarz mierzy natężenie pięciu patologicznych cech-domen: „Negatywnego afektu”, „Rozhamowania”, „Izolacji”, „Dyssocjalności” oraz „Anakastyczności”, omówionych w tabeli 1. Narzędzie składa się z 60 itemów, a zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do każdego z nich za pomocą 5-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie zgadzam się z tym stwierdzeniem”, a 5 – „zdecydowanie zgadzam się z tym stwierdzeniem”. Rzetelność mierzona alfą Cronbacha dla wszystkich skal i badanych grup podana została w tabeli 2.

Jako sposób weryfikacji przyjętych hipotez wybrano analizę wariancji (ANOVA) z analizą trendu, która w badaniach psychologicznych wykorzystywana jest m.in. do analizy różnic między grupami uporządkowanymi według nasilenia wybranego kryterium. Choć najczęściej analizę trendów stosuje się dla skal przynajmniej interwałowych, to literatura przedmiotu dopuszcza ją także dla skal porządkowych [18]. W naszym badaniu wybraliśmy tę metodę, przyjmując założenie, że wartości zmiennej niezależnej możemy ułożyć w porządku związanym ze specyfiką kliniczną kolejnych badanych grup, tzn. coraz większego nasilenia problemów ze zdrowiem psychicznym: grupa 1 to osoby z populacji ogólnej; grupa 2 to osoby korzystające z pomocy terapeutycznej lub/i psychiatrycznej poza oddziałem szpitalnym, a grupa 3 to osoby hospitalizowane na oddziale związanym z leczeniem zaburzeń osobowości.

Badanie uzyskało zgodę Zespołu ds. Etyki Badań Naukowych Instytutu Psychologii Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie (nr 06/2021).

Wyniki

Aby zweryfikować postawione hipotezy dotyczące wzrostu natężenia patologicznych cech osobowości, najpierw przeprowadzono analizę statystyk opisowych, w tym średnich dla każdej z cech. Wyniki wraz ze współczynnikiem rzetelności dla każdej z pięciu cech-domen prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Statystyki opisowe dla skal w kwestionariuszu PiCD (grupa 1/grupa 2/grupa 3)

Skala	<i>M</i>	<i>SD</i>	Skośność	Kurtoza	Alfa Cronbacha
Negatywny afekt	2,80/3,52/3,82	0,72/0,76/0,72	0,35/-0,27/-0,93	-0,08/-0,67/0,58	0,87/0,87/0,83
Izolacja	2,19/2,47/2,77	0,60/0,81/0,86	0,38/0,35/0,11	0,13/-0,74/-0,45	0,84/0,88/0,86
Dyssocjalność	1,91/1,83/2,19	0,54/0,63/0,67	0,65/0,98/0,32	-0,07/0,48/-0,42	0,82/0,84/0,78
Rozhamowanie	2,12/2,27/2,76	0,60/0,75/0,83	0,57/0,65/0,08	0,44/-0,03/-0,72	0,85/0,88/0,85
Anankastyczność	3,20/3,21/3,07	0,55/0,66/0,71	-0,02/-0,11/-0,39	0,28/-0,37/-0,53	0,79/0,83/0,82

W każdej z trzech badanych grup skośność i kurtoza mieściły się w przedziale od -1,00 do 1,00, co sugeruje rozkład normalny. W grupie 1 wskaźniki alfa Cronbacha były większe od 0,70 dla wszystkich skal, w grupie 2 przekraczały wartość 0,82, a w grupie 3 wahały się między 0,78 a 0,86.

W następnym kroku przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA (*oneway*) z kontrastami. Zmienną zależną były cechy-domeny mierzone za pomocą

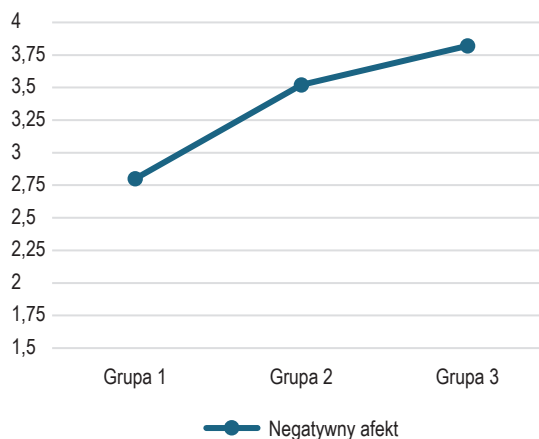
Inwentarza osobowości PICD, czynnikami zaś poszczególne grupy o coraz większym nasileniu problemów ze zdrowiem psychicznym. Wyniki zostały zaprezentowane w tabeli 3, a wykresy średnich na rysunku.

