

Agnieszka Krzysztof-Świdarska, Dominika Małek

Osobowość typu borderline w ICD-11 i DSM-5 – relacyjna natura kryteriów zaburzenia

Borderline personality disorder in ICD-11 and DSM-5 – the relational nature of the criteria for the disorder

Akademia Ignatianum w Krakowie, Kraków, Polska

Adres do korespondencji: Agnieszka Krzysztof-Świdarska, Akademia Ignatianum w Krakowie, ul. Kopernika 26, 31-501 Kraków, e-mail: agnesswidarska@gmail.com

ORCID iDs

1. Agnieszka Krzysztof-Świdarska  <https://orcid.org/0000-0002-0819-0350>

2. Dominika Małek  <https://orcid.org/0000-0002-5219-2329>

Streszczenie

Artykuł ilustruje relacyjną naturę psychiatrycznej kategorii zaburzeń osobowości typu borderline na podstawie analizy objawowych kryteriów zawartych w 11. edycji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision, ICD-11), wydawanej przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, WHO), a także w 5. edycji *Kryteriów diagnostycznych zaburzeń psychicznych* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5), opracowywanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association, APA). Autorki wskazują na docenienie w najnowszych klasyfikacjach WHO i APA relacyjnego charakteru zjawiska, który ujawnia się już w bardzo pobieżnej analizie. Uwzględnione manifestacje kliniczne wskazanych kryteriów zdają się nie tylko ze sobą łączyć, lecz także z siebie nawzajem wynikać, co sugeruje zasadniczo strukturalny charakter zjawiska. Wszystkie opisane trudności dotyczą obszaru relacji międzyludzkich – zarówno w aspekcie bezpośrednich przyczyn zakłóceń funkcjonowania, jak i pod względem długofalowych skutków rodzinnych i społecznych. Odnosi się to zwłaszcza do osobowości chwiejnej emocjonalnie typu pogranicznego, z którą nierozłącznie wiąże się wzorec zmienności i niestabilności oraz którą trudno ująć kryterialnie w sposób nieowocujący problemami w diagnozie. Stąd właśnie bierze się zwrócenie uwagi na istotne kryterium diagnostyczne, jakim są problemy w relacjach. Zarówno ICD-11, jak i DSM-5 zawierają oddzielne kategorie diagnostyczne dotyczące problemów relacyjnych, które – jak się okazuje – nie muszą współwystępować z innymi zaburzeniami. Powiązanie patologii relacji z zaburzeniami osobowości może mieć duże znaczenie dla ustalenia właściwego rozpoznania, a w rezultacie – dla doboru odpowiedniej metody leczenia.

Słowa kluczowe: osobowość typu borderline, diagnoza psychiatryczna, klasyfikacje zaburzeń psychicznych, problemy w relacjach

Abstract

The paper illustrates the relational nature of the psychiatric category of borderline personality disorders based on the analysis of symptomatic criteria set out in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision (ICD-11) issued by the World Health Organization (WHO), as well as the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) developed by the American Psychiatric Association (APA). We point to the appreciation of the relational nature of the phenomenon, which is noticeable already in a very cursory analysis, in the latest WHO and APA classification systems. The clinical manifestations of these criteria seem not only to be interconnected, but also to result from one another, suggesting a fundamentally structural nature of the phenomenon. All the described difficulties relate to interpersonal relationships – both in terms of the direct causes of disfunctions and long-term family and social consequences. This particularly applies to the borderline-type emotionally unstable personality disorder, which is inseparably linked to emotional volatility and instability, and which is difficult to define using criteria in a way that does not give rise to diagnostic challenges. Therefore, we draw attention to difficulties with relationships, which are an important diagnostic criterion. Both ICD-11 and DSM-5 contain separate diagnostic categories for relationship problems, which, as it turns out, not necessarily coexist with other disorders. Linking relationship pathology with personality disorders may be of great importance for establishing the correct diagnosis and therefore choosing an appropriate treatment strategy.

