

Zaburzenia osobowości – żegnając DSM IV i ICD-10 Część I: Ogólne zasady diagnozy zaburzeń osobowości wg DSM-IV i ICD-10. Wiązka A wg DSM-IV zaburzeń osobowości

Personality disorders – farewell to DSM IV and ICD-10 Part I: General principles for the diagnosis of personality disorders according to DSM-IV and ICD-10. Cluster A of DSM-IV personality Disorders

Andrzej Czernikiewicz ^{A, D, E, F}, Tetiana Baran ^B

Streszczenie

W maju tego roku wchodzi na „rynek diagnostyczny” długo oczekiwane narzędzie diagnostyczne jakim będzie kolejna wersja podręcznika Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM-5. Zmiany w zakresie zaburzeń osobowości są dosyć rewolucyjne, dlatego postanowiłem przybliżyć opis kliniczny zaburzeń osobowości w jeszcze obowiązujących podręcznikach diagnostycznych, czyli ICD-10 i DSM-IV. W kolejnych numerach naszego czasopisma przedstawię w częściach pierwszej do trzeciej opis zaburzeń osobowości wg ICD-10 i DSM-IV, by w częściach czwartej i piątej przedstawić nowe próby definiowania zaburzeń osobowości wg DSM-5.

W pierwszej części prezentowane są zagadnienia i diagnozy ogólnej zaburzeń osobowości i zaburzenia wiązki A: paranoiczne, schizotypowe i schizoidalne.

Słowa kluczowe: zaburzenia osobowości, DSM-5

Abstract

In May of this year, the long-awaited diagnostic tool has been launched in the "diagnostic market," which will be the next version of the manual of the American Psychiatric Association - DSM-5. Changes in personality disorders are quite revolutionary, so I decided to bring the clinical description of personality disorders still in the current diagnostic manuals, i.e. the ICD-10 and DSM-IV. In future editions of our journal the description of personality disorder according to ICD-10 and DSM-IV will be presented. In the fourth and fifth parts we are planning to introduce a new definition of personality disorders according to DSM-5. The first part presents the general aspects and diagnosis of personality disorders and disorders of the Cluster A: paranoid, schizotypal and schizoid.

Keywords: personality disorders, DSM-5

Wstęp

W maju tego roku wchodzi na „rynek diagnostyczny” długo oczekiwane narzędzie diagnostyczne jakim będzie kolejna wersja podręcznika Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – DSM-5. Zmiany w zakresie zaburzeń osobowości są dosyć rewolucyjne, dlatego postanowiliśmy przybliżyć opis kliniczny zaburzeń osobowości w jeszcze obowiązujących podręcznikach diagnostycznych, czyli ICD-10 i DSM-IV. W kolejnych numerach naszego czasopisma przedstawię zaburzeń osobowości wg ICD-10 i DSM-IV, by w częściach czwartej i piątej przedstawić nowe próby definiowania zaburzeń osobowości wg DSM-5.

Zaburzenia osobowości to grupa zaburzeń psychicznych, w których na pierwszym planie widoczny jest przewlekłe trwający wzorec patologicznych zachowań i/lub przeżywania, manifestujący się w zakresie: poznawczym, afektywnym, interpersonalnym

i kontroli impulsów. Stabilność tych wzorców dotyczy większości życia osób z zaburzeniami osobowości i powoduje sztywność zachowań prowadząc do pogorszenia funkcjonowania. Ocena zaburzeń osobowości jest trudna, związana m.in. z: niewielką zgłaszalnością tych osób do psychiatrów i innych lekarzy, niską rzetelnością diagnozy (za wyjątkiem osobowości antysocjalnej), retrospektywnością opisów, „zachodzeniem na siebie” poszczególnych kategorii diagnostycznych i niewielką ilością rzetelnych badań ze względu na małą dostępność rzetelnych narzędzi diagnostycznych [1,2,3]. W artykule tym autor opierał się na własnym rozdziale na temat zaburzeń osobowości w książce *Psychiatria* (red. Rabe-Jabłońska i Jarema)

Zasady rozpoznawania zaburzeń osobowości

W przebiegu zaburzeń osobowości, które nie są efektem organicznego uszkodzenia mózgu, lub zabu-

rzenia psychicznego lub choroby psychicznej (oś I wg DSM-IV), występują zwykle następujące objawy:

- (a) znacząco dysharmonijne postawy lub zachowania, wyrażające się w takich obszarach życia psychicznego jak: afektywność, kontrola zachowań impulsywnych, style myślenia lub przeżywania, relacje z innymi osobami;
- (b) anormalne wzorce zachowań trwają przez długi okres czasu, i nie są ograniczone do zaostrzenia innego zaburzenia psychicznego;
- (c) anormalne wzorce zachowań utrudniają funkcjonowanie oraz relacje z innymi osobami;
- (d) zaburzenia osobowości rozpoczynają się w okresie dzieciństwa lub adolescencji i trwają w okresie dorosłości;
- (e) subiektywne uczucie dyskomfortu w przebiegu zaburzeń osobowości pojawiają się zwykle w późniejszym okresie jej trwania;
- f) zaburzenia te prowadzą zwykle do gorszego funkcjonowania społecznego lub zawodowego [1].

