

Pomiar patologicznych cech osobowości według DSM-5: polska adaptacja Inwentarza Osobowości PID-5. Część I – podstawy teoretyczne

Measurement of pathological personality traits according to the DSM-5: A Polish adaptation of the PID-5. Part I – theoretical foundations

Tomasz Rowiński¹, Monika Kowalska-Dąbrowska¹, Włodzimierz Strus¹,
Jan Ciecuch^{1*}, Iwona Czuma¹, Cezary Żechowski¹, Kristian E. Markon²,
Robert F. Krueger²

¹Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

²University of Minnesota

Summary

The latest edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) proposes a novel hybrid system of personality disorder diagnosis in addition to the one previously laid down in the DSM-IV-TR. This alternative diagnostic system, published within Section III of the DSM-5, was hoped to overcome the inherent limitations of categorical diagnosis by integrating the categorical and dimensional approaches to personality disorders. As such, it constitutes a bridge between psychiatric pathology classifications and findings from psychological research on the structure of normal personality.

At the core of the hybrid DSM-5 system lies a new model of pathological personality traits, operationalized using the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5). This paper outlines the background and main features of the DSM-5 hybrid system of personality disorder diagnosis with a focus on the dimensional model of pathological traits and definitions thereof. The current status, application potential and limitations of the DSM-5 diagnostic system and the pathological traits model are also discussed. In another paper, the authors present the PID-5 inventory and report on a study investigating a Polish adaptation of this instrument.

Słowa kluczowe: zaburzenia osobowości, DSM-5, PID-5

Key words: personality disorders, DSM-5, PID-5

* Praca Jana Ciecucha wykonana w ramach grantu Narodowego Centrum Nauki nr 2014/14/M/HS6/00919

Kategorialne vs. dymensjonalne podejście do diagnozy zaburzeń osobowości

W diagnozie zaburzeń psychicznych, w tym również w diagnozie zaburzeń osobowości, dominuje podejście kategorialne, w ramach którego zaburzenia osobowości definiowane są jako oddzielne jednostki nozologiczne (kategorie), a podstawą rozpoznania jest stwierdzenie, że spełniona została określona liczba kryteriów diagnostycznych według obowiązujących klasyfikacji chorób i zaburzeń (obecnie: ICD-10 [1] albo/oraz DSM-5 [2]**). Podejście to zakłada więc, że poszczególne kategorie zaburzeń osobowości różnią się jakościowo od siebie, od innych jednostek klinicznych i od osobowości zdrowej (brak zaburzenia). Chociaż diagnoza kategorialna ma wiele zalet, już od dłuższego czasu jest także przedmiotem krytyki. Wśród najważniejszych ograniczeń tego podejścia i funkcjonujących w jego ramach klasyfikacji zaburzeń wymienić można: nadmierne współwystępowanie różnych kategorii zaburzeń osobowości u tych samych osób; arbitralne i niestabilne progi diagnostyczne (i związana z nimi dychotomizacja na poziomie kryteriów i na poziomie kategorii), a więc granice pomiędzy zaburzeniem a osobowością zdrową (niezaburzoną); niedostateczne podstawy naukowe – niepotwierdzona trafność w badaniach empirycznych oraz brak powiązań z empirycznie zweryfikowanymi, psychologicznymi modelami osobowości [por. 3–12].

Alternatywą dla podejścia kategorialnego jest podejście dymensjonalne, którego istotą jest założenie, że zaburzenia osobowości związane są z patologicznym nasileniem określonych wymiarów osobowości skatalogowanych w ramach danego modelu teoretycznego [por. 5, 10, 12, 17]. Podejście dymensjonalne uznawane jest często za bardziej użyteczne w diagnozie zaburzeń osobowości [5, 9, 13, 18], ale też liczba konkurencyjnych modeli dymensjonalnych jest tak duża [por. 12], że istotnym problemem stał się wybór najlepszego czy najbardziej użytecznego spośród nich. Znamienne w tym kontekście jest to, że już w DSM-IV-TR sygnalizowano, że problem ten stał się jedną z kluczowych przeszkód wcześniejszego wprowadzenia podejścia dymensjonalnego do systemu diagnozy zaburzeń osobowości [10, 19].

Wśród wielu, istotnych z perspektywy diagnozy zaburzeń osobowości, ujęć dymensjonalnych [por. 12] wyróżnić można np. DAPP (*Dimensional Assessment of Personality Pathology* [4]), SNAP (*Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality* [18]), SWAP (*Shedler–Westen Assessment Procedure* [20]), psychobiologiczny model Cloningera [21], czy też – zbudowany na bazie tradycji diagnozy zaburzeń psychicznych za pomocą Minnesockiego Wielowymiarowego Inwentarza Osobowości (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory* – MMPI) i nawiązujący do Pięcioczynnikowego Modelu Osobowości zdrowej (PMO [22]) – model pięciu wymiarów psychopatologii osobowości PSY-5 (*Personality Psychopathology Five*; Agresywność, Psychotyzm, Brak Zahamowań, Negatywna Emocjonalność oraz Introwersja [23]). U podłoża wszystkich modeli dymensjonalnych leży założenie kontinuum (ze swej natury ilościowego) pomiędzy osobowością zdrową i zaburzoną, choć niektóre z nich obejmują wyłącznie dysfunkcjonalne wymiary osobowości (np. wspomniany

** Polskie wydanie: Gałecki P, Pilecki M, Rymaszewska J, Szulc A, Sidorowicz S, Wciórka J. *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych (Wydanie Piąte)*. DSM-5. Wrocław: EDRA Urban & Partner; 2018

wyżej PSY-5), inne uwzględniają zarówno cechy adaptacyjne, jak i dezadaptacyjne (np. SNAP i SWAP), jeszcze inne wyróżniają wymiary „normalne”, charakteryzujące każdego człowieka, które jednak w skrajnie wysokim lub skrajnie niskim nasileniu mogą wskazywać na zaburzenie (np. PMO).

