

Zaburzenia osobowości
Znaczenie osobowości
pacjenta dla lekarza

Zaburzenia osobowości według ICD-10

F60.0 Osobowość paranoiczna

F60.1 Osobowość schizoidalna

F60.2 Osobowość dysocjalna

F60.3 Osobowość chwiejna emocjonalnie

F60.4 Osobowość histrioniczna

F60.5 Osobowość anankastyczna

F60.6 Osobowość lękliwa (unikająca)

F60.7 Osobowość zależna

Zaburzenia osobowości według ICD-10

Do tego typu zaburzeń zalicza się głęboko **zakorzenione i utrwalone** wzorce zachowań, przejawiające się **mało elastycznymi** reakcjami na różnorodne sytuacje indywidualne i społeczne

Odmienność od zakresu kulturowo oczekiwanego i akceptowanego (tj. od „normy”) w zakresie:

- procesów poznawczych
- uczuciowości
- panowania nad impulsami i nagradzania potrzeb
- sposobu odnoszenia się do innych i postępowania w sytuacjach międzyludzkich

Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample

Samuels et al. Brit J Psychiatry 2002; 180:536-542

ICD-10	$\Sigma=742$	N	% (s.e.)
Paranoid		6	0.8 (0.3)
Schizoid		6	0.8 (0.3)
Emotionally unstable (impulsive)		13	1.8 (0.5)
Emotionally unstable (borderline)		3	0.4 (0.2)
Histrionic		2	0.3 (0.2)
Dissocial		20	2.7 (0.6)
Anankastic		8	1.1 (0.4)
Anxious/avoidant		4	0.5 (0.3)
Dependent		3	0.4 (0.2)
Any personality disorder		54	7.4 (1.0)

Osobowość paranoiczna F60.0

- Nadmierna wrażliwość na niepowodzenie i odrzucenie
- Skłonność do długotrwałego przeżywania przykrości
- Podejrzliwość, tendencja do zniekształcania doświadczeń
- Walczące, sztywne poczucie własnych praw
- Nawracające, nieuzasadnione podejrzenia dotyczące wierności seksualnej współmałżonka lub partnera
- Utrwalona postawa ksobna związana szczególnie z przecenianiem własnego znaczenia

Osobowość paranoiczna F60.0

Uwagi dla lekarza:

- Unikać niejednoznacznych wypowiedzi
- Wyjątkowo dokładnie prowadzić dokumentację lekarską
- Zachowywać się życzliwie, ale z dystansem
- Unikać żartów i nadmiernej serdeczności

Osobowość schizoidalna F60.1

- Brak lub znikoma liczba działań służących przyjemności
- Chłód emocjonalny, wycofanie się lub spływanie uczuciowości
- Ograniczona zdolność wyrażania przyjaznych, ciepłych uczuć lub gniewu wobec innych
- Brak zainteresowania zarówno pochwałami, jak i krytyką

Osobowość schizoidalna cd.

- Słabe zainteresowanie doświadczeniami seksualnymi z innymi osobami
- Konsekwentne wybieranie samotnictwa
- Silne pochłonięcie fantazjowaniem i introspekcją
- Brak bliskich przyjaciół lub ufnych związków z osobami oraz brak potrzeby takich związków
- Wyraźna niewrażliwość wobec obowiązujących norm i konwencji społecznych, lekceważenie ich nie jest zamierzone

Osobowość schizoidalna F60.1

Uwagi dla lekarza:

- Należy starać się stworzyć intymną atmosferę
- Trzeba pamiętać o dużej wrażliwości takich osób, mimo słabo wyrażanej ekspresji emocjonalnej

Osobowość chwiejna emocjonalnie F60.3

Typ impulsywny

- Wyraźna skłonność do działań impulsywnych bez uwzględniania ich konsekwencji
- Wyraźna skłonność do kłótliwego zachowania i do konfliktów z innymi
- Łatwość wybuchania gniewem lub przemocą, z niezdolnością do panowania nad gwałtownymi zachowaniami
- Trudność podtrzymania działań, które nie wiążą się z natychmiastową nagrodą
- Nastrój niestabilny i kapryśny

Osobowość chwiejna emocjonalnie F60.3

Typ borderline (z pogranicza)

- Niejasny lub zaburzony obraz samego siebie, własnych celów i wewnętrznych preferencji (w tym również seksualnych)
- Skłonność do angażowania się w intensywne i niestabilne związki, często prowadzące do kryzysów emocjonalnych
- Usilne próby uniknięcia doświadczenia porzucenia
- Powtarzające się groźby lub działania samouszkodzające
- Stałe uczucie pustki wewnętrznej

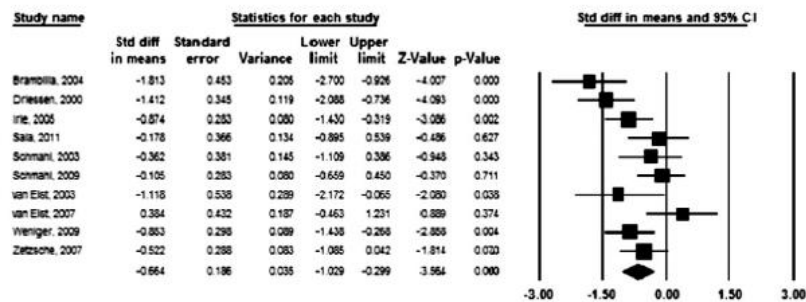
Osobowość chwiejna emocjonalnie

F60.3

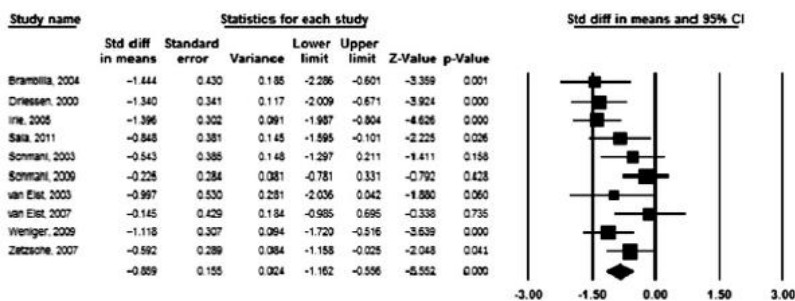
Uwagi dla lekarza:

- Pacjenci z taką osobowością zazwyczaj nie leczą się systematycznie
- Zachowywać się z życzliwością, ale nie skracać dystansu, nie stwarzać nadziei na długotrwałą opiekę

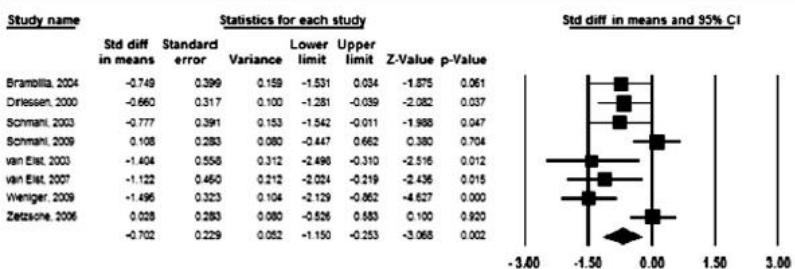
A



B



C



D

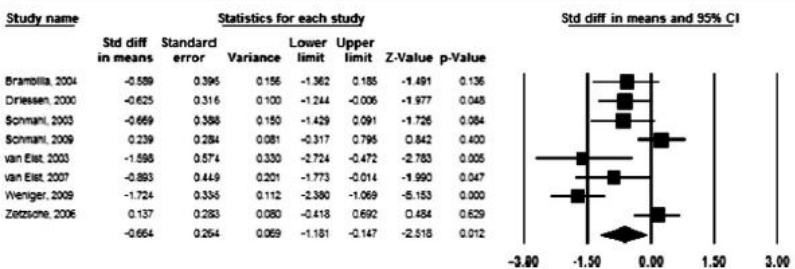


Fig. 1. Forest plots displaying effect sizes for studies of borderline personality disorder versus healthy controls for volumes of the left (A) and right (B) hippocampus and left (C) and right (D) amygdala.