Keywords: borderline personality, psychiatric diagnosis, classifications of mental disorders, relationship difficulties

W ostatnich kilkudziesięciu latach obserwuje się wzrost zainteresowania problematyką osobowości, zwłaszcza w kontekście jej szeroko pojętych zaburzeń i towarzyszących im trudności w funkcjonowaniu społecznym i emocjonalnym. Jest to podyktowane przede wszystkim potrzebami klinicystów – psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów, obserwujących rzadsze występowanie zaburzeń typowo nerwicowych i rosnącą z roku na rok liczbę pacjentów z trudnościami osobowościowymi czy wręcz nozologiczną, psychiatryczną diagnozą zaburzeń osobowości (Winsper *et al.*, 2020). W ramach rozmaitych paradygmatów myślenia o człowieku w ogóle powstają koncepcje rozumienia, czym są osobowość i jej zaburzenie, a także wynikające z owych koncepcji sposoby badania osobowości – o różnej konstrukcji metodologicznej i różnym stopniu przydatności klinicznej. Spośród teorii osobowości na pierwszy plan wysuwają się niezwykle popularne teorie czynnikowe, takie jak koncepcja Wielkiej Piątki czy teoria Cattella, oraz inne teorie zakorzenione w metodach statystycznych (Poropat i Corr, 2015). Obecne w dyskursie naukowym są również teorie uczenia się, teorie systemowe, teorie humanistyczne czy teorie pola, a wreszcie – będące bezpośrednim przedmiotem zainteresowania w niniejszej pracy i niezwykle przydatne w leczeniu psychoterapeutycznym – teorie psychodynamiczne (Levy *et al.*, 2006) i próby ich integracji z innymi podejściami (Shaver i Mikulincer, 2005; Wachtel, 1973). Znajomość współczesnych koncepcji psychodynamicznych pozwoliła autorkom dostrzec ich punkty wspólne z najnowszymi klasyfikacjami Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) i Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (American Psychiatric Association, APA) w obszarze zaburzeń osobowości (Caligor *et al.*, 2018). Nie sposób jednak ustalić, czy są to psychodynamiczne inspiracje autorów klasyfikacji, czy też pragmatyzm, który nakazuje korzystać ze zdobyczy różnych podejść w ramach współczesnej psychologii.

Stricte opisowe podejście do osobowości człowieka, związane z poprzednimi wersjami klasyfikacji zaburzeń psychiatrycznych – zarówno WHO, jak i APA – wydaje się ujawniać wszelkie swoje ograniczenia właśnie w przypadku zaburzeń osobowości, szczególnie zaburzenia typu borderline (Deary *et al.*, 1998; Morey *et al.*, 2000). Trwała niewydolność adaptacyjna jednostki wydaje się rozmywać, jeśli analizowana jest wyłącznie na podstawie opisu cech charakteru – w końcu osoby o bardzo różnych cechach i predyspozycjach tworzą udane relacje, znajdują własne miejsce w społeczeństwie, a nawet czynią ze swoich cech atut niezbędny do wykonywania pewnych zawodów i funkcjonowania w określonych środowiskach (Bajcar *et al.*, 2006; Millon *et al.*, 2000).

Jakkolwiek termin „zaburzenia z pogranicza” jest niezwykle często stosowany, a wręcz nadużywany, już pobieżna analiza kryteriów opisowych zdaje się naszym zdaniem ujawniać nieadekwatność podejścia *stricte* objawowego do relacyjnej struktury problemu. Wielu autorów wskazuje, że

chaotyczne funkcjonowanie interpersonalne to cecha definiująca zaburzenie osobowości typu borderline (Drapeau *et al.*, 2012). Podjęto również próby dowodzenia, że redukcja trudności interpersonalnych w toku terapii skutkowałą poprawą objawową (Kramer *et al.*, 2022).

Kryteria zawarte w 11. edycji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision, ICD-11), wydanej przez WHO i obowiązującej od 1 stycznia 2022 roku, mogą posłużyć jako pewna rama opisu patologii z pogranicza (World Health Organization, 2020). Koresponduje z nimi ujęcie prezentowane w aktualnych *Kryteriach diagnostycznych zaburzeń psychicznych* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5), opublikowanych przez APA (American Psychiatric Association, 2013). Należy zaznaczyć, że jakkolwiek APA zapowiadało nowe, „rewolucyjne” podejście do problemu zaburzeń osobowości, w swojej najnowszej klasyfikacji ostatecznie zachowało stare ramy definicyjne. Alternatywne, wymiarowe podejście do zaburzeń osobowości przedstawiono w sekcji trzeciej, poświęconej nowym metodom pomiaru i modelom teoretycznym (American Psychiatric Association, 2013).

