

Katarzyna Nowak

Instytut Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego

Dymensjonalne podejście do zaburzeń osobowości — osobowość w DSM-5

Dimensional approach to personality disorders — personality in DSM-5

Abstract

The aim of this paper is to compare traditional, categorical approach to personality disorders with the new trend to apply the dimensional model of personality to clinical practice. According to the categorical approach, commonly used in diagnostic manuals, personality disorders are separate entities qualitatively different from mental health. It has been shown that such diagnosis is both problematic for clinicians and harmful to patients. On the other hand, in the dimensional approach the difference between disturbed and healthy personality is only quantitative. There is a great empirical support for the dimensional classification of personality disorders. This approach has recently been applied in the alternative diagnostic criteria of these disorders published in Section III of DSM-5. This concept combines the advantages of both categorical and dimensional classifications, reducing the limitations of the traditional approach. It is valuable, as its broader use can improve the well-being of patients and contribute to greater understanding of personality disorders. It has not been included in standard criteria in DSM-5 to preserve the continuity with current clinical practice. Hence, further research is highly encouraged.

Psychiatry 2015; 12, 2: 99–103

key words: DSM-5, personality disorders, dimensional model of personality, diagnosis of personality disorders

Zaburzenia osobowości

Zaburzenia osobowości są jednymi z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych. Ocenia się, że na przestrzeni całego życia około 10–13% populacji spełniało kiedyś kryteria co najmniej jednego z zaburzeń osobowości [1]. Sam zakres występowania tych zaburzeń czyni je ważnym obszarem badawczym. Pod pojęciem zaburzenia osobowości kryje się wiele dysfunkcji o bardzo zróżnicowanych symptomach, łączy je jednak ich długotrwałość, stabilny charakter, przewlekłe trwający wzorec, mający wpływ zarówno na sferę emocjonalną i poznawczą, jak i interpersonalną oraz kontrolę impulsów. Stany te objawiają się nieelastycznymi reakcjami na różnorodne sytuacje indywidualne i społeczne. Osoby z zaburzeniami osobowości przejawiają bardzo dużą sztywność zachowań, która wynika ze stabilności nieprzystosowawczego

wzorca funkcjonowania [2]. Ze względu na uporczywość w odchyleniach w zachowaniu, osobom takim trudno jest nawiązać i utrzymać satysfakcjonujące, oparte na szacunku relacje z innymi ludźmi. Zaburzony wzorec cech określa reakcje osoby w każdej nowej sytuacji i prowadzi do powtarzania niedostosowanych do społeczeństwa zachowań.

Zaburzenia osobowości są ciężkimi zaburzeniami struktury charakteru i sposobu zachowania się osoby, które obejmują kilka wymiarów osobowości oraz powodują dostrzegalne trudności w funkcjonowaniu społecznym i behawioralnym w wielu obszarach życia, aczkolwiek problemy te są często dużo bardziej odczuwalne dla otoczenia niż dla osoby z zaburzeniem [3]. Jednostki z zaburzeniami osobowości reprezentują znaczące, często skrajne, odmienności w porównaniu z przyjętymi w danej kulturze sposobami myślenia, odczuwania, spostrzegania oraz odnoszenia się do innych ludzi. Zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 [4], w przebiegu

Adres do korespondencji:

mgr Katarzyna Nowak
Instytut Psychologii UJ, ul. Ingardena 6, 30–060 Kraków
tel.: 698 292 358
e-mail: kate.nowak@uj.edu.pl

zaburzeń osobowości niezwiązanych ze znacznym uszkodzeniem mózgu ani innymi zaburzeniami psychicznymi, występuje sześć charakterystycznych objawów, z których trzy wystarczą do rozpoznania większości różnych form zaburzeń osobowości. Podstawowy objaw to dysharmonijne postawy i zachowania, obejmujące wiele dziedzin życia, przede wszystkim uczuciowość, kontrolę zachowań impulsywnych i popędów, postrzeganie i myślenie oraz styl relacji z innymi. Kolejne symptomy obejmują długotrwałość, całościowy charakter i niedostosowanie wzorca zachowań. Podkreślone jest również pojawienie się zaburzeń w okresie dzieciństwa lub dorastania i utrzymywanie się objawów w wieku dojrzałym. Dodatkowo, zaburzenia osobowości prowadzą do wyraźnego złego samopoczucia oraz problemów w zakresie sprawności zawodowej i społecznej [2].

