

MARZENA ŚWISTAK, KAMIL BIELAK, KATARZYNA KAMIŃSKA

## Nowe kierunki rozumienia zaburzeń osobowości w świetle modelu dymensjonalnego i ich implikacje prawno-medyczne dla instytucjonalnego środowiska pracy

**New Directions in Understanding Personality Disorders in Light of the Dimensional Model and their Legal and Medical Implications for the Institutional Work Environment**

### Abstract

The paper analyses new directions in understanding personality disorders in light of the ICD-11 dimensional model and their legal and medical implications for the workplace. The authors present the evolution from the traditional categorical model to the dimensional model, which allows for more precise diagnosis and personalisation of therapy. Using a dogmatic-legal method and a review of the literature, the researchers argue that the new diagnostic model allows for better identification of psychosocial risks in organisations. However, effective prevention requires legislative changes.

**SŁOWA KLUCZOWE:** zaburzenia osobowości, model dymensjonalny, stosunek pracy, zdrowie psychiczne

**KEYWORDS:** personality disorders, dimensional model, employment relationship, mental health

**MARZENA ŚWISTAK** – doktor habilitowany nauk prawnych, profesor Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, ORCID – 0000-0002-3910-6019, e-mail: marzena.swistak@mail.umcs.pl

**KAMIL BIELAK** – student, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ORCID – 0009-0002-2280-0116, e-mail: kamilbielak98@gmail.com

**KATARZYNA KAMIŃSKA** – student, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ORCID – 0009-0004-9419-4914, e-mail: katarzynaakaminska00@gmail.com

# 1 | Wstęp

Trudno jest odnieść się do współczesnych kierunków rozwoju pojmowania i leczenia zaburzeń osobowości, bez wskazania, przynajmniej ogólnie, czym w ogóle jest osobowość *per se*. Osobowość to zespół względnie trwałych cech, dyspozycji, właściwości człowieka, nadających względną spójność jego zachowaniu i sposobowi, w jaki przeżywa on świat wewnętrzny oraz zewnętrzny. Biologicznie zaczyna się ona formować około szóstego miesiąca życia płodowego wraz z rozwojem układu limbicznego, a największy jej rozwój występuje między 2. a 18. rokiem życia. Wtedy dziecko przyjmuje schematy zachowań i reakcji emocjonalnych, które trwale z nim zostają. Elementami osobowości są zatem m. in. temperament, inteligencja, zdolności adaptacyjne oraz funkcjonowanie systemów mózgu czy funkcji psychicznych. W to, czym jest osobowość, wpisuje się więc ukierunkowanie lub tendencja do określonych działań, swoistego przeżywania emocji, spostrzegania i rozumienia świata wewnętrznego i zewnętrznego. Wśród innych definicji podaje się, że osobowość jest konstruktem psychologicznym, określającym ogół cech jednostki (zarówno nabytych, jak i wrodzonych), które nadają przeżyciom jednostki cechy względnej stałości i pozwalają na odróżnienie jej od innych osób<sup>[1]</sup>. W ujęciu ewolucyjnym osobowość wyznacza właściwy dla jednostki (indywidualny) sposób jej adaptacji do środowiska<sup>[2]</sup>. Zaburzenia osobowości to z kolei silnie utrwalone wzorce zachowań, znacząco różniące się od przeciętnych wzorców przyjętych w danej kulturze, charakteryzujące się zmniejszoną elastycznością reagowania na różne sytuacje indywidualne i społeczne oraz trudnościami w sferze społecznej, emocjonalnej, motywacyjno-popędowej i poznawczej, zwykle występujące razem z innymi zaburzeniami psychicznymi lub zaburzeniami osobowości, co potęguje trudności diagnostyczne i terapeutyczne<sup>[3]</sup>. Szacuje się, że zaburzenia osobowości mogą dotyczyć około 12% populacji ogólnej i aż 50% pacjentów psychiatrycznych<sup>[4]</sup>.

<sup>1</sup> Stanisław Pużyński, Janusz Rybakowski, Jacek Wciórka, *Psychiatria*, t. I, *Podstawy psychiatrii* (Wrocław: Edra Urban and Partners, 2011), 371.

<sup>2</sup> Piotr Gałęcki, Agata Szulc, *Psychiatria* (Wrocław: Edra Urban and Partners, 2018), 327.

<sup>3</sup> Stanisław Pużyński, *Leksykon psychiatrii* (Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1993), 323.

<sup>4</sup> Osobowość. <https://lepolek.pl/artukul/zaburzenia-osobowosci/308?rodzaj=posegregowane>. [dostęp: 22.5.2025].

W kontekście zaburzeń osobowości należy rozpatrywać: zmiany osobowości, dezorganizację osobowości oraz zaburzenia osobowości *sensu stricto*. Te ostatnie, określane też jako specyficzne odmiany osobowości, odnoszą się do trwałych wzorców zachowań patologicznych (nieprzystosowawczych), które kształtują się od dzieciństwa i następnie manifestują się w zakresie poznawczym, afektywnym, interpersonalnym oraz kontroli impulsów<sup>[5]</sup>. Zaburzenia te charakteryzują się mało elastycznymi reakcjami na różne sytuacje społeczne i indywidualne, przez co odbiegają znacząco od modeli reakcji przyjętych w danej kulturze. Patologiczne wzorce obejmują różne obszary funkcjonowania jednostki<sup>[6]</sup>.

Ostatnie lata przyniosły rewolucyjne zmiany w rozumieniu, diagnozowaniu i leczeniu zaburzeń osobowości. Wprowadzenie klasyfikacji ICD-11 oraz DSM-5 fundamentalnie zmieniło podejście do tych zaburzeń, odchodząc od tradycyjnego modelu kategorialnego na rzecz modelu dymensjonalnego. Jednocześnie pojawiają się nowe, skuteczne metody terapeutyczne oraz wyzwania prawne związane z leczeniem osób z zaburzeniami osobowości. Niniejszy artykuł przedstawia nie tylko aktualny stan wiedzy na temat nowych kierunków rozumienia i terapii zaburzeń osobowości, ale także prezentuje analizę związaną z aspektami prawnymi, które determinują oddziaływanie ze sfery medycznej, np. w otoczeniu pracowniczym.

W artykule dla zrealizowania celu badawczego posłużono się metodą dogmatycznoprawną, analizy orzecznictwa sądowego oraz dokonano przeglądu piśmiennictwa. W artykule postawiono tezę, że wdrożenie modelu dymensjonalnego w diagnozowaniu zaburzeń osobowości (ICD-11) umożliwia precyzyjniejsze identyfikowanie ryzyk psychospołecznych w organizacjach, jednakże do zapewnienia skuteczności działań prewencyjnych i naprawczych w procesach zarządzania konfliktem potrzeba również zmian w obowiązujących przepisach. Narzędzia prawne powinny być jasne i określone wprost, a nie tylko opierać się na interpretacji doktryny i istniejącym orzecznictwie.

---

<sup>5</sup> Zaburzenia osobowości: nowe spojrzenie na diagnozę i terapię. <https://cbt.pl/baza-wiedzy/zaburzenia-osobowosci/zaburzenia-osobowosci-nowe-spojrzzenie-na-diagnoze-i-terapię/> [dostęp: 22.5.2025].

<sup>6</sup> Katarzyna Maruszewska, *Zaburzenia osobowości – nowe podejście w klasyfikacji ICD-11*. <https://nowewidoki.com/zaburzenia-osobowosci-nowe-podejscie-w-klasyfikacji-icd-11/>. [dostęp 22.5.2025]

## 2 | Ewolucja rozumienia zaburzeń osobowości. Od modelowania kategoryjnego do modelu dymensjonalnego i hybrydowego

Wypada wskazać, że zaburzenia osobowości stanowią utrwalone, odbiegające od przeciętnych, kulturowych sposobów postrzegania, myślenia i odczuwania, wzorce zachowań, której przejawiają się w mało elastycznych reakcjach na różne sytuacje społeczne lub indywidualne<sup>[7]</sup>. Tradycyjne podejście do diagnozy zaburzeń osobowości, oparte na klasyfikacji kategoryjnej, przez wiele lat stanowiło podstawę praktyki klinicznej. W ramach klasyfikacji ICD-10 i DSM-III (następnie IV) utworzono kategoryjny model zaburzeń osobowości. Model kategoryjny opiera się na założeniu, że zaburzenia osobowości są odrębnymi jednostkami chorobowymi, jakościowo różnymi od zdrowia psychicznego oraz od siebie nawzajem. W tym ujęciu zaburzenia osobowości traktowane są jako dyskretne kategorie diagnostyczne, między którymi istnieją wyraźne granice. Fundamentalne założenie tego modelu polega na tym, że można dokonać jednoznacznego rozróżnienia między normą a patologią osobowości, a osoby można zaklasyfikować jako cierpiące lub niecierpiące na określone zaburzenie.

Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 definiowała zaburzenia osobowości jako „głęboko utrwalone wzorce zachowania przejawiające się sztywnymi reakcjami w różnorodnych sytuacjach indywidualnych i społecznych”. Model kategoryjny podkreślał odmiennność zachowań związanych z zaburzeniami osobowości od przeciętnego w danej kulturze sposobu percypowania rzeczywistości, myślenia i odczuwania, szczególnie w relacjach z innymi ludźmi.

W klasyfikacji ICD-10 model kategoryjny dzielił zaburzenia osobowości na trzy główne kategorie:

1. Specyficzne zaburzenia osobowości – zazwyczaj ciężkie, obejmujące kilka wymiarów osobowości, najczęściej związane z problemami w funkcjonowaniu. Zalicza się do nich osobowości: paranoiczną, schizoidalną, dys socjalną, histrioniczną, lękliwą, zależną i chwiejną emocjonalnie.

---

<sup>7</sup> Marcin Burdzik, „Warunkowe umorzenie postępowania karnego wobec sprawcy z zaburzeniami osobowości” *Przegląd Sądowy*, nr 6 (2022): 83.

2. Zaburzenia mieszane i inne – odnoszące się do przypadków trudnych do zdiagnozowania ze względu na brak specyficznych wzorców zachowań.
3. Trwałe zmiany osobowości – związane z następstwami stresu o rozmiarach katastrofy lub jako następstwo poważnej choroby psychicznej<sup>[8]</sup>.