ICD-11 wydaje się to zmieniać. Podąża bowiem za psychodynamicznymi podstawami diagnozy osobowości w ogóle: trudnościami związanymi ze strukturą self i właśnie zaburzeniami relacji (World Health Organization, 2020). Kategorią nadrzędną wobec zaburzeń osobowości są „zaburzenia osobowości i inne związane z nimi cechy” (Gaebel *et al.*, 2017). W ramach powyższej kategorii zdecydowano się na porzucenie modelu kategoryjnego, trudnego do jednoznacznego zastosowania i zastąpionego modelem wielowymiarowym (Krawczyk i Świącicki, 2020). Po ustaleniu stopnia ciężkości zaburzenia osobowości, który może być łagodny, umiarkowany, ciężki albo nieokreślony (kategoria „zaburzenie osobowości” 6D10), istnieje możliwość dookreślenia „wiodących cech lub wzorców osobowości” (6D11). Dopiero określenie zaburzeń osobowości za pomocą obu wymienionych kategorii pozwala na pełny opis. Co ważne, nie ma możliwości przypisania konkretnemu przypadkowi klinicznemu wyłącznie kategorii 6D11. Sama kategoria 6D10 może natomiast zostać zastosowana, gdy stwierdza się długotrwałe (np. utrzymujące się co najmniej 2 lata) problemy w funkcjonowaniu w zakresie różnych aspektów self (tożsamość, poczucie własnej wartości, trafność postrzegania siebie czy ukierunkowanie na siebie) i/lub dysfunkcję interpersonalną (dotyczącą zdolności do rozwijania i utrzymywania bliskich i wzajemnie satysfakcjonujących relacji, umiejętności rozumienia perspektyw innych, radzenia sobie z konfliktami w związkach) (World Health Organization, 2020). Termin „self” wydaje się tu jednoznacznie zaczerpnięty z teorii relacji z obiektem (Hébert *et al.*, 2003), a także psychologii self Heinza Kohuta (Kohut, 2009). O ile w większości teorii relacji z obiektem używa się terminu „self” głównie w kontekście budowania stabilnej tożsamości, o tyle w teorii Kohuta jest ono strukturą

mentalną zajmującą centralne miejsce w psychice, opisywaną w kategoriach tego, co jednostka odczuwa jako swoje i czego doświadcza jako swojego (Dyga, 2018). Waga budowanych relacji dla funkcjonowania osobowości człowieka wydaje się istotą całego powyższego nurtu psychoanalizy i pokrewnych mu teorii przywiązania (Gullestad, 2001). W najnowszej wersji klasyfikacji WHO podkreśla się więc zarówno zinternalizowany, jak i zewnętrzny charakter problemów pacjentów z zaburzeniami osobowości. Pierwszy przejawia się w wewnętrznych przeżyciach jednostki, w różnych aspektach self. Drugi zaś odwołuje się do trudności interpersonalnych, których etiologii można doszukiwać się chociażby w teorii relacji z obiektem – podkreśla ona istotność pierwszych relacji człowieka w ciągu życia, wpływających na dalszy rozwój osobowościowy i społeczny. Kolejny wymiar klasyfikacji konkretnego przypadku klinicznego zaburzenia osobowości, czyli „wiodące cechy lub wzorce osobowości” (6D11), zawiera w sobie możliwość dookreślenia wzorca funkcjonowania. Pod oznaczeniem 6D11.5 kryje się „wzorec borderline”. Można go zastosować w przypadku osób, których wzorec zaburzeń osobowości charakteryzuje się niestabilnością relacji międzyludzkich, obrazu siebie i afektów oraz wyraźną impulsywnością (World Health Organization, 2020). Wszystkie wymienione cechy mają swoisty wpływ na burzliwość związków osób z zaburzeniami typu borderline. Ze względu na stapianie się z partnerem (a nawet czasowe przejmowanie jego tożsamości) czy dystansowanie od innych lub swoistą regulację bliskości problemem jest tu intymność. Bliskość, jeśli już się pojawia w relacjach pacjenta, rzadko bywa stabilna i trwała. Prawie zawsze naznaczona jest brakiem poczucia bezpieczeństwa i nieufnością. Partnerzy osób z zaburzeniami z pogranicza borykają się często z odrzuceniem, a zarazem, paradoksalnie, z oskarżeniami o bycie stroną odrzucającą. W DSM-5 takie trudności interpersonalne zostały zawarte w kryteriach problemów w relacji z partnerem (American Psychiatric Association, 2013).

