

WŁODZIMIERZ STRUS
TOMASZ ROWIŃSKI
JAN CIECIUCH
MONIKA KOWALSKA-DĄBROWSKA
IWONA CZUMA
CEZARY ŻECHOWSKI

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
Instytut Psychologii

PATOLOGICZNA WIELKA PIĄTKA: PRÓBA ZBUDOWANIA POMOSTU POMIĘDZY PSYCHIATRYCZNĄ KLASYFIKACJĄ ZABURZEŃ A CECHOWYM MODELEM OSOBOWOŚCI ZDROWEJ

W piątej edycji podręcznika diagnostycznego DSM został zaprezentowany hybrydowy system diagnozy zaburzeń osobowości, który integruje kategoryjne i dymensjonalne podejście do diagnozy, budując swoisty pomost pomiędzy psychiatrycznymi klasyfikacjami zaburzeń a psychologicznymi badaniami nad strukturą osobowości zdrowej. Kluczowym elementem tego systemu jest nowy, dymensjonalny model patologicznych cech osobowości. Artykuł prezentuje wyniki empirycznej weryfikacji tego modelu w Polsce. W badaniu wzięła udział grupa 754 osób z populacji nieklinicznej w wieku 16-86 lat ($M = 36,45$; $SD = 16,65$), w tym 52% kobiet. Cechy osobowości zdrowej zostały zmierzone za pomocą Inwentarza Osobowości NEO-PI-R, patologiczne cechy osobowości – za pomocą Inwentarza Osobowości PID-5, a ryzyko zaburzeń osobowości określono na podstawie wyników uzyskanych w Kwestionariuszu Osobowości SCID-II. Otrzymane wyniki okazały się zgodne z oczekiwaniami: (1) na poziomie pięciu ogólnych cech patologiczny model DSM-5 silnie koresponduje z Pięciodzownikowym Modelem Osobowości zdrowej; (2) model DSM-5 lepiej przewiduje kategorie zaburzeń osobowości od Pięciodzownikowego Modelu Osobowości.

Słowa kluczowe: zaburzenia osobowości; model DSM-5; cechy osobowości; PID-5; Pięciodzownikowy Model Osobowości.

Adres do korespondencji: WŁODZIMIERZ STRUS – Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Instytut Psychologii, ul. Wóycickiego 1/3, bud. 14, 01-938 Warszawa; e-mail: w.strus@uksw.edu.pl

Praca Jana Ciecucha wykonana w ramach grantu 2014/14/M/HS6/00919 z Narodowego Centrum Nauki.

WPROWADZENIE

W diagnozie zaburzeń psychicznych, w tym również w diagnozie zaburzeń osobowości, dominuje podejście kategoryjne. W podejściu tym zaburzenia psychiczne definiowane są jako oddzielne jednostki – kategorie, a rozpoznanie stawiane jest na podstawie spełnienia określonej liczby kryteriów diagnostycznych według obowiązujących klasyfikacji chorób i zaburzeń. Wielu badaczy i klinicystów podkreśla jednak szereg ograniczeń tego podejścia (por. Cierpiałkowska, 2004; Grabski i Gierowski, 2012; Trull i Durrett, 2005; Widiger, 2012). Alternatywą dla niego jest podejście dymensionalne (zwane też wymiarowym), w którym diagnoza polega na oszacowaniu patologicznego nasilenia określonych dymensji/wymiarów osobowości skatalogowanych w danym modelu (por. Widiger, 2012; Widiger, Simonsen, Sirovatka i Regier, 2006). Dominującym modelem w ramach tego ujęcia jest tzw. Pięciodzynnikiowy Model Osobowości (PMO, ang. *Five-Factor Model*, Costa i McCrae, 1992; Widiger i Costa, 2013), zwany także modelem Wielkiej Piątki. Okazało się, że model ten ma pewne możliwości różnicowania, opisu i diagnozy zaburzeń osobowości (Widiger, 2012; Widiger i Costa, 2013), jednak i jego użyteczność (tak jak użyteczność w ogóle modeli dymensionalnych) w tym zakresie bywa kwestionowana i wydaje się ograniczona (De Fruyt, De Clercq, van de Wiele i van Heeringen, 2006; Krueger i in., 2011; Zawadzki, 2009).

W tym kontekście ciekawą propozycją jest hybrydowy, kategoryjno-dymensionalny system diagnozy, opublikowany w piątej edycji podręcznika diagnostycznego DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders – 5th edition*, APA, 2013). System ten nie tylko integruje kategoryjne i dymensionalne podejście do diagnozy zaburzeń osobowości (por. Livesley, 2007), ale stanowi też swoisty pomost pomiędzy tradycją psychiatrycznych klasyfikacji zaburzeń osobowości a psychologiczną tradycją badań nad strukturą osobowości człowieka. Kluczowym elementem tego systemu jest nowy, dymensionalny model dysfunkcyjnych cech osobowości, który koresponduje z PMO i dlatego bywa traktowany jako model patologicznej Wielkiej Piątki. Niniejszy artykuł prezentuje zarówno sam hybrydowy system diagnozy zaproponowany przez DSM-5, jak i model patologicznych cech wraz z pierwszą próbą jego empirycznej weryfikacji w warunkach polskich.

PROBLEMY KATEGORIALNEJ DIAGNOZY ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI

Kategorialna diagnoza zaburzeń osobowości opiera się na klasyfikacjach zaburzeń psychicznych i zawartych w nich kryteriach, które różnicują zaburzenia osobowości od innych jednostek klinicznych oraz pozwalają zidentyfikować dany typ zaburzenia na podstawie jego właściwości charakterystycznych. Współcześnie obowiązującymi klasyfikacjami są ICD-10 (*International Classification of Diseases, 10th Revision*), stworzona przez Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organization; WHO, 1992*) oraz DSM-5 (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition*), opracowana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (*American Psychiatric Association; APA, 2013*). Opisy zaburzeń zawarte w tych klasyfikacjach mają charakter kategorialny, co oznacza, że oparta na nich diagnoza polega na ocenie wystąpienia (lub nie) określonej kategorii (czy typu) zaburzenia osobowości na podstawie występowania (lub nie) określonych objawów u pacjenta. Dla rozpoznania danej kategorii zaburzenia wymagane jest stwierdzenie minimalnej liczby objawów ze zbioru definiującego to zaburzenie. Takie podejście zakłada więc, że zaburzenia osobowości są oddzielnymi jednostkami klinicznymi, jakościowo różnymi od siebie i od osobowości normalnej (brak zaburzenia).