W modelu tym pacjent był przyporządkowywany do jednej z 9 rodzajów specyficznych zaburzeń osobowości, a podstawą rozpoznania było stwierdzenie, że spełniona została określona liczba kryteriów diagnostycznych. Wymieniane w ICD-10 specyficzne rodzaje zaburzeń osobowości to:

- F60.0 – Paranoiczne zaburzenia osobowości: dominującą cechą tego zaburzenia jest nasilona nieufność w relacjach, wpływająca na interpretację zachowań innych jako wrogich – życie w ciągłym strachu, przyglądanie się z niezwykłą ostrożnością każdej relacji międzyludzkiej.
- F60.1 – Schizoidalne zaburzenia osobowości: wzorzec zaburzeń, związany z zachowaniami mającymi na celu wycofanie się ze związków społecznych; unikanie bliskości z innymi, ucieczka w świat wyobraźni, fantazji, znikome działania w kierunku przeżywania przyjemności.
- F60.2 – Antyspołeczne zaburzenia osobowości: cechują się lekceważeniem i naruszaniem norm uznanych zwyczajowo bądź prawnie. Pacjenci różnią się od siebie – od skrajnie agresywnych, impulsywnych po osoby chłodne emocjonalnie, działające w sposób zakamuflowany, pozornie wyważony. Wszystkich cechuje jednak trwała niemożność do budowania związków emocjonalnych z ludźmi, objawiająca się trudnością w wytworzeniu przywiązania do drugiego człowieka i braku empatii dla innych.
- F60.3 – Zaburzenia osobowości chwiejnej emocjonalnie: typ impulsywny (F60.30) i borderline (F60.31): pacjenci przejawiają dużą drażliwość i trudność w adekwatnym regulowaniu zachowań emocjonalnych. Dominującym stanem jest uczucie pustki wewnętrznej, dlatego podejmują rozpaczliwe próby obrony przed poczuciem bycia opuszczonym lub odrzuconym. Ich związki mają najczęściej

---

<sup>8</sup> Theodore Millon, Roger Davis, *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie* (Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, 2005), 15-18.

burzliwy przebieg, wykazują silne potrzeby kontaktów społecznych z jednoczesną ambiwalencją wobec nich. Często dochodzi do aktów autodestrukcji lub zachowań ryzykownych w celu rozładowania napięcia.

- F60.4 – Histrioniczne zaburzenia osobowości: zaburzenia te są związane z przejawianym przez pacjentów wysokim poziomem lęku, tendencją do dużej intensywności przeżyć oraz nadmierną reaktywnością, co jest szczególnie widoczne w relacjach interpersonalnych. Pacjenci wkładają duży wysiłek, aby przykuwać uwagę oraz mają silną potrzebę szukania potwierdzenia bycia ważnym i zauważonym w otoczeniu, szybko wpadają w złość, zazdrość lub stany depresyjne, gdy im się tego odmawia. Przejawiają w swoim zachowaniu w relacjach z ludźmi kokieterię lub teatralny i kapryśny charakter postępowania, co może być odbierane przez otoczenie jako powierzchowne, sztuczne czy przesadzone, a ich uczucia mogą ulegać szybkim zmianom.
- F60.5 – Obsesyjno-kompulsyjne zaburzenia osobowości: cechują się szerokopojętym perfekcjonizmem, który często prowadzi do trudności w realizacji podjętych planów. Życie pacjentów jest podporządkowane dbaniu o dobrą organizację, porządek. Praca jest pierwszoplanowa, pacjenci dbają o to, by ich obowiązki były wykonywane w sposób wzorowy, a najmniejszy błąd może spowodować ogromne poczucie winy i uznanie wysiłków za bezowocne. W tych zaburzeniach pojawiające się obsesje odgrywają rolę pozwalającą na utrzymanie autonomii jednocześnie ją niszcząc. Zachowania kompulsywne pełnią natomiast funkcję, pozwalającą na szybkie rozładowanie napięcia. Relacje tych osób, mimo podstawowej zdolności do przywiązania, są formalne, obarczone dużym ciężarem moralności i kontroli.
- F60.6 – Unikające zaburzenia osobowości: zaburzenia te są związane z pojawiającym się i przeżywanym w sposób ciągły poczuciem napięcia, niepokoju oraz lęku. Osoby z tym zaburzeniem są nieśmiałe, szybko wycofują się z kontaktu, mają poczucie bycia nieatrakcyjnymi. W sposób nadmierny przeżywają każde własne zachowanie. Analizują je, szczególnie pod własnym kątem, szukając przyczyn w sobie, dla których mogłyby zostać odrzucone. Tworzy to silne poczucie napięcia oraz izolacji. Pacjenci często mają zawężony krąg bliskich osób, unikają zmian życiowych, które mogłyby ich narazić na ewentualną w ich poczuciu kompromitację

- F60.7 – Zależne zaburzenia osobowości: osoby z tym zaburzeniem przejawiają silną potrzebą otrzymywania opieki, poszukiwania osób, na których będą mogły się oprzeć i przełożyć na nich część odpowiedzialności za podejmowanie decyzji oraz trudy życia codziennego. W zamian oferują pełne podporządkowanie i zaangażowanie. Działania te mają na celu unikanie trudności oraz stresorów psychicznych i somatycznych.
- F60.8 – Narcystyczne zaburzenia osobowości, bierno-agresywne zaburzenia osobowości: zaburzenia te są silnie skoncentrowane wokół potrzeby utrzymywania określonej samooceny oraz potwierdzenia własnego poczucia wartości poprzez zewnętrzne wzmocnienie. Pacjenci przejawiają nadmierne zaabsorbowanie własną osobą, niewspółmierną reakcję na aprobatę oraz nadwrażliwość na krytykę, negatywną ocenę. Odbierani są jako osoby wyniosłe, aroganckie, którym inni mają się podporządkowywać, spełniać prośby w zamian za przywilej bycia przy nich. Skupienie na sobie powoduje trudność w relacjach i brak zdolności współodczuwania<sup>[9]</sup>.

Kategorialne podejście do zaburzeń osobowości było wygodne z punktu widzenia klinicznego, ale cechował je brak precyzji w oddawaniu złożoności symptomatologii tych zaburzeń, nadmierne współwystępowanie różnych kategorii zaburzeń osobowości, przy czym do tej samej grupy mogli zostać zakwalifikowani pacjenci prezentujący całkowicie inne objawy tych zaburzeń oraz zbyt schematyczne podejście do leczenia takich pacjentów. W podejściu kategorialnym diagnoza zaburzenia osobowości opiera się na ocenie, czy pacjent spełnia określoną liczbę kryteriów diagnostycznych z ustalonej listy. Aby zdiagnozować konkretne zaburzenie osobowości, należy najpierw stwierdzić spełnienie kryteriów ogólnych dla zaburzeń osobowości, a następnie kryteriów specyficznych dla danego typu zaburzenia. Proces diagnozy w modelu kategorialnym polega na dychotomicznej ocenie (obecny/nieobecny) każdego z kryteriów diagnostycznych, a następnie porównaniu liczby spełnionych kryteriów z progiem diagnostycznym. Jeśli liczba spełnionych kryteriów przekracza ustalony próg, rozpoznaje się dane zaburzenie osobowości.

Badania wykazały, że granice między poszczególnymi zaburzeniami są płynne, a objawy często nakładają się. Na przykład, cechy impulsywności

---

<sup>9</sup> Gałęcki, Szulc, *Psychiatria*, 328–337; Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, *Psychiatria kliniczna* (Wrocław: Edra Urban and Partners, 2012), 27–38.

i niestabilności emocjonalnej charakterystyczne dla borderline występują również w zaburzeniach histrionicznych. Ponadto model kategorialny nie uwzględnia kontekstu rozwojowego ani wpływu czynników środowiskowych, co ogranicza jego użyteczność w planowaniu terapii. Stąd kategorialne podejście od dłuższego czasu podlegało krytyce, zwłaszcza ze względu na częste współwystępowanie różnych typów zaburzeń osobowości u jednego pacjenta oraz heterogeniczność objawów w obrębie tej samej kategorii diagnostycznej. Główne zarzuty wobec podejścia kategorialnego dotyczyły: 1) sztucznych granic między poszczególnymi typami zaburzeń (arbitralne progi diagnostyczne); 2) silnego współwystępowania różnych zaburzeń osobowości (dychotomizacja lub polifetyczność kryteriów, wysokie wskaźniki współwystępowania zaburzeń); 3) znacznej różnorodności klinicznej wśród pacjentów z tym samym rozpoznaniem; 4) ograniczonej użyteczności praktycznej w kontekście planowania leczenia ze względu na niestabilność diagnoz. Pojawiała się również sprzeczność z badaniami wymiarowymi, bowiem wyniki badań nad osobowością i jej zaburzeniami z użyciem modeli kategorialnych pozostają w sprzeczności z wynikami badań z użyciem modeli wymiarowych. Ponadto, nie dokonywano oceny niepatologicznych wariantów osobowości. Model kategorialny nie zapewniał możliwości opisu i oceny niepatologicznych aspektów osobowości. Pomijano również mocne strony osobowości, takie jak zasoby, umiejętności radzenia sobie i rozwiązywania problemów. Jednostronne nadanie etykiety diagnostycznej mogło również prowadzić do przedmiotowego traktowania pacjenta i stygmatyzacji społecznej.

W odpowiedzi na ograniczenia modelu kategorialnego rozwinęły się alternatywne podejścia do konceptualizacji i diagnozy zaburzeń osobowości: model dymensjonalny i hybrydowy. Model dymensjonalny wprowadzono w klasyfikacji ICD-11. Model ten opiera się na ocenie nasilenia dysfunkcji osobowości oraz dominujących cechach, które przejawiają się w funkcjonowaniu osoby<sup>[10]</sup>. W ICD-11 zaburzenia osobowości definiowane są jako: „trwające zaburzenie charakteryzujące się problemami w funkcjonowaniu self (np. tożsamość, samoocena, adekwatny obraz siebie, samosterowność), i/lub problemami interpersonalnymi (np. zdolnością do tworzenia i utrzymywania bliskich i wzajemnie satysfakcjonujących relacji, zdolność do rozumienia perspektywy innych i zarządzania konfliktem w relacjach)”. Model dymensjonalny zakłada, że zaburzenia osobowości

<sup>10</sup> Jakub Bętkowski, *Zaburzenia osobowości ICD-11*. <https://leczenieosobowosci.pl/zaburzenia-osobowosci-icd-11/>. [dostęp: 22.5.2025].

są skrajnymi wariantami normalnych cech osobowości, a nie oddzielnymi jednostkami chorobowymi. Zamiast diagnozować konkretny typ zaburzenia osobowości, określa się stopień nasilenia zaburzenia oraz dominujące cechy osobowości, które są źródłem problemów.