Po raz kolejny zatem problemy relacyjne i związane z funkcjonowaniem self wysuwają się na pierwszy plan, a dopiero jako ich manifestację traktuje się cechy podobne do opisywanych jako kluczowe we wcześniejszej wersji klasyfikacji APA. Co ciekawe, w ICD-10, poprzedniej wersji klasyfikacji WHO, jest podobnie. Tylko pierwsze kryterium diagnostyczne dla pogranicznego typu osobowości chwiejnej emocjonalnie, czyli niezdolność do kontrolowania zachowań emocjonalnych, z którą ściśle wiąże się emocjonalne niezrównoważenie, można ująć opisowo, a reszta ma wyraźny relacyjny charakter (Jakubik, 2003; World Health Organization, 1992). Kryterium to wydaje się odpowiadać jednemu z czterech głównych kryteriów „wzorca borderline” w ICD-11 – wyraźnej impulsywności (World Health Organization, 2020). Manifestacje trzech pozostałych głównych kryteriów w zasadzie dają się sprowadzić do przeszłych i obecnych trudności relacyjnych osoby (Salzer *et al.*, 2013). Jako wzorce niestabilnych i intensywnych relacji międzyludzkich wynikające z trzech wspomnianych

czynników wymienia się: gorączkowe wysiłki, aby uniknąć rzeczywistego lub wyimaginowanego porzucenia; zaburzenie tożsamości; skłonność do pochopnego działania w stanach silnego negatywnego afektu, prowadzącą do zachowań potencjalnie autodestrukcyjnych, nawracające epizody samookaleceń; niestabilność emocjonalną z powodu wyraźnej reaktywności nastroju; chroniczne uczucie pustki; nieadekwatny intensywny gniew lub trudności w jego kontrolowaniu; przejściowe objawy dysocjacyjne lub cechy psychotyczne w sytuacjach wysokiego pobudzenia afektywnego (World Health Organization, 2020).

Podobnie w DSM-5 jako kluczowe dla rozpoznania osobowości typu borderline (301.83) wymieniane są: wszechobecny wzorec niestabilności relacji międzyludzkich, obrazu siebie i afektów oraz wyraźna impulsywność, zaczynająca się we wczesnej dorosłości i występująca w różnych kontekstach (American Psychiatric Association, 2013). Analogicznie jak w ICD-11 wskazuje na to co najmniej 5 z 9 możliwych manifestacji: gorączkowe wysiłki, aby uniknąć prawdziwego lub wyimaginowanego porzucenia; wzorec niestabilnych i intensywnych relacji międzyludzkich charakteryzujący się naprzemienną idealizacją i dewaluacją; zaburzenie tożsamości (wyraźnie i uporczywie niestabilny obraz siebie lub poczucie siebie); impulsywność w co najmniej dwóch obszarach, które są potencjalnie autodestrukcyjne (np. wydawanie pieniędzy, seks, nadużywanie substancji, lekkomyślna jazda, objadanie się); nawracające zachowania samobójcze, gesty lub groźby, lub zachowania samookaleczające; niestabilność afektywna spowodowana wyraźną reaktywnością nastroju; chroniczne uczucie pustki; nieadekwatny intensywny gniew lub trudności w kontrolowaniu go; przejściowe, związane ze stresem objawy psychotyczne lub dysocjacyjne (American Psychiatric Association, 2013). Interesujące światło na problem wspólnej genezy wymienionych objawów czy zachowań rzucają w DSM-5 uwagi, by nie zaliczać zachowań autodestrukcyjnych lub samobójczych do gorączkowych prób uniknięcia porzucenia, a także by nie pomylić z nimi impulsywności (American Psychiatric Association, 2013). Działania autodestrukcyjne i samobójcze mogą mieć różny charakter. Niekiedy są spowodowane potrzebą rozładowania bolesnego napięcia psychicznego, innym razem stanowią przejaw patologii w relacjach interpersonalnych. Mogą zostać uznane za próbę zakomunikowania, że osoba jest w złym stanie psychicznym, zachęcenia innych do zaangażowania albo przetestowania lojalności bliskich (Guérolé *et al.*, 2021). Pomysł, by kwalifikować takie zachowania osobno, niezależnie od ich motywacji, wydaje się uzasadniony. Patologią jest bowiem nie tylko samouszkodzenie się, ale również motywacja do niego. Jeśli diagnoza stawiana jest na podstawie 5 z 9 manifestacji, podejście to czyni realną, praktyczną różnicę (American Psychiatric Association, 2013).