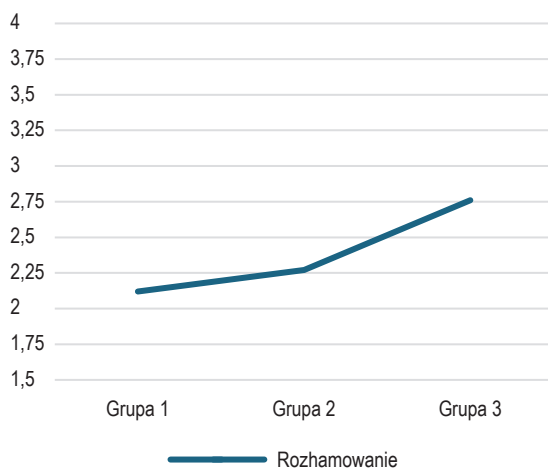
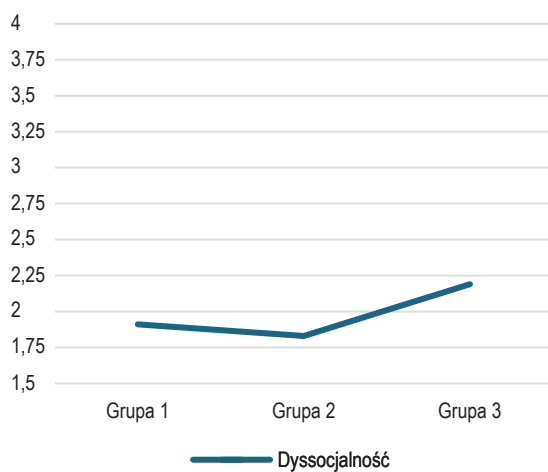
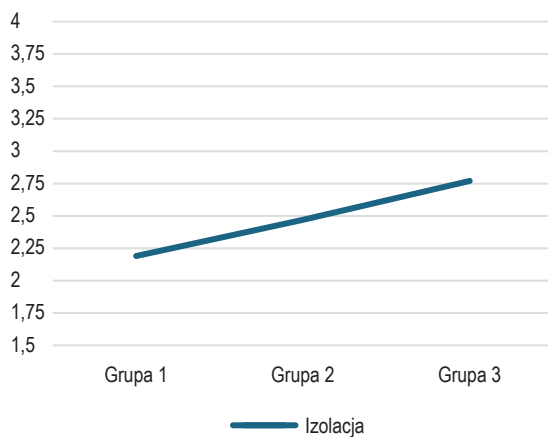
Tabela 3. Analiza trendu w grupach o coraz większym nasileniu problemów ze zdrowiem psychicznym oraz wyniki testów *post-hoc* dla różnic średnich w trzech badanych grupach

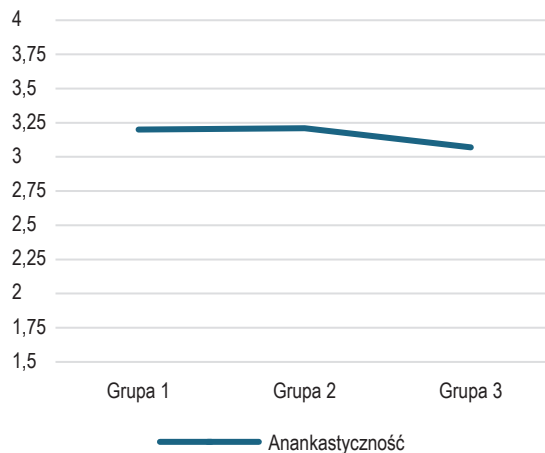
Skala	$F (df = 1)$	Wielkość efektu (eta kwadrat)	$M (SD)$ grupa 1	$M (SD)$ grupa 2	$M (SD)$ grupa 3
Negatywny afekt	163,21*	0,24	2,80 (0,72) ^a	3,52 (0,76) ^b	3,82 (0,72) ^c
Izolacja	48,27*	0,083	2,19 (0,60) ^a	2,47 (0,81) ^b	2,77 (0,86) ^c
Dyssocjalność	7,45*	0,034	1,91 (0,54)	1,83 (0,63) ^b	2,19 (0,67) ^c
Rozhamowanie	50,16*	0,094	2,12 (0,60)	2,27 (0,75) ^b	2,76 (0,83) ^c
Anankastyczność	1,80	0,006	3,20 (0,55)	3,21 (0,66)	3,07 (0,71)