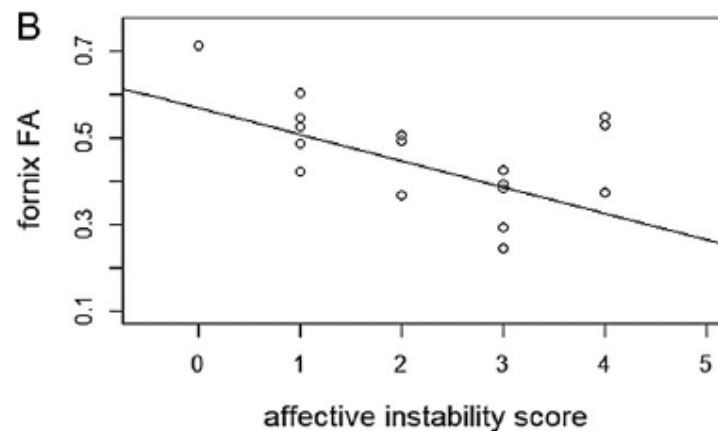
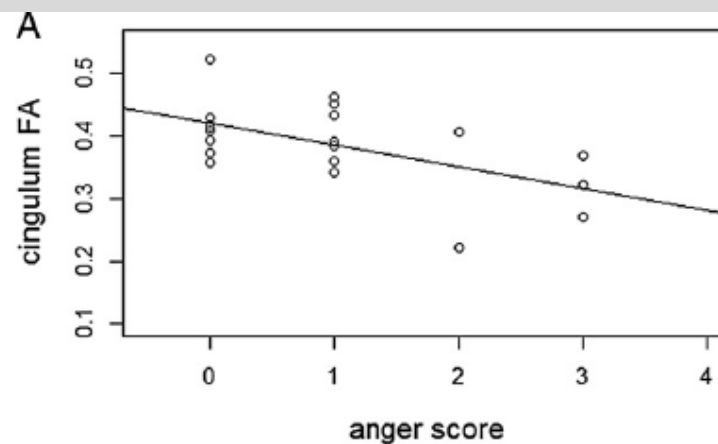


Fig. 3. Association between symptom severity measures from the Zanarini scale and FA values. (A) Between cingulum and anger, (B) between fornix and affective instability

White matter integrity and its association with affective and interpersonal symptoms in borderline personality disorder

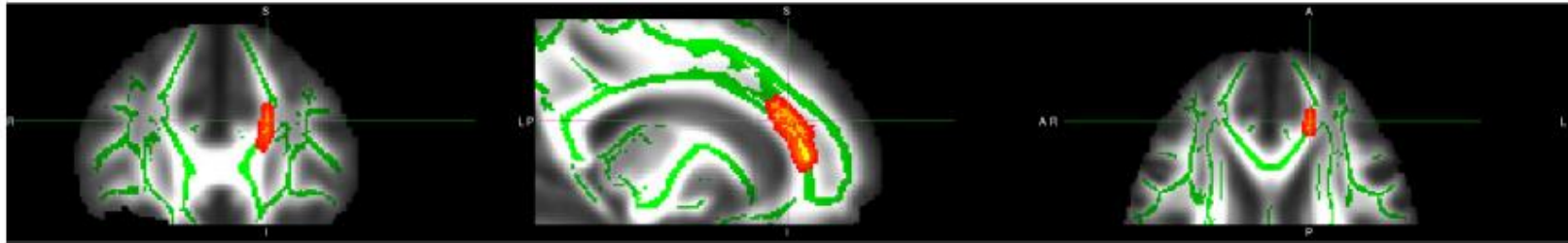


Fig. 1. Decreased FA in BPD group in cingulum. Decreased white matter integrity in patients with BPD versus controls in the cingulum. For further details see text. To aid visualization the results ($p_{FWE} < 0.05$) are thickened using the "tbss-fill" command.

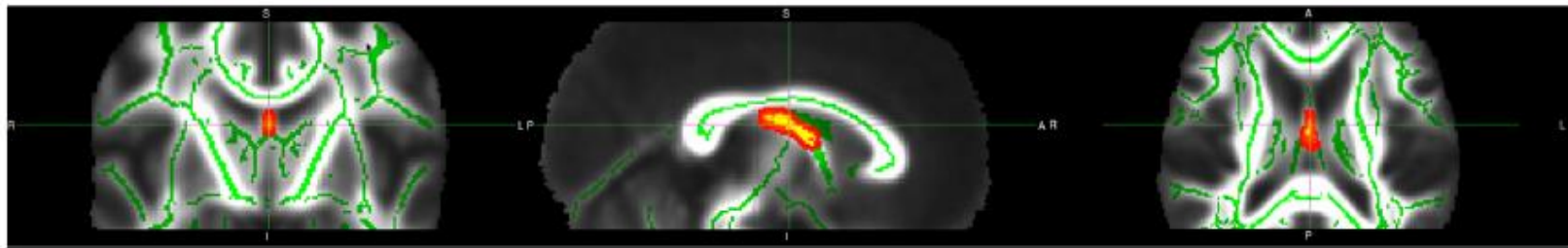


Fig. 2. Decreased FA in BPD group in fornix. Decreased white matter integrity in patients with BPD versus controls in the fornix. For further details see text. To aid visualization the results ($p_{FWE} < 0.05$) are thickened using the "tbss-fill" command.

Co-occurrence Rates of DSM-IV Lifetime Borderline Personality Disorder and Other 12-Month Psychiatric Disorders by Sex.