W obu klasyfikacjach wychodzi się zatem poza poprzednie, czysto opisowe kryteria dotyczące zachowania oraz wskazuje na wewnętrzne przyczyny w postaci uporczywych trudności w relacjach i deficytów w zakresie przeżywania

	DSM-5	ICD-11
Zaburzenia relacji	Sekcja II: Inne dolegliwości, które mogą wymagać uwagi klinicznej	Rozdział 24: Czynniki wpływające na stan zdrowia lub przyczyniające się do kontaktu ze służbą zdrowia; podrozdział: Problemy związane z relacjami
Podkategorie	Problemy związane z wychowaniem w rodzinie; Inne problemy związane z podstawową grupą wsparcia (Cierpienie w relacji z małżonkiem lub partnerem) (61.10)	Problemy związane z interakcjami interpersonalnymi (QE50); Problemy związane z interakcjami z małżonkiem lub partnerem (QE51); Problemy związane z interakcjami interpersonalnymi w dzieciństwie (QE52)
Inne	Kwestionariusz WHODAS 2.0 – zawiera pytania dotyczące problemów związanych ze zdrowiem, uwzględnia kategorię życia w zgodzie z innymi ludźmi (zarówno obcymi, jak i bliskimi)	Inne, określone problemy związane z relacjami (QE57); Inne, nieokreślone problemy związane z relacjami (QE5Z)

Tab. 1. Porównanie kryterium zaburzeń relacyjnych w DSM-5 oraz ICD-11 (na podstawie: American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2020)

samego siebie. Już pobieżna analiza kryteriów z wcześniejszych klasyfikacji sugeruje ich wspólny mianownik i wykazuje naszym zdaniem słuszność kierunku myślenia autorów obu najnowszych wydań podręczników diagnostycznych. Jak wspomniano wyżej, są to tematy będące przedmiotem szczególnego zainteresowania we współczesnych podejściach psychoanalitycznych, takich jak teorie relacji z obiektem i psychologia self (Greene i Uebel, 2017).

Jednak oparcie diagnozy zaburzeń osobowości niemal wyłącznie na niewydolności społecznej – nieudanych relacjach zawodowych czy partnerskich – również wiąże się z pewnymi pułapkami. Zdaniem autorów zarówno ICD-11, jak i DSM-5 możliwa jest bowiem patologia relacji bez patologii osobowości, zwrótnie wywołująca różnego rodzaju zaburzenia psychiczne (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2020). Powszechnie znanym i naukowo udowodnionym faktem jest powiązanie stresu w relacjach intymnych z zaburzeniami psychicznymi (Foran *et al.*, 2015). W metaanalizie danych z różnych badań stwierdzono, że brak dobrych stosunków z małżonkiem był silniej związany z zaburzeniami psychicznymi niż trudne relacje z krewnymi lub przyjaciółmi (Whisman *et al.*, 2004). W DSM-5 i ICD-11 problemy relacyjne znalazły się poza obszarem zaburzeń osobowości (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2020) (tab. 1). W klasyfikacji WHO figurują – jako kategoria „problemy związane z relacjami” – na liście czynników wpływających na status zdrowia lub przyczyniających się do kontaktu ze służbą zdrowia. Problemy te mogą dotyczyć interakcji interpersonalnych zarówno w dorosłości (QE50), jak i w dzieciństwie (QE52) czy interakcji z małżonkiem lub partnerem (QE51). Czynniki zawarte w omawianej części klasyfikacji zostały przeznaczone do opisu sytuacji innych niż choroba, obrażenia lub przyczyna zewnętrzna ujęta w innym kryterium diagnostycznym. Ponadto ICD-11 zawiera uzupełniający paragraf do oceny funkcjonowania jednostki (*V – Supplementary section for functioning assessment*), który pozwala na stworzenie profilu osoby z uwzględnieniem jakości życia związanej ze stanem zdrowia (World Health Organization, 2020). Interakcje interpersonalne i związki znalazły się w tymże paragrafie.