Współczesny podział diagnostyczny zaburzeń osobowości to zasługa autorów Podręcznika Diagnostyczno Statystycznego Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV) [1]. Porównywalna jest perspektywa diagnostyczna 10. Wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) obowiązująca w Polsce [2]. W niniejszym opracowaniu opieram się na opisach zaburzeń osobowości prezentowanych w ICD-10 i DSM-IV i będących ich rozwinięciem diagnostycznym narzędziach psychometrycznych SCID-II i SIDP-IV [4, 5].

W klasyfikacji DSM-IV zaburzenia osobowości są zakodowane na oddzielnej II osi. W DSM-IV wyodrębniono 12 zaburzeń osobowości, z których 10 uznano oficjalnie, a 2 wprowadzono wstępnie. Ze względu na podobieństwo objawów lub cech zaburzenia osobowości w DSM-IV są pogrupowane w 3 wiązki:

- A. Grupa dziwaczna lub ekscentryczna - obejmuje zaburzenia osobowości paranoiczne, schizoidalne i schizotypowe. Ta grupa zaburzeń osobowości jest symptomatologicznie zbliżona do schizofrenii.
- B. Grupa dramatyczna - obejmuje zaburzenia osobowości antyspołeczne, pograniczne, histrioniczne i narcystyczne. Ta grupa zaburzeń osobowości jest symptomatologicznie zbliżona do zaburzeń afektywnych, szczególnie dwubiegunowych.
- C. Grupa lękowa, bojaźliwa - obejmuje zaburzenia osobowości: unikające, zależne, anankastyczne. Ta grupa zaburzeń osobowości jest symptomatologicznie zbliżona do zaburzeń lękowych.

Wstępnie wprowadzono:

- Zaburzenie bierno-agresywne osobowości,

- Zaburzenie depresyjne osobowości.

W ICD-10 zaburzenia osobowości są ujęte pod numerem kodowym F.60, F.61 i obejmują:

Poniżej zamieszczone jest porównanie zaburzeń osobowości ujętych w ICD-10 i DSM-IV.

Poszczególne zaburzenia osobowości zostaną omówione wg ich definicji wg ICD-10, ale w układzie opartym na sposobie ich prezentacji w DSM-IV:

1. Definicja i metafora
2. Typowe objawy
3. Obszary dysfunkcji wg SCID-IV
4. Etiologia
5. Przebieg i rokowanie
6. Rozpoznanie różnicowe

Kolejność prezentacji jest oparta na systemie DSM-IV, który pozwala na lepsze zrozumienie wyodrębnienie poszczególnych wiązek zaburzeń osobowości.

I. Zaburzenia osobowości wiązki A wg DSM-IV

Kolejność prezentacji jest oparta na systemie DSM-IV, który pozwala na lepsze zrozumienie wyodrębnienie poszczególnych wiązek zaburzeń osobowości.

Wiązka A:

Paranoiczne zaburzenie osobowości (kod wg ICD-10:F.60.0)

1. Definicja i metafora:

Dominujący brak zaufania i podejrzliwość wobec innych, tak, że motywy ich postępowania są oceniane jako wrogie. Metafora - „Nie ufaj nikomu”. Uwaga: Nie należy rozpoznawać osobowości paranoicznej jeśli określone zachowania występują wyłącznie w czasie epizodu schizofrenii, zaburzenia nastroju z objawami psychotycznymi, czy innego zaburzenia psychotycznego albo są wywołane ogólnym stanem zdrowia.