Psychiatric Disorder	Prevalence of Borderline Personality Disorder Among Respondents with Other Psychiatric Disorder			Prevalence of Other Psychiatric Disorder Among Respondents with Borderline Personality Disorder		
	Total % (SE)	Men % (SE)	Women % (SE)	Total % (SE)	Men % (SE)	Women % (SE)
Any substance use disorder	14.1 (0.49)	12.2 (0.62)	16.9 (0.81)*	50.7 (1.33)	58.1 (2.15)	44.5 (1.76)*
Any substance abuse	11.6 (0.85)	10.6 (1.02)	14.6 (1.57)	12.9 (0.95)	18.6 (1.75)	8.2 (0.95)*
Any substance dependence	25.5 (1.30)	23.4 (1.47)	29.8 (2.60)	21.0 (1.06)	28.8 (1.66)	14.5 (1.32)*
Any alcohol use disorder	14.7 (0.76)	13.6 (0.86)	17.6 (1.55)	24.2 (1.18)	35.1 (1.91)	15.1 (1.29)*
Alcohol abuse	6.9 (0.67)	6.6 (0.78)	7.6 (1.23)	6.2 (0.62)	9.7 (1.17)	3.3 (0.55)*
Alcohol dependence	24.2 (1.36)	22.6 (1.57)	27.6 (2.61)	18.0 (1.01)	25.4 (1.64)	11.8 (1.14)*
Any drug use disorder	32.1 (2.07)	28.3 (2.40)	39.5 (3.76)	13.0 (0.95)	16.8 (1.57)	9.9 (1.26)*
Any drug abuse	26.5 (2.29)	22.8 (2.89)	34.9 (3.78)	7.7 (0.71)	10.0 (1.27)	5.7 (0.79)*
Any drug dependence	45.8 (3.99)	42.7 (4.65)	50.5 (6.53)	6.3 (0.68)	7.9 (1.05)	5.1 (0.99)
Nicotine dependence	15.4 (0.62)	13.6 (0.83)	17.6 (0.95)*	36.4 (1.22)	37.8 (1.94)	35.2 (1.70)
Any mood disorder	29.4 (0.92)	34.5 (1.66)	26.7 (1.10)*	50.9 (1.24)	45.2 (2.03)	55.7 (1.71)*
Major depressive disorder	19.9 (1.11)	24.5 (2.28)	18.0 (1.27)	19.3 (0.97)	15.4 (1.43)	22.5 (1.50)*
Dysthymia	36.3 (2.86)	34.6 (4.66)	37.1 (3.56)	7.2 (0.64)	4.8 (0.79)	9.2 (0.98)*
Bipolar I	50.1 (1.87)	54.3 (3.52)	47.2 (2.21)	23.9 (1.13)	22.7 (1.90)	25.0 (1.40)
Bipolar II	39.4 (3.57)	47.1 (6.28)	35.5 (4.05)	5.8 (0.65)	5.2 (0.94)	6.3 (0.85)
Any anxiety disorder	21.5 (0.69)	25.0 (1.27)	19.9 (0.79)*	59.6 (1.33)	50.1 (2.09)	67.6 (1.61)*
Panic with agoraphobia	51.0 (3.68)	43.1 (6.13)	54.2 (4.52)	6.9 (0.64)	3.6 (0.68)	9.6 (1.09)*
Panic without agoraphobia	26.9 (2.28)	32.4 (4.04)	24.0 (2.67)	8.1 (0.73)	7.3 (1.07)	8.8 (1.04)
Social phobia	40.6 (1.80)	40.2 (3.25)	40.9 (2.17)	17.5 (1.11)	15.0 (1.40)	19.5 (1.44)
Specific phobia	19.3 (0.96)	18.6 (1.72)	19.7 (1.07)	24.7 (1.17)	16.2 (1.40)	31.7 (1.61)*
Generalized anxiety	35.6 (1.63)	43.5 (3.37)	32.2 (1.83)*	22.9 (1.13)	18.7 (1.60)	26.4 (1.57)*
Posttraumatic stress	28.6 (1.16)	32.3 (2.58)	27.0 (1.14)	31.6 (1.21)	23.6 (1.74)	38.2 (1.66)*

Note: SE = standard error.

* Prevalence for women significantly different from prevalence for men ($p < 0.01$).

Osobowość histrioniczna F60.4

- Dramatyzowanie siebie, teatralność, przesadny wyraz emocjonalny
- Sugestywność
- Powierzchnowa i chwiejna uczuciowość
- Stałe poszukiwanie podnieć oraz działań, dzięki którym osoba staje się centrum uwagi
- Niestosownie uwodzicielskie wygląd lub zachowanie
- Nadmierna koncentracja na atrakcyjności fizycznej



Osobowość histrioniczna F60.4

Uwagi dla lekarza:

- Pacjentki z taką osobowością próbują skracać dystans
- Mogą kokietować lekarzy
- Nie godzić się na kontakty prywatne
- Badać w obecności pielęgniarki

Osobowość anankastyczna F60.5

- Nadmierne przeżywanie wątpliwości i nadmierna ostrożność
- Koncentracja na szczegółach, regulaminach, inwentaryzowaniu, schematach postępowania etc.
- Perfekcjonizm przeszkadzający w wypełnianiu zadań
- Nadmierna sumienność i skrupulatność

Osobowość anankastyczna F60.5

Uwagi dla lekarza:

- Skrupulatnie prowadzić dokumentację medyczną
- Unikać niejednoznacznych wypowiedzi
- Zalecenia powinny być precyzyjne, jednoznaczne i możliwie krótkie

Osobowość lękliwa (unikająca) F60.6

- Uporczywe i wszechogarniające uczucie napięcia i niepokoju
- Przekonanie o społecznym nieprzystawaniu, indywidualnej nieatrakcyjności lub niższości w stosunku do innych osób
- Nadwrażliwość na odrzucenie i krytykę w sytuacjach społecznych



- Niełatwo jest być odważnym – odparł Prosiaczek, lekko pociągając noskiem – kiedy jest się tylko Bardzo Małym Zwierzątkiem.

Osobowość lękliwa (unikająca)

- Niechęć do wchodzenia w bliższe związki z ludźmi, o ile nie zapewniają akceptacji
- Ograniczony styl życia z powodu potrzeby zapewniania sobie fizycznego bezpieczeństwa
- Unikanie kontaktów społecznych lub zawodowych związanych z bliskim kontaktem z ludźmi, z powodu obawy przed krytyką, dezaprobatą lub odrzuceniem

Osobowość lękliwa (unikająca) F60.6

Uwagi dla lekarza:

- W kontaktach z takimi pacjentami nie ma zagrożeń dla lekarza.
- Pacjenci mogą prosić o recepty na leki anksjolityczne.
- Do lekarza zgłaszają się, gdy dolegliwości są znaczne.
- Leczą się niesystematycznie

Osobowość zależna F60.7

- Zachęcanie innych do przejęcia odpowiedzialności za większość własnych decyzji życiowych lub przyzwalanie im na to
- Podporządkowanie własnych potrzeb potrzebom osób, od których jest się zależnym, oraz uleganie ich życzeniom bez zastrzeżeń
- Niechęć do stawiania nawet racjonalnych wymagań osobom, od których jest się zależnym

Osobowość zależna F60.7

- Poczucie niewygody i bezradności w sytuacji osamotnienia, z powodu nadmiernej obawy przed niezdolnością zatroszczenia się o siebie
- Koncentracja na obawie pozostania bez opieki
- Ograniczona zdolność podejmowania codziennych decyzji bez nadmiernego szukania rad i zapewnień u innych osób

Osobowość zależna F60.7

Uwagi dla lekarza:

- W kontaktach z takimi pacjentami nie ma zagrożeń dla lekarza

Osobowość dyssocjalna F60.2

- Bezwzględne nieliczenie się z uczuciami innych
- Silna i utrwalona postawa nieodpowiedzialności i lekceważenia społecznych norm, reguł i zobowiązań
- Niezdolność utrzymania trwałych związków z innymi, chociaż nie ma trudności w ich nawiązywaniu

Osobowość dyssocjalna F60.2

- Bardzo niska tolerancja frustracji i niski próg wyzwalania agresji, w tym zachowań gwałtownych
- Niezdolność przeżywania poczucia winy i wykorzystywania doświadczeń, a w szczególności – doświadczanych kar
- Wyraźna skłonność do obwiniania innych lub wysuwania pozornie zasadnych racjonalizacji zachowań, które są źródłem konfliktów z otoczeniem

Osobowość antyspołeczna Chorobowość w ciągu życia

Mann 2005

• USA	2,4%	Robins i Regier 1991
• Kanada	3,7%	Swanson i wsp 1989
• Nowa Zelandia	3,1%	Wells i wsp 1989
• Korea	2,1%	Lee i wsp 1990
• Taiwan	0,14%	Hwu i wsp 1989
• Hong Kong	2,78%	Chen i wsp 1993

F60.2 Osobowość dyssocjalna

Uwagi dla lekarza:

- Tego typu osobowości nie rozpoznamy podczas pierwszej wizyty, ale w przypadku najłżejszych podejrzeń należy:
 - ✓ Ograniczyć kontakty do koniecznych
 - ✓ Nie godzić się na skracanie dystansu
 - ✓ **Nigdy nie przenosić kontaktów na płaszczyznę pozazawodową!!!**

