



FORUM *World Psychiatry*:

Relacje między osobowością a psychopatologią *The relationships between personality and psychopathology*

Osobowość a psychopatologia¹

Personality and psychopathology

THOMAS A. WIDIGER

Department of Psychology, University of Kentucky, Lexington, KY, USA

STRESZCZENIE

Osobowość może być powiązana z psychopatologią na trzy różne sposoby: osobowość i psychopatologia mogą wzajemnie wpływać na swój obraz czy formę przejawiania się (relacja patoplastyczna); mogą mieć wspólną etiologię (relacja w obrębie spektrum); oraz jedna może odgrywać rolę przyczynową w rozwoju czy etiologii drugiej. Każdy z tych możliwych rodzajów wzajemnych związków omówiono w niniejszym artykule.

SUMMARY

Personality and psychopathology can relate to one another in three different ways: personality and psychopathology can influence the presentation or appearance of one another (pathoplastic relationships); they can share a common, underlying etiology (spectrum relationships); and they can have a causal role in the development or etiology of one another. Each of these possible forms of interrelationships considered in this paper.

Słowa kluczowe: osobowość / psychopatologia / współchorobowość / współwystępowanie / spektrum / patoplastyczny
Key words: personality / psychopathology / comorbidity / co-occurrence / spectrum / pathoplastic

Wzajemne relacje między osobowością a psychopatologią mogą być trojakiemu rodzaju [1]. Osobowość i psychopatologia mogą wzajemnie wpływać na swój obraz czy formę przejawiania się, co powszechnie nazywane jest relacją patoplastyczną. Mogą mieć wspólną etiologię, co nosi nazwę relacji w obrębie spektrum. I wreszcie każda z nich może odgrywać rolę przyczynową w etiologii czy rozwoju drugiej. Każda z tych relacji ma istotne implikacje teoretyczne i kliniczne, i każdą z nich kolejno omówimy.

RELACJE PATOPLASTYCZNE

Wpływ osobowości na obraz, postać czy sposób przejawiania się zaburzeń psychopatologicznych i odwrotnie, wpływ zaburzeń psychopatologicznych na osobowość, przeważnie nosi nazwę relacji patoplastycznej. Relacja ta jest dwukierunkowa, ponieważ

obraz psychopatologiczny bywa różny, w zależności od przedchorobowych cech osobowości człowieka, oraz analogicznie – obraz osobowości może zależeć od współwystępującej psychopatologii.

Patoplastyczny wpływ osobowości na obraz psychopatologiczny

Osobowość to charakterystyczny dla człowieka sposób myślenia, odczuwania, zachowywania się i odnoszenia do innych. Zaburzenia psychiczne są klinicznie istotnym pogorszeniem funkcjonowania psychicznego w jednym lub więcej obszarze. Byłoby dziwne, gdyby na objawy, przebieg czy leczenie dysfunkcji myślenia czy odczuwania nie miał istotnego wpływu charakterystyczny dla człowieka, istniejący *a priori* sposób myślenia czy odczuwania. Na przykład, anoreksja i bulimia na ogół pojawiają się w okresie dorastania (być może częściowo pod wpływem wysokiego poziomu neurotyzmu). Dla skoncentrowanych

¹ Polskie wydanie artykułu z *World Psychiatry* 2011;10:103-117, za zycziwą zgodą redakcji i wydawcy. *World Psychiatry* jest organem Światowego Stowarzyszenia Psychiatrycznego (*World Psychiatric Association*). Tłumaczenie: Dr Barbara Mroziak.

na utracie wagi osób, u których z czasem rozwija się anoreksja, najprawdopodobniej charakterystyczny będzie wysoki przedchorobowy poziom sumienności, będący jedną z podstawowych różnic indywidualnych wchodzących w skład pięcioczynnikowego modelu (PMO) ogólnej struktury osobowości, o dobrze zbadanej trafności [2]. Osoby uzyskujące wysokie wyniki na wymiarze sumienności charakteryzuje również wysoki poziom samodyscypliny, kompetencji i dążenia do osiągnięć, czyli te właśnie cechy, które są konieczne do tak skutecznej utraty wagi. Natomiast osoby o niskim poziomie sumienności miałyby skłonność do impulsywnej utraty kontroli, charakterystycznej dla napadowego objadania się i bulimii. Empiryczne potwierdzenie tej hipotezy uzyskano w badaniach wskazujących na obecność perfekcjonistycznych i kompulsyjnych cech osobowości u osób z anoreksją, zwłaszcza typu restrykcyjnego, a także cech osobowości świadczących o impulsywności u osób z symptomatologią bulimiczną [3].