2. Typowe objawy

Osoby z osobowością paranoiczną często muszą być czujne, żeby (jak wydaje się tylko im) nie zostać wykorzystanym czy zranionym, również w relacjach rodzinnych. Mają nawracające, nieuzasadnione podejrzania, dotyczące wierności współmałżonka. Poświęcają dużo czasu na zastanawianie się czy mogą ufać swoim znajomym albo współpracownikom, co często powoduje sytuacje konfliktowe w pracy. Nawet w relacjach z osobami bliskimi są zdania, że lepiej, żeby ludzie nie wiedzieli o nich wiele, bo wykorzystają to przeciwko nim. Często odkrywają ukryte groźby lub zniewagi w wypowiedziach czy zachowaniach ludzi, co powoduje, że długo żywią urazę i potrzebują dużo czasu, żeby przebaczyć tym, którzy ich znieważyli czy zlekceważyli

(oczywiście wg ich oceny). Ich oceny otoczenia oparte są na generalizacji, doprowadzając do sytuacji, że liczba osób, którym nie mogą przebaczyć czegoś co zrobili albo powiedzieli dawno temu stale rośnie. Często dążą do władzy i zajęcia wysokiej pozycji w społeczeństwie. Mogą być źródłem strachu i konfliktów w swoim otoczeniu. Niektórzy angażują się w działalność grup ekstremistycznych.

3. Obszary dysfunkcji wg SIDP-IV u osoby z paranoicznym zaburzeniem osobowości D:

- a. Bliskie związki: Ma nawracające nieuzasadnione podejrzenia, dotyczące wierności współmałżonka lub partnera
- b. Stosunki społeczne: Niechętnie zwierza się innym z powodu nieuzasadnionego lęku, że użyją oni uzyskanych informacji przeciwko niemu uzyskanych informacji przeciwko niemu
- c. Postrzeganie innych: Podejrzewa, bez dostatecznych dowodów, że inni go wykorzystują, krzywdzą lub okłamują; Jest zaabsorbowany przez bezpodstawne wątpliwości odnośnie lojalności i zaufania do przyjaciół i współników; Spostrzega ataki na swój charakter i reputację, które nie są widoczne dla innych i łatwo reaguje na nie gniewem lub kontratakując; Odczytuje ukryte poniżenia lub ukryte znaczenia w zwyczajnych uwagach lub wydarzeniach
- d. Stres i gniew: Uporczywie żywi urazy, tj. nie wybacza zniewag, krzywd, lekceważenia

4. Etiologia

Styl poznawczy osób z paranoicznym zaburzeniem osobowości zbliżony jest do tego, który prezentują chorzy na schizofrenię, jednak do chwili obecnej brakuje badań potwierdzających predyspozycje genetyczne do wystąpienia tego zaburzenia osobowości. We wczesnym dzieciństwie często u tych osób obserwuje się problemy rodzinne oraz maltretowanie.

5. Przebieg i rokowanie

Paranoiczne zaburzenie osobowości rzadko konwertuje w zaburzenia psychotyczne z kręgu schizofrenii, ale może być wstępem do uporczywego zaburzenia urojeniowego, zwykle w piątej-szóstej dekadzie życia. Osoby dotknięte tym zaburzeniem osobowości rzadko zgłaszają się do lekarzy psychiatrów, natomiast stanowią dosyć istotną grupę opiniowaną przez psychiatrów sądowych.

6. Rozpoznanie różnicowe

Paranoiczne zaburzenie osobowości należy różnicować ze schizofrenią (szczególnie postacią paranoidealną) i zaburzeń nastroju z cechami psychotycznymi. Decydujące jest tutaj ograniczenie objawów paranoicznych u osób ze schizofrenią i zaburzeniami afektywnymi z cechami psychotycznymi do okresu aktywnej

psychozy, a jednocześnie brak cech psychozy u osób z zaburzeniem osobowości typu paranoicznego. Innym zaburzeniem psychicznym, które należy różnicować z paranoicznym zaburzeniem osobowości są zmiany osobowościowe, i okresowe objawy psychotyczne u osób nadużywających lub uzależnionych od substancji psychoaktywnych o działaniu psychomimetycznym (psychostymulanty, środki psychodeliczne). Z kolei schizotypowe zaburzenie osobowości obok podejrzliwości obejmuje takie objawy jak magiczne myślenie, niezwykle doznania zmysłowe, dziwaczne wypowiedzi. W zaburzeniu unikowym osobowości występuje niechęć do mówienia o sobie, lecz wynika to bardziej z obaw, że może to spowodować kompromitację. Zachowania antyspołeczne w paranoicznym zaburzeniu osobowości są motywowane pragnieniem rewanzu, a nie chęcią wykorzystania innych do osobistego celu.