* $p < 0,01$; ^{abc}istotny statystycznie wynik testu *post-hoc* w porównaniu grupy 1-2(a), grupy 2-3(b), grupy 1-3(c) (test Gabriel lub test Games-Howell – o czym decydowało spełnienie zależności od jednorodności wariancji)

Przeprowadzona analiza wskazała, że istotny statystycznie trend wzrostowy nasilenia patologicznych cech osobowości wystąpił w wypadku „Negatywnego afektu” oraz „Izolacji”. Istotne statystycznie wyniki otrzymano także w wypadku „Rozhamowania” oraz „Dyssocjalności”, lecz nie występuje tutaj wzrost wartości średnich między grupą 2 a grupą 1, a jedynie między grupą 3 i grupą 2 oraz grupą 3 i grupą 1. Siła efektu przyjmowała wartości od 0,24 dla „Negatywnego afektu” do 0,094 dla „Rozhamowania”. W odniesieniu do cechy-domeny „Anankastyczność” nie wykazano trendu wzrostowego nasilenia w badanych grupach.







Rysunek. Wykresy średnich patologicznych cech-domen w grupach o coraz większym nasileniu problemów ze zdrowiem psychicznym

Dyskusja

Wprowadzenie klasyfikacji ICD-11 postawiło przed klinicystami wyzwanie, jakim była konieczność modyfikacji swojego sposobu myślenia na temat zaburzeń osobowości, a przed badaczami – zadanie empirycznego weryfikowania dymensionalnego sposobu opisywania i diagnozowania tego rodzaju zaburzeń psychicznych. Nasz artykuł jest odpowiedzią na to wyzwanie: przedstawia wyniki badań przeprowadzonych narzędziem do pomiaru zaburzeń osobowości w systemie diagnostycznym ICD-11 w trzech różnych grupach: jednej pochodzącej z populacji ogólnej i dwóch próbach klinicznych, o których można domniemywać, że różnią się poziomem nasilenia problemów ze zdrowiem psychicznym.

Analiza rzetelności narzędzia użytego w badaniu (PiCD) okazała się zadowalająca we wszystkich trzech grupach badanych i w odniesieniu do wszystkich wykorzystywanych w nim skal. W tym względzie jest to potwierdzenie użyteczności kwestionariusza PiCD w badaniach naukowych, jak i ewentualnych badaniach klinicznych.

Zastanawiające może być występowanie rozkładu normalnego badanych zmiennych we wszystkich trzech grupach, ponieważ można się było spodziewać, że w populacji ogólnej natężenie patologicznych cech osobowości będzie przypominać bardziej rozkład pozytywnie skośny (w prawo). Otrzymany wynik można interpretować w ten sposób, że w populacji ogólnej możemy mieć do czynienia z występującymi w różnym nasileniu dysfunkcjonalnymi cechami osobowości, przy czym umiarkowane nasilenie dotyczyłoby największej liczby osób. Potwierdzałoby to opisywane w literaturze przedmiotu zjawisko polegające na wzroście nasilenia wybranych patologicznych cech osobowości w społeczeństwie oraz adaptacyjności pewnych aspektów związanych z objawami tradycyjnie rozumianych zaburzeń osobowości, jeśli nie występują

one w dużym nasileniu, zwłaszcza biorąc pod uwagę specyfikę funkcjonowania we współczesnej kulturze zachodniej [19].