Podejście kategorialne dominuje w diagnozie klinicznej i choć ma wiele zalet, już od dłuższego czasu jest także przedmiotem nasilonej krytyki (por. Trull i Durrett, 2005; Widiger, 2012). Wśród najważniejszych wymienianych w literaturze ograniczeń tego podejścia i funkcjonujących w jego ramach klasyfikacji zaburzeń wymienić można: (1) nadmierne współwystępowanie różnych jednostek zaburzeń osobowości u tych samych osób (brak rozłączności kryteriów); (2) nieadekwatny zakres klasyfikacji i związane z tym częste diagnozowanie tzw. nieokreślonych zaburzeń osobowości (PDNOS – *Personality Disorder Not Otherwise Specified*); (3) heterogeniczność w obrębie tej samej kategorii diagnostycznej, czyli znaczne różnice w obrazie klinicznym i funkcjonowaniu osób z diagnozą tego samego zaburzenia osobowości; (4) arbitralne i niestabilne progi diagnostyczne, a więc granice pomiędzy zdrową osobowością a zaburzeniem; (5) niedostateczne podstawy naukowe, niepotwierdzona trafność w badaniach empirycznych oraz brak powiązań z empirycznie zweryfikowanymi psychologicznymi modelami osobowości (por. Cierpiałkowska, 2004; Grabski i Gierowski, 2012; Trull i Durrett, 2005; Widiger i in., 2006).

**PODEJŚCIE DYMENSYJNALNE
– PIĘCIOCZYNNIKOWY MODEL OSOBOWOŚCI
I JEGO ZWIĄZKI Z ZABURZENIAMI OSOBOWOŚCI**

Alternatywą dla podejścia kategoryjnego jest podejście dymensjonalne, uznawane często za lepsze w diagnozie zaburzeń osobowości (Clark, 2007; Krueger i in., 2011; Trull i Durrett, 2005; Widiger, 2012). Jego istotą jest założenie, że zaburzenia osobowości są związane z patologicznym nasileniem określonych wymiarów osobowości.

Wśród wielu modeli dymensjonalnych (por. Widiger i in., 2006) można wyróżnić: (1) takie, które obejmują wyłącznie dysfunkcjonalne wymiary osobowości – ich wysokie nasilenie wskazuje na zaburzenie (np. model DAPP, Livesley, 2007); (2) takie, które w założeniu obejmują osobowość całościowo, zakładając kontinuum (ze swej natury ilościowe) między osobowością zdrową i zaburzoną, a zaburzenia osobowości wiążą z konfiguracjami skrajnie wysokiego lub skrajnie niskiego nasilenia „normalnych” wymiarów osobowości (np. PMO Costa i McCrae, 1992), oraz (3) takie, które obejmują zarówno adaptacyjne, jak i dezadaptacyjne cechy osobowości (np. model SNAP, Clark, 2007). Ze względu na możliwości integracyjne, a także imponującą podbudowę badań empirycznych (por. Costa i McCrae, 1992; Widiger i Costa, 2013), szczególnym zainteresowaniem wśród badaczy zaburzeń osobowości cieszy się PMO (Widiger, 2012; Widiger i Costa, 2013).

PMO to dominujące w psychologii ujęcie podstawowych wymiarów osobowości. Model ten zakłada, że struktura osobowości człowieka zorganizowana jest w ramach pięciu podstawowych wymiarów: Neurotyczności, Ekstrawersji, Otwartości na doświadczenia, Ugodowości i Sumienności oraz ich 30 aspektów (Costa i McCrae, 1992). Zdaniem wielu badaczy PMO skupia w sobie i uwypukla podstawowe zalety dymensjonalnego podejścia do zaburzeń osobowości, pozwalając między innymi na: indywidualizację profilu zaburzenia; spójny opis różnych zaburzeń i określenie relacji pomiędzy nimi w ramach pierwotnego względem zaburzeń, nieklinicznego i naukowego modelu struktury osobowości; całościową diagnozę osobowości, zarówno jej aspektów dysfunkcyjnych, jak i adaptacyjnych (Widiger i Costa, 2013).

Wiele badań potwierdza, że PMO rzeczywiście może służyć do opisu i różnicowania poszczególnych kategorii zaburzeń osobowości (Miller, 2012; Samuel i Widiger, 2008; Widiger i Costa, 2013). Związki pomiędzy zaburzeniami a czynnikami PMO powtarzają się dość regularnie, a zaburzenia osobowości można opisać zarówno za pomocą biegunów pięciu czynników PMO (bardziej

ogólnie, por. Saulsman i Page, 2004; Samuel i Widiger, 2008), jak i 30 aspektów (bardziej szczegółowo; Miller, 2012; Samuel i Widiger, 2008; Widiger, 2012; Widiger i Costa, 2013).

Z drugiej strony charakterystyka zaburzeń za pomocą PMO wiąże się z istotnymi ograniczeniami – często okazywała się ona niedostatecznie precyzyjna, aby wyczerpująco ująć specyfikę poszczególnych zaburzeń i różnicować je między sobą. Czynniki główne i aspekty PMO wyjaśniały dość niski procent wariancji poszczególnych jednostek zaburzeń, a dodatkowo okazało się, że stabilność (replikowalność) charakterystyki zaburzeń za pomocą profilów PMO nie jest zbyt wysoka (Bagby, Costa, Widiger, Ryder i Marshall, 2005; De Fruyt i in., 2006; Miller, 2012; Samuel i Widiger, 2008; Widiger, 2012; Zawadzki, 2009).

Analizując argumenty krytyczne, warto jednak wziąć pod uwagę, że trafność modeli dymensjonalnych (w tym PMO) w diagnozie zaburzeń osobowości weryfikowana jest często w kontekście kategoryalnych klasyfikacji zaburzeń (najczęściej DSM-IV), które same w sobie zawierają kategorie nierozłączne i cechują się wymienionymi wyżej słabościami. Aby określić, które konfiguracje wymiarów (w modelu dymensjonalnym) należy uznać za wskazujące na zaburzenie (opisane w klasyfikacji kategoryalnej), potrzebny jest jakiś rodzaj „klucza”, który niestety zwykle generowany bywa empirycznie w odniesieniu do poszczególnych kategorii zaburzeń (por. Miller, 2012).

Z drugiej strony – bez tego „punktu odniesienia” – określenie, które konfiguracje wymiarów oznaczają zaburzenie, jest problematyczne, szczególnie na gruncie tych modeli dymensjonalnych, które odnoszą się pierwotnie do osobowości „zdrowej”. Ponadto kluczowym problemem dla nich (czyli także dla PMO) jest arbitralność progów diagnostycznych, a więc ustalenie granic nasilenia poszczególnych wymiarów, których przekroczenie miałyby wskazywać na patologię (por. Miller, 2012). W związku z tym pozostają problemy związane z zastosowaniem PMO w praktyce klinicznej (por. Trull i Durrett, 2005; Widiger, 2012).

Podsumowując, PMO nie spełnił pokładanych w nim nadziei na integrację badań nad osobowością zdrową i zaburzoną (por. Zawadzki, 2009). Jednocześnie możliwości i ograniczenia PMO w zakresie opisu i różnicowania zaburzeń osobowości stały się fundamentem prac zespołu uczestniczącego w tworzeniu piątej edycji klasyfikacji DSM (*DSM-5 Personality and Personality Disorders Work Group*, APA, 2013; por. Krueger, Derringer, Markon, Watson i Skodol, 2012; Krueger i in., 2011). Zespół ten, podejmując próbę przezwyciężenia problemów wcześniejszych kategoryalnych klasyfikacji zaburzeń osobowości, opracował nowy model patologicznych wymiarów osobowości, a także zaproponował sto-

sunkowo jednoznaczne i merytorycznie uzasadnione kryteria przejścia od tego dymensjonalnego modelu do diagnozy kategoryjnej.