Schizotypowe zaburzenie osobowości (F. 21)

1. Definicja i metafora: Wzorec zachowań zdominowany społecznymi i interpersonalnymi deficytami naznaczonymi silnym dyskomfortem i ograniczoną zdolnością do, bliskich znajomości, a także zaburzeniami poznawczymi i percepcyjnymi oraz dziwaczными zachowaniami; początek w wieku młodzieńczym. Uwaga: Nie należy rozpoznawać osobowości schizotypowej jeśli określone zachowania występują wyłącznie w czasie epizodu schizofrenii, zaburzenia nastroju z objawami psychotycznymi, czy innego zaburzenia psychotycznego albo są wywołane dominującym całościowym zaburzeniem rozwojowym. Metafora - „Jestem dziwaczny, inny, obcy.”

2. Typowe objawy: Osoby te przebywając w publicznym miejscu mają wrażenie, że inni ludzie mówią o nich. Często mają wrażenie, że otaczające ich sytuacje czy rzeczy mają dla nich specjalne znaczenie lub, że ludzie przyglądają im się w sposób szczególny. Mają dziwne przekonania czy magiczne myślenie wpływające na zachowanie, a nie związane z kulturowymi normami (np. zabobonami) wyrażające się w przekonaniach w „szósty zmysł”, jasnowidzenie. Mają niezwykle doświadczenia dotyczące percepcji, włączając złudzenia somatyczne. Kontakty społeczne tych osób charakteryzują się nadmiernymi obawami w sytuacjach społecznych, które nie ustępują po zaznajomieniu się i wydają się być związane raczej z paranoicznymi obawami niż z negatywną oceną własnej osoby.

3. Obszary dysfunkcji wg SCID-IV z schizotypowym zaburzeniem osobowości:

- a. Obserwowane zachowania: Dziwne myślenie i mowa (np. niejasne, nieokreślone, metaforyczne, nad-

miernie zawile albo stereotypowe); Niedostosowany lub sztywny afekt.

- b. Postrzeganie samego siebie: Myśli odnoszące (z wykluczeniem urojeń odnoszących).
- c. Postrzeganie innych osób: Dziwaczne przekonania lub myślenie magiczne, które wpływa na zachowanie i jest niezgodne z normami subkulturowymi; W dzieciństwie i młodości dziwaczne fantazje i zajęcia; Niezwykłe spostrzeżenia zmysłowe, wliczając w to złudzenia odczuć cielesnych; Podejrzliwość lub nastawienie paranoiczne;

4. Etiologia

Zaburzenie schizotypowe osobowości występuje znacznie częściej w rodzinach osób chorych na schizofrenię. Jednocześnie w klasyfikacji ICD-10 jest ono diagnostycznie zlokalizowane w grupie szeroko rozumianej schizofrenii (kod F.21). W jednej z poprzednich klasyfikacji DSM było ono identyfikowane ze schizofrenią prostą. Wiele współczesnych badań wskazuje na podobne wyniki badań neuroobrazowych, neurokognitywnych i neurofizjologicznych dla grup osób chorych na schizofrenię i osób ze schizotypowym zaburzeniem osobowości. Wydaje się, że osobowość schizotypowa, stanowi rzeczywiście model funkcjonowania poznawczego zbliżonego do endofenotypu schizofrenii, stanowiąc jednocześnie model biologicznej podatności na stres, bez przejścia w psychozę.

5. Przebieg i rokowanie

Osoby z schizotypowym zaburzeniem osobowości mają skłonność do reakcji dysocjacyjnych lub okresowego nasilenia magicznego stylu myślenia. Stanowią grupę wysokiego ryzyka przejścia w psychozę. Innym poważnym skutkiem schizotypowego zaburzenia osobowości jest wysokie ryzyko zachowań suicydalnych. W tolerancyjnych grupach społecznych pędzą często życie nieszkodliwych dziwaków, w bardziej progresywnych społeczeństwach są często wyrzucane na poza nie i spychane do roli clochardów.

6. Rozpoznanie różnicowe

Zarówno osoby ze schizotypowym jak i paranoicznym zaburzeniem osobowości charakteryzują się znaczącą podejrzliwością i nastawieniami paranoicznymi. Jednak postawa ta u osób z paranoicznym zaburzeniem osobowości jest wyrazem ich przekonań o chęci zaszkodzenia im lub wykradzenia ich pomysłów, podczas gdy u osób schizotypowych wyraźnie jest przekonanie, że są w stanie pozyskać wiedzę od innych osób. Zasadniczą różnicą pomiędzy schizotypowym zaburzeniem osobowości, a schizofrenią prostą jest to, że schizofrenia prosta jest procesem o początku w okresie późnej adolescencji lub wczesnej dorosłości, ze stopniową deterioracją, a schizotypowe zaburzenie osobowości jest stanem, który pojawia się w okresie wcześniejszej

adolescencji i nie ma skłonności do dalszej ewolucji. W zakresie objawów zbliżonych do psychotycznych, to mogą one nawet częściej występować u osób ze schizotypowym zaburzeniem osobowości, niż u chorych dotkniętych prostą schizofrenią, dla których to chorych typowym objawem jest postępujący apragmatyzm życiowy.