Z tego powodu w klasyfikacja ICD-11, która weszła w życie w roku 2022, wprowadziła istotne zmiany w sposobie diagnozy zaburzeń osobowości. Nomenklatura zaburzeń osobowości ICD-11 koncentruje się na upośledzeniu funkcjonowania własnego i osobowości interpersonalnej, które można sklasyfikować według stopnia nasilenia na trzy głębokości zaburzeń osobowości:

W klasyfikacji ICD-11 wyróżniono trzy stopnie nasilenia zaburzeń osobowości:

1. Łagodne zaburzenie osobowości: charakteryzuje się trudnościami w niektórych obszarach funkcjonowania, ale osoba jest zwykle w stanie utrzymać relacje i aktywność zawodową.
2. Umiarkowane zaburzenie osobowości: występują znaczące problemy w wielu obszarach funkcjonowania, które wpływają na zdolność do utrzymania relacji i pełnienia ról społecznych.
3. Ciężkie zaburzenie osobowości: poważne trudności wpływające na wszystkie lub prawie wszystkie obszary życia, prowadzące do znacznego upośledzenia funkcjonowania społecznego, zawodowego i osobistego.

Dodatkowo wprowadzono kategorię „trudności osobowościowych”, która nie jest jeszcze pełnoobjawowym zaburzeniem, ale wskazuje na istnienie pewnych trudności adaptacyjnych.

W ICD-11 wyróżniono pięć głównych domen cech osobowości, które mogą występować z różnym nasileniem, tj.:

1. negatywna emocjonalność: tendencja do intensywnego, częstego i nieadekwatnego doświadczania negatywnych emocji.
2. dystans/oderwanie: tendencja do dystansowania się zarówno od innych ludzi (unikanie bliskości), jak i od własnych emocji.
3. dys socjalność/antagonizm: brak empatii, tendencja do koncentrowania się na sobie, brak poszanowania dla praw innych ludzi.
4. odhamowanie/rozhamowanie: trudność z wytrzymywaniem wewnętrznego napięcia i skłonność do natychmiastowego wyrażania swoich myśli, emocji czy doznań, bez liczenia się z konsekwencjami.

5. anankastyczność/obsesyjność: obsesyjne dążenie do perfekcjonizmu, kontroli swojego zachowania oraz sytuacji.

Dodatkowo wyróżniono wzorzec *borderline*, charakteryzujący się niestabilnością w zakresie obrazu siebie, celów osobistych i relacji interpersonalnych.

Podejście zaproponowane w ramach ICD-11 kładzie nacisk na fakt, że większość zaburzeń osobowości wykazuje charakter mieszany. Przez lata klasyfikacja zaburzeń osobowości była skomplikowana ze względu na przymus przydzielenia pacjenta do jednej z nakładających się kategorii, które reprezentują specyficzne cechy, a nie podstawowe elementy zaburzeń osobowości. Nowa klasyfikacja otworzyła potencjalne korzyści w postaci: prostoty i użyteczności klinicznej, a także lepszego dopasowania terapii do indywidualnych potrzeb pacjenta, szczególnie w ciężkich przypadkach klinicznych.

Model hybrydowy osobowości normalnej i zaburzonej w DSM-5 proponuje podział objawów na skale w trzech kategoriach: A – poziom funkcjonowania osobowości; B – patologiczne cechy osobowości; C-G – dodatkowe warunki istotne z perspektywy diagnostycznej. Ten model umożliwia ocenę nasilenia cech na wymiarach, dzięki czemu możliwa jest diagnoza zarówno zaburzeń, jak i stylu osobowości. Koncepcja ta łączy zalety podejścia kategorialnego i dymensjonalnego, jednocześnie ograniczając wady tradycyjnej diagnozy. Skale układają się w model hybrydowy osobowości normalnej i zaburzonej, o charakterze kategorialno-dymensjonalnym, umożliwiając ocenę nasilenia cech na wymiarach, dzięki czemu możliwa jest diagnoza zarówno zaburzeń, jak i stylu osobowości<sup>[11]</sup>. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-5) wyróżniała 10 typów zaburzeń osobowości, podzielonych na 3 kategorie (wiązki): A – obejmuje osoby wycofane, chłodne, podejrzliwe lub nieracjonalne, a także zachowania dziwne i ekscentryczne (osobowość paranoiczna, osobowość schizoidalna, osobowość schizotypowa); B – obejmuje osoby ze skłonnością do zachowań teatralnych, nadmiernego okazywania emocji, zmiennością zachowania, zabiegających o uwagę innych ludzi. Ich nastrój jest chwiejny i często płytki (osobowość *borderline*, osobowość antyspołeczna, osobowość narcystyczna, osobowość histrioniczna); C – należą tu osoby spięte, lękowe, doświadczające uczucia niepokoju lub strachu (osobowość unikająca, osobowość zależna, osobowość obsesyjno-kompulsyjna).

<sup>11</sup> Lidia Cierpiąłkowska, Helena Sęk, *Psychologia kliniczna* (Warszawa: PWN, 2016), 285.

Paradygmat dymensjonalny zakłada, że zaburzenia osobowości istnieją na kontinuum, gdzie różnica między zdrowiem a patologią ma charakter ilościowy, a nie jakościowy. Przejście to odzwierciedla głębsze zrozumienie złożoności ludzkiej osobowości oraz potrzebę personalizacji procesu terapeutycznego. Według DSM-5 każdy wzorzec zachowania wyrażony jest w co najmniej dwóch spośród czterech wymienionych obszarów: postrzeganie i interpretowanie siebie oraz innych ludzi i wydarzeń, wyrażanie emocji, funkcjonowanie w relacjach międzyludzkich i kontrola impulsów. Wzorzec zachowania jest sztywny i dominuje w życiu prywatnym i społecznym danej osoby.

### 3 | Problemy diagnostyczne i terapeutyczne w terapii zaburzeń osobowości

Kiedy mowa jest o zaburzeniach osobowości według nowej klasyfikacji ICD-11, określa się je jako problemy w funkcjonowaniu różnych aspektów dotyczących własnego „ja”, przykładowo tożsamości, poczucia własnej wartości, postrzegania siebie. Do tego dochodzą również dysfunkcje interpersonalne, polegające na trudnościach w nawiązywaniu bliskich kontaktów, utrzymywania relacji, wyrażaniu empatii i radzenia sobie z konfliktami. Pacjentów z zaburzeniami osobowości charakteryzuje zachowanie odbiegające od przeciętnych wzorców przyjętych w danej kulturze, także zmniejszona elastyczność reagowania na różne sytuacje indywidualne i społeczne. U większości pacjentów trudności te dotyczą kilku, niekiedy nakładających się sfer funkcjonowania: emocjonalnego, poznawczego, społecznego i motywacyjnego<sup>[12]</sup>. Zaburzenia osobowości wiążą się z cierpieniem danej osoby, której dotyczą, a także cierpieniem osób otaczających. Często również są przyczyną przewlekłego stresu i mają negatywny wpływ na funkcjonowanie relacji na gruncie osobistym, rodzinnym, społecznym, zawodowym i wielu innych interakcjach międzyludzkich. Wzorzec osobowości jest przewlekły i utrwalony. Rozpoczyna się w wieku dziecięcym bądź w wieku adolescencji i trwa w dorosłości, utrudniając funkcjonowanie danej osoby.

<sup>12</sup> World Health Organization, *International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11)*, 2019/2021. <https://icd.who.int/browse11>. [dostęp: 22.5.2025].

Najbardziej intensywny rozwój własnego „ja” następuje od 2 do 18 roku życia. Jest to okres dynamicznego kształtowania psychicznego, podczas którego dzieci i młodzież najszybciej przyswajają schematy zachowań i reakcji emocjonalnych, w czym dużą rolę pełni środowisko, w jakim dana osoba się wychowuje<sup>[13]</sup>. Czynniki genetyczne mają głównie wpływ w kontekście występowania danej cechy behawioralnej, jednak kształtowanie tej cechy następuje już w wyniku bodźców zewnętrznych. Innym rodzajem zaburzeń osobowości są zaburzenia organiczne, których podłożem jest uszkodzenie lub dysfunkcja mózgu, a czasami ogólnoustrojowa choroba somatyczna. Charakteryzują się one zmianą zachowania pacjenta w porównaniu z okresem przed chorobą. Objawy zaburzeń nie wykazują związku z etiogenezą uszkodzenia mózgu, ale są częściowo powiązane z neuroanatomiczną lokalizacją uszkodzeń funkcjonalnych mózgu. Najczęściej opisywane objawy to zaburzenia depresyjne, niestabilność emocjonalna, drażliwość i zachowania impulsywne<sup>[14]</sup>.

Choć brakuje szczegółowych danych dotyczących zaburzeń osobowości, można analizować te zaburzenia w kontekście ogólnych trendów dotyczących zdrowia psychicznego w Polsce. Dane ZUS wskazują na znaczący wzrost problemów związanych ze zdrowiem psychicznym w analizowanym okresie. W 2024 roku wystawiono w Polsce 1,6 miliona zwolnień lekarskich z tytułu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, co oznacza wzrost o 13,8% w porównaniu z poprzednim rokiem. Łączny czas spędzony na zwolnieniu z tego tytułu przez Polaków przekroczył 30,3 miliona dni, co stanowiło wzrost o 16,2% w porównaniu z absencjami w 2023 roku<sup>[15]</sup>. Dane historyczne pokazują, że w 2022 roku wystawiono niemal 1,3 miliona zwolnień z powodu zaburzeń psychicznych, co przełożyło się na 23,8 miliona dni absencji chorobowej. Dla porównania rok wcześniej było to 1,34 miliona zwolnień lekarskich skutkujących 25,2 miliona dni absencji chorobowej, a w 2020 roku – 1,5 miliona zwolnień i 27,7 miliona dni absencji. Zwolnienia lekarskie z tytułu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania zdecydowanie częściej wystawiane były kobietom – 61,8% w 2024 roku, co oznacza nieznaczny spadek w porównaniu z 2023 rokiem,

<sup>13</sup> Gałęcki, Szulc, *Psychiatria*, 328.

<sup>14</sup> Franz U. Lang, Michael Dudeck, Thomas Becker, Markus Jäger, „Die organische Persönlichkeitsstörung: Konzeptuelle Grundlagen, Klinik und Therapie” *Der Nervenarzt*, nr 3 (2015): 332-339.