Ze względu na możliwości integracji innych modeli osobowości zdrowej i zaburzonej, a także imponującą podbudowę badań empirycznych [por. 10, 22, 24], szczególnym zainteresowaniem wśród badaczy zaburzeń osobowości w ostatnich kilkunastu latach cieszył się Pięciodziesiętny Model Osobowości [5, 11, 12, 17, 24], zwany także modelem Wielkiej Piątki. Model ten (obejmujący Neurotyczność, Ekstrawersję, Otwartość na doświadczenia, Ugodowość i Sumiennność) stworzono na podstawie psychologicznych badań nad strukturą osobowości pierwotnie jako model osobowości „zdrowej”, niemniej zakłada on też, że określone konfiguracje skrajnie wysokiego lub niskiego nasilenia „normalnych” cech mogą być związane z zaburzeniami osobowości. Rzeczywiście PMO dawał pewne możliwości różnicowania, opisu i diagnozy zaburzeń osobowości [5, 24–27], jednak i jego użyteczność (tak jak użyteczność w ogóle modeli dymensjonalnych) w tym zakresie ostatecznie okazała się ograniczona [13, 28–30]. Główny problem stanowi określenie stabilnych (replikowalnych) konfiguracji wymiarów osobowości, które miałyby wskazywać na różne rodzaje zaburzeń, oraz arbitralność progów diagnostycznych, a więc granic nasilenia poszczególnych wymiarów, których przekroczenie miałyby wskazywać na patologię [por. 25]. W związku z tym pozostają problemy związane z zastosowaniem PMO oraz innych modeli dymensjonalnych w praktyce klinicznej [por. 4, 5, 9].

Reasumując, możemy stwierdzić, że zarówno kategoriale, jak i dymensjonalne ujęcie zaburzeń osobowości ma swoje zalety, ale i ograniczenia. Ponadto PMO nie spełnił pokładanych w nim nadziei na integrację badań nad osobowością zdrową i zaburzoną [por. 30]. W tym kontekście ciekawą i obiecującą propozycją jest alternatywny, hybrydowy system diagnozy stworzony przez grupę ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA; *American Psychiatric Association*) w zakresie zaburzeń osobowości, uczestniczących w tworzeniu piątej edycji klasyfikacji DSM (DSM-5 Personality and Personality Disorders Work Group [2, 13, 14, 31]). System ten nie tylko integruje kategoriale i dymensjonalne podejście do diagnozy zaburzeń osobowości [por. 4, 31], ale stanowi też swoisty pomost pomiędzy tradycją psychiatrycznych klasyfikacji zaburzeń a psychologiczną tradycją badań nad strukturą osobowości człowieka. Częścią tego systemu jest nowy, chociaż inspirowany zarówno PMO, jak i PSY-5, wielowymiarowy model patologicznych cech osobowości [2, 14], a także jednoznaczne i merytorycznie uzasadnione kryteria przejścia od tego dymensjonalnego modelu do diagnozy kategoriale, a więc rozpoznania odrębnych jednostek nozologicznych zaburzeń osobowości.

Hybrydowy system diagnozy zaburzeń osobowości według DSM-5

Kolejne edycje DSM próbowały poradzić sobie z problemami diagnozy kategoriale, a już w DSM-IV i w jego rewizji DSM-IV-TR [19] zawarte były pewne elementy podejścia dymensjonalnego. Dziesięć wyróżnionych w klasyfikacji kategorii zaburzeń

zostało pogrupowanych w trzy ogólniejsze wiązki: A, B i C. W najnowszej, piątej edycji DSM ([2] Sekcja II) utrzymano zarówno kryteria rozpoznania, jak i liczbę zaburzeń osobowości z DSM-IV-TR. Jednakże w Sekcji III DSM-5 zaproponowano też alternatywny, hybrydowy system diagnozy, opatrując go adnotacją wskazującą, że jest to system aktualnie weryfikowany w badaniach naukowych oraz w praktyce klinicznej.

Kluczowe kryteria rozpoznania zaburzenia osobowości w hybrydowym modelu DSM-5 to kryteria A oraz B (pozostałe kryteria C–G są standardowymi kryteriami klinicznymi, mającymi na celu wykluczenie czynników sytuacyjnych, środowiskowo-kulturowych, farmakologiczno-medycznych, rozwojowych oraz innych zaburzeń psychicznych jako odpowiedzialnych za obserwowane właściwości zaburzeń osobowości). Kryterium A dotyczy nieprawidłowości (*impairments*) funkcjonowania osobowości w dwóch głównych sferach: (1) intrapsychicznej sferze Ja (*self*), obejmującej tożsamość (*identity*) oraz kierowanie sobą (*self-direction*); (2) w sferze interpersonalnej obejmującej empatię (*empathy*) oraz bliskość (*intimacy*). W sumie wyróżniono więc cztery obszary (komponenty) funkcjonowania osobowości, a nieprawidłowości w ich zakresie uznano za konstytuujące rdzeń psychopatologii osobowości. Już w kryterium A zawarty jest aspekt podejścia dymensionalnego, ponieważ funkcjonowanie osobowości opisano jako kontinuum, a nasilenie zaburzenia oceniane jest na 5-punktowej skali, od poziomu 0 – nieznaczne lub brak nieprawidłowości (*little or no impairment*) do poziomu 4 – skrajne nieprawidłowości (*extreme impairment*), za pomocą opisowej Skali Poziomu Funkcjonowania Osobowości (*Level of Personality Functioning Scale*). Diagnoza zaburzenia osobowości wymaga stwierdzenia przynajmniej umiarkowanego (poziom 2 – *moderate impairment*) poziomu nieprawidłowości funkcjonowania osobowości.

Kryterium B opiera się właśnie na nowym modelu patologicznych cech osobowości i dotyczy wystąpienia jednej bądź więcej patologicznych cech z katalogu 25 cech-aspektów (*trait facets*) zgrupowanych w pięciu ogólnych czynnikach, określanych jako cechy-domeny (*trait domains*). Jeśli chodzi o konceptualizację pięciu ogólnych domen, to autorzy modelu wyraźnie odwołują się do modeli PSY-5 oraz PMO. Negatywny afekt, Izolacja, Antagonizm, Rozhamowanie i Psychotyzm wyraźnie korespondują zarówno z pięcioma wymiarami psychopatologii osobowości modelu PSY-5 [por. 32], jak i przede wszystkim z pięcioma podstawowymi domenami osobowości z PMO [np. 5, 33–36], stanowiąc patologiczne warianty tych ostatnich. Ścisłe nawiązanie modelu „patologicznej Wielkiej Piątki” DSM-5 do PMO osobowości zdrowej wyraźnie widać w nazwach ujemnych biegunów pięciu patologicznych domen, które w czterech przypadkach są identyczne jak nazwy wymiarów PMO (por. tab. 1). Natomiast katalog cech-aspektów wchodzących w skład tych domen to propozycja zupełnie nowa, opracowana na podstawie przeglądu istniejących modeli cechowych oraz poprzez wieloetapową procedurę badań empirycznych, a wspólnie z pięcioma domenami tworzy ona nowy, całościowy, hierarchiczny model patologicznych cech osobowości [2, 13]. Spośród 25 aspektów 21 przynależy wyłącznie do jednej domeny, cztery (Depresyjność, Podejrzliwość, Ograniczona emocjonalność i Wrogość) należą zaś jednocześnie do dwóch domen. Ponadto dwa aspekty (Sztwywny Perfekcjonizm oraz Ograniczona emocjonalność) przyporządkowane są określonym domenom

z odwróconym biegunem. Każda z pięciu patologicznych domen posiada od trzech (Psychotyzm) do dziewięciu aspektów (Negatywny afekt). Nazwy wszystkich cech-domen i cech-aspektów wraz z ich definicjami i proponowanymi przez nas skrótami nazw zaprezentowano w tabeli 1.