Patoplastyczny wpływ zaburzeń psychopatologicznych na osobowość

Jednym z najlepiej udokumentowanych związków między osobowością a psychopatologią jest patoplastyczny wpływ psychopatologii na obraz, przejawy lub spostrzeganie osobowości [4,5]. Klinicyści (a niekiedy badacze) zwykle dokonują oceny osobowości pacjenta podczas wstępnego badania diagnostycznego przy przyjęciu, chociaż jest to chyba najgorzej wybrany moment na diagnozę [6]. Osoby, które przeżywają silny lęk, przygnębienie, złość czy rozpacz często nie potrafią właściwie opisać swego typowego sposobu myślenia, odczuwania, zachowania i swoich relacji z innymi ludźmi. Kiedy dzięki skutecznemu leczeniu nastąpi u nich poprawa nastroju, zmniejszenie lęku czy innych zaburzeń psychicznych, znajduje to odbicie w odpowiedniej zmianie opisu własnej osoby.

Weźmy na przykład dane dotyczące stałości w czasie, uzyskane w ramach szeroko publikowanego, wielośrodkowego wspólnego programu badań podłużnych nad zaburzeniami osobowości (*Collaborative Longitudinal Study of Personality Disorders*, CLPS). Spośród 160 osób, które na początku badania spełniały kryteria diagnostyczne dla zaburzenia osobowości z pogranicza (*borderline*), 23 osoby (14%) już po sześciu miesiącach spełniały najwyżej dwa kryteria diagnostyczne [7]. U 18 osób taki spadek utrzymywał się przez okres od sześciu miesięcy do roku. W pięciu spośród tych 18 przypadków „uznano, że remisja zaburzenia z Osi I była najprawdopodobniej przyczyną nagłej poprawy zaburzenia osobowości pogranicznej” [7]. W ośmiu przypadkach „zmiany polegały na ustąpieniu bardzo stresujących sytuacji, w których znajdował się pacjent tuż przed lub w czasie początkowego

badania diagnostycznego”. U jednej z uczestniczek objawy „zaburzenia osobowości” były nawet wtórne, okazały się skutkiem ubocznym substancji stymulującej przyjmowanej w celu zmniejszenia wagi ciała w roku poprzedzającym rozpoczęcie badania: „najbardziej radykalna poprawa po interwencji terapeutycznej nastąpiła po odstawieniu substancji stymulującej psychicznie, którą badana przyjmowała w celu odchudzenia się przez rok przed rozpoczęciem badania. Po odstawieniu tego środka nastąpił u niej radykalny spadek depresji, lęku panicznego, lęku przed porzuceniem oraz autodestrukcyjności” [7]. Tym niemniej, uznano, że we wszystkich 18 przypadkach rzeczywiście nastąpiła remisja zaburzenia osobowości [7]. Według alternatywnego poglądu, początkowa diagnoza zaburzenia osobowości była nietrafna za względu na obecność cierpienia (*distress*) emocjonalnego podczas wstępnego badania.

Costa i in. [8] twierdzą jednak, że wtórna wobec zaburzeń nastroju zmiana samoopisu może być odzwierciedleniem rzeczywistej zmiany osobowości. Jedną z podstawowych cech osobowości jest neurotyzm, czyli dyspozycja polegająca na doznawaniu i wyrażaniu emocji negatywnych [3]. Osoby o wysokim poziomie neurotyzmu będą reagowały na stres klinicznie istotnym poziomem obniżenia nastroju, a ów obniżony nastrój można rozumieć jako bezpośredni wyraz neurotyzmu. „Nie uważamy za zniekształcenie tych spowodowanych przez obniżony nastrój zmian w poziomie cech osobowości w badaniu diagnostycznym, natomiast interpretujemy je jako wierne odzwierciedlenie aktualnej [osobowości] osoby badanej” [8].

Z drugiej strony, jeśli wtórny wobec zaburzeń nastroju poziom neurotyzmu w samoopisie uważa się za odzwierciedlenie rzeczywistego funkcjonowania osobowości, to trudno prowadzić badania nad etiologiczną rolą tych samych cech osobowości w powstawaniu zaburzeń nastroju. Nie są to już konstrukty rozdzielne. Powinno się przynajmniej nie podejmować prób wnioskowania o przedchorobowych cechach osobowości na podstawie badania diagnostycznego, kiedy osoba badana cierpi na zaburzenia nastroju (lub ma inne porównywalne zaburzenia czy stany chorobowe).