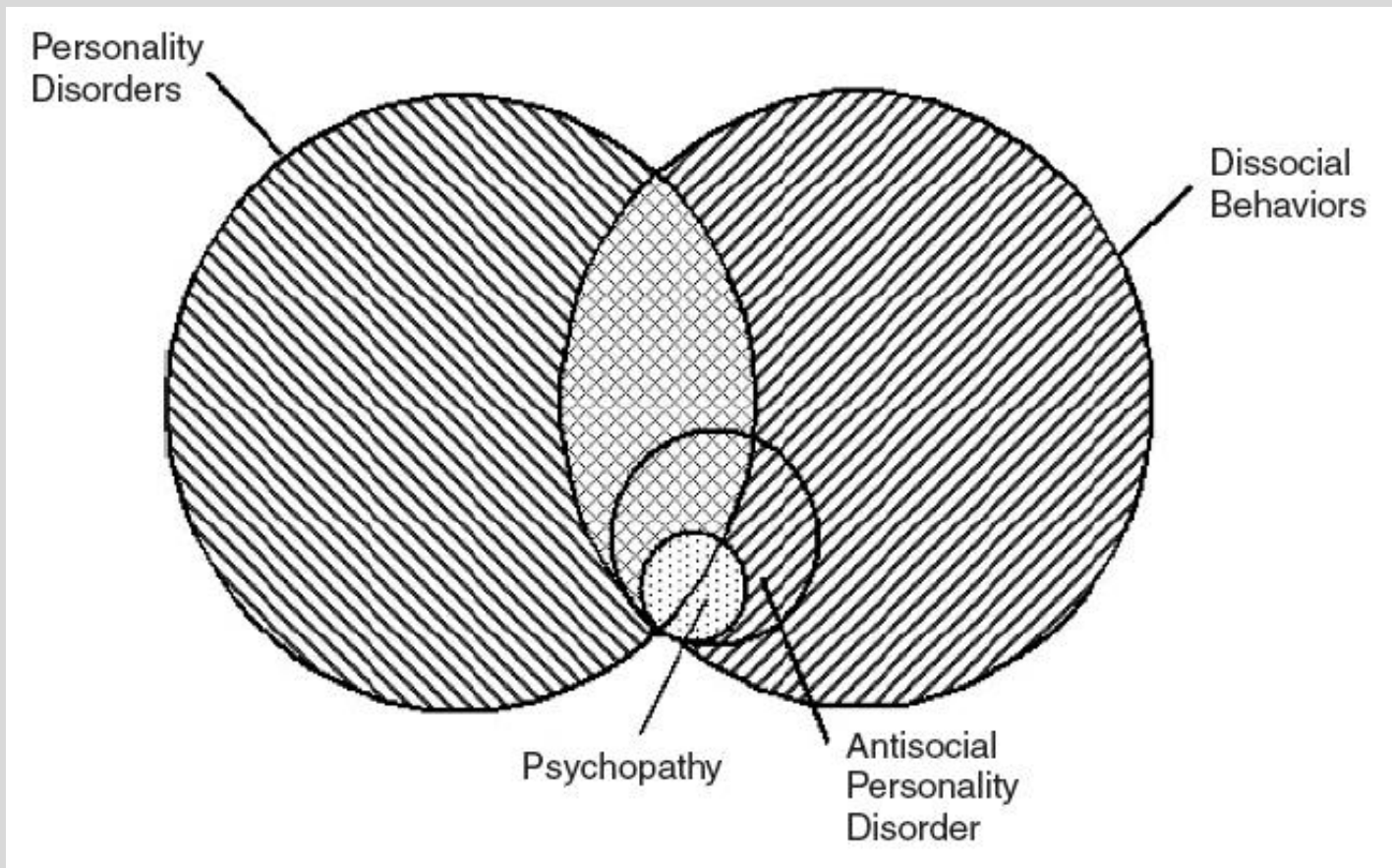
Osobowość dyssocjalna

Historia

- Pinel, 1881 – manie sans délire (madness without delirium)
- Prichard, 1835 – moral insanity
- Koch, 1888 – **psychopatia**
- Partridge, 1930 – socjopatia
- ICD-9, 1975 – osobowość antyspołeczna
- DSM-III, 1980 – antisocial personality disorder
- ICD-10, 1992 – osobowość dyssocjalna

Zaburzenia osobowości i psychopatia

Saß i Felthous 2007



Związek psychopatii z zaburzeniami osobowości wg DSM-IV

Lynam DR, Derefinko KJ. W: Handbook of Psychopathy. Guilford, 2007

Współczynniki korelacji

Paranoidalna	.36
Schizoidalna	-.08
Schizotypowa	.09
Antysocjalna	.58
Borderline	.33
Histrioniczna	.25
Narcystyczna	.34
Unikająca	-.06
Zależna	-.16
Obsesyjno-kompulsyjna	-.07

Inside the Mind of a Psychopath

Kent A, Kiehl KA i Buckholtz JW. Sci Am Mind 2010, September/October



Although they lack empathy, psychopaths fake normal emotions so convincingly that they often come across as personable, even charming. They learn to compensate for their emotional deficiencies, much the way an amputee manages without the use of a limb.

The mask of sanity

Hervey Cleckley (1941) www.cassiopaea.org/cass/sanity_1.Pdf

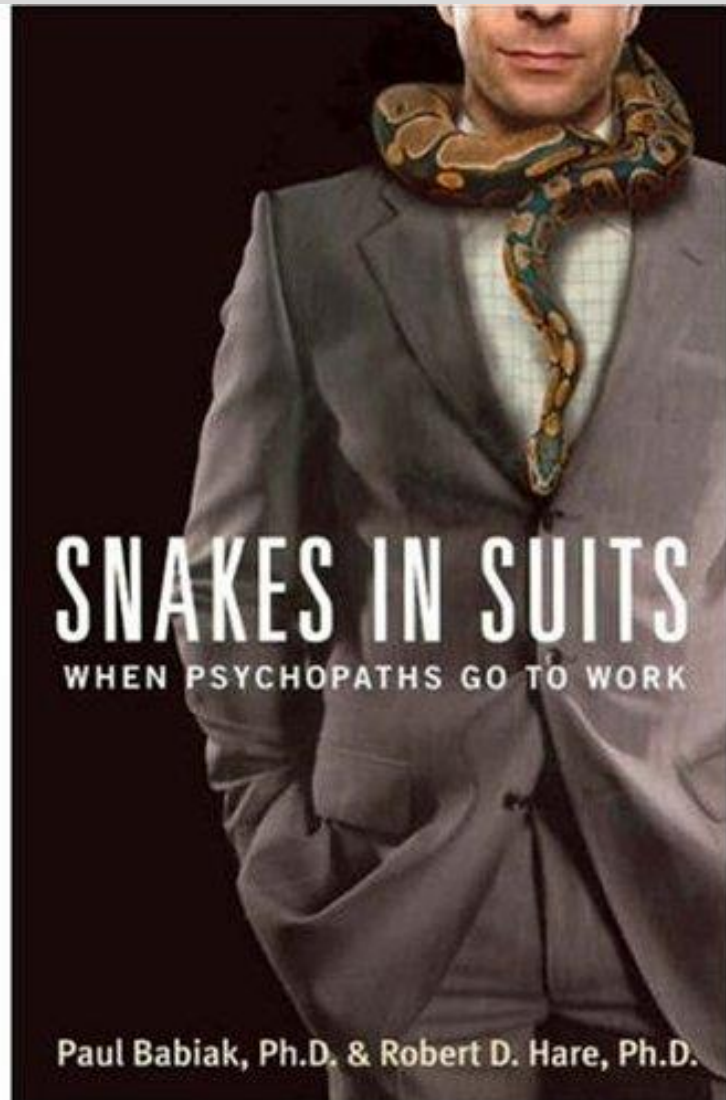
- ✓ Brak wyrzutów sumienia
- ✓ Brak wstydu
- ✓ Egocentryzm
- ✓ Niezdolność do miłości
- ✓ Brak wglądu
- ✓ Powtarzanie tych samych błędów