<sup>15</sup> Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *W Polsce rośnie liczba zwolnień z tytułu zaburzeń psychicznych*. <https://wszystkoconajwazniejsze.pl/pepites/w-polsce-rośnie-liczba-zwolnień-z-tytułu-zaburzeń-psychicznych-zus/>. [23.5.2025].

kiedy wynosił 62,1%. Najwyższy odsetek dni absencji chorobowej (30,2%) odnotowano w grupie wiekowej między 30 a 39 rokiem życia, przy czym w populacji kobiet w tej grupie wyniósł on 30,8%, a wśród mężczyzn 29,2%. W roku 2024 r. odnotowano wzrost odnośnie do liczby dni absencji w związku z zaburzeniami psychicznymi: 30,3 mln dni w 2024 r. (+16,2% r/r), podczas gdy w 2023 r. wyniosły 26,1 mln dni. Nadal zaburzenia te dominują w grupie 30 – 39 lat. Można więc mówić o epidemii zdrowia psychicznego: 16,2% wzrost dni absencji z tytułu F00-F99 wskazuje na kryzys w obszarze psychiatrii. W 2024 r. co 8. dzień absencji wynikał z zaburzeń psychicznych, a oczekiwanie na poradę psychiatryczną wynosił nadal długi – 117 dni<sup>[16]</sup>.

Współczesna psychiatria mierzy się z fundamentalnymi wyzwaniami w zakresie diagnozowania zaburzeń osobowości. Pomimo postępów w klasyfikacjach DSM-5 i ICD-11 praktyka kliniczna wciąż boryka się z problemami niskiej rzetelności międzyocenowej (kappa Cohena <0,6 w wielu badaniach), nadmiernej komorbidności (nawet 84% pacjentów z próbami samobójczymi ma współwystępujące zaburzenia osi I i II) oraz braku spójności między systemami diagnostycznymi<sup>[17]</sup>. Analiza 1.626 przypadków z badań nad stabilnością diagnoz ujawniła, że 13,3% rozpoznań było zmienianych w ciągu 2 lat. Główne źródła błędów to: zależność od retrospektywnej samooceny pacjenta (np. w kwestionariuszach SCID-II), brak obiektywnych biomarkerów (w przeciwieństwie do chorób neurologicznych jak Parkinson), ograniczenia czasowe – typowa 50-minutowa

<sup>16</sup> Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Raport Absencja chorobowa w 2024 roku*. [https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Raport\\_Absencja+chorobowa+w+2024+roku.pdf/a4947e09-3b9c-41c6-1de6-83563006fd49?t=1744352901435](https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Raport_Absencja+chorobowa+w+2024+roku.pdf/a4947e09-3b9c-41c6-1de6-83563006fd49?t=1744352901435) [dostęp: 23.5.2025]; Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Absencja chorobowa raport 2023+*. [https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa\\_raport\\_2023+.pdf/9be10057-ob2b-74f5-d397-2de1eefb1259?t=1710850664000](https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa_raport_2023+.pdf/9be10057-ob2b-74f5-d397-2de1eefb1259?t=1710850664000). [dostęp: 23.5.2025].

<sup>17</sup> Flávio L. Osório, Sonia R. Loureiro, Jaime E.C. Hallak, João P. Machado-de-Sousa, Juliana M. Ushirohira, Camila V.W. Baes, Tatiane D. Apolinario, Maria F. Donadon, Letícia M. Bolsoni, Thais Guimarães, Vanessa S. Fracon, Ana P.C. Silva-Rodrigues, Fernanda A. Pizeta, Rafaella M. Souza, Rafael F. Sanches, Rafael G. Dos Santos, Rafael Martin-Santos, José Alexandre S. Crippa, „Clinical validity and intrarater and test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5 – Clinician Version (SCID-5-CV)” *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, nr 12 (2019): 754–760; Eleni Rahel, Sandeep Ravi, Lisa Paul, „Comorbid Clinical and Personality Disorders: The Risk of Suicide” *Psychiatric Times*, nr 2 (2016). <https://www.psychiatristictimes.com/view/comorbid-clinical-and-personality-disorders-risk-suicide>. [dostęp: 27.5.2025]; Thomas A. Widiger, Michael M. Smith, „Personality Disorders: Current Conceptualizations and Challenges” *Annual Review of Clinical Psychology*, nr 1 (2025): 169–192.

konsultacja nie pozwala na kompleksową ocenę<sup>[18]</sup>. Istotną trudnością są również rozbieżności między systemami klasyfikacyjnymi. Podczas gdy DSM-5 wprowadził Model Alternatywny (AMPD) z wymiarową oceną funkcjonowania osobowości (Criterion A) i cechami psychopatologicznymi (Criterion B), ICD-11 przyjął prostszy model oparty na pięciu domenach cech (negatywna afektywność, detaszmement, dyssocjalność, dyshinibicja, anankastia). Ta fragmentacja utrudnia porównania międzynarodowe i standaryzację badań<sup>[19]</sup>. Jak wskazuje raport Mind, lekceważy się kontekst społeczno-kulturowy. Aktualne kryteria marginalizują czynniki takie jak: doświadczenia traumatyczne w dzieciństwie (występujące u 68% pacjentów z BPD), ubóstwo materialne (związek z podwyższonym ryzykiem zaburzeń dyssocjalnych)<sup>[20]</sup>. Pomocą ma być wdrażanie nowych modeli DSM-5 AMPD i ICD-11 Trait Model<sup>[21]</sup>.

Zarówno prewencja, jak i diagnostyka zaburzeń osobowości stanowią więc wyzwanie nawet dla doświadczonych klinicystów. Są to choroby złożone i wiele cech zaburzeń osobowości może przypominać inne choroby psychiczne. Ponadto zaburzenia osobowości często współistnieją

---

<sup>18</sup> Ville Rätty, Tuomo Kuusimäki, Jussi Majuri, Tuija Vahlberg, Mika Gardberg, Timo Noponen, Mika Seppänen, Anna-Maija Tolppanen, Valtteri Kaasinen, „Stability and Accuracy of a Diagnosis of Parkinson Disease Over 10 Years” *Neurology*, nr 9 (2025). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11970931>. [dostęp: 28.5.2025]; Giovanni Rizzo, Mario Copetti, Silvia Arcuti, Daniele Martino, Alessandro Fontana, Giancarlo Logroscino, „Accuracy of Clinical Diagnosis of Parkinson Disease. A Systematic Review and Meta-Analysis” *Neurology*, nr 6 (2016): 566–576.

<sup>19</sup> Jan Ciecuch, Paweł Łakuta, Wojciech Strus, John R. Oltmanns, Thomas A. Widiger, „Assessment of Personality Disorder in the ICD-11 Diagnostic System: Polish Validation of the Personality Inventory for ICD-11” *Psychiatria Polska*, nr 6 (2022): 1185–1202; Michaela A. Swales, „Personality Disorder Diagnoses in ICD-11: Transforming Conceptualisations and Practice” *Clinical Psychology in Europe*, nr 4 (2022). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9881116/>. [dostęp: 28.5.2025].

<sup>20</sup> „Why is Personality Disorder Controversial?” *Mind*. <https://www.mind.org.uk/information-support/types-of-mental-health-problems/personality-disorder/why-is-personality-disorder-controversial/>. [dostęp: 28.5.2025].

<sup>21</sup> Robert F. Krueger, Kelsey A. Hobbs, „An Overview of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders (AMPD)” *Psychopathology*, nr 3-4 (2020): 126–132; William L. Gore, Thomas A. Widiger, „The DSM-5 Dimensional Trait Model and Five-Factor Models of General Personality” *Journal of Abnormal Psychology*, nr 3 (2013): 816–821; Thomas A. Widiger, Grant A. McCabe, „The Alternative Model of Personality Disorders (AMPD) from the Perspective of the Five-Factor Model” *Psychopathology*, nr 3-4 (2020): 149–156; John R. Oltmanns, Thomas A. Widiger, „A Self-Report Measure for the ICD-11 Dimensional Trait Model Proposal: The Personality Inventory for ICD-11” *Psychological Assessment*, nr 2 (2017): 154–169.

z innymi zaburzeniami psychicznymi, przez co są nieco „przysłaniane” przed drugą chorobą. Wiele osób z zaburzeniami osobowości pozostaje niewykrytych w praktyce klinicznej przez co nie mogą otrzymać skutecznego leczenia<sup>[22]</sup>. Najczęstszymi objawami, z jakimi zgłaszają się do opieki ambulatoryjnej pacjenci z zaburzeniami osobowości, są: obniżony nastrój, lęk, zaburzenia rytmów biologicznych<sup>[23]</sup>. Objawy takie skłaniają lekarzy do poszukiwania przyczyn w bardziej powszechnych i poznanych chorobach, jak depresja lub zaburzenia lękowe, podczas gdy wiodącym problemem w wielu przypadkach są zaburzenia osobowości. Kolejnym problemem w diagnostyce zaburzeń osobowości jest to, że zaburzenia te należy rozpatrywać na przestrzeni długiego czasu. Zgodnie z ogólnie przyjętymi zasadami, minimalny czas trwania objawów musi wynosić co najmniej 2 lata. Oznacza to, że zachowania, które nasuwają podejrzenie zaburzenia osobowości, muszą być procesem długotrwałym, a nie jednorazowym epizodem. Oznacza to również, że lekarz psychiatra musi poznać historię całego życia pacjenta, doświadczenia z dzieciństwa i jego rozwój jako jednostki, co wymaga wiele czasu i zaangażowania zarówno ze strony pacjenta jak i specjalisty. Większa wiedza o pacjencie umożliwia wytworzenie bardziej szczegółowego obrazu jego zaburzenia, co przełoży się na lepiej indywidualnie dostosowaną terapię.

Ścieżka diagnostyczna zaburzeń osobowości rozpoczyna się od wywiadu klinicznego, który jest podstawowym, i powinien być pogłębionym narzędziem diagnostycznym. Powinien obejmować kontekst nie tylko teraźniejszości, ale również przeszłości, ponieważ osobowość kształtuje się w okresie dojrzewania pacjenta. Wielu pacjentów jednakowoż nie ma wglądu w swój stan, wobec czego konieczne może być pozyskanie informacji od rodziny, przyjaciół lub osób, które miały bliski kontakt z pacjentem, a nierzadko również od lekarzy, którzy wcześniej leczyli pacjenta<sup>[24]</sup>. Bardzo istotną rolę w rozpoznawaniu zaburzeń osobowości pełnią kwestionariusze, skale i inwentarze. Za najpopularniejszy można uznać Minnesota

---

<sup>22</sup> Peter Tyrer, Bernard Dolan, *Personality Disorders: A Model for Clinical Management* *The Lancet*, nr 9969 (2015): 1077-1084.