Tabela 1. Definicje 5 cech-domen oraz 25 cech-aspektów w modelu Sekcji III DSM-5

| | Skrót | CECHY-DOMENY oraz cechy-aspekty | DEFINICJA |
|-----------------|-------|--|--|
| NEGATYWNY AFEKT | NA | NEGATYWNY AFEKT (Negative affectivity) vs. Stabilność emocjonalna (Emotional stability) | Częste i intensywne doświadczanie szerokiego zakresu emocji negatywnych (np. lęku, depresji, poczucia winy/wstydu, zamartwiania się, gniewu), a także ich przejawy w zachowaniu (np. samouszkodzenia) oraz w relacjach interpersonalnych (np. zależność). |
| | Emo | Labilność emocjonalna (Emotional lability) | Niestabilność w sferze emocjonalnych doświadczeń i nastroju; emocje wzbudzone są łatwo, intensywnie i/lub nieproporcjonalnie do wydarzeń i okoliczności. |
| | Anx | Niepokój (Anxiousness) | Doświadczanie niepokoju, napięcia lub paniki w reakcji na różnorodne sytuacje; częste zamartwianie się negatywnymi konsekwencjami nieprzyjemnych zdarzeń z przeszłości oraz możliwościami ich wystąpienia w przyszłości; uczucie strachu i obawy związane z niepewnością; oczekiwanie najgorszych scenariuszy zdarzeń. |
| | Sep | Lęk separacyjny (Separation insecurity) | Lęk przed samotnością spowodowaną odrzuceniem i/lub separacją od osób znaczących; podstawą tego lęku jest brak zaufania do własnych możliwości zadbania o siebie, zarówno w sensie fizycznym, jak i emocjonalnym. |
| | Sub | Submisyjność (Submissiveness) | Dostosowywanie swoich zachowań do rzeczywistych lub postrzeganych interesów i potrzeb innych osób nawet wtedy, gdy postępowanie to jest sprzeczne z własnym interesem, potrzebami lub pragnieniami. |
| | Host | Wrogość (Hostility) | Stale lub często pojawiające się uczucia gniewu; złość lub irytacja występują w odpowiedzi na drobne lekceważenie lub obrażę; zachowywanie się w sposób niemiły, przykry dla innych oraz mściwy. |
| | Pers | Perseweratywność (Perseveration) | Uporczywość w wykonywaniu zadań albo w robieniu różnych rzeczy w określony sposób, pomimo że zachowania te przestały być efektywne czy funkcjonalne; kontynuacja tych samych zachowań pomimo powtarzających się niepowodzeń albo wyraźnych powodów do ich zaprzestania. |
| | Depr | Depresyjność | Zob. IZOLACJA. |
| | Susp | Podejrzliwość | Zob. IZOLACJA. |
| | Res | (-) Ograniczona emocjonalność | Niski poziom tej cechy charakteryzuje wysoki poziom Negatywnego afektu. Zob. IZOLACJA. |

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

| | | | |
|------------|------|--|--|
| IZOLACJA | DE | IZOLACJA (Detachment) vs. Ekstrawersja (Extraversion) | Unikanie doświadczeń społecznych i emocjonalnych, polegające zarówno na wycofywaniu się z interakcji międzyludzkich (szeroko rozumianych: od zwykłych, codziennych kontaktów do przyjaźni i relacji intymnych), jak i na ograniczeniu przeżyć i ekspresji emocjonalnej; szczególnie niska zdolność odczuwania przyjemności. |
| | With | Wycofanie (Withdrawal) | Preferowanie raczej bycia samemu niż przebywania z innymi; mało mówność; unikanie kontaktów i aktywności społecznych; brak inicjatywy w nawiązywaniu relacji. |
| | Int | Unikanie bliskości (Intimacy avoidance) | Unikanie zakochiwania się, bliskich relacji, więzi międzyludzkich i intymnych relacji seksualnych. |
| | Anh | Anhedonia (Anhedonia) | Brak energii, zadowolenia i zaangażowania w doświadczenia życiowe; deficyty w zakresie zdolności do odczuwania przyjemności oraz brak zainteresowania otoczeniem. |
| | Depr | Depresyjność (Depressivity) | Poczucie przygnębienia, bycia nieszczęśliwym i/lub beznadziejności; trudność w przewyciężeniu takich nastrojów; pesymizm związany z przyszłością; trwale i uogólnione poczucie wstydu i/lub winy; niskie poczucie własnej wartości; myśli samobójcze i zachowania suicydalne. |
| | Res | Ograniczona emocjonalność (Restricted affectivity) | Niska reaktywność na sytuacje wywołujące emocje; ograniczone przeżywanie i wyrażanie emocji; obojętność i dystans w sytuacjach zwykle angażujących emocjonalnie. |
| | Susp | Podęrzliwość (Suspiciousness) | Wrażliwość na oznaki złej woli i spodziewanie się chęci wyrządzenia krzywdy przez innych; wątpliwość i nieufność w lojalność i wierność innych; poczucie, że jest się źle traktowanym, wykorzystywanym i/lub prześladowanym. |
| ANTAGONIZM | AN | ANTAGONIZM (Antagonism) vs. Ugodowość (Agreeableness) | Przedkładanie interesu własnego nad potrzeby innych ludzi, przejawiające się w wyolbrzymionym poczuciu własnej ważności, przy jednoczesnym oczekiwaniu specjalnego traktowania, a także wyrażające się w okazywaniu innym rezerwy i antypatii, co obejmuje zarówno brak świadomości potrzeb i uczuć innych, jak i gotowość do wykorzystywania ich w realizowaniu własnych celów. |
| | Man | Sklonność do manipulacji (Manipulativeness) | Stosowanie podstępów, aby wywierać wpływ na innych lub ich kontrolować; wykorzystywanie elokwencji, uroku, uwodzenia i ingracji, aby osiągać własne cele. |
| | Dec | Sklonność do oszukiwania (Deceitfulness) | Oszukiwanie i nieuczciwość; przedstawianie nieprawdziwego obrazu siebie; ubarwianie lub zmyślanie podczas opowiadania o różnych wydarzeniach. |
| | Gran | Wielkościowość (Grandiosity) | Przekonanie, że jest się kimś lepszym od innych, zasługującym na specjalne traktowanie; egocentryzm; poczucie posiadania specjalnych praw; protekcyjna postawa wobec innych. |