Schizoidalne zaburzenie osobowości (F.60.1)

1. Definicja i metafora

Wzorzec zachowań zdominowany oderwaniem od relacji międzyludzkich i ograniczonym wyrażaniem emocji w kontaktach interpersonalnych; początek w wieku młodzieńczym. Metafora: „Możesz pukać, ale nikogo nie zastaniesz.”

2. Typowe objawy

Główny problemem osób z tym zaburzeniem osobowości jest dramatyczne ograniczenie kontaktów interpersonalnych, które są zwykle ograniczone do rodziny. Jeśli nawet osoby z tym zaburzeniem osobowości utrzymują pozarodzinne kontakty interpersonalne to są one dla nich głęboko niesatysfakcjonujące i oparte na chłodzie emocjonalnym, przy obojętności zarówno na pochwały, jak i na krytykę. Chłód emocjonalny daje efekt izolowania się od otoczenia i często jest błędnie oceniany jako spłaszczenie afektywne. Jednocześnie osoby te okazują nikłe zainteresowanie relacjami seksualnymi. Inną cechą dystynktywną osób schizoidalnych jest anhedonia obejmująca te aktywności, które wiążą się nie tylko z relacjami interpersonalnymi, ale również aktywnością zawodową, co powoduje to, że osoby te preferują te zajęcia i zawody które pozwalają na samotne funkcjonowanie,

3. Obszary dysfunkcji wg SCID-IV u osoby ze schizoidalnym zaburzeniem osobowości:

- a. Zainteresowania i aktywności: Znajdują przyjemność w nielicznych, jeśli w ogóle, zajęciach; Prawie zawsze wybierają samotne zajęcia.
- b. Bliskie związki: Nie pragną ani nie cieszą się z bliskich związków, dotyczy to również związków rodzinnych; Brak im przyjaciół lub powierników innych niż najbliżsi krewni; Mają niewielkie, jeśli w ogóle, zainteresowanie zdobywaniem seksualnych doświadczeń z innymi osobami.
- c. Relacje społeczne: Wydają się obojętne na pochwały lub krytykę innych.

4. Etiologia

Niewiele badań na tym polu – zarówno informacje o wpływie czynników genetycznych, jak i o wpływie zaburzonych relacji rodzinnych

już w okresie dzieciństwa osób ze schizoidalnym zaburzeniem osobowości.

5. Przebieg i rokowanie

Osoby ze schizoidalnym zaburzeniem osobowości rzadko prezentują zachowania agresywne uważając, że tłumienie relacji interpersonalnych jest normą.

6. Rozpoznanie różnicowe

Różnicowanie obejmuje tutaj zarówno te postaci zaburzenia osobowości, w których relacje społeczne są ograniczone, jak i zaburzenia psychotyczne. Zaburzenie schizoidalne różni się od zaburzenia schizotypowego wyższym poziomem zaburzeń poznawczych w tym drugim zaburzeniem osobowości, od osobowości paranoicznej występowaniem znaczącej podejrzliwości w tym zaburzeniu. Brak relacji interpersonalnych i społecznych w unikowym zaburzeniu osobowości wynika z obawy przed nimi i lęku przed kompromitacją, podczas gdy w zaburzeniu schizoidalnym nie istnieje potrzeba takich relacji. Zaburzenie schizoidalne osobowości od schizofrenii i innych psychoz różni się nieobecnością objawów psychotycznych, a od łagodnych postaci całościowych zaburzeń rozwojowych (np. zespół Aspergera) ich wczesnodziecięcym początkiem.

References

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV) American Psychiatric Association, Washington DC, 1995
2. Pużyński S., Wciórka J.: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 TOM 1 -2 (Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. + Badawcze kryteria diagnostyczne.), Vesalius, Kraków, 2000;
3. Oldham M.J. i in.: Essentials of Personality Disorders. APPI, Washington D.C., 2009
4. First B. i in.: *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* (SCID-II). APPI. Washington 1997
5. Pfohl B. i in.: *Structured Interview for DSM-IV® Personality* (SIDP-IV). APPI, Washington D.C. 1997

Correspondence address