

## Zaburzenia osobowości w świetle ICD-10

*Personality disorders in the light of the ICD-10*

ANNA SAROL-KULKA

Z Kliniki Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**STRESZCZENIE.** *Od dawna próbowano sklasyfikować zaburzenia osobowości. Pomocne były w tym liczne narzędzia pomiarowe, m. in. inwentarze, skale samooceny, kwestionariusze, diagnozujące zaburzenia osobowości. W latach sześćdziesiątych podjęto prace nad rzetelnością i trafnością diagnostyki psychiatrycznej, w rezultacie czego powstały dwa współistniejące obszerne systemy klasyfikacyjne: ICD i DSM. Ich wspólną cechą jest dążenie do tworzenia czysto opisowych definicji typowych zespołów klinicznych, wolnych od założeń teoretycznych. W przypadku ICD-10 spośród zaburzeń osobowości wyodrębniono nowe zaburzenia zachowania dorosłych, a zaburzenia preferencji seksualnych oddzielono od zaburzeń identyfikacji z płcią. Do zaburzeń osobowości włączono zespoły, które wcześniej uważano za nerwicowe. Najwięcej kontrowersji budzi wprowadzenie do ICD-10 terminu „osobowość z pogranicza” (borderline).*

**SUMMARY.** *Attempts to classify personality disorders have a long tradition. A number of tools, including inventories, self-rating scales, questionnaires, have been used to diagnose personality. In the 1960s studies on psychiatric diagnostics reliability and validity were launched, resulting in two currently co-existing broad classification systems, DSM-IV and ICD-10. Their shared characteristic is the striving to produce purely descriptive definitions of typical clinical syndromes that would be free from any theoretical assumptions. As regards ICD-10, among personality disorders, behavior disorders in adults were distinguished, while disorders of sexual preferences were separated from these of sexual identification. Moreover, some syndromes formerly considered as neurotic were included among personality disorders. The most controversial seems to be the introduction of the term „borderline personality” into the ICD-10.*

---

**Słowa kluczowe:** zaburzenia osobowości / klasyfikacja / ICD-10

**Key words:** personality disorders / classification / ICD-10

---

Klasyfikacje osobowości istnieją od czasów antycznych, ale koncepcje i klasyfikacje zaburzeń osobowości jako *materia medica* powstały stosunkowo niedawno. Badania kliniczne rysów osobowości jako zjawisk patologicznych rozpoczęły się w połowie XIX wieku. Od 1891 r., kiedy Koch wprowadził termin „konstytucjonalna psychopatyczna małowartościowość” zainteresowanie badaczy nieprawidłowymi osobowościami raptownie wzrosło i zapoczątkowało postęp w badaniach empirycznych na tym polu. Koncepcje zaburzeń osobowości powstające od XIX wieku różnie kształtowały

się w różnych kręgach kulturowych. Psychiatria niemiecka była pod silnym wpływem filozofii. Wiele ważnych koncepcji psychopatologicznych zawierało pojęcie konstytucji psychicznej, które odgrywało kluczową rolę w niemieckich teoriach zaburzeń osobowości. Zaburzenia osobowości były definiowane przez psychiatrów niemieckich nie jako proces zaburzeń chorobowych lecz jako jakościowe odchylenie od norm statystycznych.

Kurt Schneider [8] wykazał, że zaburzenia osobowości mogą być społecznie nie tylko destrukcyjne, ale i twórcze. Według

niego koncepcje zaburzeń osobowości nie powinny być oparte na wartościujących ocenach o charakterze normatywnym. Rozróżnia on dwie grupy zaburzeń osobowości: (1) tych co cierpią sami, (2) tych, którzy sprawiają cierpienie innym (określanych mianem osobowości psychopatycznych).