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

| | | | |
|--------------|------|--|--|
| ANTAGONIZM | Att | Poszukiwanie uwagi (Attention seeking) | Angażowanie się w działania, które mają na celu bycie zauważonym oraz skupienie na sobie uwagi i podziwu innych ludzi. |
| | Call | Niewrażliwość (Calmness) | Brak troski o uczucia i problemy innych ludzi; brak poczucia winy lub wyrzutów sumienia z powodu negatywnych lub krzywdzących dla innych konsekwencji własnych działań. |
| | Hos | Wrogość | Zob. NEGATYWNY AFEKT. |
| ROZHAMOWANIE | DI | ROZHAMOWANIE (Disinhibition) vs. Sumienność (Conscientiousness) | Nastawienie na otrzymywanie natychmiastowej gratyfikacji, prowadzące do impulsywnych zachowań wywołanych przez aktualne myśli, uczucia i bodźce zewnętrzne, bez względu na przeszłe doświadczenia lub przewidywane przyszłe konsekwencje. |
| | Irr | Nieodpowiedzialność (Irresponsibility) | Lekceważenie i brak poszanowania dla finansowych i innych zobowiązań czy obowiązków; brak szacunku dla umów i obietnic oraz niewywiązywanie się z nich; niedbały i bez troski stosunek do cudzej własności. |
| | Imp | Impulsywność (Impulsivity) | Działanie pod wpływem chwili w bezpośredniej odpowiedzi na bodziec; działania natychmiastowe, bez planu czy rozważenia ich skutków; trudności w ustalaniu i realizowaniu planu; poczucie przymusu natychmiastowego działania, a także zachowania samouszkodzające w sytuacjach napięcia emocjonalnego. |
| | Dis | Podatność na rozpraszanie uwagi (Distractibility) | Trudność w koncentracji i skupieniu się na zadaniach. Uwaga jest łatwo rozpraszana przez bodźce zewnętrzne; trudności w podtrzymywaniu działań zorientowanych na cel w zakresie zarówno planowania, jak i kończenia zadań. |
| | Ris | Sklonność do nadmiernego ryzyka (Risk taking) | Angażowanie się w działania niebezpieczne, ryzykowne i potencjalnie szkodliwe – niepotrzebnie i bez względu na konsekwencje; nieuwzględnianie własnych ograniczeń i zaprzeczanie realności zagrożenia dla siebie; lekkomyślne dążenie do celów bez względu na związane z tym ryzyko. |
| | Rig | (-) Sztywny perfekcjonizm (Rigid perfectionism) | Sztywne dążenie, aby wszystko było bez zarzutu, doskonale i bez błędów; dotyczy to zarówno działań własnych, jak i działań wykonywanych przez innych; poświęcenie dotrzymywania terminów w imię dbałości o poprawność w każdym szczególe; przekonanie, że istnieje tylko jeden właściwy sposób robienia różnych rzeczy; trudność w zmianie poglądów i/lub punktu widzenia; zaabsorbowanie szczegółami, organizacją i porządkiem. Niski poziom tej cechy charakteryzuje wysoki poziom Rozhamowania. |
| PSYCHOTYZM | PS | PSYCHOTYZM (Psychoticism) vs. Klarowność (Lucidity) | Przejawianie szerokiego zakresu kulturowo nieprzystających, ekscentrycznych lub nietypowych zachowań i procesów poznawczych – dotyczy to zarówno ich przebiegu (np. percepcja, dysocjacja), jak i treści (np. przekonania). |

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

| | | | |
|------------|------|--|---|
| PSYCHOTYZM | Unu | Nietypowe przekonania i doświadczenia (Unusual beliefs and experiences) | Przekonanie o własnych niezwykłych zdolnościach, takich jak: czytanie cudzych myśli, telekineza; utożsamianie myślenia z działaniem, niezwykle doświadczanie rzeczywistości, w tym doświadczenia halucynopodobne. |
| | Ecc | Ekscentryczność (Eccentricity) | Osobliwe, niezwykle lub dziwaczne zachowanie, wygląd i/lub wypowiedanie się; posiadanie dziwnych i nieprzewidywalnych myśli; mówienie rzeczy niezwykłych lub niestosownych. |
| | Perd | Dysregulacja poznawcza i percepcyjna (Cognitive and perceptual dysregulation) | Dziwaczne lub niezwykle procesy myślowe i doświadczenia, w tym depersonalizacja, derealizacja i dysocjacja; mieszanie się stanów świadomości i snu; doświadczenie kontrolowania myśli. |

Każda cecha w tym modelu jest wymiarem, którego nasilenie jest oceniane za pomocą specjalnie do tego celu skonstruowanego kwestionariusza (Inwentarz Osobowości PID-5 [14]). Jednocześnie hybrydowy charakter systemu diagnozy DSM-5 [por. 31] oznacza, że ma on również elementy podejścia kategoryjnego. Elementy te obecne są w końcowym etapie diagnozy klinicznej, w którym na podstawie wysokiego nasilenia określonych cech patologicznych rozpoznana zostaje kategoria specyficznego zaburzenia osobowości (po uprzednim spełnieniu kryterium A). DSM-5 nie podaje konkretnego progu (*threshold*) wysokiego nasilenia cech, rekomendując odniesienie do norm populacyjnych i/lub oceny klinicznej (np. popartej wywiadem), ale w literaturze przedmiotu przyjmuje się czasem średnią powyżej 2 (w skali 0–3) dla wyniku w skalach kwestionariusza PID-5 [37; por. 14, 38]. Warto dodać, że także kryterium A zawiera opis charakterystycznych objawów w zakresie każdej z czterech stref funkcjonowania osobowości oddzielnie dla każdej kategorii specyficznego zaburzenia osobowości, a spełnienie tego kryterium wymaga stwierdzenia umiarkowanego lub wyższego poziomu nieprawidłowości funkcjonowania osobowości w przynajmniej dwóch strefach.