Kategorialne i dymensjonalne podejście do zaburzeń osobowości

Powszechnie przyjmuje się, że zaburzenia osobowości, a w zasadzie wszystkie zaburzenia psychiczne, stanowią odrębne kategorie, do których można zaklasyfikować chorych. Podręczniki diagnostyczne DSM-IV-TR i ICD-10, narzucając konkretne kryteria diagnostyczne dla każdej kategorii, przyjmują kategorialne ujęcie zaburzeń. Obecnie coraz częściej badacze skłaniają się jednak w stronę dymensjonalnego podejścia, które pozwala na rozpoznanie zaburzenia za pomocą kontinuum różnych cech. Jak się okazuje, przy porównaniu, dymensjonalne ujęcie znacząco przewyższa rzetelnością ujęcie kategorialne [5]. Podczas rozpoznawania nieprawidłowej osobowości należy zachować szczególną ostrożność, ponieważ jest to rodzaj zaburzeń dostarczający przy diagnozie kategorialnej najwięcej problemów i możliwości pomyłek. Przede wszystkim, kryteria specyficznych zaburzeń osobowości w podręcznikach diagnostycznych bardzo często nie są do końca jednoznaczne, istnieje problem z określeniem, czy pacjent dane kryterium spełnia, czy nie [6]. Dodatkowo, cechy, na podstawie których rozpoznaje się zaburzenia mają charakter wielowymiarowy, mogą występować w formie łagodnej lub ciężkiej. Na przykład jedną z cech osobowości histrionicznej według ICD-10 jest „nadmierna koncentracja na atrakcyjności fizycznej” [4]. Jeśli cecha ta występuje w formie, która utrudnia jednostce funkcjonowanie i zajmuje większość jej czasu, diagnoza jest prosta, natomiast jeżeli natężenie tej cechy jest łagodniejsze, bardzo trudne jest postawienie granicy pomiędzy normą a patologią.

Innym problemem jest to, że kategorie diagnostyczne zaburzeń osobowości nie wykluczają się nawzajem. Pacjenci bardzo często przejawiają objawy kilku zaburzeń jednocześnie, przy czym czasami spełniają całkowicie

kryteria tylko jednego zaburzenia, a czasami dwóch lub kilku [6]. Dodatkowym utrudnieniem jest fakt, że zaburzenia osobowości zazwyczaj nie są jedyną diagnozą, ale towarzyszą innym zaburzeniom psychicznym – na przykład schizofrenii lub uzależnieniom [7]. W takim przypadku leczenie zaczyna się od zaburzenia, które sprawia pacjentowi największy dyskomfort, a rzetelną i kompletną diagnozę oraz terapię nieprawidłowych cech osobowości spycha się na dalszy plan [3]. Kolejną trudność przy diagnozie zaburzeń osobowości sprawia sam pacjent. Osoby z nieprawidłową osobowością zazwyczaj nie zgłaszają się same na terapię, ponieważ choroba utrudnia, ale nie uniemożliwia im funkcjonowania w społeczeństwie. W przypadku niektórych zaburzeń, na przykład osobowości antyspołecznej, psychopatologia w ogóle nie jest widoczna na pierwszy rzut oka. Jak już wspomniano powyżej, zdarza się, że osoby z zaburzeniem sprawiają więcej trudności otoczeniu niż samym sobie. Jest to charakterystyczne dla wielu zaburzeń osobowości, szczególnie jednak dla osobowości antyspołecznej lub narcystycznej [2], dlatego jednostki z tymi zaburzeniami nie widzą powodu do zgłoszenia się do diagnosty i rozpoczęcia terapii.