Koncepcje zaburzeń osobowości w Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych mają nieco odmienne źródła. W przeciwieństwie do sytuacji w psychiatrii niemieckiej, koncepcje zaburzeń osobowości psychiatrii anglojęzycznej nie były oparte na ogólnej teorii psychopatologicznej, ale wywodziły się głównie z empirycznych obserwacji. Skupiały się one zasadniczo na zachowaniach społecznie niepożądanych mniej przywiązując wagę do uwarunkowań genetycznych, a bardziej do czynników środowiskowych. Definicje zaburzeń osobowości w krajach anglojęzycznych kształtowały się pod wpływem Pricharda, który po raz pierwszy w 1835 r. sformułował pojęcie moral insanity. W 1950 r. w Wielkiej Brytanii zaprzestano używania terminu psychopatia zastępując go terminem socjopatia lub zaburzenia osobowości socjopatyczne.

W Stanach Zjednoczonych wczesny opis osobowości psychopatycznej przedstawił w 1812 r. Benjamin Rush [7]. Termin psychopatia był używany do określenia kategorii zespołu zachowań antyspołecznych i aspołecznych. Z czasem wyłoniło się pojęcie osobowość antysocjalna, opisane przez Crafta [3] w 1965 r. W 1976 r. Cleckley [2] przedstawił następujące kryteria diagnostyczne osobowości nieprawidłowej:

- trwała niezdolność do więzi uczuciowej,
- bezosobowy stosunek do życia seksualnego,
- brak poczucia winy, wstydu i odpowiedzialności,
- nieumiejętność odraczania satysfakcji
- utrwalone i nieadekwatne zachowania antyspołeczne,
- autodestrukcyjny wzorzec życia,

- niezdolność planowania odległych celów, przewidywania skutków własnego postępowania i wysnuwania wniosków z doświadczeń,
- nie dające się logicznie wyjaśnić przerywanie każdej podjętej konstruktywnej działalności,
- swoisty brak wglądu,
- sprawna inteligencja,
- nie rozróżnianie granic między prawdą a kłamstwem,
- brak lęku,
- nietypowa lub niezwykła reakcja na alkohol,
- częste szantażowanie samobójstwem i tendencjami do samouszkodzeń.

---

W krajach anglojęzycznych proponowano w miejsce terminu psychopatia inne określenia, takie jak np.: nerwica charakteru (Alexander), socjopatia (Partridge). Natomiast Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne proponowało kolejno:

- 
- osobowość socjopatyczna z reakcjami antysocjalnymi (DSM-I, 1952),
  - zaburzenia osobowości typu antysocjalnego (DSM-II, 1968),
  - antysocjalne zaburzenia osobowości (DSM-III, 1980),
  - osobowość antysocjalna (DSM-III-R, 1987),
  - antysocjalne zaburzenia osobowości (DSM-IV, 1993).
- 

Podobnie jak koncepcje zaburzeń osobowości tak i klasyfikacje tychże były różne w różnych kręgach kulturowych. Tworzono liczne narzędzia pomiarowe w celu diagnozowania zaburzeń osobowości czemu sprzyjała rywalizacja pomiędzy podejściem nomotetycznym reprezentowanym przez psychologów klinicznych a idiograficznym, charakterystycznym dla myślenia psychiatrycznego. Opracowano szereg inwentarzy,

skal samooceny, kwestionariuszy. Najbardziej popularne, to:

- 
- 
- „Minnesocki wielowymiarowy inwentarz osobowości” (MMPI) Hathawaya i Kinleya,
  - 16-czynnikowy kwestionariusz osobowości Cattella,
  - test przymiotników Gougha i Heilbruna,
  - inwentarz osobowości MPI i EPI Eysencka.
- 
- 

Za najbardziej rzetelne i trafne narzędzie służące do badania zaburzeń osobowości uznaje się zaktualizowaną „Skalę pomiaru osobowości” (PAS) Tyrera, Alexandra i Fergusona. Umożliwia ona dokładną diagnozę (13 wymiarów osobowości) jak i ocenę poziomu patologii. Zastosowane tu kryteria diagnostyczne (typy osobowości) są bardzo zbliżone do klasyfikacji DSM-III, DSM-III-R i ICD-10.