W Sekcji III DSM-5 opisano sześć kategorii specyficznych zaburzeń osobowości. Zredukowano ich liczbę (z dziesięciu) pod wpływem krytyki kryteriów definiowania oraz wyników badań wskazujących na bardzo duże współwystępowanie kategorii z DSM-IV-TR w praktyce diagnostycznej [5, 9, 13]. Owych sześć wyróżnionych w DSM-5 kategorii zaburzeń, które najrzadziej współwystępowały ze sobą oraz z innymi rodzajami zaburzeń psychicznych, to osobowość: antyspołeczna, unikająca, z pogranicza, narcystyczna, obsesyjno-kompulsyjna i schizotypowa. Wyeliminowano zatem obecne w DSM-IV-TR zaburzenia osobowości: schizoidalnej, zależnej, histrionicznej i paranoidalnej.

Tabela 2 przedstawia sześć kategorii zaburzeń w klasyfikacji DSM-5, zestawy diagnostycznych dla nich cech-aspektów oraz kryteria diagnostyczne. Kryteria te, określające jakie patologiczne cechy-aspekty oraz w jakiej liczbie są konieczne i/lub wystarczające do diagnozy danego zaburzenia, są różne dla różnych kategorii zaburzeń. Przykładowo diagnoza antyspołecznego zaburzenia osobowości wymaga wystąpienia 6 z 7 wskazanych cech-aspektów, natomiast do rozpoznania osobowości narcystycznej konieczne jest stwierdzenie wysokiego nasilenia obydwu wskazanych cech-aspektów. Układy patologicznych cech oraz kryteria opartej na nich diagnozy poszczególnych

kategorii zaburzeń zostały przez twórców DSM-5 opracowane w sposób całościowy na podstawie metaanaliz i danych empirycznych dotyczących relacji pomiędzy cechami a diagnozami zaburzeń osobowości według DSM-IV.

Tabela 2. Kategorie zaburzeń osobowości oraz patologiczne cechy będące ich wskaźnikami (kryterium B) według propozycji DSM-5 w Sekcji III

| Zaburzenie osobowości | Kryteria rozpoznania oraz patologiczne cechy-aspekty | Patologiczne cechy-domeny |
|-----------------------|--|---|
| Antyspołeczne | Przynajmniej 6 z: – Skłonność do manipulacji – Niewrażliwość – Skłonność do oszukiwania – Wrogość – Skłonność do nadmiernego ryzyka – Impulsywność – Nieodpowiedzialność | Antagonizm Rozhamowanie |
| Unikowe | Wymagany: – Niepokój oraz przynajmniej 2 z: – Wycofanie – Anhedonia – Unikanie bliskości | Negatywny afekt Izolacja |
| Z pogranicza | Łącznie przynajmniej 4; wymagany przynajmniej 1 z: – Impulsywność – Skłonność do nadmiernego ryzyka – Wrogość oraz pozostały/pozostałe z: – Labilność emocjonalna – Niepokój – Lęk separacyjny – Depresyjność | Rozhamowanie Negatywny afekt (Antagonizm Izolacja) |
| Narcystyczne | Wymagane 2: – Wielkościowość – Poszukiwanie uwagi | Antagonizm |
| Obsesyjno-kompulsyjne | Wymagany: – Sztwywny perfekcjonizm oraz przynajmniej 2 z: – Perseweratywność – Unikanie bliskości – Ograniczona emocjonalność | Rozhamowanie (-) Negatywny afekt Izolacja |

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

| | | |
|--------------|--|---|
| Schizotypowe | Przynajmniej 4 z: – Dysregulacja poznawcza i percepcyjna – Nietypowe doświadczenia i przekonania – Ekscentryczność – Ograniczona emocjonalność – Wycofanie – Podejrzliwość | Psychotyzm Izolacja (Negatywny afekt) |
|--------------|--|---|

Obok diagnozy jednego z sześciu specyficznych zaburzeń osobowości w systemie z Sekcji III DSM-5 możliwe jest rozpoznanie także tzw. zaburzenia osobowości określonego przez cechę (PD-TS – *Personality Disorders – Trait Specified* [2, por. 6]). Tą kategorią zastąpione zostały niezdefiniowane precyzyjnie (a często diagnozowane) tzw. zaburzenia nieokreślone (PDNOS – *Personality Disorder Non Otherwise Specified*) obecne w poprzednich edycjach DSM. PD-TS diagnozowane jest w sytuacji, kiedy (1) przynajmniej umiarkowanemu poziomowi nieprawidłowości funkcjonowania osobowości, manifestującemu się trudnościami w zakresie co najmniej dwóch z czterech jego obszarów (kryterium A), (2) towarzyszy przynajmniej jedna wysoko nasilona patologiczna cecha-domena albo cecha-aspekt (kryterium B), ale (3) nie występuje żadna z konfiguracji wymaganych do stwierdzenia zaburzenia specyficznego (kryterium B) i/lub brak jest charakterystycznych dla nich trudności w zakresie funkcjonowania osobowości (kryterium A). I tak na przykład nieobecna w Sekcji III DSM-5 jako specyficzne zaburzenie osobowości histrioniczna może być ujęta jako PD-TS z takimi cechami jak Labilność emocjonalna, Poszukiwanie uwagi oraz Skłonność do manipulacji [za: 6].

Ponadto nawet w wypadku diagnozy określonej kategorii specyficznego zaburzenia osobowości stwierdzenie występowania innych, dodatkowych cech-aspektów (nie wymaganych przez kryteria diagnostyczne) może służyć jako specyfikator (*specifier*) tego zaburzenia, wzbogacający obraz kliniczny. Na przykład diagnozie osobowości narcystycznej (wysokie nasilenie Wielkościowości oraz Poszukiwania uwagi) dodatkowo towarzyszyć mogą inne cechy z domeny Antagonizmu (wysokie nasilenie Skłonności do manipulacji, Skłonności do oszukiwania i Niewrażliwości), co wskazywałoby na bardziej „złośliwą” (*malignant*) jego postać, albo cechy z domeny Negatywnej afektywności (np. Depresyjność, Niepokój), co z kolei wskazywałoby na bardziej „podatny na zranienie” (*vulnerable*) obraz tego zaburzenia [2]. Podobnie specyfikować specyficzne zaburzenia może uwzględnienie szczegółów oceny poziomu funkcjonowania osobowości (kryterium A).