MODEL PATOLOGICZNYCH CECH OSOBOWOŚCI JAKO ELEMENT HYBRYDOWEGO SYSTEMU DIAGNOZY ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI WEDŁUG PROPOZYCJI DSM-5

W Sekcji II, najnowszej, piątej edycji DSM (APA, 2013) utrzymano zarówno kryteria rozpoznania, jak i liczbę zaburzeń osobowości (model kategoryjny) z poprzedniej wersji klasyfikacji (DSM-IV-TR, APA, 2000). Jednak w Sekcji III DSM-5 zaproponowano także alternatywny, hybrydowy system diagnozy, oznaczając go adnotacją aktualnie weryfikowanego i testowanego w badaniach naukowych, a także w praktyce klinicznej. Elementem tego systemu jest nowy, wielowymiarowy model osobowości patologicznej (APA, 2013; Kreuger i in., 2011, 2012).

Kluczowe kryteria rozpoznania zaburzenia osobowości w hybrydowym modelu DSM-5 to kryteria A i B. Kryterium A dotyczy nieprawidłowości (*impairments*) funkcjonowania osobowości w dwóch sferach: (1) intrapsychicznej sferze Ja (*self*), którą tworzą tożsamość (*identity*) oraz kierowanie sobą (*self-direction*), a także (2) w sferze interpersonalnej, na którą składają się empatia (*empathy*) i bliskość (*intimacy*).

Kryterium B opiera się właśnie na nowym modelu patologicznych cech osobowości i dotyczy wystąpienia jednej bądź więcej patologicznych cech-aspektów (*trait facets*) zgrupowanych w pięciu ogólnych czynnikach, określanych jako cechy-domeny (*trait domains*). Owe pięć ogólnych domen to: Negatywny afekt, Izolacja, Psychotyzm, Antagonizm i Rozhamowanie. Widoczne jest tu wyraźne nawiązanie przez autorów tego modelu do PMO opisującego „normalną” osobowość, przy czym nazwy i – w większości przypadków – bieguny modelu DSM-5 dostosowano do patologicznego charakteru wyróżnionych cech: Negatywny afekt to odpowiednik Neurotyczności, Izolacja – niskiej Ekstrawersji, Antagonizm – niskiej Ugodowości, Rozhamowanie – niskiej Sumienności, a Psychotyzm – Otwartości na doświadczenia (por. APA, 2013; Widiger, 2012). Badania generalnie potwierdzają te związki (np. De Fruyt i in., 2013; Few i in., 2013; Griffin i Samuel, 2014; Thomas i in., 2013; Quilty, Ayearst, Chmielewski, Pollock i Bagby, 2013), przy czym zwykle najslabszy okazywał się związek Psychotyzmu z Otwartością.

O ile pięć patologicznych cech-domen koresponduje z pięcioma czynnikami PMO, to aspekty wchodzące w skład tych domen są propozycją zupełnie nową, a wspólnie z pięcioma domenami tworzą nowy, całościowy, hierarchiczny model patologicznych cech osobowości (APA, 2013; Kreuger i in., 2011). W modelu DSM-5 wyróżniono 25 cech-aspektów, a każda z pięciu patologicznych domen ma od trzech do dziewięciu aspektów, przy czym cztery aspekty przynależą do dwóch domen (APA, 2013). Nazwy wszystkich aspektów, ich przyporządkowanie do pięciu patologicznych domen oraz odpowiadające im pięć podstawowych wymiarów osobowości w PMO zostały zaprezentowane w Tabeli 1.

Tabela 1
Cechy-aspekty wraz z ich przyporządkowaniem do cech-domen w modelu DSM-5 oraz odpowiadające im pięć podstawowych wymiarów osobowości w PMO

Wymiary PMO	Patologiczne domeny w DSM-5	Patologiczne aspekty w DSM-5
Neurotyczność	Negatywny afekt (<i>Negative affectivity</i>)	1. Labilność emocjonalna (<i>Emotional lability</i> , Emo) 2. Niepokój (<i>Anxiousness</i> , Anx) 3. Lęk separacyjny (<i>Separation insecurity</i> , Sep) 4. Submisyjność (<i>Submissiveness</i> , Sub) 5. Perseweracja (<i>Perseveration</i> , Per) 6. Wrogość (<i>Hostility</i> , Hos) 7. Depresyjność (<i>Depressivity</i> , Dep) 8. Podejrzliwość (<i>Suspiciousness</i> , Sus) 9. (-) Ograniczona emocjonalność (<i>Restricted Affectivity</i> , Res)
Ekstrawersja	Izolacja (<i>Detachment</i>)	1. Wycofanie (<i>Withdrawal</i> , Wit) 2. Unikanie bliskości (<i>Intimacy avoidance</i> , Int) 3. Anhedonia (<i>Anhedonia</i> , Anh) 4. Depresyjność (<i>Depressivity</i> , Dep) 5. Ograniczona emocjonalność (<i>Restricted Affectivity</i> , Res) 6. Podejrzliwość (<i>Suspiciousness</i> , Sus)
Otwartość na doświadczenia	Psychotyzm (<i>Psychoticism</i>)	1. Nietypowe przekonania i doświadczenia (<i>Unusual beliefs and experiences</i> , Unu) 2. Ekscentryczność (<i>Eccentricity</i> , Ecc) 3. Dysregulacja poznawcza i percepcyjna (<i>Cognitive and perceptual dysregulation</i> , Cog)
Ugodowość	Antagonizm (<i>Antagonism</i>)	1. Skłonność do manipulacji (<i>Manipulativeness</i> , Man) 2. Skłonność do oszukiwania (<i>Deceitfulness</i> , Dec) 3. Wielkościowość (<i>Grandiosity</i> , Gra) 4. Poszukiwanie uwagi (<i>Attention seeking</i> , Att) 5. Niewrażliwość (<i>Callousness</i> , Cal) 6. Wrogość (<i>Hostility</i> , Hos)
Sumienność	Rozhamowanie (<i>Disinhibition</i>)	1. Nieodpowiedzialność (<i>Irresponsibility</i> , Irr) 2. Impulsywność (<i>Impulsivity</i> , Imp) 3. Podatność na rozpraszanie uwagi (<i>Distractibility</i> , Dis) 4. Skłonność do nadmiernego ryzyka (<i>Risk taking</i> , Ris) 5. (-) Sztwywny perfekcjonizm (<i>Rigid perfectionism</i> , Rig)

Uwaga. Kursywą oznaczono te cechy-aspekty, które są przyporządkowane dwóm cechom-domenom; (-) oznacza, że dany aspekt wchodzi w skład danej domeny z odwróconym znakiem; skróty nazw cech-aspektów zostały wykorzystane w Tabeli 6.