1903 - 1984

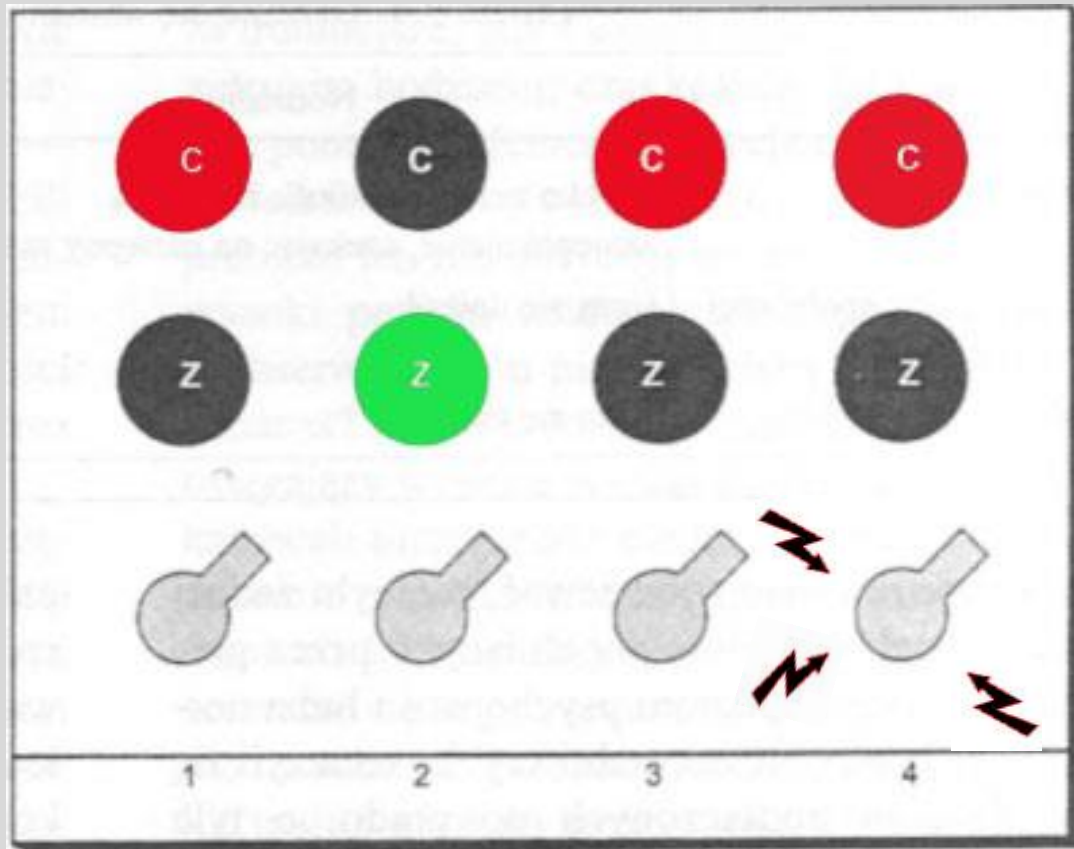
Wężę w garniturach Babiak i wsp 2007

Władza absolutna i możliwość manipulowania ludźmi jest wielką atrakcją dla psychopatów. Instytucje, w których udaje im się wspiąć na szczyt, zazwyczaj wpadają w kryzys, bo psychopaci nie potrafią tworzyć zespołu.