Warto podkreślić, że w grupie 3 wśród pacjentów ze zdiagnozowanymi zaburzeniami osobowości odnotowano wzrost wartości średniej związanej z wszystkimi patologicznymi cechami-domenami, z wyjątkiem „Anankastyczności”. Zatem natężenie cech definiujących zaburzenia osobowości jest istotnie większe wśród pacjentów oddziałów związanych z leczeniem zaburzeń osobowości. Wynik ten sugeruje trafność dymensjonalnego modelu z ICD-11 oraz nawiązującego do niego kwestionariusza PICD w wypadku czterech z pięciu cech-domen. Przypomnijmy, że te cztery domeny zostały właściwie przejęte z dymensjonalnego modelu w klasyfikacji DSM-5, gdzie w Sekcji III funkcjonują pod nazwami: „Negatywny afekt”, „Izolacja”, „Antagonizm”, „Rozhamowanie”. W Sekcji III znajduje się jeszcze jedna cecha-domena: „Psychotyzm”, która w ICD-11 nie występuje, a została zastąpiona „Anankastycznością”. Otrzymany wynik może także świadczyć o mniejszym nasileniu „Anankastyczności” w badanych przez nas grupach, co może się łączyć z potencjalną adaptacyjnością „Anankastyczności”, której dopiero skrajne nasilenie może stawać się problematyczne. Osoby rygorystycznie stosujące się do norm i zasad, wymagające perfekcjonizmu od siebie i innych mogą z powodzeniem realizować swoje cele w wybranych obszarach zawodowych czy społecznych, chroniąc się w ten sposób przed dezorganizującym wpływem tej cechy na swoje życie. Również klinicyści potwierdzają, że pacjenci anankastyczni są zazwyczaj lepiej zorganizowani w porównaniu z osobami o innych typach osobowości, a cechy takiego pacjenta mogą mieć wartość adaptacyjną [20, 21]. Można też zakładać, że na oddziałach szpitalnych są leczone osoby z większym nasileniem „Rozhamowania” czy „Dyssocjalności”, bo to może rodzić potencjalne sytuacje zagrożenia dla siebie lub innych. W kontekście otrzymanych wyników rodzi się jednak potrzeba dalszych badań w celu weryfikacji konstruktów „Anankastyczności” z ICD-11.

Największy efekt wzrostu średnich uzyskano w wypadku „Negatywnego afektu”. W dotychczasowych badaniach ta domena okazywała się najbardziej dysfunkcyjna i korelująca z wieloma problemami psychicznymi [13]. Także w przebadanych przez nas grupach jej nasilenie widocznie rosło wraz ze wzrostem nasilenia problemów ze zdrowiem psychicznym grupy. Wydaje się, że w społeczeństwie polskim może występować nadreprezentacja cech związanych z „Negatywnym afektem”, co potwierdzałyby kompleksowe badania stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa przeprowadzone w latach 2017–2019 [22]. Stwierdzono w nich wyraźnie większe od średnich wyników europejskich rozpowszechnienie zaburzeń lękowych w porównaniu z innymi zaburzeniami psychicznymi [23]. Wynik ten ma istotną implikację dla klinicystów i psychoterapeutów, którzy ukierunkowanie na tę dezadaptacyjną cechę osobowości powinni uczynić jednym z najistotniejszych elementów planowanych oddziaływań terapeutycznych.

Przedmiotem dalszych i bardziej szczegółowych analiz mogą być profile nasilenia pięciu cech-domen oraz opis zróżnicowania ich funkcjonowania w różnych obszarach życia, w tym opis ich adaptacyjności i dezadaptacyjności. ICD-11 zmieniło sposób myślenia o zaburzeniach osobowości i ich diagnozowania, ale z nich nie zrezygnowało. W związku z tym dalsze badania powinny również prowadzić do odpowiedzi

na pytanie, jaki poziom nasilenia danej cechy może sugerować postawienie diagnozy w formie przypisania konkretnego kodu ICD-11.

Ograniczenia

Należy też zwrócić uwagę na ograniczenia przeprowadzonego badania. Pierwszym z nich jest stosunkowo niewielka liczba osób badanych, zwłaszcza w próbie klinicznej oddziałowej, związana z trudnością dotarcia do pacjentów z postawioną diagnozą zaburzeń osobowości. W przyszłości należałoby ponadto poddać kontroli specyfikę i wewnętrzne zróżnicowanie, w tym współwystępowanie zaburzeń u badanej populacji, jak i powody podjęcia psychoterapii, jej częstość i czas trwania. Kolejnym ograniczeniem jest mniejszy udział w naszym projekcie mężczyzn niż kobiet. Stosunek ten był wprawdzie adekwatny do odnotowywanych w piśmiennictwie proporcji mężczyzn i kobiet korzystających z pomocy psychologicznej [24–26], niemniej jednak ta nierównoliczność nie pozwala wyciągać konkluzyjnych wniosków dla całej populacji. Wzięcie pod uwagę roli płci w kształtowaniu poszczególnych aspektów zaburzonej osobowości mogłoby być przedmiotem dalszych badań. Wreszcie należy zauważyć, że badania ograniczyły się do populacji polskiej, dlatego nie można uzyskanych tu wyników generalizować w odniesieniu do innych kultur.