<sup>23</sup> Lars Ekselius, „Personality Disorder: A Disease in Disguise” *Uppsala Journal of Medical Sciences*, nr 4 (2018): 194-204.

<sup>24</sup> Mark Zimmerman, “Overview of Personality Disorders” *MSD Manual*, <https://www.msdmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/personality-disorders/overview-of-personality-disorders>. [dostęp: 27.5.2025].

Multiphasic Personality Inventory (MMPI)<sup>[25]</sup>. Drugim popularnym narzędziem wykorzystywanym w diagnostyce, dedykowanym wyłącznie zaburzeniom osobowości, jest półstrukturalizowany wywiad diagnostyczny SCID-5-PD. Pozwala on na zdiagnozowanie konkretnego typu osobowości uwzględnionego w klasyfikacji DSM-5<sup>[26]</sup>. Inną przydatną metodą do oceny osobowości jest m.in. lista przymiotnikowa (ACL) i Zrewidowany Kwestionariusz Osobowości H. Eysencka (EPQ-R)<sup>[27]</sup>.

Kluczowym etapem w diagnostyce jest również obserwacja behawioralna pacjenta podczas sesji terapeutycznych, w czasie których lekarz będzie mógł zebrać szczegółowe informacje o pacjencie, jego zachowaniu, reakcjach emocjonalnych i funkcjonowaniu w społeczeństwie. Analiza zebranych danych z uwzględnieniem intensywności i przewlekłości objawów, a także kontekstu kulturowego i społecznego każdego pacjenta, powinna poprzedzać ostateczne postawienie diagnozy<sup>[28]</sup>. Diagnozy zaburzeń osobowości nie można postawić u młodzieży poniżej 18. roku życia, ponieważ u takich osób osobowość wciąż się kształtuje, a niektóre zachowania uznawane za patologiczne mogą być typowe dla okresu dojrzewania. W takich sytuacjach mowa jest raczej o nieprawidłowo kształtującej się osobowości. Rozpoznanie zaburzeń osobowości nie należy również stawiać w przypadku nieprawidłowych zachowań związanych z zatruciem, przewlekłym używaniem lub odstawieniem substancji psychoaktywnych<sup>[29]</sup>. W przypadku gdy lekarz podejrzewa, że przyczyną zaburzeń osobowości jest organiczne uszkodzenie mózgu, niezbędne jest zrobienie

<sup>25</sup> Jest to samoopisowy, wypełniany przez pacjenta kwestionariusz osobowości. Zadaniem badanego jest ustosunkowanie się do 567 stwierdzeń Prawda/Fałsz, które dotyczą różnych zachowań, przekonań i aspektów życia. Pacjent jest oceniany w dziesięciu skalach klinicznych, które dotyczą: hipochondrii, depresji, hysterii, psychopatii, męskości/kobiecości, paranoi, psychastenii, schizofrenii, hipomanii, introwersji społecznej. Wynik znajdujący się poza normą, może świadczyć o odchyleniu w danej dziedzinie. Zob. Amanda E. Floyd, Vikas Gupta, „Minnesota Multiphasic Personality Inventory” *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557525/>. [dostęp: 27.5.2025].

<sup>26</sup> Michael B. First, Janet B.W. Williams, Lorna S. Benjamin i Robert L. Spitzer, *Structured Clinical Interview for DSM-5® Personality Disorders (SCID-5-PD)* (Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing, 2016),

<sup>27</sup> Gałęcki, Szulc, *Psychiatria*, 336.

<sup>28</sup> First, Williams, Smith Benjamin, Spitzer, *Structured Clinical Interview for DSM-5® Personality Disorders (SCID-5-PD)*.

<sup>29</sup> Kamron A. Fariba, Vishal Gupta, Tomas J. Torrico, Elissa Kass, „Personality Disorder” *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK556058/>. [dostęp: 27.5.2025].

badań neuroobrazowych (tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego), a także badań dodatkowych w celu znalezienia przyczyny choroby. Punktem wyjścia tego rodzaju zaburzeń mogą być m.in. dysfunkcje lub uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego w wyniku urazów, neuroinfekcje, choroby otępienne. Często oprócz zmian osobowości towarzyszą im inne zaburzenia funkcji poznawczych, m.in. zaburzenia pamięci, zaburzenia czynności emocjonalnych lub czynności motywacyjnych. Charakterystyczne objawy zaburzeń osobowości i zachowania mogą sugerować rodzaj i lokalizację nieprawidłowości w obrębie OUN<sup>[30]</sup>.

Jeśli chodzi o terapię, psychoterapia pozostaje nadal podstawową metodą leczenia zaburzeń osobowości<sup>[31]</sup>. Wśród najskuteczniejszych podejść terapeutycznych, opartych na dowodach naukowych (*evidence-based therapies*), wymienia się kilka form terapii. Po pierwsze, jest to terapia poznawczo-behawioralna (CBT), która koncentruje się na identyfikacji i modyfikacji dysfunkcyjnych schematów poznawczych i zachowań<sup>[32]</sup>. Po drugie, można wskazać terapię dialektyczno-behawioralną (DBT), która łączy elementy terapii poznawczo-behawioralnej z praktykami uważności, regulacją emocji i tolerancją dystresu. Jest ona szczególnie skuteczna w leczeniu zaburzenia osobowości borderline. Inną formą jest terapia schematów, stanowiąc jedno z podejść tzw. „trzeciej fali terapii poznawczo-behawioralnych”. Jest szczególnie rekomendowana w leczeniu zaburzeń osobowości borderline, narcystycznej, unikającej i anankastycznej. Psychoterapia psychodynamiczna natomiast koncentruje się na nieświadomych konfliktach i mechanizmach obronnych, które przyczyniają się do trudności w funkcjonowaniu. Wśród metod psychoterapii wskazuje się również psychoterapię skoncentrowaną na rozwiązaniach (TSR), która skupia się na poszukiwaniu rozwiązań problemów, a nie na analizie ich przyczyn. Wiele badań wskazuje, że najskuteczniejszym podejściem jest terapia integracyjna, która łączy różne metody i dostosowuje je do indywidualnych potrzeb pacjenta. Wśród metod terapii wymienia się również farmakoterapię w leczeniu zaburzeń

<sup>30</sup> Anna Warchala, „Zaburzenia psychiczne na podłożu organicznym”, [w:] *Psychiatria dla studentów fizjoterapii*, red. Ireny Krupki-Matuszczyk (Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny, 2011), 14-22.

<sup>31</sup> Andrzej Jakubik, „Zaburzenia osobowości”, [w:] *Psychiatria*, t. II, *Psychiatria kliniczna*, red. Stanisław Pużyński, Janusz Rybakowski, Jacek Wciórka (Wrocław: Edra Urban and Partners, 2011), 565.

<sup>32</sup> Marcin Więch, *Metody leczenia zaburzeń osobowości*. <https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/psychiatria/metody-leczenia-zaburzen-osobowosci-aa-MCh1-3QB8-iFvo.html>. [dostęp: 4.6.2025].

osobowości, która pełni rolę pomocniczą i objawową. Leki psychotropowe mogą być stosowane do łagodzenia niektórych objawów towarzyszących zaburzeniom osobowości, takich jak lęk, depresja czy impulsywność, ale nie leczą samego zaburzenia. Warto podkreślić, że farmakoterapia powinna być zawsze stosowana jako uzupełnienie psychoterapii, a nie jako samodzielna metoda leczenia<sup>[33]</sup>.

Coraz więcej dowodów naukowych wskazuje na korzystne działanie terapii przezczaszkowej stymulacji magnetycznej (TMS) w skojarzeniu z psychoterapią. TMS może być szczególnie pomocna w redukcji objawów, takich jak lęk i napięcie, u pacjentów z osobowością borderline. W kwestii skuteczności psychoterapii w leczeniu zaburzeń osobowości, wyniki badań wciąż nie przynoszą jednoznacznej odpowiedzi. Najwięcej metaanaliz dotyczy skuteczności psychoterapii w zaburzeniach typu borderline. Wciąż brakuje tekstów źródłowych, w których opisana została skuteczność psychoterapii w innych zaburzeniach osobowości. Może to wynikać z uwagi na złożoność problematyki zaburzeń osobowości i szeroki kontekst objawów, które prezentują pacjenci<sup>[34]</sup>. Wśród dwóch najpopularniejszych nurtów terapeutycznych w leczeniu zaburzeń osobowości wskazuje się psychoterapię poznawczo-behawioralną (CBT) oraz terapię psychodynamiczną. W przypadku zaburzeń osobowości typu borderline źródła wykazują skuteczność terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT). W przeglądzie systematycznym z roku 2017 ustalono, że pierwszą cechą zmieniającą się u pacjenta pod wpływem psychoterapii jest stabilność emocjonalna, a drugą ekstrawersja. Rodzaj zastosowanej terapii nie był silnie skorelowany z ilością zmian w cechach osobowości<sup>[35]</sup>. Rokowania u pacjentów z zaburzeniami osobowości są uzależnione od postaci zaburzeń, okresu trwania choroby oraz indywidualnego podejścia pacjenta do

<sup>33</sup> Gałęcki, Szulc, *Psychiatria*, 336.

<sup>34</sup> Jacek Kowalski, Anna Blaut, Michał Dragan, Daniel Farley, Damian Pankowski, Katarzyna Sanna, Aleksandra Śliwerski, Joanna Wiśniowska, *Systematyczny narracyjny przegląd metaanaliz badań nad skutecznością psychoterapii poznawczo-behawioralnej i zaleceń terapeutycznych opublikowanych między 2010 a 2023* (Warszawa: Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej im. Prof. Zdzisława Bizonia, 2024), 89–90.

<sup>35</sup> Benjamin N. Johnson, Tracy L. Clouthier, Lia K. Rosenstein, Kenneth N. Levy, „Psychotherapy for Personality Disorders”, [w:] *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, red. Virgil Zeigler-Hill, Todd K. Shackelford (Cham: Springer, 2018), 925; Brent W. Roberts, Jing Luo, Daniel A. Briley, Patrick I. Chow, Rong Su, Patrick L. Hill, „A Systematic Review of Personality Trait Change Through Intervention” *Psychological Bulletin*, nr 2 (2017): 117–141.

leczenia. Im wcześniej rozpoczęte leczenie, tym większa szansa na zmianę utartych już schematów zachowania i myślenia<sup>[36]</sup>.