RELACJE W OBRĘBIE SPEKTRUM

Identyfikację relacji patoplastycznych (i etiologicznych) między osobowością a psychopatologią komplikuje przypuszczenie, że w niektórych przypadkach osobowość i psychopatologia mogą nie być odrębnymi jednostkami. Mogą natomiast występować w obrębie wspólnego spektrum funkcjonowania. Wszelkie zaburzenia osobowości tak naprawdę mogą być nieprzystosowawczymi wariantami ogólnych

cech osobowości, zaś niektóre zaburzenia osobowości mogą stanowić warianty innych zaburzeń psychicznych, warianty o wczesnym początku zachorowania, przewlekłe i przejawiające się we wszystkich aspektach funkcjonowania.

Zaburzenia osobowości w obrębie spektrum osobowości

Przeprowadzono wiele badań nad rolą ogólnych cech osobowości (np. neurotyzmu i niskiego poziomu sumienności) w etiologii lęku, zaburzeń nastroju i innych zaburzeń psychicznych oraz w nadużywaniu substancji psychoaktywnych [1], lecz brak lub mało jest badań nad tym, jak te cechy mogą przyczynić się do powstawania zaburzeń osobowości. Może to wynikać z cichego założenia, iż osobowość i zaburzenia osobowości mieszczą się we wspólnym spektrum funkcjonowania. Faktem jest, że istnieją obecnie liczne badania wskazujące, że zaburzenia osobowości można z łatwością uznać za nieprzystosowawcze i/lub skrajne warianty struktury osobowości w ramach pięcioczynnikowego modelu osobowości (PMO) [9,10].

Na przykład, obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości (*obsessive-compulsive personality disorder*, OCPD) [11], można uważać za głównie nieprzystosowawczy wariant sumienności z modelu pięcioczynnikowego (PMO). Skrupulatność w PMO obejmuje takie aspekty, jak porządek (tzn. koncentrowanie się na szczegółach, regułach, spisach i porządku w OCPD), dążenie do osiągnięć (tzn. nadmierne poświęcanie się pracy i produktywności w OCPD), obowiązkowość (tzn. nadmierna skrupulatność i sumiennosc w sprawach etyki i moralności w OCPD), kompetencja (tzn. perfekcjonizm w OCPD), oraz zastanawianie się (tzn. ruminalacje, przeżuwanie myślowe w OCPD). Konceptualizację tę potwierdza bardzo wiele danych empirycznych [12–14].

Piąte wydanie terminologii diagnostycznej *American Psychiatric Association* (APA) prawdopodobnie zostanie rozszerzone o klasyfikację uwzględniającą wymiary, która ma służyć jako pomocnicze uzupełnienie tradycyjnych rozpoznań opartych na kategoriach [15]. Propozycja takiego modelu obejmuje obecnie sześć dziedzin: negatywną afektywność (która stanowi odpowiednik neurotyzmu w PMO), introwersję (równoważnik introwersji w PMO), antagonizm (antagonizm w PMO), kompulsywność (sumiennosc w PMO), oraz schizotypia (niski poziom otwartości w PMO). Autorzy tego modelu twierdzą jednak, że kompulsywność w gruncie rzeczy nie jest nieprzystosowawczym wariantem sumienności, a schizotypia nie stanowi nieprzystosowawczego wariantu otwartości [15]. Tak naprawdę nie proponuje się żadnych normalnych wariantów dla wymiarów kompulsywności i schizotypii, co nasuwa przypuszczenie, że te nieprzy-

stosowawcze cechy osobowości są jakoś jakościowo odmienne od ogólnej struktury osobowości.