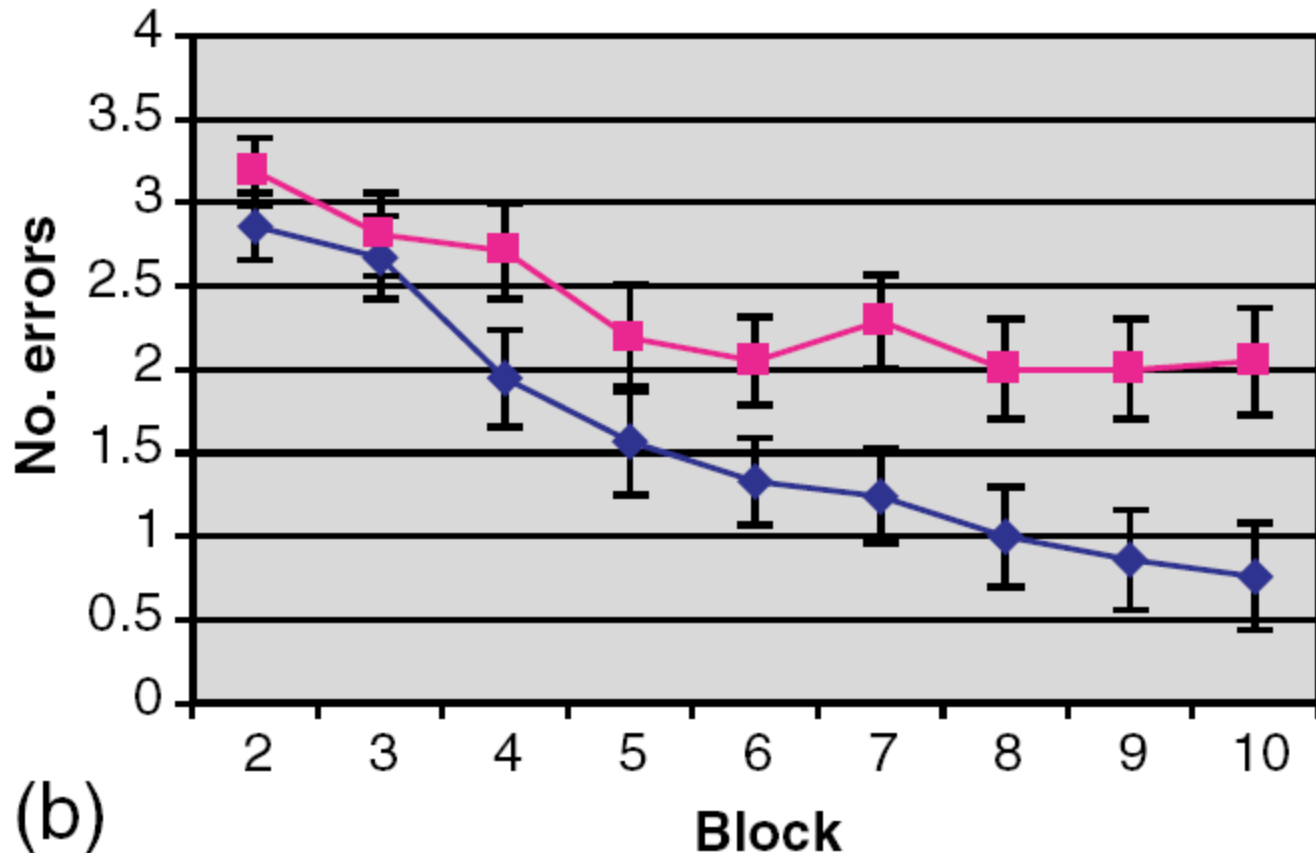
Warunkowanie reakcji unikania

Lykken 1957



Warunkowanie reakcji unikania

Blair i wsp 2004



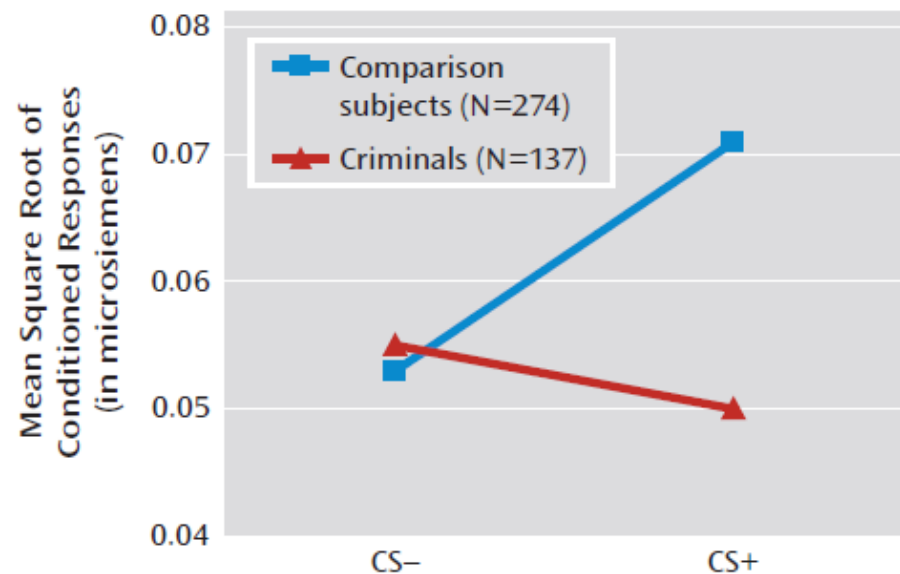
■ - psychopatia ◆ - Grupa kontrolna

Association of Poor Childhood Fear Conditioning and Adult Crime

Gao i wsp. Am J Psychiatry 2010;167: 56-60

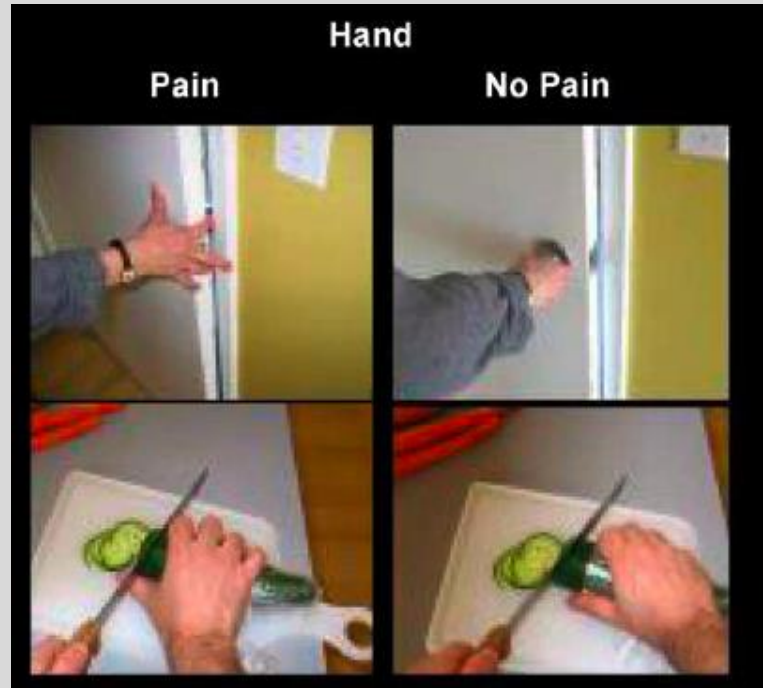
Zbadano EDA u 1795 dzieci w wieku 3 lat. Po 20 latach w archiwach sądowych znaleziono 137 osób karanych z tej grupy i oceniono ich EDA sprzed 20 lat w porównaniu z grupą kontrolną (N=274)

FIGURE 2. Electrodermal Responses to Reinforced and Unreinforced Stimuli in Criminal Offenders and Comparison Subjects From a Large Birth Cohort^a



^a CS+=reinforced stimulus; CS-=unreinforced stimulus. Results show conditioning (enhanced CS+) in comparison subjects but not in criminal offenders.

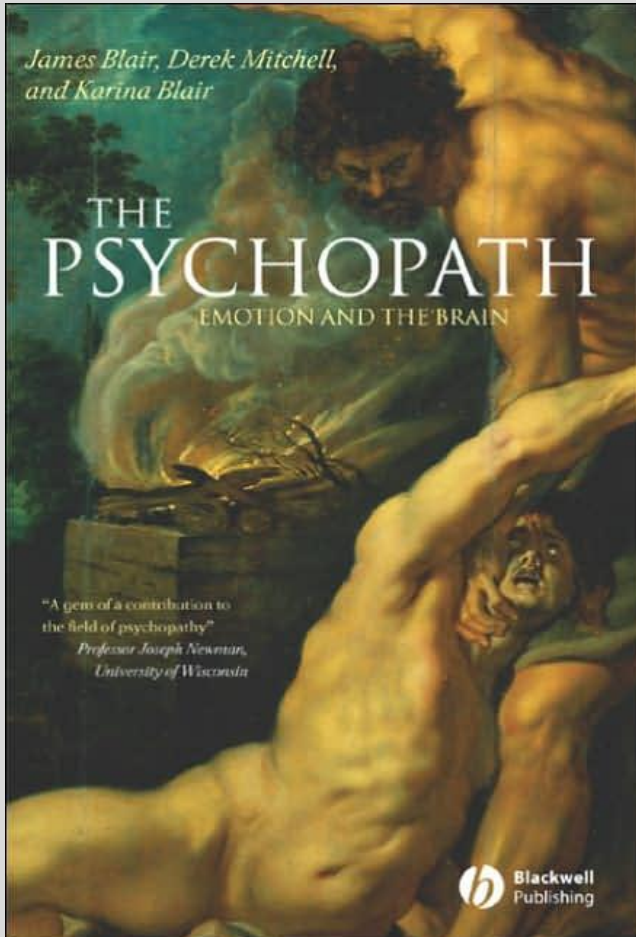
How do we perceive the pain of others?



Jackson i wsp. 2005

Wrodzona dysfunkcja ciała migdałowatego

Blair 2004



Genetycznie uwarunkowana dysfunkcja ciała migdałowatego powoduje hiporeaktywność uczuciową, utrudnia warunkowanie reakcji na bodźce emocjonalne i powstawanie empatii. Prowadzi to do agresji reaktywnej i specyficznej dla psychopatii agresji instrumentalnej.

Ujemna korelacja punktacji w skali psychopatii PCL-R z powierzchnią ciała migdałowatego