Zastanawiano się nad celami klasyfikacji chorób. Jablensky [4] stwierdził, iż dobra klasyfikacja zaburzeń psychicznych musi:

- 
- 
- dzielić ogólne obserwacje kliniczne na heurystycznie użyteczne jednostki prowadzące do różnorodnych aktywności,
  - generować nowe obserwacje i problemy,
  - zwiększać rzetelność procesu diagnostycznego,
  - zaspokajać potrzeby poznawcze użytkowników,
  - mieć charakter transkulturowy,
  - być przetłumaczalna na terminy innych, dawnych lub obecnych klasyfikacji.
- 
- 

## ICD-10 i DSM-IV

W latach sześćdziesiątych podjęto prace nad rzetelnością i trafnością diagnostyki psychiatrycznej, w rezultacie czego powstały dwa współistniejące obszerne systemy klasy-

fikacyjne: „Międzynarodowa klasyfikacja chorób” (ICD) opracowana przez WHO, „Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych” (DSM), opracowany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne.

W podejściu do zaburzeń osobowości w obu klasyfikacjach było wiele rozbieżności, które w kolejnych wydaniach ulegały niwelowaniu.

Cechą wspólną aktualnie obowiązujących systemów klasyfikacyjnych ICD-10 i DSM-IV jest dążenie do utworzenia czysto opisowych, wolnych od założeń teoretycznych, chociaż niekoniecznie wyczerpujących, definicji typowych dla psychiatrii zespołów klinicznych. Najważniejszą korzyścią płynącą z podziału opartego na zespołach objawowych jest ułatwienie rozumienia i leczenia zaburzeń psychicznych. Wadą zaś jest tendencja do „kostnienia” tych zespołów, podczas gdy oddają one jedynie aktualny stan wiedzy psychiatrycznej w momencie przygotowywania danej klasyfikacji.

Zaburzenia są podstawową kategorią używaną w całej klasyfikacji ICD-10, co umożliwia uniknięcie wątpliwości jakie budzi termin *choroba*. Zaburzenia nie są terminem ścisłym, wskazują na istnienie układu klinicznie stwierdzanych objawów lub zachowań połączonych w większości przypadków z cierpieniem i z zaburzeniami funkcjonowania indywidualnego [6].

W klasyfikacji ICD-10, w porównaniu z ICD-9, wprowadzono szereg zmian dotyczących zarówno systemu kodowania, jak i klasyfikowania poszczególnych zaburzeń. W przypadku zaburzeń osobowości wyodrębniono pewną liczbę nowych zaburzeń zachowań dorosłych, jak: patologiczny hazard, podpalenia, kradzieże. Zaburzenia preferencji seksualnych odróżniono od zaburzeń identyfikacji z płcią, zaś homoseksualizm przestał być kategorią diagnostyczną. Do zaburzeń osobowości włączono zespoły, które dawniej uważane były za nerwicowe. I tak, w kategorii „inne zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych” (F68) znalazły się

podkategorii: „kształtowanie objawów fizycznych przez przyczyny psychologiczne” obejmująca nerwicę roszczeniową oraz „zamierzone wytwarzanie lub naśladowanie objawów czy niewydolności fizycznych lub psychicznych (zaburzenia pozorowane)”, obejmujące m.in. zespół Münchhausena.

Klasyfikacja ICD-10 rozumie przez osobowość zespół trwałych wzorców myślenia, odczuwania i zachowania charakteryzujących się indywidualnym stylem życia i sposobu adaptacji jednostki. Jest on efektem współdziałania czynników konstytucjonalnych, rozwojowych i doświadczeń społecznych [1].

Rozdział klasyfikacji ICD-10 dotyczący zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych obejmuje różnorodne, istotne klinicznie wzorce zachowania, które mają tendencję do utrzymywania się i są wyrazem charakterystycznego dla danej osoby stylu życia oraz sposobu odnoszenia się do siebie i innych ludzi. Niektóre z tych stanów i wzorców zachowania ujawniają się wcześniej w przebiegu indywidualnego rozwoju jako wynik oddziaływania czynników zarówno konstytucjonalnych jak i społecznych, inne zaś nabywane są później. Rozdział ten zawiera:

trzy podstawowe kategorie diagnostyczne:

- specyficzne zaburzenia osobowości (F60)
- zaburzenia osobowości mieszane i inne (F61)
- trwale zmiany osobowości nie wynikające z uszkodzenia ani z choroby mózgu (F62)

trzy kategorie dotyczące zaburzeń seksualnych:

- zaburzenia identyfikacji płciowej (F64)
- zaburzenia preferencji seksualnych (F65)
- zaburzenia psychologiczne i zaburzenia zachowania związane z rozwojem i orientacją seksualną (F66)

jak również kategorie:

- zaburzenia nawyków i popędów (impulsów) (F63)
- inne zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych (F68)

*Specyficzne zaburzenia osobowości*, zaburzenia osobowości mieszane i inne oraz trwałe zmiany osobowości są głęboko zakorzenionymi i utrwalonymi wzorcami zachowania przejawiającymi się sztywnymi reakcjami na różnorodne sytuacje indywidualne i społeczne. Reakcje te znacząco różnią się od przeciętne- go w danej kulturze sposobu myślenia, postrzegania czy odczuwania, zwłaszcza w odno- szeniu się do innych. Zaburzenia osobowości różnią się od zmian osobowości czasem trwa- nia i sposobem powstawania. Dotyczą one stanów rozwojowych, które ujawniają się w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania i trwają nadal w życiu dorosłym. Nie są one wtórne do innych zaburzeń psychicznych czy uszkodzeń mózgu, mogą zaś współwystępo- wać z nimi. Zmiany osobowości zaś pojawiają się często już w dorosłym życiu po przebytych ciężkim stresie, w sytuacji skrajnego niezaspokajania potrzeb przez środowisko, po ciężkich zaburzeniach psychicznych.

Podstawowa klasa diagnostyczna – spe- cyficzne zaburzenia osobowości – dotyczy ciężkich zaburzeń struktury charakteru i sposobu zachowania się osoby, zazwyczaj obejmuje kilka wymiarów osobowości i pra- wie zawsze związana jest z dostrzegalnym zaburzeniem funkcjonowania indywidualne- go i społecznego. W celu rozpoznania zabu- rzeń tej kategorii konieczna jest obecność przynajmniej trzech cech lub zachowań z przedstawionych poniżej, przy założeniu, że nie są one związane ze znacznym uszko- dzeniem czy chorobą mózgu ani innymi za- burzeniami psychicznymi:

1. wyraźne dysharmonijne postawy i zacho- wania, obejmujące zazwyczaj wiele za- kresów funkcjonowania,
2. wzorec nieprawidłowego zachowania jest długotrwały, nie ogranicza się do epizodów choroby psychicznej,
3. wzorec nieprawidłowego zachowania jest całościowy i wyraźnie niedostosowa- nym w stosunku do rozmaitych sytuacji indywidualnych i społecznych,

4. wymienione trudności zawsze pojawiają się w okresie dzieciństwa lub w okresie młodzieńczym i utrzymują się w wieku dojrzałym,
5. zaburzenia prowadzą do wyraźnego złego samopoczucia, które może pojawić się dopiero w późniejszym okresie,
6. zaburzenia zazwyczaj, ale nie zawsze, współwystępują z istotnymi trudnościami w zakresie sprawności zawodowej i społecznej.

W grupie diagnostycznej specyficznych zaburzeń osobowości wyróżnia się:

- osobowość paranoiczną (F60.0),
- osobowość schizoidalną (F60.1),
- osobowość dys socjalną (F60.2),
- osobowość chwiejną emocjonalnie (F60.3),
- osobowość histrioniczną (F60.4),
- osobowość anankastyczną (F60.5),
- osobowość lękliwą (unikającą) (F60.6),
- osobowość zależną (F60.7),
- inne określone zaburzenia osobowości (F60.8),
- zaburzenia osobowości bliżej nieokreślone (F60.9).