## 4 | Dylematy prawnoinstytucjonalne w środowisku pracy

Zmiany w podejściu do diagnozy zaburzeń osobowości, złożoność samych procesów diagnostycznych i terapeutycznych, rodzą nowe dylematy etyczne i prawne. Z jednej strony model dymensjonalny umożliwia bardziej precyzyjną diagnozę i dostosowanie leczenia do indywidualnych potrzeb pacjenta. Z drugiej strony, poszerzenie definicji zaburzeń psychicznych, przy jednoczesnym braku skorelowania podejścia interpretacji prawnej i medycznej, może prowadzić do nadużyć w kontekście stosowania niektórych przepisów o skutkach dalekosiężnych dla praw i wolności człowieka, a w ujęciu węższym – pracownika. Mowa to m.in. o przymusowym leczeniu czy innych skutkach w sferze cywilnoprawnej, czy prawno-pracowniczej<sup>[37]</sup>.

W ujęciu prawnym, zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego, zaburzenia osobowości stanowią podkategorię zaburzeń psychicznych jako „inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym”<sup>[38]</sup>. Marcin Burdzik sklasyfikował grupę zaburzeń osobowości jako „zaburzenia scalania czynności

<sup>36</sup> Gałęcki, Szulc, *Psychiatria*, 336.

<sup>37</sup> Marta Solecka, *Zmiany w ustawie o zdrowiu psychicznym. Wątpliwości ekspertów*. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/aktualnosci/314796,zmiany-w-ustawie-o-zdrowiu-psychicznym-watpliwosci-ekspertow>. [dostęp: 5.6.2025].

<sup>38</sup> Art. 3 pkt 1) lit. c ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 917), dalej cyt. jako „ustawa o ochronie zdrowia psychicznego”; Dominik Miedziak, „Art. 3”, [w:] *Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz*, wyd. 2, red. Paweł Drembkowski, Błażej Kmiecik, Radosław Tymiński (Warszawa: Wolters Kluwer, 2023); Marcin Burdzik, „2.2.3. Inne zakłócenia czynności psychicznych”, [w:] *Osoba z zaburzeniami psychicznymi jako uczestnik procesu karnego* (Warszawa: Wolters Kluwer, 2025. Lex).

psychicznych”<sup>[39]</sup>. Wypada jednak zauważyć, że dla prawidłowego rozumienia pojęć, a następnie ustalenia odpowiedzialności, w procesie stosowania prawa w stosunkach pracowniczych od interpretatora wymaga się podejścia interdyscyplinarnego, prawnomedycznego. Jest to o tyle trudne, że wymaga się przyjęcia założenia, że rozumienie pojęć w sferze medycznej i prawnej jest tożsame. Przy tym należy mieć na uwadze, że implementacja pojęć medycznych na grunt przepisów prawnych wymaga daleko bardziej posuniętej rozważli. Jak wskazuje się w doktrynie, w przypadku szeroko pojętych nauk medycznych mowa jest o leczeniu, a w przypadku podejścia prawnego – mowa o ocenie stanu zdrowia w kontekście zastosowania wobec danej osoby określonej instytucji prawnej (np. ubezwłasnowolnienia, środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym itd.)<sup>[40]</sup>.

Inną kwestią, która kształtuje możliwe trudności na styku obszaru medycznego i prawnego, to realne problemy, które mogą rozwijać się na tle stricte stosunków pracowniczych. Osoby z zaburzeniami osobowości często wykazują trudności w adaptacji do norm społecznych, mają problemy z regulacją emocji, komunikacją czy rozwiązywaniem sporów. Może to prowadzić do: konfliktów personalnych wynikających z różnic osobowościowych, stylów komunikacji, preferencji i wartości; braku umiejętności współpracy w zespole, w sposób, który dawałby możliwości zarządzania konfliktem na poziomie akceptowalnym dla właściwej kultury organizacyjnej. Osoby z określonymi zaburzeniami osobowości (np. borderline, narcystyczne, antyspołeczne) mogą częściej prowokować konflikty, reagować impulsywnie lub agresywnie, co może prowadzić do eskalacji napięć.

Cechy osobowości ofiary mogą być wykorzystywane jako pretekst do stygmatyzacji i wykluczenia z zespołu. Próby rozwiązania konfliktu przez osobę z zaburzeniem osobowości bywają interpretowane jako zachowania poddańcze lub, przeciwnie, aroganckie, co może eskalować kolejne działania mobbingowe. Zakładając, że organizację współtworzą w zdecydowanym stopniu zasoby ludzkie, jest to szczególnie problematyczne tak dla rozwoju instytucjonalnego i wizerunkowego organizacji, jak i możliwości

<sup>39</sup> Marcin Burdzik, „2. Symptomatologia zaburzeń psychicznych”, [w:] *Osoba z zaburzeniami psychicznymi jako uczestnik procesu karnego* (Warszawa: Wolters Kluwer, 2025. Lex).

<sup>40</sup> Jeroen Walvisch, „Defining «Mental Disorder» in Legal Contexts” *International Journal of Law and Psychiatry*, 23 (2017), 27; Marcin Burdzik, „2. Zaburzenia psychiczne – pojęcie”, [w:] *Osoba z zaburzeniami psychicznymi jako uczestnik procesu karnego* (Warszawa: Wolters Kluwer, 2025. Lex).

skutecznego zarządzania takim zespołem ludzkim przez pracodawcę. Ten ostatni odpowiada za przeciwdziałanie zjawisku mobbingu, natomiast działania prewencyjne mogą napotkać na poważne bariery o charakterze psychospołecznym<sup>[41]</sup>. Jest to o tyle trudne, że samoświadomość osoby wykazującej zaburzenia osobowości i jej podatność na procesy terapeutyczne jest na niskim poziomie. Nie wyklucza to za razem przeprowadzenia postępowania w przedmiocie stwierdzenia mobbingu w rozumieniu art. 94<sup>3</sup> § 2 k. p. W przypadku tego ostatniego nie jest wymagane wykazanie umyślnego zamiaru w działaniach podejmowanych przeciwko poszkodowanemu. Skutki zachowania mobbera mogą, lecz nie muszą być zamierzone<sup>[42]</sup>. Judykatura wyraźnie opowiada się za możliwością przyjęcia mobbingu w wypadku nieumyślnego zachowania prześladowcy (braku zamiaru). Pogląd ten został zaaprobowany przez Sąd Najwyższy wyroku z dnia 18 marca 2010 r., I PK 203/09 (LEX nr 1615182), w którym przyjęto, że do stwierdzenia mobbingu nie jest wymagane wykazanie umyślnego zamiaru wywołania rozstroju zdrowia u pracownika. Skutki zachowania mobbera, które są istotną cechą mobbingu mogą, lecz nie muszą być zamierzone. W końcu w ostatnim czasie Sąd Najwyższy (zob. wyrok z dnia 22 stycznia 2020 r., III PK 194/18, LEX nr 3260248) po raz wtóry potwierdził zasadność opisanych wyżej założeń. Także w orzecznictwie sądów apelacyjnych akceptuje się powyższy kierunek wykładni. Do uznania określonego zachowania za mobbing wystarczy, że pracownik był obiektem oddziaływania, które według obiektywnej miary może być ocenione za wywołujące skutki określone w art. 94<sup>3</sup> § 2 k.p.<sup>[43]</sup>. Nie inaczej rzecz dostrzega doktryna, podkreślając, że w praktyce udowodnienie zamiaru (umyślnego działania mobbera) jest mało realne. Zatem stwierdzenie mobbingu nie może ograniczać się wyłącznie do wykazania umyślnego zachowania się mobbera. Tym samym za mobbing winny być uznane wszelkie zachowania sprawcy dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko niemu, które wyczerpują ustawowe znamiona mobbingu<sup>[44]</sup>.

<sup>41</sup> Art. 94<sup>3</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 277 ze zm.), dalej cyt. jako „k.p.”

<sup>42</sup> Por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 maja 2009 r., III PK 2/09, LEX nr 687053.

<sup>43</sup> Zob. wyroki Sądu Apelacyjnego: w Gdańsku z dnia 21 stycznia 2013 r., III APa 29/12, LEX nr 1282545; w Katowicach z dnia 15 grudnia 2006 r., III APa 170/05, LEX nr 310407; w Poznaniu z dnia 22 września 2005 r., III APa 60/05, LEX nr 215691.

<sup>44</sup> Henryk Szewczyk, „Treść pojęcia mobbingu. Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 16 marca 2010 r., I PK 203/09” *GSP-Przegląd Orzecznictwa*, nr 2 (2011): 179–186.

Z jednej strony wydaje się więc, że dostrzega się powagę sytuacji prawnoorganizacyjnej, która może być wygenerowana w związku z aktywnością osób wykazujących zachowania, które od strony medycznej mogą być kwalifikowane jako zaburzenia osobowości. Przejawia się to poprzez niewykluczenie okoliczności, w których tego rodzaju działania mogą zostać uznane za spełniające przesłanki mobbingu. Z drugiej jednak, wciąż postępowanie to, ze względu na postępowanie dowodowe może być trudne do przeprowadzenia. Co więcej, osoby z zaburzeniami osobowości, zwłaszcza z grupy B (borderline, narcystyczne, antyspołeczne), często generują długotrwałe, wielopłaszczyznowe i trudne do wykrycia konflikty strukturalne i emocjonalne w zespołach. Zaburzenia takie jak borderline charakteryzują się niestabilnością emocjonalną i impulsywnością, co prowadzi do częstych sporów opartych na postrzeganej niesprawiedliwości lub odrzuceniu. Osoby z zaburzeniami paranoidalnymi wykazują nadmierną podejrzliwość, utrudniając budowanie zaufania i eskalując konflikty poprzez interpretowanie neutralnych działań jako wrogich. Zaburzenia w regulacji emocji – np. w borderline, gdzie reakcje emocjonalne są intensywne i trudne do przewidzenia, powodują, że m. in. działania mediacyjne często są utrudnione, jeśli nie faktycznie niemożliwe. Deficyty w relacjach interpersonalnych, tj. osoby z zaburzeniami narcystycznymi, powodują, że ignorowane są potrzeby innych, przy zachowaniu koncentracji na własnych celach, co z kolei prowadzi do konfliktów interesów. Nie trzeba przekonywać, że przy utrzymaniu współzależności na poszczególnych szczeblach zarządzania w strukturze organizacyjnej, zachodzących interakcjach i sprzeczności interesów, natężenie w ramach sytuacji konfliktowych wzrasta. Mechanizmy obronne, które mogą wybrzmiewać przy zaburzeniach osobowości – projekcja, zaprzeczanie lub racjonalizacja utrudniają obiektywną analizę sporów, a tym samym wdrożenia metod rozwiązywania konfliktów w organizacji<sup>[45]</sup>. Zgodnie z klasyfikacją diagnostyczną, zaburzenia osobowości grupy B określane są jako „dramatyczno-niekonsekwentne”, gdyż osoby