Każda cecha w tym modelu jest wymiarem, którego nasilenie jest oceniane za pomocą specjalnie do tego celu skonstruowanego kwestionariusza – Inwentarza Osobowości PID-5 (*Personality Inventory for DSM-5*, Kreuger i in., 2012). Jednocześnie hybrydowy charakter systemu diagnozy DSM-5 oznacza, że ma on również elementy podejścia kategorialnego. Elementy te obecne są w końcowym etapie diagnozy klinicznej, w którym na podstawie wysokiego nasilenia określonych cech patologicznych rozpoznana zostaje kategoria specyficznego zaburzenia osobowości (po uprzednim spełnieniu kryterium A). DSM-5 co prawda nie podaje progu (*threshold*) wysokiego nasilenia cech, ale w literaturze przyjmuje się średnią powyżej 2 (w skali 0-3) dla wyniku w skalach kwestionariusza PID-5 (Samuel, Hopwood, Krueger, Thomas i Ruggero, 2013; por. Morey i Skodol, 2013).

Tabela 2

Patologiczne cechy jako wskaźniki kategorii zaburzeń osobowości według propozycji Sekcji III DSM-5

Patologiczne cechy-domeny	Patologiczne cechy-aspekty	ATS (6)	AVD (3)	BDL (4)*	NCS (2)	OCP (3)	SZT (4)
Negatywny afekt	Labilność emocjonalna			X			
	Niepokój		X	X			
	Lęk separacyjny			X			
	Submisyjność						
	Perseweracja					X	
	Wrogość	X		X			
	Depresyjność			X			
	Podejrzliwość						
	Ograniczona emocjonalność (-)					X	X
	Izolacja	Wycofanie		X			
Unikanie bliskości			X			X	
Anhedonia			X				
Depresyjność				X			
Ograniczona emocjonalność						X	X
Psychotyzm	Podejrzliwość						X
	Nietypowe przekonania i dośw.						X
	Ekscentryczność						X
Antagonizm	Dysregulacja poznaw. i percepc.						X
	Skłonność do manipulacji	X					
Rozhamowanie	Skłonność do oszukiwania	X					
	Wielkościowość				X		
	Poszukiwanie uwagi				X		
	Niewrażliwość	X					
	Wrogość	X		X			
Rozhamowanie	Nieodpowiedzialność	X					
	Impulsywność	X		X			
	Podatność na rozpraszenie uwagi						
	Skłonność do nadmiernego ryzyka	X		X			
	Sztywny perfekcjonizm (-)					X	

Uwaga. ATS – osobowość antyspołeczna, AVD – osobowość unikająca, BDL – osobowość z pogranicza, NCS – osobowość narcystyczna, OCP – osobowość obsesyjno-kompulsyjna, SZT – osobowość schizotypowa; w nawiasach podano minimalną liczbę cech-aspektów, które muszą być wysoko nasilone, aby rozpoznać daną kategorię zaburzenia. „X” – zaznaczono aspekty wskazujące na daną kategorię zaburzenia; „X” zaznaczono te aspekty, które są wymagane do diagnozy danego typu zaburzenia; kursywą oznaczono te aspekty, które są przyporządkowane dwóm domenom – w tabeli występują więc dwukrotnie jako diagnostyczne dla niektórych kategorii zaburzeń, co oznaczono cieniowaniem. * spośród trzech wymaganych aspektów tylko jeden jest konieczny do diagnozy. (-) oznacza, że dany aspekt wchodzi w skład danej domeny z odwróconym znakiem.

W Sekcji III DSM-5 opisano sześć kategorii zaburzeń osobowości: antyspołeczną, unikającą, z pogranicza, narcystyczną, obsesyjno-kompulsyjną i schizotypową. Pod wpływem krytyki zredukowano więc ich liczbę z dziesięciu wyróżnionych w DSM-IV-TR, eliminując zaburzenia osobowości: paranoidalnej, schizoidalnej, histrionicznej i zależnej.

W Tabeli 2 przedstawiono konfiguracje patologicznych cech-aspektów dla poszczególnych sześciu kategorii zaburzeń osobowości. Jak wynika z tabeli, zestawy patologicznych cech oraz kryteria diagnozy (określające cechy konieczne i wystarczające) na ich podstawie danej kategorii zaburzenia są różne dla różnych zaburzeń (APA, 2013). Warto podkreślić, że – w przeciwieństwie do empirycznych prób powiązania zaburzeń osobowości z profilami cech w PMO (por. Miller, 2012; Samuel i Widiger, 2008) – układy patologicznych cech diagnostyczne dla określonych kategorii zaburzeń zostały przez twórców DSM-5 opracowane w całościowy i teoretyczny sposób. Ustalenia te wymagają jednak weryfikacji empirycznej.

PROBLEM BADAŃ

Prezentowane badania poszukują odpowiedzi na pytanie, czy dwa główne cele modelu dysfunkcyjnych cech osobowości zaprezentowanego w Sekcji III DSM-5 zostały osiągnięte. Pierwszym z nich było stworzenie takiego modelu patologicznych cech, który koresponduje z PMO, czyli ze zweryfikowanym empirycznie i dominującym w psychologii modelem osobowości zdrowej. Drugim celem była bardziej efektywna diagnoza zaburzeń osobowości, w porównaniu z diagnozą opartą na PMO (por. Miller, 2012). Na podstawie założeń i badań omówionych powyżej sformułowaliśmy dwie hipotezy:

(1) Czynniki wygenerowane z patologicznych cech-aspektów (wyróżnionych w DSM-5) wiążą się z pięcioma czynnikami osobowości (wyróżnionymi w PMO) w sposób przewidywany przez teorię, zgodnie z Tabelą 1.

(2) Patologiczne cechy-aspekty, wyróżnione w DSM-5, mają lepszą moc predykcji kategorii zaburzeń osobowości niż cechy-aspekty wyróżnione w PMO.

Sformułowane powyżej hipotezy dotyczą zatem modelu DSM-5 jako pomostu między osobowością zdrową (PMO) a zaburzoną (kategorie z DSM). W przypadku pierwszej hipotezy kryterium weryfikacji jest stosunkowo jednoznaczne – związek cech patologicznych z cechami zdrowymi. W przypadku drugiej hipotezy brakuje precyzyjnego kryterium, ponieważ model DSM-5 powstał jako propozycja pewnej modyfikacji znaczenia i diagnozy zaburzeń. Niemniej

jednak jest on w znacznej mierze oparty na DSM-IV-TR, dlatego też jako kryterium przyjęliśmy nie tylko sześć kategorii zaburzeń sklasyfikowanych w Sekcji III DSM-5, lecz także wszystkie dziesięć kategorii zawartych w DSM-IV-TR i badanych za pomocą kwestionariusza SCID-II (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders*). Należy pamiętać, że uzyskane wyniki są jednak obciążone niedoskonałością przyjętego kryterium, choć jest to zarazem kryterium często stosowane w literaturze (np. Bagby i in., 2005; Few i in., 2013; Hopwood, Thomas, Markon, Wright i Kreuger, 2012).