Podsumowanie – status i możliwości hybrydowego systemu DSM-5

Zaprezentowany w Sekcji III DSM-5 alternatywny system diagnozy zaburzeń osobowości został oznaczony jako system aktualnie weryfikowany w badaniach naukowych i w praktyce klinicznej, a jego wprowadzenie obok systemu zaprezentowanego w Sekcji II i przeniesionego z DSM-IV-TR uzasadnione zostało decyzją o

zachowaniu ciągłości aktualnej praktyki klinicznej przy jednoczesnym wprowadzaniu nowego ujęcia mającego na celu przezwycięzenie wielu wad obecnego podejścia do diagnozy zaburzeń osobowości [2]. Hybrydowy system zaburzeń osobowości opracowany przez APA [2] jest z pewnością interesującą propozycją. Stanowi on odpowiedź na postulowane od dawna w psychopatologii uzupełnienie modeli kategoryalnych modelami dymensjonalnymi. Zresztą dyskusja pomiędzy zwolennikami jednego i drugiego podejścia wykracza daleko poza tematykę zaburzeń osobowości [por. 39, 40]. Wprowadzenie modeli dymensjonalnych zaproponowano także w ocenie objawów i zespołów takich zaburzeń jak np. zaburzenia zachowania, ADHD, zaburzenie opozycyjno-buntownicze (ODD) [41], zaburzenia afektywne [42], zaburzenia ze spektrum autyzmu [43] i psychozy [44, 45]. Wielu badaczy skłania się wszakże do wniosku, że podręcznik DSM-5 jest propozycją przejściową, ponieważ intensywny rozwój neuronauki wraz z postępami w badaniach nad obrazowaniem mózgu, badaniami genetycznymi oraz nad wpływem czynników środowiskowych doprowadzą w najbliższych latach do poszerzenia wiedzy na temat etiologii zaburzeń psychicznych [46].

Dotychczasowe badania wskazują na to, że czynniki etiologiczne cechują się znaczną heterogennością transdiagnostyczną [47], a manifestacja poszczególnych zaburzeń istotnie różni się w poszczególnych grupach wiekowych oraz w zależności od płci i źródła pozyskiwania wiedzy o objawach. Jednakże i w tym kontekście hierarchiczne podejście dymensjonalne, reprezentowane przez alternatywny system DSM-5, ale którego bardzo dobrym przykładem jest także procedura diagnostyczna CBCL (*Child Behavior Checklist*) Achenbacha [41], pozwala na uwzględnienie powyższych aspektów przez określenie punktów odcięcia charakterystycznych dla badanych grup i ogólnie bardzo dobrze koresponduje z powyżej przedstawionymi założeniami i obserwacjami.

Obok jego hybrydowego, dymensjonalno-kategoryalnego charakteru największymi zaletami alternatywnego systemu DSM-5 wydają się konstrukcja kryterium A, oparte na modelu czterech obszarów funkcjonowania osobowości, oraz empiryczne podstawy modelu patologicznych cech osobowości z kryterium B. Ten ostatni pozwala na lepsze przewidywanie kategorii zaburzeń osobowości, co potwierdzono już także w badaniach polskich [3], i stanowi bardzo obiecującą próbę przezwyciężenia ograniczeń diagnozy kategoryalnej oraz połączenia tradycji psychiatrycznej diagnozy zaburzeń osobowości z tradycją psychologicznych badań nad strukturą osobowości zdrowej [por. 3, 5, 16]. W tym kontekście jednak dalszych badań wymagają następujące kwestie: (1) czy katalog 25 cech-aspektów wystarcza do charakterystyki wszystkich postaci zaburzeń osobowości [por. 24, 48]; (2) czy klucz przyporządkowujący określone konfiguracje cech-aspektów sześciu specyficznym kategoriom zaburzeń jest optymalny [por. 38, 49–51]; (3) czy redukcja liczby kategorii specyficznych zaburzeń osobowości do sześciu jest właściwa; (4) czy hybrydowy system diagnozy zaburzeń DSM-5 jest użyteczny w praktyce klinicznej. Obok wartości naukowej alternatywnego systemu diagnozy DSM-5 oraz – będącego jego częścią – dymensjonalnego modelu patologicznych cech osobowości zoperacjonalizowanego w Inwentarzu Osobowości PID-5 zasadniczą kwestią pozostaje bowiem użyteczność systemu dla klinicystów

praktyków. O ile wartość naukowa systemu, a w szczególności trafność i rzetelność PID-5 w różnych grupach klinicznych i nieklinicznych, różnych wersjach oraz adaptacjach językowych w coraz większym stopniu znajdują adekwatną weryfikację empiryczną [por. np. 3, 14, 33–36, 52–59], o tyle nadal stosunkowo niewiele wiadomo na temat użyteczności systemu DSM-5 i PID-5 w codziennej praktyce klinicznej [60]. Na istotne trudności w użyciu tego systemu przez klinicystów (a w takim celu został on skonstruowany) zwracała uwagę grupa takich badaczy i terapeutów, jak np. Beck, Fonagy, Kernberg, Shedler czy Westen [60]. Główne wątpliwości zgłaszane przez badaczy, psychoterapeutów i psychiatrów dotyczyły redukcji liczby prototypów/kategorii zaburzeń osobowości i nieuwzględnienia tak częstych w praktyce klinicznej zaburzeń, jak zaburzenie osobowości histrionicznej, zależnej czy paranoidalnej [por. 61, 62]. Liczba kategorii zaproponowana w hybrydowym systemie DSM-5 nie pokrywa ich zdaniem całego spektrum patologii osobowości, a jedynie jego część, przy czym uzasadnienie teoretyczne systemu pomija szeroką literaturę badawczą dotyczącą powyższych zaburzeń [por. 5].

Należy jednak zauważyć, że racją powstania alternatywnego modelu diagnozy DSM-5 (i ograniczenia liczby kategorii specyficznych zaburzeń osobowości) są właśnie badania empiryczne wskazujące na szerokie współwystępowanie w praktyce zaburzeń osobowości, klasyfikowanych w dotychczasowych edycjach podręczników diagnostycznych, i nadużywanie PDNOS [por. 58]. Ponadto kategoria zaburzeń PD-TS obecna w hybrydowym modelu DSM-5 i możliwa do zdiagnozowania za pomocą PID-5 otwiera możliwości „odkrycia” dodatkowych prototypów/kategorii specyficznych zaburzeń osobowości i być może włączenia ich w katalog sześciu już wyróżnionych, jeśli tylko określone konfiguracje cech-aspektów będą powtarzały się regularnie w badaniach naukowych i w praktyce klinicznej. Także klucz cech-aspektów charakteryzujący określone kategorie specyficznych zaburzeń osobowości jest weryfikowany i może być optymalizowany w toku dalszych badań, jeśli okaże się to konieczne [por. 3, 38, 49].