<sup>45</sup> Zbigniew Ciekanowski, Joanna Nowicka i Wojciech Załoga, „Konflikt jako element zarządzania organizacją” *Nowoczesne systemy Zarządzania Organizacją*, nr 1 (2019): 39-52; Andrzej Potocki, „Nowoczesne metody zarządzania konfliktem w organizacjach” *Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie*, 672 (2005): 5-18; Elżbieta Roszkowska, *Zarządzanie konfliktem w warunkach globalizacji*, [w:] *Rozwój regionalny a procesy globalizacji* (Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, 2004), 166-179. [https://repozytorium.uwb.edu.pl/jspui/bitstream/11320/13954/1/E\\_Roszkowska\\_Zarządzanie\\_konfliktem\\_w\\_warunkach\\_globalizacji.pdf](https://repozytorium.uwb.edu.pl/jspui/bitstream/11320/13954/1/E_Roszkowska_Zarządzanie_konfliktem_w_warunkach_globalizacji.pdf). [dostęp: 7.6.2025].

z tymi zaburzeniami mają tendencję do lekceważenia konsekwencji swoich działań, charakteryzują się chwiejnymi emocjami i impulsywnymi zachowaniami. W kontekście zatrudnienia, zjawisko to nabiera szczególnego znaczenia, gdyż miejsce pracy stanowi środowisko wymagające przewidywalności, stabilności oraz odpowiedzialności za własne czyny.

Podstawowym dylematem prawnym jest konflikt między obowiązkiem informacyjnym pracownika a prawem do prywatności. Zgodnie z polskim prawem pracy, pracownik nie ma obowiązku informowania pracodawcy o swoim stanie zdrowia psychicznego. Informacje o zdrowiu stanowią dane wrażliwe chronione RODO, a zaledwie 22,11% polskich pracowników decyduje się poinformować przełożonego o problemach psychicznych. Zatajenie przez pracownika informacji o chorobie może jednak prowadzić do poważnych konsekwencji prawnych, szczególnie gdy dotyczy chorób mogących wpłynąć na bezpieczeństwo i efektywność wykonywania obowiązków zawodowych, zwłaszcza, że pracodawca na podstawie art. 207 §2 k.p. ma obowiązek ochrony życia i zdrowia pracowników<sup>[46]</sup>. Przepisy dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy zobowiązują pracodawców do zapewnienia odpowiednich warunków, jednak wciąż brakuje jednoznacznych przepisów, które w pełni odnosiłyby się do zdrowia psychicznego, które stanowi – tak jak zdrowie fizyczne – dobro osobiste pracownika. Regulacje prawa pracy w Polsce i Unii Europejskiej koncentrują się głównie na fizycznych aspektach zdrowia, pomijając kwestie zdrowia psychicznego. Mimo rozwoju nauki o psychospołecznych zagrożeniach zdrowotnych, regulacje dotyczące ich ochrony są niewystarczające. Także unijne przepisy, takie jak dyrektywa Rady 89/391/EWG z 12 czerwca 1989 r. (to na jej podstawie zmieniono art. 207 k.p.), nakładają na pracodawców obowiązek ochrony zdrowia, koncentrując się głównie na fizycznych zagrożeniach, pomijając kwestie związane z psychicznymi aspektami świadczenia pracy. Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny (EKES) wielokrotnie postulował potrzebę zmian w tym obszarze, wskazując na konieczność wprowadzenia regulacji prawnych, które objęłyby również kwestie zdrowia psychicznego w miejscu pracy (m. in. rozszerzenie o konkretne środki zapobiegające zagrożeniom psychospołecznym wpływającym na dobrostan

---

<sup>46</sup> Monika Grzegorowska, „Epizod psychiatryczny w miejscu pracy. Co na to prawo?” *zdrowie.pap.pl*, <https://zdrowie.pap.pl/psyche/epizod-psychiatryczny-w-miejscu-pracy-co-na-prawo>. [dostęp: 25.6.2025].

pracowników)<sup>[47]</sup>. W opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego 2023/C 228/05 pt. „Niskiej jakości zatrudnienie a zdrowie psychiczne” (Dz.U.UE.C.2023.228.28) wskazano, że zmiana mogłaby skutecznie przeciwdziałać zagrożeniom zdrowotnym związanym ze stresem czy wypaleniem zawodowym. W szczególności EKES zaproponowała, aby nowe przepisy obejmowały: wymogi jakościowe dla metod oceny zagrożeń (gdzie ocena zagrożeń psychicznych powinna opierać się na dowodach naukowych, uwzględniać rzetelne dane zdrowotne oraz identyfikować nierówności w miejscu pracy), środki zapobiegawcze (koncentrujące się nie tylko na wsparciu i rehabilitacji pracowników, ale również na eliminacji źródłowych przyczyn stresu czy innych zagrożeń psychicznych), rozwinięcie profilaktyki pierwotnej w zakresie zapobiegania zagrożeniom psychospołecznym. EKES szacuje, że wprowadzenie regulacji dotyczących ochrony zdrowia psychicznego mogłoby znacząco obniżyć poziom depresji i chorób sercowo-naczyniowych wśród pracowników w Unii Europejskiej. Zmniejszenie narażenia na zawodowe zagrożenia psychospołeczne mogłoby obniżyć przypadki depresji o 17–35 proc., a chorób układu krążenia o 5–11 proc. W tym kontekście wydawałoby się szczególnie istotne, aby pracodawcy podejmowali się również stworzenia analizy ryzyka w obszarze oddziaływania możliwych czynników psychospołecznych, a następnie w ramach regulacji pracowniczych – polityki zdrowia psychicznego, pomimo, że przepisy wprost takich obowiązków na pracodawców nie nakładają.

## 5 | Wnioski i perspektywy

Przejsie od modelu kategoryjnego do dymensjonalnego w diagnozie zaburzeń osobowości stanowi istotny krok naprzód w rozumieniu i leczeniu tych zaburzeń. Model dymensjonalny umożliwia bardziej precyzyjną diagnozę, lepsze planowanie leczenia i ocenę rokowania. Współczesne metody terapii zaburzeń osobowości oferują coraz szersze spektrum interwencji, co zwiększa szanse na skuteczne leczenie. Szczególnie obiecujące wydają

---

<sup>47</sup> Bartłomiej Dąbal, „Konieczne jest wprowadzenie przepisów chroniących zdrowie psychiczne współczesnych pracowników” *Prawo.pl*. <https://www.prawo.pl/kadry/zdrowie-psychiczne-pracownikow-czy-i-jakie-przepisy-trzeba-wprowadzic-bartlomiej-dabal,529784.html>. [dostęp: 25.6.2025].

się podejścia integracyjne, łączące różne metody psychoterapeutyczne i, w razie potrzeby, farmakoterapię. Jednocześnie ciągle na styku sfery medycznej i prawnej pozostają zagadnienia, które nie zostały legislacyjne rozwiązane.

Oprócz poglądów doktryny i orzecznictwa, które wskazują na brak konieczności dowodzenia umyślności w działaniach mobbingowych (co w przypadku zaburzeń osobowości byłoby znacznie utrudnione), brak jest regulacji, które wprost dawałyby narzędzia do przeprowadzenia skutecznej prewencji czy zarządzania sytuacjami konfliktowymi (a nawet kryzysowymi) w organizacji. Konieczne jest wypracowanie równowagi między prawem do autonomii osoby, ochroną dóbr osobistych pracownika, a koniecznością zapewnienia opieki osobom, które jej potrzebują, czy zapewnieniem dobrostanu prawnoorganizacyjnego dla osób z otoczenia instytucjonalnego.

Przyszłe badania powinny więc koncentrować się na dalszym doskonaleniu metod diagnostycznych i terapeutycznych oraz na wypracowaniu nowych rozwiązań prawnych, które będą chronić zarówno prawa osób z zaburzeniami osobowości, jak i bezpieczeństwo ich i otoczenia. Występowanie samodzielnych zaburzeń osobowości w populacji wynosi aktualnie około 10%, co stanowi istotny problem zdrowia publicznego. Tendencja ta wydaje się utrzymywać, a nawet prognostycznie zwiększać. Brak odpowiedniego leczenia osób z zaburzeniami osobowości prowadzi do znacznych kosztów indywidualnych i społecznych, takich jak bierność życiowa, trudności z utrzymaniem pracy, problemy w relacjach przekładające się na trudności prawnoorganizacyjne, nadużywanie substancji psychoaktywnych, hospitalizacje czy próby samobójcze. Nowe kierunki rozumienia i terapii zaburzeń osobowości, oparte na modelu dymensjonalnym, stanowią ważny krok w kierunku bardziej precyzyjnej diagnozy i skuteczniejszego leczenia. Jednocześnie zmiany te rodzą nowe wyzwania prawne i etyczne, które wymagają dalszej refleksji i dyskusji, zwłaszcza w kontekście tworzenia przez pracodawców polityk zdrowia psychicznego.

## Bibliografia

Bętkowski Jakub, *Zaburzenia osobowości ICD-11*. <https://leczenieosobowosci.pl/zaburzenia-osobowosci-icd-11/>.