Arch Gen Psychiatry 2009; 66: 986-994

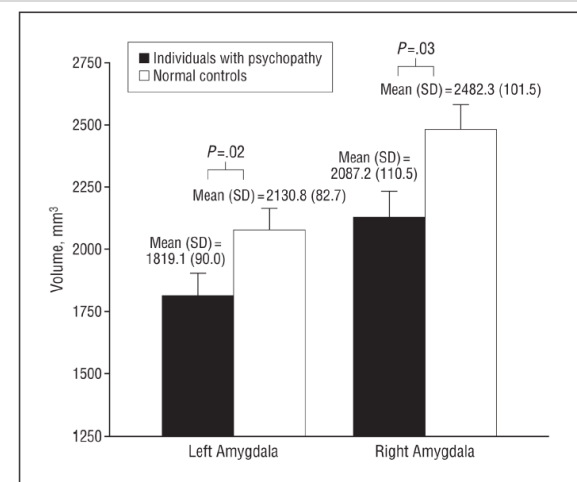
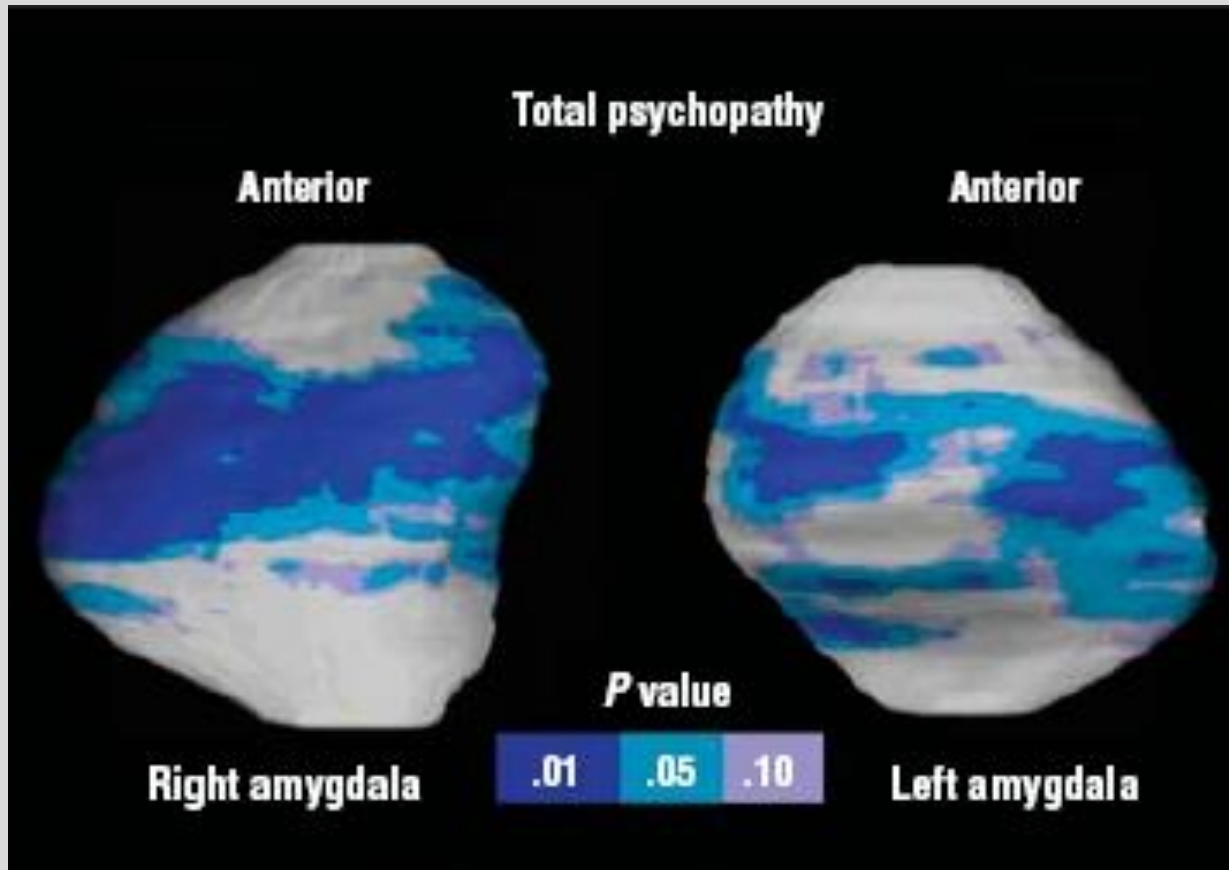
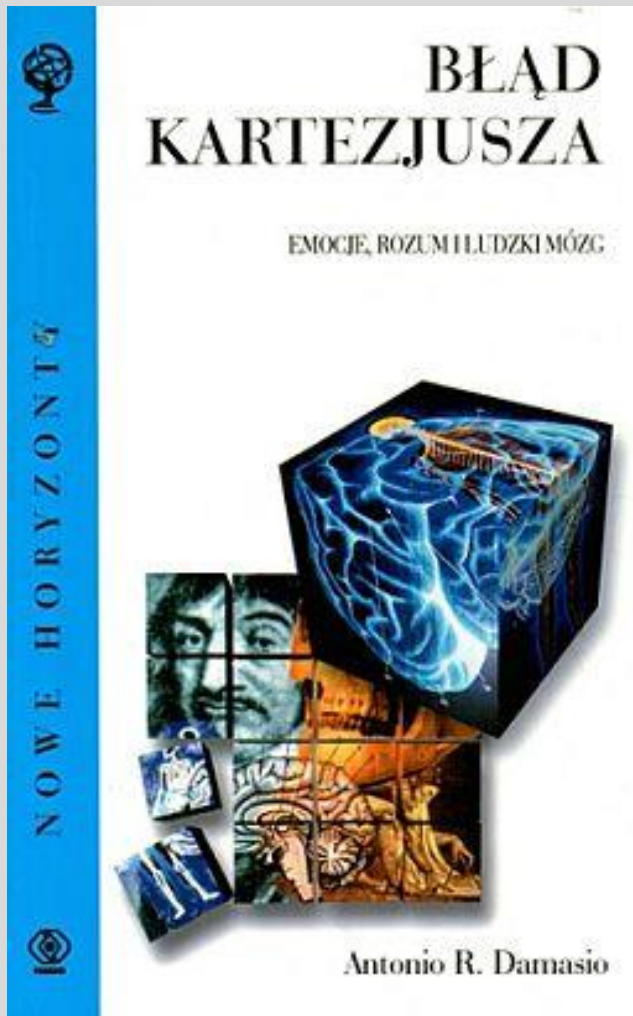


Figure 3. Amygdala volumes in psychopathic individuals and normal controls, with total brain volume as a covariate. The vertical lines represent the standard error. The group mean (SD) volume is indicated.

Hipoteza markera somatycznego

(Damasio 1994)



Jest możliwe, że przyczyną powstawania zaburzeń socjopatycznych jest dysfunkcja tych samych systemów, które zostały uszkodzone w mózgu Phineasa Gage'a. Jednak najczęściej prowadzi do nich nie makroskopowe uszkodzenie mózgu w dorosłym życiu, lecz zaburzenia w obwodach nerwowych oraz mechanizmach sygnałów chemicznych we wczesnym okresie rozwoju.