Zgodnie z kategorialnym podejściem do zaburzeń osobowości, każde zaburzenie jest osobną kategorią diagnostyczną. Jednostka albo spełnia dane kryteria i podlega pod kategorię, albo nie, nie ma nic pośrodku. Zaburzone zachowanie i funkcjonowanie psychiczne różni się jakościowo od zachowania normalnego czy szeroko ujętego zdrowia psychicznego [8]. W ten sposób jednostka może zostać zaklasyfikowana do jednej lub kilku kategorii, co dla lekarzy psychiatrów i psychoterapeutów jest wygodne, ponieważ ukierunkowuje wybór terapii i ułatwia myślenie o danym pacjencie jako o jednostce chorobowej. Takie podejście może jednak powodować przedmiotowy stosunek do osoby chorej i stygmatyzację społeczną spowodowaną nadaniem jej etykiety osoby chorej psychicznie. Dodatkowo, żeby osoba chora została zaklasyfikowana do którejś z kategorii, wystarczy, żeby spełniała tylko część z wymienionych w podręczniku diagnostycznym kryteriów. Może to powodować sytuacje, w których dwie osoby z identyczną diagnozą mają bardzo niewiele podobnych zaburzonych cech. Bardzo często również obserwuje się współwystępowanie kilku zaburzeń osobowości u jednej osoby, co nie ułatwia ani diagnozy, ani późniejszego leczenia [5]. Co więcej, typologia kategorialna jest sprzeczna z wynikami badań nad podejściem wymiarowym, a dychotomizacja kryteriów diagnostycznych jest sztuczna. Ujęcie kategorialne nie zapewnia możliwości oceny niepatologicznych wariantów osobowości, brakuje również oceny kryteriów pod kątem istotności dla procesu diagnozy [9].

Przedstawione zastrzeżenia dotyczące kategorialnego podejścia do zaburzeń sugerują, że istniejące klasyfikacje mogą nie być w pełni efektywne i optymalne, mają ograniczoną użyteczność kliniczną. Alternatywą jest tutaj ujęcie dymensjonalne. W podejściu tym zaburzenie osobowości stanowi skrajne natężenie zdrowych cech. Pomiedzy normą i patologią różnica jest jedynie ilościowa. Stosuje się wiele wymiarów, z których zaburzone są te, które znacząco odbiegają od wyników przeciętnych, określanych dla danej cechy jako optymalne. Żeby mówić o patologii, odchylenie może zachodzić w obie strony, zaburzenie może wynikać z nadmiernego lub niedostatecznego natężenia danej cechy — na przykład zaburzona jest zarówno skrajnie wysoka kontrola emocjonalna, prowadząca do sztywności, jak i niewystarczająca — prowadząca do impulsywności [8]. Tego typu wielowymiarowe podejście do zaburzeń osobowości, opierające się na obiektywnych badaniach, pomiarach i wnioskowaniu statystycznym, jest o tyle trudniejsze dla diagnosty i terapeuty, że nie daje gotowych rozwiązań, pomaga natomiast w indywidualnym i podmiotowym traktowaniu pacjenta.

Zaburzenia osobowości w DSM-5

Jak już wspomniano powyżej, większość podręczników diagnostycznych w dalszym ciągu podchodzi do zaburzeń psychicznych w sposób kategorialny, traktując je jako jakościowo odmienne od stanu normalnego jednostki chorobowe, co wydaje się mniej trafne niż ujęcie dymensjonalne. Już od dłuższego czasu badacze zajmujący się zagadnieniem zaburzeń osobowości dostrzegali potrzebę zmiany, podejścia do kategorii zaburzeń od strony ilościowego natężenia cech osobowości [10]. Naprzeciwko tym oczekiwaniom wyszła nowa koncepcja zaburzeń osobowości zaprezentowana w Sekcji III DSM-5, wydanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w maju 2013 roku — łącząca zarówno zalety dymensjonalnego, jak i kategorialnego podejścia do zaburzeń. Sekcja ta w całości poświęcona jest koncepcjom wymagającym podjęcia szerszych badań. Propozycja zmian podejścia do zaburzeń osobowości nie została włączona do podstawowych kryteriów diagnostycznych Osi II, ponieważ zmiana ta była zbyt duża, aby mogła pozwolić na zachowanie pewnej ciągłości w praktyce klinicznej. Dodatkowo, DSM-5 zachęca do prowadzenia dalszych badań w celu weryfikacji tej koncepcji [11]. Autorzy dymensjonalnego podejścia do zaburzeń osobowości wyrazili swoje rozczarowanie niewłączeniem ich koncepcji do podstawowych kryteriów zawartych na Osi II, tak jak początkowo było zaplanowane. W sytuacji, w której w nowym podręczniku diagnostycznym zawarte są dwa alternatywne zestawy kryteriów diagnostycznych