Na koniec chcemy zaznaczyć, że użyty kwestionariusz PiCD jest opublikowany w otwartym dostępie, zatem zasadniczo służy do badań naukowych. Psychologom diagnostom oraz psychiatrom potrzebne są narzędzia diagnostyczne, które są chronione, tzn. nie są oferowane w otwartym dostępie i zostały do nich przygotowane odpowiednie normy. Narzędzia takie powinny powstać w przyszłości na podstawie modelu ICD-11, który został potwierdzony również w niniejszym badaniu.

Piśmiennictwo

1. Butcher NJ, Hooley MJ, Mineka S. *Psychologia zaburzeń DSM-5*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2017.
2. Colman AM. *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2009.
3. Markon KE. *Epistemological pluralism and scientific development: An argument against authoritative nosologies*. J. Pers. Disord. 2013; 27(5): 554–579.
4. Strus W, Ciecuch J. *Towards a synthesis of personality, temperament, motivation, emotion and mental health models within the Circumplex of Personality Metatraits*. J. Res. Pers. 2017; 66: 70–95.
5. Trull T, Durrett C. *Categorical and dimensional models of personality disorder*. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2005; 1: 355–380.
6. Widiger T. *The Oxford handbook of personality disorders*. Oxford–New York: Oxford University Press; 2012.
7. Widiger TA, Simonsen E. *Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground*. J. Pers. Disord. 2005; 19(2): 110–130.

8. Krueger RF, Markon KE. *A dimensional-spectrum model of psychopathology: Progress and opportunities*. Arch. Gen. Psychiatry. 2011; 68(1): 10–11.
9. Widiger TA, Livesley WJ, Clark LA. *An integrative dimensional classification of personality disorder*. Psychol. Assess. 2009; 21(3): 243–255.
10. World Health Organization. *ICD-11, the 11th Revision of the International Classification of diseases*. 2022. <https://icd.who.int/en> (dostęp: 10.12.2024).
11. Ciecuch J, Łakuta P, Strus W, Oltmanns JR, Widiger T. *Pomiar zaburzeń osobowości w systemie diagnostycznym ICD-11: Polska adaptacja Inwentarza osobowości PiCD*. Psychiatr. Pol. 2022; 56(6): 1185–1202.
12. Morrison J. *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2016.
13. Strus W, Łakuta P, Ciecuch J. *Anankastia or psychoticism? Which one is better suited for the fifth trait in the Pathological Big Five: Insight from the Circumplex of Personality Metatraits perspective*. Front. Psychiatry 2021, 12: 648386.
14. Siczek A, Ciecuch J. *Pathological personality traits from ICD-11 and attachment – Comparison of 10 models of attachment dimensions*. Psychiatr. Pol. 2024; 58(5): 881–894.
15. Dittmann V, Ermer A, Stieglitz RD. *Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych*. W: Freyberger HJ, Schneider W, Stieglitz RD. red. *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005. S. 195–207.
16. Torgersen S. *Epidemiology*. W: Widiger TA. red. *The Oxford Handbook of Personality Disorders*. Oxford: Oxford Academic; 2012. S. 186–205.
17. Oltmanns JR, Widiger TA. *A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: The Personality Inventory for ICD-11*. Psychol. Assess. 2018; 30(2): 154–169.
18. Bedyńska S, Cyprańska M. red. *Statystyczny drogowskaz 2. Praktyczne wprowadzenie do analizy wariancji*. Warszawa: Sedno; 2013.
19. Twenge JM, Campbell WK. *The Narcissism epidemic: Living in the age of entitlement*. New York: Simon & Schuster; 2013.
20. McWilliams N. *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2016.
21. Summers RF, Barber JP. *Terapia psychodynamiczna. Praktyka oparta na dowodach*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
22. *Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społecznego i jego uwarunkowań (EZOP II)*. <https://ezop.edu.pl/> (dostęp: 13.12.2024).
23. OECD/European Union. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Brussels: OECD Publishing, Paris/European Union; 2018.
24. Addis ME, Mahalik JR. *Men, masculinity, and the contexts of help seeking*. Am. Psychol. 2003; 58(1): 5–14.
25. Sterna A, Sterna W. *Psychoterapia: metoda leczenia prowadzona przez kobiety i dla kobiet? O zjawisku feminizacji w psychoterapii*. Psychiatria 2021; 18(2): 152–158.
26. Wheeler S. *Men and therapy: Are they compatible?* Couns. Psychother. Res. 2003; 3(1): 3–5.

Autor do korespondencji: Marcin Kłosowski
e-mail: m.klosowski@uksw.edu.pl