Do rozstrzygnięcia pozostaje jednak kwestia newralgiczna – niektórzy autorzy krytyki alternatywnego systemu diagnozy zaburzeń osobowości DSM-5 podkreślają, że sama jego procedura diagnostyczna może być na tyle skomplikowana, że klinicyści mogą mieć problemy lub nawet nie być zainteresowani wdrażaniem jej do codziennej praktyki. Głosy te należy uwzględnić, chociaż poziom złożoności i pracochłonności systemu DSM-5 nie wydaje się większy niż w wypadku innych, w tym nowych systemów diagnostycznych (np. SWAP). W przyszłości zapewne wszystkie trzy źródła informacji, tj. badania naukowe, ewaluacja funkcjonowania systemu w różnych grupach pacjentów oraz informacje praktyczne pochodzące od klinicystów, zadecydują o statusie alternatywnego systemu DSM-5 i wchodzącego w jego skład inwentarza PID-5 wśród innych narzędzi i systemów oceny zaburzeń osobowości.

Piśmiennictwo

1. WHO *International Classification of Diseases, 10th Revision*. WHO; 1992.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – 5th Edition*. Washington, DC: APA; 2013.
3. Strus W, Rowiński T, Ciecich J, Kowalska-Dąbrowska M, Czuma I, Żechowski C. *Patologiczna Wielka Piątka: próba zbudowania pomostu pomiędzy psychiatryczną klasyfikacją zaburzeń a cechowym modelem osobowości zdrowej*. Roczniki Psychologiczne 2017; 20(2): 429–450.
4. Livesley WJ. *A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder*. J. Pers. Disord. 2007; 21(2): 199–224.
5. Widiger TA. *The Oxford handbook of personality disorders*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2012.
6. Grabski B, Gierowski JK. *Zaburzenia osobowości – różne spojrzenia i próby ich integracji*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(5): 829–844.
7. Cierpiałkowska L. *Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2004.
8. Markon KE. *Epistemological pluralism and scientific development: An argument against authoritative nosologies*. J. Pers. Disord. 2013; 27(5): 554.
9. Trull TJ, Durrett CA. *Categorical and dimensional models of personality disorder*. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2005; 1: 355–380.
10. Widiger TA, Simonsen K. *Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground*. J. Pers. Disord. 2005; 19(2): 110–130.
11. Widiger TA, Trull TJ. *Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model*. Am. Psychol. 2007; 62(2): 71.
12. Widiger TA, Simonsen E, Sirovatka PJ, Regier DA. *Dimensional models of personality disorders. Refining the research agenda for DSM-V*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2006.
13. Krueger RF, Eaton NR, Clark LA, Watson D, Markon KE, Derringer J i wsp. *Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5*. J. Pers. Disord. 2011; 25(2): 170–191.
14. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. *Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5*. Psychol. Med. 2012; 42(9): 1879–1890.
15. Rowiński T, Kowalska-Dąbrowska M, Strus W, Ciecich J, Czuma I, Żechowski C i wsp. *Pomiar patologicznych cech osobowości według DSM-5: polska adaptacja Inwentarza Osobowości PID-5. Część II – wyniki empiryczne*. Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST Nr 99. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/86478>
16. Markon E, Krueger R, Watson D. *Delineating the structure of normal and abnormal Personality: An integrative hierarchical approach*. J. Pers. Soc. Psychol. 2005; 88(1): 139–157.
17. Widiger TA, Livesley WJ, Clark LA. *An integrative dimensional classification of personality disorder*. Psychol. Assess. 2009; 21(3): 243–255.
18. Clark LA. *Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization*. Annu. Rev. Psychol. 2007; 58: 227–257.
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision*. Washington, D.C.: APA; 2000.

20. Westen D, Shedler J. *Personality diagnosis with the Shedler–Westen Assessment Procedure (SWAP): Integrating clinical and statistical measurement and prediction*. J. Abnorm. Psychol. 2007; 116(4): 810–822.
21. Cloninger CR. *Biology of personality dimensions*. Curr. Opin. Psychiatry 2000; 13: 611–616.
22. McCrae RR, Costa PT. *Osobowość dorosłego człowieka*. Kraków: Wydawnictwo WAM; 2005.
23. Harkness AR, McNulty JL, Ben-Porath YS. *The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Constructs and MMPI-2 scales*. Psychol. Assess. 1995; 7(1): 104–114.
24. Widiger TA, Costa PT. *Personality disorders and the Five-Factor Model of personality*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2013.
25. Miller JD. *Five-factor model personality disorder prototypes: A review of their development, validity, and comparison to alternative approaches*. J. Pers. 2012; 80(6): 1565–1591.
26. Samuel DB, Widiger TA. *A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis*. Clin. Psychol. Rev. 2008; 28(8): 1326–1342.
27. Saulsman LM, Page AC. *The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review*. Clin. Psychol. Rev. 2004; 23(8): 1055–1085.
28. Bagby RM, Costa PT, Widiger TA, Ryder AG, Marshall M. *DSM-IV personality disorders and the Five-Factor Model of personality: A multi-method examination of domain – and facet-level predictions*. Eur. J. Pers. 2005; 19: 307–324.
29. De Fruyt F, De Clercq BJ, Van de Wiele L, Van Heeringen K. *The validity of Cloninger’s psychobiological model versus the five-factor model to predict DSM-IV personality disorders in a heterogeneous psychiatric sample: Domain facet and residualized facet descriptions*. J. Pers. 2006; 74(2): 479–510.
30. Zawadzki B. *Pięciodzownikowa Teoria Osobowości a zaburzenia psychiczne*. W: Siuta J red. *Diagnoza osobowości. Inwentarz NEO-PI-R w teorii i praktyce*. Warszawa: PTP; 2009. S. 220–237.
31. Skodol AE, Clark LA, Bender DS, Krueger RF, Livesley WJ, Morey LC i wsp. *Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5, part I: Description and rationale*. Personal. Disord. 2011; 2(1): 4–22.
32. Anderson JL, Sellbom M, Bagby RM, Quilty LC, Veltri COC, Markon KE i wsp. *On the Convergence Between PSY-5 Domains and PID-5 Domains and Facets: Implications for Assessment of DSM-5 Personality Traits*. Assessment 2013; 20(3): 286–294.
33. De Fruyt F, de Clercq B, de Bolle M, Wille B, Markon KE, Krueger RF. *General and maladaptive traits in a five-factor framework for DSM-5 in a university student sample*. Assessment 2013; 20(3): 295–307.
34. Griffin SA, Samuel DB. *A closer look at the lower-order structure of the Personality Inventory for DSM-5: Comparison with the Five-Factor Model*. Personal. Disord. 2014; Advance online publication.
35. Thomas KM, Yalch MM, Krueger RF, Wright AG, Markon KE, Hopwood CJ. *The convergent structure of DSM-5 personality trait facets and five-factor model trait domains*. Assessment 2013; 20(3): 308–311.
36. Quilty LC, Ayeast L, Chmielewski M, Pollock BG, Bagby RM. *The psychometric properties of the Personality Inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 Field Trial sample*. Assessment 2013; 20(3): 362–369.