nieprawidłowej osobowości, widzą jednak okazję do prowadzenia badań porównawczych obu podejść, co może przynieść głębsze zrozumienie problemu [12]. Nowa koncepcja, powstała jako rezultat badań nad nowym podejściem do zaburzeń osobowości prowadzonych przed publikacją DSM-5 [13], obejmuje znaczące zmiany w dotychczasowym rozumieniu tych zaburzeń. Dotyczy to zarówno definicji, jak i zmian w zakresie odejścia od kategorialnego ujęcia zaburzeń osobowości. Przyjęto dymensjonalne podejście bazujące na nasileniu dysfunkcyjnych cech osobowości, takich jak: negatywna emocjonalność, oderwanie, antagonizm, rozhamowanie i psychotyzm [11]. Ponadto, ocenia się, w jakim stopniu objawy pacjenta pasują do obrazu sześciu prototypowych zaburzeń osobowości. Kryteria, którymi należy kierować się przy ocenie, wynikają bezpośrednio z wymiarów cech osobowości. Pozostałe kategorie zaburzeń, które nie zostały tutaj uwzględnione, są potraktowane jako oddzielne aspekty dysfunkcyjnych cech osobowości: na przykład histrioniczne zaburzenie osobowości nie jest już traktowane jako oddzielna kategoria, ale jako jeden z aspektów antagonizmu [13].

W związku z tymi zmianami, aby móc zdiagnozować u jednostki zaburzenie osobowości, musi ona spełniać kilka kryteriów. Po pierwsze, musi pojawić się stały brak zdolności do spełnienia podstawowych wymagań dorosłego życia, takich jak posiadanie spójnych i adaptacyjnych schematów rzeczywistości, sformułowanie jasnych celów i wartości, zawieranie długotrwałych i satysfakcjonujących więzi z innymi ludźmi oraz tworzenie stabilnych relacji zawodowych pozwalających na prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie. Ważnymi cechami zaburzenia osobowości są upośledzenie tożsamości i zdolności do skutecznego funkcjonowania interpersonalnego [9]. Cechy te zostały nazwane elementami funkcjonowania osobowości i podzielone zostały na intrapersonalne, czyli tożsamość i samosterowalność oraz interpersonalne, tj. empatia i intymność. Tożsamość składa się w tym wypadku z trzech elementów: doświadczania odrębności własnego Ja, stabilności i adekwatności samooceny oraz umiejętności samokontroli. Samosterowalność zdefiniowano jako dążenie do realizacji krótko- i długoterminowych celów życiowych, prospołeczne i wewnętrzne standardy zachowania oraz zdolność do świadomej produktywności. Empatia to współodczuwanie z innymi, zdolność przyjmowania cudzej perspektywy, tolerancja i szacunek dla odmiennych punktów widzenia oraz zdolność rozumienia wpływu własnego zachowania na innych ludzi. Intymność została w tej koncepcji przedstawiona jako chęć oraz zdolność utrzymywania głębokich i długotrwałych relacji z innymi, wzajemność tych relacji oraz potrzeba bliskości [11].

Drugim ważnym kryterium koniecznym do postawienia diagnozy zaburzenia osobowości jest stwierdzenie występowania odchyłeń od normy w przypadku co najmniej jednej z wymienionych dwudziestu pięciu cech osobowości. Te szczegółowe cechy łączą się w wymienione już wcześniej grupy, czy też domeny cech osobowości: negatywną emocjonalność, oderwanie, antagonizm, rozhamowanie i psychotyzm. Negatywna emocjonalność opisywana jest tutaj jako częste i intensywne doświadczanie wysokich poziomów różnego rodzaju negatywnych emocji oraz ich behawioralne i interpersonalne przejawy. Oderwanie rozumiane jest jako unikanie doświadczeń społecznych, wycofanie z relacji, ograniczenie afektu oraz doświadczania emocji, ograniczenie odczuwania przyjemności. Antagonizm to zachowania powodujące konflikty z innymi, przesadne poczucie własnej wartości, antypatia w stosunku do innych, brak świadomości potrzeb i uczuć innych ludzi, wykorzystywanie innych do własnych celów. Rozhamowanie definiuje się jako nastawienie na natychmiastową gratyfikację, impulsywne zachowania, brak rozważania konsekwencji własnych czynów oraz żałowania tego, co się zrobiło. Natomiast psychotyzm jest tutaj opisywany jako przejawianie zachowań dziwnych, ekscentrycznych i nieakceptowanych w danej kulturze [14]. Dodatkowo, oba wyżej wymienione kryteria muszą być względnie nieelastyczne i stabilne w czasie. Muszą utrzymywać się w szerokim przekroju różnych sytuacji, a także nie ma możliwości wytłumaczenia ich poprzez odwołanie się do innego zaburzenia psychicznego lub środowiska socjokulturowego, nie są również normą dla danego stadium rozwoju jednostki. Nie są także wynikiem uszkodzeń fizycznych, działania substancji psychoaktywnych lub innych kondycji medycznych. Ponadto, zaburzenia te mają swój początek w okresie dorastania lub wczesnej dorosłości [11].