Zaburzenia osobowości w spektrum innych zaburzeń psychicznych

Może również zachodzić relacja polegająca na wspólnym występowaniu w ramach spektrum zaburzeń osobowości i innych zaburzeń psychicznych. Rzeczywiście wysunięto propozycję, aby w DSM-5 całkowicie pominąć klasyfikację zaburzeń osobowości, włączając zaburzenia osobowości do diagnoz innych zaburzeń psychicznych [16]. Schizotypowe zaburzenie osobowości już klasyfikuje się jako wariant schizofrenii, a nie jako zaburzenie osobowości w ICD-10 [17]. Na poparcie tej alternatywnej klasyfikacji przytacza się następujące argumenty: schizotypowe zaburzenie osobowości jest genetycznie powiązane ze schizofrenią, z którą ma wiele wspólnych neurobiologicznych czynników ryzyka i korelatów psychofizjologicznych (np. ruch gałek ocznych przy wodzeniu wzrokiem, reakcja orientacyjna, mruganie w reakcji przestachu, oraz neurorozwojowe odchylenia od normy), a ponadto metody leczenia skutecznie łagodzące objawy schizotypowe częściowo pokrywają się z metodami stosowanymi w leczeniu osób ze schizofrenią [18].

Można dokonać podobnego przekształcenia: zaburzenie osobowości unikowej byłoby odpowiednikiem uogólnionej fobii społecznej, zaburzenie osobowości obsesyjno-kompulsyjnej (OCPD) – wariantem przewlekłego i całościowo przejawiającego się zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego o wczesnym początku zachorowania, zaburzenie osobowości antyspołecznej stanowiłoby dorosły wariant destrukcyjnego zaburzenia zachowania, zaś zaburzenie osobowości z pogranicza – odpowiednik zaburzenia regulacji nastroju [1]. Zaburzeń osobowości: narcystycznej, histrionicznej i zależnej nie da się dobrze połączyć z żadnym z istniejących zaburzeń psychicznych, ale być może nieprzypadkowo rozpoznania te przewidziano do usunięcia z DSM-5 [14].

Przeformułowanie zaburzeń osobowości na przewlekłe zaburzenia Osi I o wczesnym początku zachorowania budzi niepokój. Poza zasadniczym zastrzeżeniem, że w podręczniku diagnostycznym nie będzie się już uznawało istnienia nieprzystosowawczego funkcjonowania osobowości, takie przeformułowanie mogłoby więcej problemów stworzyć niż rozwiązać. Ludzie miewają takie konstelacje nieprzystosowawczych cech osobowości, jakich nie opisuje trafnie żadne poszczególne rozpoznanie, ani nawet kilka różnych diagnoz zaburzenia osobowości [19]. Te konstelacje nieprzystosowawczych cech osobowości byłyby jeszcze mniej trafnie opisywane przez zbiór rozpoznań dotyczących lęku, nastroju, zachowań destrukcyjnych oraz schizofrenii. Ponadto sam fakt, że zaburzenie (czy

cecha) osobowości ma pewne wspólne podstawy genetyczne z innym zaburzeniem psychicznym nie oznacza, że jest jakąś postacią tego zaburzenia. Na przykład, wbrew klasyfikacji ICD-10, według której schizotypowe zaburzenie osobowości jest postacią schizofrenii, zaburzenie to znacznie częściej współwystępuje z innymi zaburzeniami osobowości niż z zaburzeniami psychotycznymi. Co więcej, u osób ze schizotypowym zaburzeniem osobowości prawie nigdy nie rozwija się z czasem schizofrenia, natomiast symptomatologię schizotypową obserwuje się u sporej liczby osób, które, jak się wydaje, genetycznie nie mają związku ze schizofrenią i których nie można w żadnym razie trafnie opisać jako chorych na schizofrenię [18].

RELACJE ETIOLOGICZNE (PRZYCZYNOWE)

Głównym przedmiotem zainteresowania wielu badaczy osobowości, zaburzeń osobowości i psychopatologii jest etiologiczny związek między osobowością a zaburzeniami psychopatologicznymi. Taka relacja przyczynowa jest również dwukierunkowa, ponieważ charakterystyczny dla człowieka sposób myślenia, odczuwania, zachowywania się i odnoszenia do innych może niekiedy powodować zaburzenie psychiczne lub przyczynić się do jego wystąpienia tak samo, jak ciężkie czy przewlekłe zaburzenie psychiczne samo może przyczynić się do zasadniczych zmian osobowości.