W DSM-5 również zawarto kryteria diagnostyczne problemów relacyjnych (American Psychiatric Association, 2013). Potrzeba wyodrębnienia takich zaburzeń wynika z korelacji między jakością relacji a rozwojem, utrzymywaniem się

czy nawrotem choroby psychicznej (Heyman *et al.*, 2009). Należy jednak wziąć pod uwagę, że zaburzenia relacji niekoniecznie są wynikiem albo przyczyną zaburzenia lub choroby psychicznej, nie muszą też z nimi współwystępować. W wyrafinowanych analizach statystycznych zjawiska wskazuje się na konieczność przebadania obojga partnerów (Whisman *et al.*, 2004). Założeniem kryteriów zawartych w DSM-5 jest to, że problemy w relacji mogą skutkować objawami klinicznymi czy wpływać negatywnie na jakość życia osoby przy braku diagnozy innych zaburzeń psychicznych (Beach i Inui, 2006). Zaburzenia relacji uwzględniono już w DSM-IV-TR, wśród kodów V, jako „inne stany, które mogą być przedmiotem klinicznej uwagi” (Wciórka, 2008). W DSM-5 ich kryteria diagnostyczne zostały dokładniej scharakteryzowane (Beach i Inui, 2006).

Uważne podejście do diagnozy zaburzeń osobowości oraz do powiązań między nimi a patologią relacji może zapewnić większy sukces diagnostyczny i terapeutyczny. Od dawna można było zastanawiać się nad sensownością objawowego opisu zjawiska, którego relacyjny charakter widoczny jest przy każdej, choćby pobieżnej próbie zrozumienia problemu. Co ciekawe, nawet najnowsze badania dotyczące klasycznej już, pięcioczynnikowej struktury osobowości, zwanej Wielką Piątką, stawiają pod znakiem zapytania zasadność pomijania relacyjnego wymiaru osobowości. Badania prowadzone w ramach psychologii międzykulturowej pozwoliły wyodrębnić relacyjność interpersonalną (*interpersonal relatedness*), czyli stopień dążenia do kontaktu i więzi, jako szósty czynnik. Należy zaznaczyć, że czynnik ten, ujawniony w badaniach nad populacją azjatycką, został zreplikowany w populacjach nieazjatyckich (Cheung *et al.*, 2012, 2001; Kwiatkowska i Grzymała-Moszczyńska, 2008). Poznanie i właściwe rozumienie relacyjnego charakteru zaburzeń osobowości, proponowanego w najnowszych klasyfikacjach APA i WHO, pozwalają uniknąć mielizn w procesie diagnozy, a zwłaszcza nieuzasadnionego rozpoznawania tych zaburzeń w przypadku wszystkich osób, których patologii nie rozumiemy albo które nie chcą współpracować w leczeniu czy zwyczajnie wydają się nam irytujące. Bardziej szczegółowe kryteria dotyczące zaburzeń relacji i zaburzeń osobowości, zawarte zarówno w ICD-11, jak i w DSM-5, wyposażają psychiatrów i psychoterapeutów w odpowiednie narzędzia, mogące stanowić wartościowe uzupełnienie informacji o pacjencie uzyskanych innymi metodami (Foran *et al.*, 2015).