Oprócz głównych kryteriów diagnostycznych pozwalających na zdiagnozowanie zaburzonej osobowości, ocenia się również na ile symptomy osoby diagnozowanej są charakterystyczne dla danego prototypowego typu zaburzenia osobowości [13]. Sześć wyróżnianych prototypów zaburzeń to typ antyspołeczny, typ unikający,

borderline, obsesyjno-kompulsyjny, narcystyczny oraz typ schizotypowy. Jeżeli profil zaburzeń danej osoby nie pasuje do żadnego z typów, ale spełnia ogólne kryteria diagnostyczne zaburzeń osobowości, stawia się diagnozę zaburzenia osobowości określonego przez cechy (*personality disorder — trait specified*). Dla każdego z typów zaburzeń wyszczególnione zostały konkretne cechy oraz elementy funkcjonowania osobowości, które muszą być u danej osoby zaburzone, aby móc dopasować ją do konkretnego typu zaburzenia [11].

Ten sposób prowadzenia diagnozy łączy w sobie zalety kategoryjnego i dymensionalnego podejścia. Pozwala na konkretne nazwanie zaburzenia, ułatwiając w ten sposób komunikację pomiędzy terapeutami i lekarzami zajmującymi się jednym pacjentem, jednocześnie podkreślając konieczność holistycznego spojrzenia na osobowość pacjenta i opis zaburzenia w sposób jakościowy, posługując się oceną natężenia wielu różnych cech. Stosując tę koncepcję, można zdiagnozować zaburzenia osobowości dużo bardziej rzetelnie — nie pojawia się już problem rozpoznawania u jednego pacjenta kilku zaburzeń osobowości jednocześnie, kryteria nie pokrywają się. Dodatkowo, dysponowanie pełnym opisem osobowości pacjenta może ułatwić psychiatrom i psychoterapeutom wybór odpowiedniej terapii. Problem nadawania osobom z zaburzoną osobowością etykiety osób chorych psychicznie, powodując w ten sposób zwiększoną stygmatyzację społeczną, nie został do końca rozwiązany, można go jednak uniknąć, stosując pełny, jakościowy opis osobowości i podkreślając nie tylko słabe, ale również mocne strony pacjenta. Wyniki badań prowadzonych zarówno na zdrowej, jak i klinicznej populacji [15, 16] pokazały, że stosowanie dymensionalnego podejścia do zaburzeń osobowości jest uzasadnione, a założenie o hierarchicznej strukturze osobowości jest trafne i zgodne z danymi empirycznymi. Opisana powyżej koncepcja jest rzetelna i spójna oraz może być traktowana jako rozwinięcie czy też kontynuacja ujęcia zaburzeń osobowości z Osi II w DSM-IV-TR i DSM-5 [17], podkreśla się jednak, że jest to koncepcja dopiero rozwijająca się, wymagająca dopracowania oraz wielu dalszych badań [18].