Jednym z podtypów osobowości chwiejnej emocjonalnie (F60.3) jest „osobowość z pogranicza” (typ *borderline*). Jest ona tu opisana jako osobowość, w której występują cechy niestabilności emocjonalnej. Ponadto częsty jest niejasny lub zaburzony obraz samego siebie, własnych celów i wewnętrznych preferencji (w tym również seksualnych). Często występuje stałe uczucie pustki wewnętrznej. Skłonność do wchodzenia w intensywne i niestabilne związki często prowadzi do kryzysów emocjonalnych i może wiązać się z usilnymi próbami uniknięcia porzucenia z powtarzającymi się groźbami samobójstwa lub samouszkodzeniami. Wprowadzenie tego terminu do

klasyfikacji ICD-10 budzi wiele wątpliwości. Osobowość z pogranicza (*borderline*) stała się niezwykle popularna w psychiatrii i psychologii w latach sześćdziesiątych. Termin „pograniczna” (*borderline*) wprowadził do psychopatologii psychoanalityk Stern w 1938 r. Określenie to przypisywano chorym, u których nie można było z całą pewnością rozpoznać psychozy lub nerwicy pomimo występowania u nich objawów psychopatologicznych. Później nadmiernie rozszerzono zakres tego pojęcia stosując go w miejsce takich rozpoznań, jak: schizofrenia skąpoobjawowa, subkliniczna, poronna itp. Rozpoznania: osobowość z pogranicza używano również dla określenia zespołów z dominującą, często wtórną symptomatologią depresyjną. Mimo dużej popularności terminu „pograniczny” nie ma powszechnej zgodności odnośnie zastosowania go w diagnostyce psychiatrycznej. Nie wiadomo, czy odnosi się on do stanu klinicznego, osobowości, struktury charakteru, wzorca zachowania się, schizofrenii, depresji czy innych zespołów psychopatologicznych. Termin „osobowość z pogranicza” ma wiele znaczeń, a ponadto niektóre jego kryteria diagnostyczne występują w innych postaciach zaburzeń osobowości, np. osobowości schizoidalnej, histrionicznej, niedojrzałej itp. Pojęcie to nie przyjęło się wśród psychiatrów europejskich, poza Wielką Brytanią i nielicznymi ośrodkami psychoanalitycznymi w Niemczech, natomiast szeroko rozprószyło się w Stanach Zjednoczonych, czego dowodem są kolejne wydania DSM. W świetle współczesnej wiedzy psychopatologicznej pojęcie „osobowość z pogranicza” nie ma racji bytu w psychiatrii komplikując tylko i tak problematyczną diagnostykę zaburzeń osobowości. Dlatego też dyskusyjne jest umieszczenie tego pojęcia w ICD-10.

Kategoria *zaburzenia osobowości mieszane i inne* (F61) odnosi się do takich form patologii osobowości, które sprawiają duże trudności diagnostyczne, gdyż nie wyrażają się w określonych wzorcach zachowania czy cechach opisanych w kategorii specyficzne

zaburzenia osobowości. Kategoria ta stanowi swego rodzaju „worek”, w którym można umieścić każdą niekonwencjonalną osobę z dowolnie dobraną osobowością i nadać jej etykietkę psychiatryczną.

Trzecia podstawowa kategoria diagnostyczna rozdziału „zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych” – *to trwale zmiany osobowości nie wynikające z uszkodzenia ani choroby mózgu* (F62). Została ona wydzielona na podstawie kryteriów etiopatogenetycznych. Obejmuje trwale zmiany osobowości osób dorosłych utrzymujące się co najmniej 2 lata, które powstały w następstwie stresu o rozmiarach katastrofy lub silnego przedłużającego się stresu, czy też w następstwie przebycia poważnej choroby psychicznej. Zmiana osobowości powinna być znacząca i związana z niedostosowanym zachowaniem, które nie występowało przed patogennym doświadczeniem. Kategoria ta również może budzić wątpliwości, gdyż różnicowanie pomiędzy nabytymi zmianami osobowości a ujawnieniem się czy nasileniem wcześniej istniejących zaburzeń osobowości w następstwie stresu, czy zaburzeń psychicznych wydaje się trudne.

Dyskusyjne wydaje się też włączenie do klasyfikacji zaburzeń osobowości kategorii dotyczących *zaburzeń seksualnych*. Przede wszystkim uznanie danego zachowania seksualnego za zaburzone jest niezmiernie relatywne i zależne od warunków socjokulturowych.