37. Samuel DB, Hopwood CJ, Krueger RF, Thomas KM, Ruggero CJ. *Comparing methods for scoring personality disorder types using maladaptive traits in DSM-5*. *Assessment* 2013; 20(3): 353–361.
38. Morey LC, Skodol AE. *Convergence between DSM-IV-TR and DSM-5 Diagnostic Models for Personality Disorder: Evaluation of strategies for establishing diagnostic thresholds*. *J. Psychiatr. Pract.* 2013; 19(3): 179–193.
39. Pickles A, Angold A. *Natural categories or fundamental dimensions: On carving nature at the joints and rearticulation of psychopathology*. *Dev. Psychopathol.* 2003; 15(3): 529–551.
40. Coghill D, Sonuga-Barke EJS. *Annual research review: Categories versus dimensions in classification and conceptualisation of child and adolescent mental disorders: Implications of recent empirical study*. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2012; 53(5): 469–489.
41. Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families; 2001.
42. Angst J. *Will mania survive DSM-5 and ICD-11?* *Int. J. Bipolar Disord.* 2015; 3(24): 1–3.
43. Elton A, Di Martino A, Hazlett HC, Gao W. *Neural connectivity for categorical-dimensional Hybrid model of autism spectrum disorder*. *Biol. Psychiatry* 2016; 80(2): 120–128.
44. Murray V, McKee I, Miller PM, Young D, Muir WJ, Pelosi AJ i wsp. *Dimensions and classes of psychosis in a population cohort: A four-class, four-dimension model of schizophrenia and affective psychoses*. *Psychol. Med.* 2005; 35(4): 499–510.
45. Potuzak M, Ravichandran C, Lewandowski KE, Ongür D, Cohen BM. *Categorical vs dimensional classifications of psychotic disorders*. *Compr. Psychiatry* 2012; 53(8): 1118–1129.
46. Hudziak JJ, Achenbach T, Althoff RR, Pine DS. *A dimensional approach to developmental psychopathology*. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 2007; 16(S1): S16–S23.
47. Achenbach TM. *Transdiagnostic heterogeneity, hierarchical dimensional models, and societal, cultural, and individual differences in the developmental understanding of psychopathology*. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2015; 24(12): 1419–1422.
48. Gore WL, Pincus AL. *Dependency and the Five Factor Model*. W: Widiger TA, Costa PT red. *Personality disorders and the Five-Factor Model of personality*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2013. S. 163–177.
49. Bach B, Markon K, Simonsen E, Krueger RF. *Clinical utility of the DSM-5 alternative model of personality disorders: Six cases from practice*. *J. Psychiatr. Pract.* 2015; 21(1): 3–25.
50. Hopwood CJ, Thomas KM, Markon KE, Wright AGC, Krueger RF. *DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders*. *J. Abnorm. Psychol.* 2012; 121(2): 424–432.
51. Yam WH, Simms LJ. *Comparing criterion – and trait-based personality disorder diagnoses in DSM-5*. *J. Abnorm. Psychol.* 2014; 123(4): 802–808.
52. Al-Dajani N, Gralnick TM, Bagby RM. *A psychometric review of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Current status and future directions*. *J. Pers. Assess.* 2016; 98(1): 62–81.
53. Bastiaens T, Claes L, Smits D, De Clercq B, De Fruyt F, Rossi G i wsp. *The construct validity of the Dutch Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders (PID-5) in a clinical sample*. *Assessment* 2016; 23(1): 42–51.
54. De Clercq B, De Fruyt F, De Bolle M, Van Hiel A, Markon KE, Krueger RF. *The hierarchical structure and construct validity of the PID-5 trait measure in adolescence*. *J. Pers.* 2014; 82(2): 158–169.

55. Few LR, Miller JD, Rothbaum AO, Meller S, Maples J, Douglas P i wsp. *Examination of the Section III DSM-5 Diagnostic System for Personality Disorders in an Outpatient Clinical Sample*. J. Abnorm. Psychol. 2013; 122(4): 1057–1069.
56. Fossati A, Krueger RF, Markon KE, Borroni S, Maffei C. *Reliability and validity of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults*. Assessment 2013; 20(6): 689–708.
57. Markon KE, Quilty LC, Bagby RM, Krueger RF. *The development and psychometric properties of an informant-report form of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)*. Assessment 2013; 20(3): 370–383. Doi: 10.1177/1073191113486513.
58. Skodol AE. *Diagnosis and DSM-5: Work in progress*. W: Widiger TA red. *The Oxford handbook of personality disorders*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2012. S. 35–57.
59. Yalch MM, Hopwood CJ. *Convergent, discriminant, and criterion validity of DSM-5 traits*. Personal. Disord. 2016; 7(4): 394–404.
60. Shedler J, Beck A, Fonagy P, Gabbard GO, Gunderson J, Kernberg O i wsp. *Personality disorders in DSM-5*. Am. J. Psychiatry 2010; 167(9): 1026–1028.
61. Livesley WJ. *Disorder in the proposed DSM-5 classification of personality disorders*. Clinical Psychology & Psychotherapy 2012; 19(5): 364–368.
62. Zimmerman M. *A critique of the proposed prototype rating system for personality disorders in DSM-5*. J. Pers. Disord. 2011; 25(2): 206.

Adres: Włodzimierz Strus
Instytut Psychologii UKSW
01-938 Warszawa, ul. Wóycickiego 1/3 bud. 14
e-mail: w.strus@uksw.edu.pl

Otrzymano: 13.11.2017
Zrecenzowano: 17.02.2018
Otrzymano po poprawie: 5.03.2018
Przyjęto do druku: 11.03.2018