Przyczynowy wpływ psychopatologii na osobowość

Psychopatologia może zasadniczo zmieniać osobowość, na lepsze lub na gorsze. Na przykład można sobie wyobrazić, że doznawanie ciężkiego zaburzenia psychicznego, takiego jak psychoza czy duża depresja, może wywrzeć trwały wpływ na charakterystyczny dla człowieka sposób myślenia, odczuwania i odnoszenia się do innych. Taka zmiana funkcjonowania osobowości, często nazywana „blizną” po zaburzeniu psychicznym, nie musi stanowić po prostu dalszego podprogowego przejawiania się zaburzeń psychopatologicznych (np. nie jest rezydualnym stadium schizofrenii, które wygląda na schizotypowe cechy osobowości), lecz może nawet oznaczać wykształcenie się nowych cech osobowości wskutek przebytych zaburzeń psychopatologicznych (np. cechy osobowości zależnej wynikające zdoznawania nawracających napadów lęku panicznego lub epizodów psychotycznych).

Faktem jest, że w ICD-10 znajduje się rozpoznanie wtórnych zmian osobowości powstałych wskutek zaburzenia psychicznego, a także spowodowanych przez reakcję katastroficzną [17]. W terminologii APA nie uznaje się jednak żadnej z tych możliwości [11].

Przykładem takiego stanu byłoby „złożony zespół stresu pourazowego” (złożone PTSD), czyli reakcja na silny (często długotrwały) stres interpersonalny (np. znęcanie się, maltretowanie, czy tortury), definiowana jako: „upośledzenie modulacji afektu; zachowania autodestrukcyjne i impulsywne; objawy dysocjacyjne; poczucie stałego uszczerbku zdrowotnego; utrata posiadanych od dawna przekonań; wrogość; wycofanie społeczne; ciągłe poczucie zagrożenia; pogorszenie relacji z innymi ludźmi; lub zmiana uprzednich cech osobowości jednostki” [11]. Złożone PTSD można określić jako zaburzenie pograniczne osobowości wieku dorosłego. Większość zwolenników zmieszczenia tego rozpoznania w najnowszym podręczniku diagnostycznym woli klasyfikować je jako zaburzenie lękowe, nie zaś jako zaburzenie polegające na zmianie osobowości [20].

Przyczynowy wpływ osobowości na zaburzenia psychopatologiczne

Obszerna literatura na temat związków między osobowością lub zaburzeniem osobowości a psychopatologią w dużej mierze dotyczy etiologicznej roli osobowości w powstawaniu zaburzeń psychicznych. Przedchorobowe cechy osobowości mogą decydować o podatności (lub odporności) na stres, pomagając wyjaśnić, dlaczego niektórzy ludzie załamują się pod naporem stresu życiowego, podczas gdy innym nie szkodzą sytuacje wysoce traumatyczne.

Neurotyzm jest szczególnie silnym predyktorem wystąpienia w przyszłości, w odpowiedzi na stres życiowy, zaburzeń psychopatologicznych [21,22] obejmujących zaburzenia nastroju, odżywiania się, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia lękowe i inne formy [23]. Neurotyzm może być przyczyną zarówno predyspozycji, jak i stresu, prowadząc do podatności poprzez zarówno reaktywne, jak ewokacyjne interakcje człowieka z otoczeniem. Osoby o wysokim poziomie neurotyzmu reagują na zdarzenia silnym cierpieniem emocjonalnym, lękiem i zamartwianiem się, co stanowi jawny czynnik ryzyka różnych form zaburzeń psychopatologicznych, zwłaszcza zaburzeń nastroju i zaburzeń lękowych (co można by również uznać raczej za relację typu wspólnego spektrum niż za związek przyczynowy). Interakcja ewokacyjna występuje wówczas, gdy często okazywane przez daną osobę zdenerwowanie, zamartwianie się i nadwrażliwość na stres wywołują negatywne reakcje innych ludzi lub przyczyniają się do marnego podejmowania decyzji, tym samym wzmacniając i zwiększając początkowe cierpienie emocjonalne (tzn. osobowość jako przyczyna stresu). Neurotyzm przyczynia się do problemów ze zdrowiem fizycznym, trudności finansowych, rozpadu związków i do innych negatywnych sytuacji życiowych [21], co powoduje duży stres, zaś osoby o wy-

sokim poziomie neurotyzmu z natury rzeczy mają trudności z emocjonalnym opanowaniem takiego stresu.