METODA

Grupa badana i procedura

W badaniu wzięły udział 754 osoby w wieku 16-86 lat ($M = 36,45$; $SD = 16,65$), w tym 52,1% kobiet. Wszystkie osoby wypełniły kwestionariusze PID-5 oraz NEO-PI-R (*NEO Personality Inventory – Revised*), natomiast podgrupa 516 osób (w wieku $M = 36,06$; $SD = 16,00$; 54,6% kobiet) wypełniła także kwestionariusz SCID-II. Badanie zostało przeprowadzone przez pomocników, rekrutujących się ze studentów psychologii. Każdy ze studentów zapraszał do badania od 6 do 10 osób spośród swoich znajomych. Zgodnie z rekomendacjami Komisji Etyki i Bioetyki UKSW, która zaakceptowała projekt badawczy, wszyscy uczestnicy badań zostali poinformowani o celu badań oraz podpisali świadomą zgodę na udział w badaniu.

Badania zostały przeprowadzone na próbie nieklinicznej, zatem uzyskane wyniki należy traktować z ostrożnością. Z drugiej strony właściwością podejścia dymensjonalnego jest założenie istnienia określonych cech, które wprawdzie w różnym nasileniu, ale charakteryzują jednak każdą osobę, zaburzenie zaś wiąże się z wysokim nasileniem tych cech. Z tego powodu, a także zapewne z powodu większej dostępności osób badanych, badania nad zaburzeniami osobowości w podejściu dymensjonalnym prowadzone są dość często także na grupach nieklinicznych (por. De Fruyt i in., 2013; Hopwood i in., 2012; Saulsman i Page, 2004). W tę tradycję wpisuje się również nasze badanie.

Narzędzia

Inwentarz Osobowości PID-5. Do pomiaru patologicznych cech osobowości w modelu DSM-5 wykorzystano inwentarz PID-5 (Krueger i in., 2012). Narzędzie składa się z 220 pozycji, do których badany ustosunkowuje się (wersja

samoopisowa) lub w odniesieniu do których jest oceniany przez klinicystę (wersja do szacowania przez inną osobę) na 4-punktowej skali Likerta: 0 – „Zdecydowanie nieprawdziwe lub bardzo często nieprawdziwe”; 1 – „Czasami lub w pewnym stopniu nieprawdziwe”; 2 – „Czasami lub w pewnym stopniu prawdziwe”; 3 – „Zdecydowanie prawdziwe lub bardzo często prawdziwe”. Pozycje te tworzą 25 podskal (od 4 do 14 pozycji na podskale) mierzących patologiczne cechy-aspekty oraz 5 skal ogólnych (od 33 do 74 pozycji na skale), które badają nasilenie cech-domen. Licencjonowaną przez APA, polską adaptację kwestionariusza przygotowali autorzy tego artykułu. Współczynniki rzetelności α Cronbacha uzyskane w prezentowanym badaniu mieściły się w przedziale od 0,67 (Ograniczona emocjonalność) do 0,93 (Ekscentryczność), ze średnią 0,81 dla 25 podskal, oraz w przedziale od 0,89 (Rozhamowanie) do 0,95 (Antagonizm), ze średnią 0,93 dla 5 skal.

Inwentarz Osobowości NEO-PI-R (Costa i McCrae, 1992). Do pomiaru cech wyróżnionych w PMO wykorzystano polską adaptację inwentarza NEO-PI-R (Siuta, 2006). Narzędzie to składa się z 30 podskal mierzących aspekty PMO oraz 5 skal ogólnych, które mierzą pięć podstawowych wymiarów osobowości. Ogółem NEO-PI-R tworzy 240 pozycji (po 8 na podskale i po 48 na skale), do których badani odnoszą się na 5-stopniowej skali Likerta: od 0 („zdecydowanie się nie zgadzam”) do 4 – „zdecydowanie się zgadzam”. Współczynniki α Cronbacha uzyskane w prezentowanym badaniu wyniosły od 0,45 (U6 Skłonność do rozczulania się) do 0,80 (N6 Nadwrażliwość), ze średnią 0,70 dla 30 podskal, oraz od 0,88 (Otwartość na doświadczenia) do 0,91 (Neurotyczność) do ze średnią 0,90 dla 5 skal.

Kwestionariusz Osobowości SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, Williams i Benjamin, 1997). Do pomiaru zaburzeń osobowości w klasyfikacji DSM-IV-TR wykorzystano polską adaptację kwestionariusza SCID-II (Zawadzki, Popiel i Pragłowska, 2010). Narzędzie to jest częścią Ustrukturalizowanego Wywiadu Klinicznego do Badania Zaburzeń Osobowości z Osi II DSM-IV, służącą do wstępnej selekcji dla późniejszego – diagnostycznego – wywiadu klinicznego. Ze względu na swój psychometryczny charakter kwestionariusz SCID-II jest wykorzystywany zarówno w diagnostyce klinicznej, jak i w badaniach naukowych do oszacowania ryzyka wystąpienia lub nasilenia objawów charakterystycznych dla poszczególnych kategorii zaburzeń sklasyfikowanych w DSM-IV. Składa się ze 119 pytań, które pozwalają na dokonanie oceny symptomów osobowości: unikającej (7 pytań), zależnej (8), obsesyjno-kompulsyjnej (8), paranoidalnej (7), schizotypowej (9), schizoidalnej (7), histrionicznej (8), narcystycznej (17), z pogranicza (15) i antyspołecznej (15). Osoba badana odpowiada na poszcze-

gólne pytania: „Tak” lub „Nie”; odpowiedź diagnostyczną koduje się jako „1”, niediagnostyczną jako „0”.

Sposób weryfikacji hipotez

Pierwsza hipoteza została zweryfikowana w analizie korelacji oraz w dwóch analizach czynnikowych (w programie Mplus 7.3) z estymatorem ML i rotacją CF-EQUAMAX. Do pierwszej analizy czynnikowej wprowadzono 25 patologicznych cech-aspektów mierzonych za pomocą PID-5, a do drugiej – oprócz tych 25 cech – również pięć wymiarów osobowości mierzonych za pomocą NEO-PI-R (por. De Fruyt i in., 2013; Griffin i Samuel, 2014; Thomas i in., 2013). Zgodnie z hipotezą oczekiwaliśmy, że (1) 25 patologicznych cech-aspektów ujawni 5-czynnikową strukturę w pierwszej analizie; (2) dodanie w drugiej analizie pięciu wymiarów osobowości, mierzonych za pomocą NEO-PI-R, nie zmieni struktury 25 patologicznych cech; (3) pięć wymiarów osobowości z NEO-PI-R ulokuje się w strukturze czynnikowej zgodnie z założeniami teoretycznymi przedstawionymi w Tabeli 1.

Druga hipoteza została zweryfikowana w analizie dyskryminacyjnej, w której porównano siłę różnicowania (dyskryminacji) grup osób o wysokim i niskim ryzyku wystąpienia poszczególnych zaburzeń osobowości przez cechy-aspekty osobowości mierzone za pomocą NEO-PI-R oraz za pomocą PID-5. Przynależność do grup wysokiego oraz niskiego ryzyka wystąpienia zaburzenia osobowości została określona na podstawie wyników uzyskanych w SCID-II: za osoby z wysokim ryzykiem zostały uznane te, które uzyskały wynik powyżej trzeciego kwartyła, a za osoby z niskim ryzykiem – osoby z wynikiem poniżej pierwszego kwartyła. Liczebności obu grup są przedstawione w Tabeli 3.