Streszczenie

Celem niniejszego artykułu jest porównanie tradycyjnego, kategoryjnego podejścia do zaburzeń osobowości z nową tendencją do stosowania dymensionalnego modelu osobowości w praktyce klinicznej. Zgodnie z podejściem kategoryjnym, zwykle stosowanym w podręcznikach diagnostycznych, zaburzenia osobowości to oddzielne jednostki chorobowe, jakościowo różne od zdrowia psychicznego. Zostało pokazane, że taka diagnoza jest zarówno problematyczna dla klinicystów, jak i może okazać się szkodliwa dla pacjentów. Diagnoza w ujęciu dymensionalnym jest inna — różnica pomiędzy zdrową i zaburzoną osobowością jest jedynie ilościowa. Istnieje duże wsparcie empiryczne dla zastosowania

dymensionalnego podejścia w klasyfikacji zaburzeń osobowości. Taki pomysł został ujęty w alternatywnych kryteriach diagnostycznych zaburzeń osobowości opublikowanych w Sekcji III w DSM-5. Koncepcja ta łączy w sobie zalety kategorialnego i dymensionalnego podejścia, ograniczając jednocześnie wady tradycyjnej diagnozy. Nowa koncepcja jest wartościowa, ponieważ jej szersze zastosowanie może zwiększyć dobrobyt pacjentów, jak również przyczynić się do większego zrozumienia mechanizmów odpowiedzialnych za powstawanie zaburzeń osobowości. Koncepcja nie została jednak włączona do podstawowych kryteriów diagnostycznych, w celu zachowania ciągłości w praktyce klinicznej. Dlatego niezwykle istotne jest prowadzenie dalszych badań.

Psychiatria 2015; 12, 2: 99–103

słowa kluczowe: DSM-5, zaburzenia osobowości, dymensionalny model osobowości, diagnoza zaburzeń osobowości

Piśmiennictwo

1. Weissman M.M. The epidemiology of personality disorders: A 1990 update. *Journal of Personality Disorders* 1993; 1: 44–62.
2. Czernikiewicz A. Zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych. W: Jarema M., Rabe-Jabłońska J. (red.). *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 269–287.
3. Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S. *Psychologia zaburzeń*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
4. Światowa Organizacja Zdrowia WHO. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków–Warszawa 2000.
5. Trull T.J., Durrett C.A. Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology* 2005; 1: 355–380.
6. Tryer P. Are personality disorders well classified in DSM-IV. W: Livesley J. (red.). *The DSM-IV personality disorders*. Guilford, New York 1995: 29–42.
7. Poldrugo F., Forti B. Personality disorders and alcoholism treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence* 1988; 21: 171–176.
8. Cierpiatowska L., Sęk H. *Psychologia kliniczna i psychopatologia — wzajemne zależności*. W: Sęk H. (red.). *Psychologia kliniczna*, tom 1. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008: 65–81.
9. Gierowski J.K., Grabski B. Zaburzenia osobowości w opiniowaniu sądowym — perspektywa psychiatryczna i psychologiczna. *Psychiatria i Psychologia Sądowa* 2011; 3: 4–12.
10. Brown T.A., Barlow D.H. Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and beyond: Comment on the special section. *Journal of Abnormal Psychology* 2005; 114: 551–556.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing, Washington DC 2013.
12. Skodol A.E., Morey L.C., Bender D.S., Oldham J.M. The ironic fate of the personality disorders in DSM-5. *Personality disorders* 2013; 4: 342–349.
13. Krueger R.F., Skodol A.E., Livesley W.J., Shrout P.E., Huang Y. Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders: refining the research agenda for DSM-V Axis II. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2007; 16: 65–73.
14. Skodol A.E. Personality Disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2012; 8: 317–344.
15. Berghuis H., Kamphuis J.H., Verheul R. Core features of personality disorder: Differentiating general personality dysfunctioning from personality traits. *Journal of Personality Disorders* 2012; 26: 704–716.
16. Wright A.G.C., Thomas K.M., Hopwood C.J., Markon K.E., Pincus A.L., Krueger R.F. The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits. *Journal of Abnormal Psychology* 2012; 121: 951–957.
17. Hopwood C.J., Thomas K.M., Markon K.E., Wright A.G.C., Krueger R.F. DSM-5 Personality Traits and DSM-IV Personality Disorders. *Journal of Abnormal Psychology* 2012; 121: 424–432.
18. Anderson J., Snider S., Sellbom M., Krueger R.F., Hopwood C.J. A Comparison of the DSM-5 Section II and Section III Personality Disorder Structures. *Psychiatry Research* 2014; 3: 363–372.