Wykazano również, że cechy osobowości zależnej odgrywają istotną rolę w etiologii depresji. Liczne prospektywne badania podłużne potwierdziły, że myśli i zachowania o charakterze zależności wzmagają uczucie przygnębienia w odpowiedzi na utratę lub odrzucenie interpersonalne [24]. Również ta relacja może być zarówno reaktywna, jak ewokacyjna. Osoby zależne będą reagowały na interpersonalne odrzucenie i straty intensywnymi emocjami – rozpacz, poczuciem beznadziejności i smutkiem. Zależnościowe cechy takie, jak potrzeba czyjejs uwagi i uczucia, kurczowe trzymanie się kogoś zaabsorbowanie lękiem przed utratą, oraz nadmierne poszukiwanie otuchy i wsparcia mogą także spowodować wycofywanie się i odrzucenie ze strony innych [25]. Przewiduje się, że mimo dużego znaczenia cech zależnościowych dla rozwoju zaburzeń psychopatologicznych, zaburzenie osobowości zależnej nie będzie włączone do DSM-5 [26].

WNIOSKI

Jedną z podstawowych obserwacji płynących z badań nad związkiem między osobowością a zaburzeniami psychopatologicznymi jest żywość tej relacji. Wszystkie aspekty różnorodnych związków między osobowością a psychopatologią (patoplastyczne, typu spektrum oraz przyczynowe) są przedmiotem wielu bardzo owocnych, wysokiej klasy i dobrze pomyślanych programów badawczych. Tym niemniej, wyodrębnienie poszczególnych rodzajów relacji jest ogromnym zadaniem, jednak tylko rozwikłanie tej złożoności umożliwi dalszy postęp w rozumieniu związków między osobowością a psychopatologią.

PIŚMIENNICTWO

- Widiger TA, Smith GT. Personality and psychopathology. In: John OP, Robins R, Pervin LA (eds). Handbook of personality: theory and research, 3rd ed. New York: Guilford, 2008:743–69.
- McCrae RR, Costa PT. Personality in adulthood. A five factor theory perspective, 2nd ed. New York: Guilford, 2003.
- Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: a decade in review. Clin Psychol Rev 2005;25:895–916.
- Farmer RF. Issues in the assessment and conceptualization of personality disorders. Clin Psychol Rev 2000;20:823–51.
- Widiger TA, Samuel DB. Evidence based assessment of personality disorders. Psychol Assessment 2005;17:278–87.
- Widiger TA, Boyd S. Personality disorder assessment instruments. In: Butcher JN (ed). Oxford handbook of personality assessment. New York: Oxford University Press, 2009:336–63.
- Gunderson JG, Bender D, Sanislow C et al. Plausibility and possible determinants of sudden “remissions” in borderline patients. Psychiatry 2003;66:111–9.
- Costa PT, Bagby RM, Herbst JF et al. Personality self-reports are concurrently reliable and valid during acute depressive episodes. J Affect Disord 2005;89:45–55.
- 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;28:1326–42.
- Widiger TA, Trull TJ. Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. Am Psychol 2007;62:71–83.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
- O'Connor BP. A search for consensus on the dimensional structure of personality disorders. J Clin Psychol 2005;61:323–45.
- Samuel DB, Widiger TA. Conscientiousness and obsessive-compulsive personality disorder. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment (in press).
- Widiger TA. A shaky future for personality disorders. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment (in press).
- Krueger RF, Clark LA, Watson D et al. Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. J Pers Disord (in press).
- First MB, Bell CB, Cuthbert B et al. Personality disorders and relational disorders: a research agenda for addressing crucial gaps in DSM. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DA (eds). A research agenda for DSM V. Washington: American Psychiatric Association, 2002:123–99.
- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
- Raine A. Schizotypal personality: neurodevelopmental and psychosocial trajectories. Annu Rev Clin Psychol 2006;2:291–326.
- Trull TJ, Durrett CA. Categorical and dimensional models of personality disorder. Annu Rev Clin Psychol 2005;1:355–80.
- McLean LM, Gallop R. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry 2003; 160:369–71.
- Lahey BB. Public health significance of neuroticism. Am Psychol 2009;64:241–56.
- Widiger TA. Neuroticism. In: Leary MR, Hoyle RH (eds). Handbook of individual differences in social behavior. New York: Guilford, 2009: 129–46.
- Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: a meta-analysis. J Psychopathol Behav 2005; 27:101–14.
- Hammen C. Stress and depression. Annu Rev Clin Psychol 2005;1: 293–319.
- Bornstein RF. The dependent patient: a practitioner's guide. Washington: American Psychological Association, 2005.
- Skodol AE, Bender DS, Morey LC et al. Personality disorder types proposed for DSM-5. J Pers Disord (in press).