Przykładowe zadanie do oceny wewnętrznego konfliktu moralnego

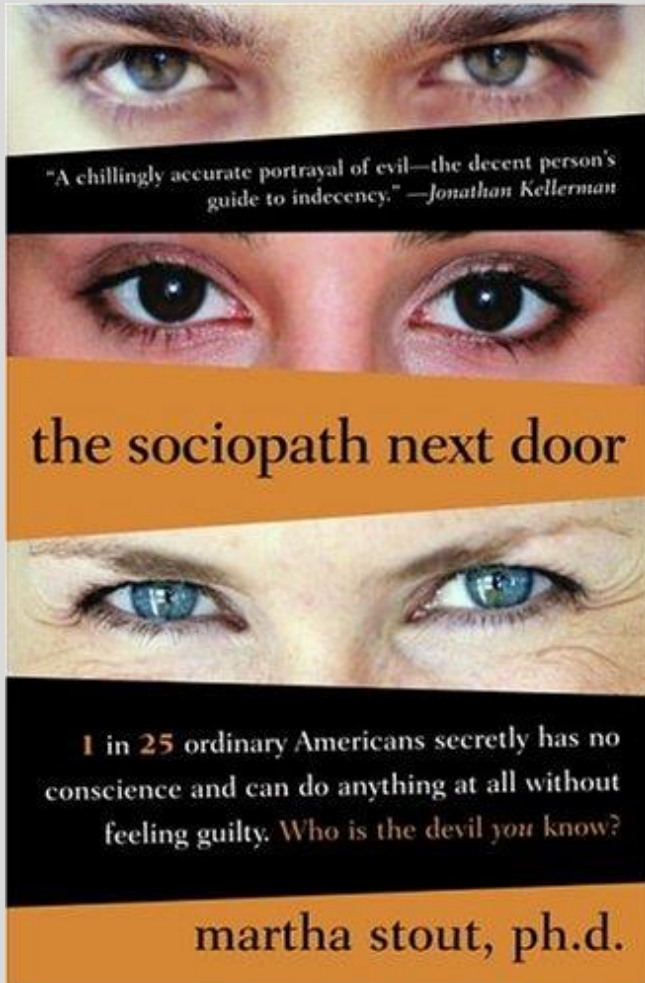
Koenigs i wsp. 2007

Pozostawiony bez dozoru wagon pędzi prosto po szynach ku pięciu robotnikom, którzy zginą, jeśli wagon się nie zatrzyma. Stoisz na kładce dla pieszych nad szynami, między zbliżającym się wagonem a pięcioma robotnikami. Obok ciebie stoi na kładce nieznajomy, który przypadkiem jest bardzo duży. Jedynym sposobem uratowania życia pięciu robotnikom jest strącenie nieznajomego na szyny, gdzie jego wielkie ciało zatrzyma wagon. Nieznajomy zginie, ale pięciu robotników zostanie ocalonych.

Czy strąciłbyś nieznajomego na szyny, aby uratować pięciu robotników?

Czy psychopatom żyje się lepiej?

Stout 2005



Korzyści: brak moralnych skrupułów, poczucia winy, brak ograniczeń etycznych w sprawach seksualnych, zdobywaniu majątku i pozycji społecznej...

Straty: psychopaci częściej mają poważne kłopoty z prawem, częściej nadużywają alkoholu i narkotyków, częściej odczuwają bezsens istnienia, samotność i nudę.

Osobowość narcystyczna

- Wyższościowe poczucie własnej ważności
- Pochłonięcie przez wyobrażenia o nieograniczonym powodzeniu, mocy, wspaniałości, piękności, idealnej miłości
- Przekonanie o byciu kimś „specjalnym” czy niepowtarzalnym oraz o możliwości bycia zrozumianym tylko przez inne „specjalne” osoby (lub instytucje) o wysokiej pozycji, oraz obracania się tylko w takim towarzystwie
- Potrzeba nadmiernego podziwu

Osobowość narcystyczna

- Poczucie uprzywilejowania, nieuzasadnione nadzieje szczególnie korzystnego traktowania lub automatycznego respektowania własnych oczekiwań przez innych
- Wyzyskiwanie związków z ludźmi, wykorzystywanie innych dla osiągnięcia własnych celów
- Brak empatii, niechęć do dostrzegania lub liczenia się z uczuciami i potrzebami innych osób
- Często zawiść wobec innych i przekonanie, że to oni są zawistni
- Aroganckie, bezceremonialne zachowania i postawy

DSM-5 criteria narcissistic personality disorder

- a pervasive pattern of grandiosity (in fantasy or behavior), need for admiration, entitlement, and lack of empathy.
- fail to cover core psychological features of the disorder, including:
 - vulnerable self-esteem;
 - feelings of inferiority, emptiness, and boredom;
 - and affective reactivity and distress

Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010



Oddgeir Friborg^{a,b,*}, Egil W. Martinsen^{c,d}, Monica Martinussen^e, Sabine Kaiser^{a,e},
Karl Tore Øvergård^a, Jan H. Rosenvinge^a

^a Department of Psychology, Faculty of Health Sciences, University of Tromsø, N-9037 Tromsø, Norway

^b Department of Psychiatric Research, University Hospital of North Norway, Tromsø, Norway

^c Clinic for Mental Health, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

^d Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Norway

^e The Regional Centre for Child and Youth Mental Health and Child Welfare, Faculty of Health Sciences, University of Tromsø, Norway

ARTICLE INFO

Article history:

Received 13 May 2013

Received in revised form

19 August 2013

Accepted 20 August 2013

Available online 2 September 2013

Keywords:

Bipolar disorder

Unipolar depressive disorders

Dysthymic disorders

Personality disorders

Comorbidity

Meta-analysis

ABSTRACT

Background: A meta-analysis was conducted to identify the proportions of comorbid personality disorders (PD) in mood disorders.

Methods: We found 122 empirical papers published in the period 1980–2010 on participants having mood disorders in addition to a comorbid PD. Mood disorders were classified as bipolar disorders (BD), major depressive disorders (MDD) and dysthymic disorders (DYS). Several moderators were coded as well.

Results: The risk of having at least one comorbid PD (any PD) was high across all three mood disorders (BD = .42, MDD = .45), but highest in DYS (.60). Cluster B and C PDs were most frequent in BD, while cluster C PDs dominated in MDD and DYS. Among the specific PDs, the paranoid (.11 versus .07/.05), borderline (.16 versus .14/.13), histrionic (.10 versus .06/.06) and obsessive-compulsive (.18 versus .09/.12) PDs occurred more frequently in BD versus MDD/DYS, whereas the avoidant PD (.22 versus .12/.16) was most frequent in DYS versus BD/MDD. Moderator analyses showed higher comorbidity when diagnoses were based on questionnaires versus clinical interviews, DSM-III-R versus DSM-IV, more women were included or the duration of the disorder was longer. Age of onset yielded mixed results.

Limitations: Blind rating of diagnoses was recorded, but was employed in too few studies to be usable as an indication of diagnostic validity.

Conclusions: Personality disorders are common in mood disorders. Implications of the identified moderators as well as the new DSM-5 diagnostic system are considered.

© 2013 Elsevier B.V. All rights reserved.



Review

Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research



Oddgeir Friberg^{a,b,*}, Monica Martinussen^c, Sabine Kaiser^a, Karl Tore Øvergård^a,
Jan H. Rosenvinge^a

^a Faculty of Health Sciences, Department of Psychology, University of Tromsø, Norway

^b Psychiatric Research Centre of Northern Norway, University Hospital of Northern Norway, Tromsø, Norway

^c Faculty of Health Sciences, Regional Centre for Child and Youth Mental Health and Child Welfare, University of Tromsø, Norway

ARTICLE INFO

Article history:

Received 24 April 2012

Received in revised form

2 July 2012

Accepted 5 July 2012

Available online 21 September 2012

Keywords:

Personality disorders

Anxiety disorders

Meta-analysis

Comorbidity

ABSTRACT

Background: A comprehensive meta-analysis to identify the proportions of comorbid personality disorders (PD) across the major subtypes of anxiety disorders (AD) has not previously been published. **Methods:** A literature search identified 125 empirical papers from the period 1980–2010 on patients with panic disorders, social phobia, generalised anxiety, obsessive-compulsive (OCD) and post-traumatic stress disorder (PTSD). Several moderators were coded.

Results: The rate of any comorbid PD was high across all ADs, ranging from .35 for PTSD to .52 for OCD. Cluster C PDs occurred more than twice as often as cluster A or B PDs. Within cluster C the avoidant PD occurred most frequently, followed by the obsessive-compulsive and the dependent PD. PTSD showed the most heterogeneous clinical picture and social phobia was highly comorbid with avoidant PD. A range of moderators were examined, but most were non-significant or of small effects, except an early age of onset, which in social phobia increased the risk of an avoidant PD considerably. Gender or duration of an AD was not related to variation in PD comorbidity.

Limitations: Blind rating of diagnoses was recorded from the papers as an indication of diagnostic validity. However, as too few studies reported it the validity of the comorbid estimates of PD was less strong.

Conclusions: The findings provided support to several of the proposed changes in the forthcoming DSM-5. Further comorbidity studies are needed in view of the substantial changes in how PDs will be diagnosed in the DSM-5.