Konflikt interesów

Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Association, 2013.
- Bajcar B, Borkowska A, Czerw A et al.: Psychologia preferencji i zainteresowań zawodowych. Przegląd teorii i metod. Zeszyty Informacyjno-Metodyczne Doradcy Zawodowego 2006; 34.
- Beach MC, Inui T; Relationship-Centered Care Research Network: Relationship-centered care. A constructive reframing. *J Gen Intern Med* 2006; 21 Suppl 1: S3–S8.
- Caligor E, Kernberg OE, Clarkin JF et al.: *Psychodynamic Therapy for Personality Pathology: Treating Self and Interpersonal Functioning*. American Psychiatric Association Publishing, Washington, DC 2018.
- Cheung FMC, Fan W, Yao J: Chinese personality and vocational behavior. In: Huang X, Harris Bond M (eds.): *Handbook of Chinese Organizational Behavior: Integrating Theory, Research and Practice*. Edward Elgar Publishing Ltd., Northampton 2012: 359–379.
- Cheung FMC, Leung K, Zhang JX et al.: Indigenous Chinese personality constructs: is the five-factor model complete? *J Cross Cult Psychol* 2001; 32: 407–433.
- Deary IJ, Peter A, Austin E et al.: Personality traits and personality disorders. *Br J Psychol* 1998; 89: 647–661.
- Drapeau M, Perry JC, Körner A: Interpersonal patterns in borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2012; 26: 583–592.
- Dyga K: *Self i tożsamość: próba określenia znaczeń oraz wzajemnych związków między pojęciami*. *Pol Forum Psychol* 2018; 23: 413–429.
- Foran HM, Whisman MA, Beach SRH: Intimate partner relationship distress in the DSM-5. *Fam Process* 2015; 54: 48–63.
- Gaebel W, Zielasek J, Reed GM: Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status. *Psychiatr Pol* 2017; 51: 169–195.
- Greene RR, Uebel M: Classical psychoanalytic thought, contemporary developments, and clinical social work practice. In: Greene RR (ed.): *Human Behavior Theory & Social Work Practice*. Routledge, Abingdon 2017: 57–84.
- Guénolé F, Spiers S, Gicquel L et al.: Interpersonal relatedness and non-suicidal self-injurious behaviors in female adolescents with borderline personality disorder. *Front Psychiatry* 2021; 12: 731629.
- Gullestad SE: Attachment theory and psychoanalysis: controversial issues. *Scand Psychoanal Rev* 2001; 24: 3–16.
- Hébert É, Diguier L, Descôteaux J et al.: The Personality Organization Diagnostic Form (PODF): a preliminary report on its validity and interrater reliability. *Psychother Res* 2003; 13: 243–254.
- Heyman RE, Smith Slep AM, Beach SRH et al.: Relationship problems and the DSM: needed improvements and suggested solutions. *World Psychiatry* 2009; 8: 7–14.
- Jakubik A: *Zaburzenia osobowości*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
- Kohut H: *The Restoration of the Self*. University of Chicago Press, Chicago 2009.
- Kramer U, Beuchat H, Grandjean L et al.: Lessening of the pervasiveness of interpersonal patterns in borderline personality disorder explains symptom decrease after treatment: a process analysis. *J Clin Psychol* 2022; 78: 772–784.
- Krawczyk P, Święcicki Ł: ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO. *Psychiatr Pol* 2020; 54: 7–20.
- Kwiatkowska A, Grzymała-Moszczyńska H: Psychologia międzykulturowa. In: Strelau J, Doliński D (eds.): *Psychologia*. Podręcznik akademicki. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008: 451–487.
- Levy KN, Meehan KB, Kelly KM et al.: Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74: 1027–1040.
- Millon T, Davis R, Millon C et al.: *Personality Disorders in Modern Life*. John Wiley & Sons Inc., Hoboken 2000.
- Morey LC, Gunderson J, Quigley BD et al.: Dimensions and categories: the “big five” factors and the DSM personality disorders. *Assessment* 2000; 7: 203–216.
- Poropat AE, Corr PJ: Thinking bigger: the Cronbachian paradigm & personality theory integration. *J Res Pers* 2015; 56: 59–69.
- Salzer S, Streeck U, Jaeger U et al.: Patterns of interpersonal problems in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 2013; 201: 94–98.
- Shaver PR, Mikulincer M: Attachment theory and research: resurrection of the psychodynamic approach to personality. *J Res Pers* 2005; 39: 22–45.
- Wachtel PL: Psychodynamics, behavior therapy, and the implacable experimenter: an inquiry into the consistency of personality. *J Abnorm Psychol* 1973; 82: 324–334.
- Wciórka J (ed.): *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008.
- Whisman MA, Uebelacker LA, Weinstock LM: Psychopathology and marital satisfaction: the importance of evaluating both partners. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 830–838.
- Winsper C, Bilgin A, Thompson A et al.: The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2020; 216: 69–78.
- World Health Organization: *International Classification of Diseases, 11th Revision*. The global standard for diagnostic health information. 2020. Available from: <https://icd.who.int/en>.
- World Health Organization: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. 1992. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf?sfvrsn=933a13d3_1&download=true.