- Burdzik Marcin, „2. Symptomatologia zaburzeń psychicznych”, [w:] *Osoba z zaburzeniami psychicznymi jako uczestnik procesu karnego*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2025. Lex.
- Burdzik Marcin, „2. Zaburzenia psychiczne – pojęcie”, [w:] *Osoba z zaburzeniami psychicznymi jako uczestnik procesu karnego*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2025. Lex.
- Burdzik Marcin, „Warunkowe umorzenie postępowania karnego wobec sprawcy z zaburzeniami osobowości” *Przegląd Sądowy*, nr 6 (2022): 82-98.
- Burdzik Marcin. „2.2.3. Inne zakłócenia czynności psychicznych”, [w:] *Osoba z zaburzeniami psychicznymi jako uczestnik procesu karnego*. Warszawa: Wolters Kluwer, 2025. Lex.
- Cieciuch Jan, Paweł Łakuta, Wojciech Strus, Thomas A. Widiger, John R. Oltmanns. „Assessment of Personality Disorder in the ICD-11 Diagnostic System: Polish Validation of the Personality Inventory for ICD-11” *Psychiatria Polska*, nr 6 (2022): 1185-1202.
- Ciekanowski Zbigniew, Joanna Nowicka, Wojciech Załoga, „Konflikt jako element zarządzania organizacją” *Nowoczesne Systemy Zarządzania Organizacją*, nr 1 (2019): 39-52.
- Cierpiałkowska Lidia, Helena Sęk, *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2016.
- Dąbał Bartłomiej, „Konieczne jest wprowadzenie przepisów chroniących zdrowie psychiczne współczesnych pracowników” *Prawo.pl*. <https://www.prawo.pl/kadry/zdrowie-psychiczne-pracownikow-czy-i-jakie-przepisy-trzeba-wprowadzic-bartlomiej-dabal,529784.html>.
- Ekselius Lars, „Personality Disorder: A Disease in Disguise” *Upsala Journal of Medical Sciences*, nr 4 (2018): 194-204. Doi: 10.1080/03009734.2018.1526235.
- Fariba Kamron A., Vikas Gupta, Tyler J. Torrico, Ethan Kass, „Personality Disorder” *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK556058/>.
- First Michael B., Janet B.W. Williams, Lorna S. Benjamin, Robert L. Spitzer, *Structured Clinical Interview for DSM-5® Personality Disorders (SCID-5-PD)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing, 2016. Doi: 10.1176/appi.books.9781585624744.
- Floyd Amanda E., Vikas Gupta, „Minnesota Multiphasic Personality Inventory” *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557525/>.
- Gałecki Piotr, Agata Szulc, *Psychiatria*. Wrocław: Edra Urban and Partners, 2018.
- Gore William L., Thomas A. Widiger, „The DSM-5 Dimensional Trait Model and Five-Factor Models of General Personality” *Journal of Abnormal Psychology*, nr 3 (2013): 816-821.

- Grzegorowska Monika, „Epizod psychotyczny w miejscu pracy. Co na to prawo?” *zdrowie.pap.pl*. <https://zdrowie.pap.pl/psyche/epizod-psychotyczny-w-miejscu-pracy-co-na-prawo>.
- International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11). World Health Organization, 2019/2021. <https://icd.who.int/browse11>.
- Jakubik Andrzej, „Zaburzenia osobowości”, [w:] *Psychiatria*, t. II, *Psychiatria kliniczna*, red. Stanisław Pużyński, Janusz Rybakowski, Jacek Wciórka. 539-591. Wrocław: Edra Urban and Partners, 2011.
- Johnson Benjamin N., Tracy L. Clouthier, Lia K. Rosenstein, Kenneth N. Levy, „Psychotherapy for Personality Disorders”, [w:] *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, red. Virgil Zeigler-Hill, Todd K. Shackelford. Cham: Springer, 2018.
- Kaplan Harold, Benjamin Sadock, Virginia Sadock, *Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Edra Urban and Partners, 2012.
- Kowalski Jacek, Anna Blaut, Michał Dragan, Dominika Farley, Daniel Pankowski, Katarzyna Sanna, Aleksandra Sliwerski, Joanna Wiśniowska, *Systematyczny narracyjny przegląd metaanaliz badań nad skutecznością psychoterapii poznawczo-behawioralnej i zaleceń terapeutycznych opublikowanych między 2010 a 2023*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej im. Prof. Zdzisława Bizonia, 2024.
- Krueger Robert F., Kelsey A. Hobbs, „An Overview of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders (AMPD)” *Psychopathology*, nr 3-4 (2020): 126-132.
- Lang Fabian U., Manuela Dudeck, Thomas Becker, Markus Jäger, „Die organische Persönlichkeitsstörung: Konzeptuelle Grundlagen, Klinik und Therapie” *Der Nervenarzt*, nr 3 (2015): 332-339. Doi: 10.1007/s00115-014-4144-1.
- Maruszczyńska Katarzyna, *Zaburzenia osobowości – nowe podejście w klasyfikacji ICD-11*. <https://nowewidoki.com/zaburzenia-osobowosci-nowe-podejscie-w-klasyfikacji-icd-11/>.
- Millon Theodore, Roger Davis, *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, 2005.
- Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz*, red. Paweł Drembkowski, Błażej Kmiecik, Rafał Tymiński, wyd. 2. Warszawa: Wolters Kluwer, 2023.
- Oltmanns John R., Thomas A. Widiger, „A Self-Report Measure for the ICD-11 Dimensional Trait Model Proposal: The Personality Inventory for ICD-11” *Psychological Assessment*, nr 2 (2017): 154-169.
- Osobowość. <https://lepolek.pl/arttykul/zaburzenia-osobowosci/308?rodzaj=poseregowane>.
- Osório Flávio L., Sonia R. Loureiro, Jaime E.C. Hallak, João P. Machado-de-Sousa, Juliana M. Ushirohira, Camila V.W. Baes, Tatiane D. Apolinario, Maria

- F. Donadon, Letícia M. Bolsoni, Thais Guimarães, Vanessa S. Fracon, Ana P.C. Silva-Rodrigues, Fernanda A. Pizeta, Rafaella M. Souza, Rafael F. Sanches, Rafael G. Dos Santos, Rafael Martin-Santos, José Alexandre S. Crippa, „Clinical Validity and Intrarater and Test-Retest Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5 – Clinician Version (SCID-5-CV)” *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, nr 12 (2019): 754-760.
- Potocki Andrzej, „Nowoczesne metody zarządzania konfliktem w organizacjach” *Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie*, nr 672 (2005): 5-18.
- Pużyński Stanisław, Janusz Rybakowski, Jacek Wciórka, *Psychiatria*, t. I, *Podstawy psychiatrii*. Wrocław: Edra Urban and Partners, 2011.
- Pużyński Stanisław, *Leksykon psychiatrii*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1993.
- Räty Ville, Tuomo Kuusimäki, Jussi Majuri, Tuija Vahlberg, Mika Gardberg, Timo Noponen, Mika Seppänen, Anna-Maija Tolppanen, Valtteri Kaasinen, „Stability and Accuracy of a Diagnosis of Parkinson Disease Over 10 Years” *Neurology*, nr 9 (2025). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11970931/>.
- Rizzo Giovanni, Mario Copetti, Silvia Arcuti, Daniele Martino, Alessandro Fontana, Giancarlo Logroscino, „Accuracy of Clinical Diagnosis of Parkinson Disease. A Systematic Review and Meta-Analysis” *Neurology*, nr 6 (2016): 566-576.
- Roberts Brent W., Jing Luo, Daniel A. Briley, Patrick I. Chow, Rong Su, Patrick L. Hill, „A Systematic Review of Personality Trait Change Through Intervention” *Psychological Bulletin*, nr 2 (2017): 117-141.
- Roszkowska Elżbieta, „Zarządzanie konfliktem w warunkach globalizacji”, [w:] *Rozwój regionalny a procesy globalizacji*. 166-179. Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, 2004 166-179. [https://repozytorium.uwb.edu.pl/jspui/bitstream/11320/13954/1/E\\_Roszkowska\\_Zarzadzanie\\_konfliktem\\_w\\_warunkach\\_globalizacji.pdf](https://repozytorium.uwb.edu.pl/jspui/bitstream/11320/13954/1/E_Roszkowska_Zarzadzanie_konfliktem_w_warunkach_globalizacji.pdf).
- Solecka Marta, *Zmiany w ustawie o zdrowiu psychicznym. Wątpliwości ekspertów*. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/aktualnosci/314796,zmiany-w-ustawie-o-zdrowiu-psychicznym-watpliwosci-ekspertow>.
- Swales Michaela A. „Personality Disorder Diagnoses in ICD-11: Transforming Conceptualisations and Practice” *Clinical Psychology in Europe*, nr 4 (2022). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9881116/>.
- Szewczyk Henryk, „Treść pojęcia mobbingu. Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 16 marca 2010 r., I PK 203/09” *GSP-Przegląd Orzecznictwa*, nr 2 (2011): 179-186.
- „The Challenges Of Treating Personality Disorders” *NPR*, 4 grudnia (2012). <https://www.npr.org/2012/12/04/166503627/the-challenges-posed-by-personality-disorders>.

- Tyrer Peter, Bernard Dolan, „Personality Disorders: A Model for Clinical Management” *The Lancet*, nr 9969 (2015): 1077-1084. Doi: 10.1016/S0140-6736(14)61995-4.
- Walvisch Jeroen, „Defining «Mental Disorder» in Legal Contexts” *International Journal of Law and Psychiatry*, 23 (2017).
- Warchala Anna, „Zaburzenia psychiczne na podłożu organicznym”, [w:] *Psychiatria dla studentów fizjoterapii*, red. Ireny Krupki-Matuszczyk. 14-22. Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny, 2011.
- „Why is Personality Disorder Controversial?” *Mind*. <https://www.mind.org.uk/information-support/types-of-mental-health-problems/personality-disorder/why-is-personality-disorder-controversial/>.
- Widiger Thomas A., Grant A. McCabe, „The Alternative Model of Personality Disorders (AMPD) from the Perspective of the Five-Factor Model” *Psychopathology*, nr 3-4 (2020): 149-156.
- Widiger Thomas A., Michael M. Smith, „Personality Disorders: Current Conceptualizations and Challenges” *Annual Review of Clinical Psychology*, nr 1 (2025): 169-192.
- Więch Marcin, *Metody leczenia zaburzeń osobowości*. <https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/psychiatria/metody-leczenia-zaburzen-osobowosci-aa-MCh1-3QB8-iFvo.html>.
- Zaburzenia osobowości: nowe spojrzenie na diagnozę i terapię. <https://cbt.pl/baza-wiedzy/zaburzenia-osobowosci/zaburzenia-osobowosci-nowe-spojrzenie-na-diagnoze-i-terapię/>
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Absencja chorobowa\_raport\_2023+*. [https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa\\_raport\\_2023+.pdf/9be10057-ob2b-74f5-d397-2de1eefb1259?t=1710850664000](https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa_raport_2023+.pdf/9be10057-ob2b-74f5-d397-2de1eefb1259?t=1710850664000).
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Raport Absencja chorobowa w 2024 roku*. [https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Raport\\_Absencja+chorobowa+w+2024+roku.pdf/a4947e09-3b9c-41c6-1de6-83563006fd49?t=1744352901435](https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Raport_Absencja+chorobowa+w+2024+roku.pdf/a4947e09-3b9c-41c6-1de6-83563006fd49?t=1744352901435).
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *W Polsce rośnie liczba zwolnień z tytułu zaburzeń psychicznych*. <https://wszystkoconajwazniejsze.pl/pepites/w-polsce-rosnie-liczba-zwolnien-z-tytułu-zaburzen-psychicznych-zus/>.