Dla każdego zaburzenia zostały przeprowadzone trzy analizy dyskryminacyjne, różniące się wprowadzonymi predyktorami, co stanowiło test trzech modeli. Były to następujące zestawy predyktorów w kolejnych modelach: (1) 30 cech z NEO-PI-R; (2) 25 cech z PID-5 (3) 25 cech z PID-5 i 30 cech z NEO-PI-R. W każdej analizie została zastosowana metoda krokowa (algorytm wybierał istotne predyktory z wprowadzonej puli zmiennych). Zdecydowaliśmy się na podejście eksploracyjne, ponieważ (1) klucz proponowany w DSM-5 ma status hipotezy teoretycznej, która wymaga weryfikacji, a pierwsze próby nie zawsze ją potwierdzają (np. Hopwood i in., 2012; Yam i Simms, 2014), oraz (2) jak wynika z badań (Miller, 2012; Samuel i Widiger, 2008; Widiger i in., 2013), nie ma jednoznaczności, które aspekty z PMO są predyktorami poszczególnych zaburzeń.

Tabela 3

Liczebności i procent całej próby w dolnym (niskie ryzyko zaburzeń) i górnym kwartylu (wysokie ryzyko zaburzeń) wyników w SCID-II

Zaburzenie osobowości	Niskie ryzyko Dolny kwartył		Wysokie ryzyko Górny kwartył	
	N	% próby	N	% próby
Antyspołeczne	274	36,3	135	17,9
Unikające	163	21,6	168	22,3
Z pogranicza	176	23,3	151	20,0
Narcystyczne	148	19,6	145	19,2
Obsesyjno- -kompulsyjne	146	19,4	165	21,9
Schizotypowe*	118	15,6	145	19,2
Paranoidalne	138	18,3	158	21,0
Schizoidalne*	128	17,0	222	29,4
Histrioniczne	131	17,4	158	21,0
Zależne	222	29,4	164	21,8

Uwaga. * Do grupy o niskim ryzyku zaklasyfikowano osoby z sumą 0 w odpowiedniej skali SCID-II. Było to spowodowane bardzo dużą, nieproporcjonalnie większą liczbą osób w dolnym kwartylu w stosunku do górnego kwartyła.

Zgodnie z rekomendacjami w literaturze (Brown i Wicker, 2000; Radkiewicz, 2010) interpretacja wyników została oparta na następujących wskaźnikach: (1) λ Wilksa dla całego modelu, która określa poziom całkowitej wariancji wyników danego modelu predyktorów niewyjaśnionej przez różnice pomiędzy grupami. Im mniejsza jej wartość, tym większa wariancja wyników jest wyjaśniania przez różnice pomiędzy wyodrębnionymi grupami. (2) Współczynnik korelacji kanonicznej, określający siłę związku między funkcją dyskryminującą uzyskanego modelu predyktorów a zmienną dzielącą na grupy. (3) Wyrażony w procentach poziom poprawności klasyfikacji osób do grup na podstawie danego modelu predyktorów. (4) Współczynnik korelacji predyktora z funkcją dyskryminacyjną, który jest miarą związku nieuwzględniającą relacji z innymi predyktorami. Wskaźnik ten przyjęto, aby zidentyfikować najistotniejsze cechy-aspekty różniące grupy o wysokim i niskim ryzyku określonego zaburzenia w ramach danego modelu (Radkiewicz, 2010; por. Brown i Wicker, 2000).

Pierwsze trzy wskaźniki to tzw. wskaźniki syntetyczne (wielozmiennowe), które pozwalają ocenić dany model predyktorów w zakresie mocy różnicowania

dwóch grup oraz poprawności klasyfikacji osób z tych grup. Wskaźniki te wykorzystaliśmy do porównania modeli PMO i DSM-5 w zakresie ogólnej siły różnicowania grup o różnym stopniu ryzyka zaburzeń mierzonych SCID-II. Czwarty wskaźnik jest wskaźnikiem szczegółowym (dwuzmiennowym), pozwalającym oszacować, które cechy spośród uwzględnionych w modelach PMO oraz DSM-5 są najsilniejszymi dyskryminatorami grup osób o niskim i wysokim nasileniu ryzyka poszczególnych zaburzeń osobowości.

WYNIKI

Patologiczne cechy z DSM-5 w kontekście PMO

Tabela 4 prezentuje współczynniki korelacji pięciu ogólnych czynników osobowości w modelach PMO oraz DSM-5. Stwierdzony wzorzec relacji jest zgodny z oczekiwaniami, poza dwoma przypadkami – korelacja Izolacji z Ekstrawersją (ujemna) jest prawie równie silna, co z Neurotycznością; Psychotyzm okazał się stosunkowo słabo związany z Otwartością.

Tabela 4
Korelacje pomiędzy podstawowymi wymiarami PMO a cechami-domenami DSM-5 (N = 754)

	Neurotyczność	Ekstrawersja	Otwartość	Ugodowość	Sumiennosc
Negatywny afekt	0,73**	-0,17**	0,10*	-0,13**	-0,19**
Izolacja	0,50**	-0,53**	-0,11*	-0,17**	-0,18**
Psychotyzm	0,39**	0,04	0,31**	-0,27**	-0,28**
Antagonizm	0,15**	0,22**	0,13**	-0,66**	-0,22**
Rozhamowanie	0,18**	0,22**	0,29**	-0,31	-0,63**

Uwaga. * $p < 0,01$; ** $p < 0,001$ (istotność jednostronna).

W pierwszej eksploracyjnej analizie czynnikowej, przeprowadzonej zgodnie z powyższym opisem, do której wprowadzono 25 cech-aspektów z modelu DSM-5, uzyskano następujące wskaźniki dopasowania 5-czynnikowego modelu do danych: RMSEA = 0,082 [0,077-0,086]; CFI = 0,913; SRMR = 0,031. Dodanie pięciu czynników osobowości z PMO nieco pogorszyło wskaźniki dopasowania (RMSEA = 0,081 [0,078-0,085]; CFI = 0,894, SRMR = 0,034), ale struktura aspektów z DSM-5 pozostała niezmienną, a czynniki PMO ułożyły się zgodnie z oczekiwaniami, z wyjątkiem Otwartości na doświadczenia. Jeśli cho-

dzi o strukturę czynnikową aspektów z DSM-5, to zdecydowana większość ładunków jest zgodna z oczekiwaniami. Do poważniejszych wyjątków można zaliczyć ładunki: Perseweracji (silniejszy w Psychotyzmie niż w Negatywnym afekcie), Podejrzliwości (silniejszy w Antagonizmie niż Negatywnym afekcie i Izolacji) oraz krzyżowe ładunki Niewrażliwości, Wielkościowości i Sztynnego perfekcjonizmu. Ładunki czynnikowe obu analiz zaprezentowane są w Tabeli 5.