Przykładem tego może być ocena homoseksualizmu w różnych kręgach kulturowych. Klasyfikacja ICD-10 nie traktuje homoseksualizmu jako zaburzenia i proponuje w kategorii zaburzenia psychologiczne i zaburzenia zachowania związane z rozwojem i orientacją seksualną (F66) kodować homoseksualizm (F66x1) jako orientację seksualną na równi z orientacją heteroseksualną i biseksualną, która może dla danej osoby stanowić problem. W wielu krajach nie występuje tak liberalna postawa wobec homoseksualizmu jaką prezentuje ICD-10, traktuje się go jako grzech, zaburzenia czy

nawet przestępstwo. Natomiast w krajach, gdzie dominował nurt tolerancji wobec homoseksualizmu, w wyniku pojawienia się AIDS, stosunek do tego problemu zaczął się radykalnie zmieniać. W świetle dużego uzależnienia od warunków socjokulturowych w podejściu do zaburzeń seksualnych włączenie tej kategorii do klasyfikacji zaburzeń osobowości zaciemnia obraz tej klasyfikacji czyniąc ją mniej przejrzystą.

## PODSUMOWANIE

Klasyfikacja zaburzeń osobowości zawarta w 10 wydaniu „Międzynarodowej klasyfikacji chorób” ma wiele uogólnień, uproszczeń, jak i wad. Jednakże, jak dotąd, nie stworzono doskonałej klasyfikacji zaburzeń osobowości, która zadowoliliby badaczy, jak i klinicystów. Wiąże się to ze zmianami nomenklatury zaburzeń osobowości wynikającymi zapewne z niedostatecznej wciąż wiedzy o nich. Za wady ICD-10, od których również nie są wolne inne współczesne klasyfikacje, można uznać:

1. opieranie się na odmiennych lub łączonych kryteriach, np. etiologicznych, patologicznych, prognostycznych itp., mimo zastosowania jednolitego kryterium opisowo-objawowego.
2. poleganie na obserwacjach klinicznie chorych a nie zdrowych osób, a więc brak podstawowego modelu teoretycznego prawidłowego rozwoju i funkcjonowania osobowości.
3. wprowadzenie kilku nowych kategorii diagnostycznych, których granice są bardzo niejasne, np. osobowość z pogranicza.
4. zaniedbanie relatywizmu społeczno-kulturowego prowadzące do małej przydatności klasyfikacji w badaniach w psychiatrii kulturowej [5].

Pomimo tych wad, patrząc wstecz na historię i kształtowanie się klasyfikacji zabu-

rzeń osobowości, zaznacza się wyraźna tendencja do zbliżenia podejścia badaczy zarówno z Europy, jak i ze Stanów Zjednoczonych, umożliwiając zgłębienie wiedzy dotyczącej tego nadal kontrowersyjnego zagadnienia, jakim są zaburzenia osobowości.

## PIŚMIENNICTWO

1. Aleksandrowicz J.W.: Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (wg ICD-10). CM UJ, Kraków 1997.
2. Cleckley H.: *The Mask of sanity*. Wyd. 5. Mosby, St. Louis 1976.
3. Craft M.J.: *Ten studies into psychopathic personality*. John Wright, Bristol 1965.
4. Jablensky A.: Methodological issues in psychiatric classification. *Br. J. Psychiatry* 1988, 152, suppl., 15–20.
5. Jakubik A.: Kilka uwag metodologicznych o systemach klasyfikacyjnych w psychiatrii. W: Bomba J., de Barbaro B. (red.): *Psychiatria amerykańska lat dziewięćdziesiątych*. CM UJ, Kraków 1995, 94–96.
6. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, IPiN, Kraków–Warszawa 1997.
7. Rush B.: *Medical inquiries and observations upon the disease of the mind*. Philadelphia 1812.
8. Schneider K.: *Die psychopathische Persönlichkeiten*. Wien 1946.
9. Stern A.: Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal. Quart.* 1938, 7, 467–489.

*Adres: Dr Anna Sarol-Kulka, Klinika Nerwic IPiN,  
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*