Tabela 5
Ładunki w rozwiązaniu 5-czynnikowym dla 25 cech-aspektów z modelu DSM-5 (przed ukośnikami) oraz dla 25 cech-aspektów z modelu DSM-5 i pięciu wymiarów osobowości z PMO (za ukośnikami)

	Czynnik 1	Czynnik 2	Czynnik 3	Czynnik 4	Czynnik 5
Labilność emocjonalna	0,62/0,66				
Niepokój	0,79/0,78				
Lęk separacyjny	0,45/0,41				
Submisyjność	0,38/0,28				
Perseweracja	0,34/0,34		0,49/0,54		
Wrogość	0,33/0,41			0,47/0,59	
Depresyjność	0,48/0,52	0,37/0,34			
Podejrzliwość	0,27/0,29	0,28/0,25		0,32/0,40	
Ograniczona emocjonalność	-0,24/-0,30	0,71/0,66			
Wycofanie		0,73/0,74			
Unikanie bliskości		0,43/0,44			
Anhedonia		0,71/0,68			
Nietypowe przekonania i doświadczenia			0,75/0,69		
Ekscentryczność			0,57/0,58		
Dysregulacja poznawcza i percepcyjna			0,69/0,73		
Skłonność do manipulacji				0,77/0,69	
Skłonność do oszukiwania				0,78/0,76	
Wielkościowość			0,29/0,35	0,59/0,53	
Poszukiwanie uwagi				0,63/0,51	
Niewrażliwość		0,38/0,29		0,57/0,69	
Nieodpowiedzialność					0,58/0,56
Impulsywność					0,59/0,42
Podatność na rozpraszanie uwagi					0,55/0,55
Skłonność do nadmiernego ryzyka					0,44/0,38
Sztynny perfekcjonizm	0,32/0,25		0,43/0,48		-0,45/-0,50
PMO: Neurotyczność	-/0,79				
PMO: Ekstrawersja		-/-0,76			
PMO: Otwartość			-/0,23		
PMO: Ugodowość				-/-0,80	
PMO: Sumienność					-/-0,85

Uwaga. Ładunki poniżej 0,35 nie zostały zaprezentowane, z wyjątkiem ładunków skal zgodnych z kluczem oraz sytuacji, gdy w jednej analizie dany ładunek jest większy niż 0,35. Ładunki zgodne z kluczem zostały zapisane pogrubionym drukiem.

Predykcja kategorii zaburzeń osobowości za pomocą nasilenia cech z DSM-5 i PMO

Tabela 6 przedstawia wyniki analizy dyskryminacyjnej trzech modeli dla każdego zaburzenia osobowości wyróżnionego w DSM-IV-TR, z czego sześć pierwszych obecnych jest również w Sekcji III DSM-5.

Tabela 6

Wyniki analizy dyskryminacyjnej przeprowadzonej metodą krokową dla 10 zaburzeń osobowości dla trzech modeli

Zaburzenie osobowości	Model	λ Wilksa	n	R_c	%	Dyskryminatory
Antyspołeczne	PMO	0,829	5	0,414	68,9	S3 (-0,65), U4 (-0,62), O1(0,56), U1 (-0,55)
	DSM-5	0,809	5	0,437	69,9	Ecc (0,72), Man (0,64), Ris (0,64), Cog (0,57)
	DSM-5+PMO	0,791	5	0,457	73,3	Ecc (0,68), Cal (0,62), S3 (-0,58), N5 (0,47)
Unikające	PMO	0,666	4	0,578	79,5	N3 (0,81), N1 (0,75), E3 (-0,63), E1 (-0,56)
	DSM-5	0,622	3	0,615	77,6	Wit (0,78), Anh (0,77), Anx (0,72)
	DSM-5+PMO	0,588	6	0,642	81,9	Wit (0,73), Anh (0,72), N3 (0,69), Anx (0,67)
Z pogranicza	PMO	0,568	3	0,657	80,7	N3 (0,87), N2 (0,72), E3 (-0,08)
	DSM-5	0,537	4	0,680	82,3	Dep (0,79), Anx (0,70), Cog (0,66), Hos (0,64)
	DSM-5+PMO	0,496	5	0,710	85,0	N3 (0,75), Anx (0,65), Cog (0,61), Hos (0,59)
Narcystyczne	PMO	0,686	5	0,560	75,4	N2 (0,68), U1 (-0,61), U5 (-0,56), E3(0,47)
	DSM-5	0,631	5	0,622	79,2	Hos (0,79), Dec (0,76), Att (0,70), Ecc (0,59)
	DSM-5+PMO	0,592	6	0,639	80,5	Hos (0,75), Att (0,67), Ecc (0,57), U1 (-0,50)
Obsesyjno-kompulsyjne	PMO	0,842	5	0,398	65,9	U4 (-0,69), E2 (-0,41), N4 (0,35), U5 (-0,30)
	DSM-5	0,779	3	0,470	70,1	Hos (0,79), Rig (0,74), Wit (0,37)
	DSM-5+PMO	0,712	6	0,537	77,8	Rig (0,66), Hos (0,62), U4 (-0,47), N2 (0,32)
Schizotypowe	PMO	0,766	4	0,484	70,3	N1 (0,85), E2 (-0,38), U5 (-0,03), E5 (0,01)
	DSM-5	0,610	5	0,625	81,0	Cog (0,67), Unu (0,63), Anx (0,63), Wit (0,51)
	DSM-5+PMO	0,582	6	0,646	84,8	Unu (0,60), Anx (0,59), N1 (0,56), Wit (0,48)
Paranoidalne	PMO	0,683	7	0,563	76,4	N2 (0,73), U1 (-0,73), U2 (-0,54), N3 (0,47)
	DSM-5	0,622	5	0,615	77,7	Hos (0,81), Sus (0,73), Man (0,49), Rig (0,45)
	DSM-5+PMO	0,576	7	0,651	83,1	Hos (0,74), Sus (0,66), U1 (-0,58), Man (0,45)
Schizoidalne	PMO	0,815	3	0,431	68,0	E2 (-0,72), O3 (-0,71), N3 (0,34)
	DSM-5	0,740	5	0,510	70,9	Anh (0,69), Res (0,69), Int (0,61), Per (0,45)
	DSM-5+PMO	0,707	6	0,542	76,6	Wit (0,64), Int (0,56), O3 (-0,52), Per (0,42)
Histrioniczne	PMO	0,678	8	0,567	76,1	E2 (0,66), E5 (0,65), E3 (0,54), E1 (0,43)
	DSM-5	0,576	5	0,651	82,0	Att (0,83), Wit (-0,41), Gra (0,30), Dis (0,23)
	DSM-5+PMO	0,541	7	0,677	82,7	Att (0,77), E5 (0,49), Wit (-0,38), Gra (0,28)
Zależne	PMO	0,771	7	0,479	70,7	N6 (0,70), N3 (0,60), O4 (-0,30), N5 (0,19)
	DSM-5	0,767	4	0,482	73,6	Sep (0,78), Anx (0,63), Dis (0,59), Sub (0,54)
	DSM-5+PMO	0,714	7	0,535	73,6	Sep (0,68), N6 (0,60), Cog (0,51), Sub (0,47)

Uwaga. n – liczba istotnych predyktorów zakwalifikowanych do danego modelu; R_c – korelacja kanoniczna pomiędzy funkcją dyskryminującą danego modelu dla zaburzenia wyróżnionego w SCID-II; % – procent poprawnej klasyfikacji funkcji dyskryminacyjnej; dyskryminatory – cztery zmienne o najwyższych korelacjach z funkcją dyskryminacyjną, wartości korelacji są podane w nawiasach; objaśnienia dla skrótów aspektów modelu DSM-5 są podane w Tabeli 1. Skrót dla aspektów PMO: N1 – Lęk, N2 – Agresywna wrogość, N3 – Depresyjność, N4 – Nadmierny samokrytycyzm, N5 – Impulsywność, N6 – Nadwrażliwość, E1 – Serdeczność, E2 – Towarzyskość, E3 – Asertywność, E5 – Poszukiwanie doznań, O1 – Wyobraźnia, O3 – Uczucia, O4 – Działania; U1 – Zaufanie; U2 – Prostolinijność, U4 – Ustępność, U5 – Skromność, S3 – Obowiązkowość. Wszystkie wskaźniki λ są istotne na poziomie $p < 0,01$.

Wszystkie modele różnicujące grupy o wysokim i niskim ryzyku zaburzeń za pomocą cech są istotne. Wartość χ^2 dla wszystkich 30 modeli wahała się od 52,8 (model PMO dla zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego) do 225,9 (model DSM-5 + PMO) dla osobowości z pogranicza (zakres stopni swobody od 3 do 8). Najsilniej różnicowane przez modele PMO oraz DSM-5 jest zaburzenie osobowości z pogranicza (najniższe λ , najwyższe współczynniki R_c i najwyższe procenty poprawnej klasyfikacji), a najsłabiej uzyskane funkcje dyskryminacyjne różnicowały zaburzenie antyspołeczne (najwyższe λ , najniższe współczynniki R_c i najniższe procenty poprawnej klasyfikacji).

Porównanie wyników analiz przeprowadzonych dla modelu DSM-5 i modelu PMO prowadzi do wniosku, że model DSM-5 okazał się lepiej różnicować wszystkie dziesięć kategorii zaburzeń. We wszystkich przypadkach model DSM-5 uzyskał lepsze wskaźniki dyskryminacji, tj. niższe wskaźniki λ oraz wyższe współczynniki R_c , a ponadto pozwalał trafniej klasyfikować osoby (wyższy procent poprawnej klasyfikacji) w dziewięciu przypadkach (wyjątkiem jest osobowość unikająca, gdzie wyższy procent uzyskał model PMO, pomimo słabszych współczynników λ i R_c), chociaż różnice w tych wskaźnikach były czasem stosunkowo niewielkie.

W sześciu zaburzeniach osobowości DSM-5 lepiej różnicuje i klasyfikuje osoby niż PMO, przy równej lub mniejszej liczbie predyktorów. Jedynie w przypadku trzech zaburzeń osobowości (schizotypowej, z pogranicza i schizoidalnej) modele DSM-5 zawierały większą liczbę predyktorów. Ponadto porównanie modelu DSM-5 z modelem DSM-5 + PMO prowadzi do wniosku, że dodanie aspektów PMO do modelu aspektów DSM-5 tylko nieznacznie poprawiało efektywność funkcji dyskryminującej.

Jeśli chodzi o ocenę, które cechy spośród uwzględnionych w modelach PMO oraz DSM-5 (model PMO + DSM-5) najsilniej różnicują grupy osób o niskim i wysokim nasileniu ryzyka poszczególnych zaburzeń osobowości, to porównanie to ponownie wypadło zdecydowanie na korzyść modelu DSM-5. Ostatnia kolumna Tabeli 6 zawiera po cztery najlepsze dyskryminatory każdego z dziesięciu zaburzeń osobowości. W 9 na 10 przypadków najsilniej dyskryminującą cechą okazał się aspekt z DSM-5. Wyjątek stanowi osobowość z pogranicza, gdzie najlepiej dyskryminowała Depresyjność (N3) z PMO, ale i w tym przypadku pozostałe trzy najlepsze predyktory pochodziły z DSM-5. W 7 na 10 przypadków (wliczając osobowość z pogranicza w 8 na 10) także drugi najsilniejszy predyktor należy do DSM-5. W 8 na 10 przypadków w czwórce najsilniejszych dyskryminatorów zaburzeń trzy były aspektami z DSM-5.

DYSKUSJA WYNIKÓW

Prezentowane badania stanowiły próbę empirycznej weryfikacji zaprezentowanego w sekcji III DSM-5 modelu patologicznych cech osobowości – jako pomostu pomiędzy tradycją psychiatrycznych klasyfikacji zaburzeń a psychologiczną tradycją badań nad strukturą cech osobowości zdrowej.

Uzyskane wyniki potwierdzają, że na poziomie pięciu ogólnych cech model patologicznej osobowości DSM-5 silnie koresponduje z modelem PMO osobowości zdrowej. Świadczy o tym zarówno stwierdzony wzorzec korelacji między tymi ogólnymi cechami (pomimo odmiennego katalogu aspektów w obu modelach), jak i 5-czynnikowa struktura cech-aspektów modelu DSM-5. Rezultaty te są zgodne z wynikami raportowanymi w literaturze (De Fruyt i in., 2013; Few i in., 2013; Griffin i Samuel, 2014; Kreuger i in., 2012; Thomas i in., 2013; Quilty i in., 2013).

Spośród dwóch odnotowanych w tym kontekście problemów pierwszy (korelacja Izolacji i Neurotyczności) wynika w znacznej mierze z nie w pełni hierarchicznej struktury modelu DSM-5. Połowa spośród sześciu aspektów Izolacji wchodzi w skład także Negatywnego afektu, który z założenia jest patologicznym odpowiednikiem Neurotyczności. Poważniejszym problemem jest związek Psychotyzmu z Otwartością na doświadczenia, który zwykle w badaniach okazuje się słabszy i mniej jednoznaczny (De Fruyt i in., 2013; Few i in., 2013; Thomas i in., 2013; Quilty i in., 2013; por. Widiger, 2012). Ciekawe światło na tę relację rzucają jednak badania DeYounga, Grazioplene i Petersona (2012). Autorzy ci, wychodząc od modelu podwymiarów PMO, zakładającego istnienie dziesięciu podwymiarów osobowości znajdujących się w strukturze cech pomiędzy podstawowymi pięcioma czynnikami a ich aspektami (por. Strus i Ciecuch, 2014), uzyskali wyniki sugerujące, że dwa podwymiary Otwartości na doświadczenia w PMO: Otwartość oraz Intelpekt mogą być odwrotnie związane z Psychotyzmem, tj. Otwartość – dodatnio, a Intelpekt – ujemnie. Zatem związek Psychotyzmu z Otwartością na doświadczenia może być nie tyle słabszy, co bardziej złożony (por. DeYoung, Carey, Krueger i Ross, 2016).

Z kolei w świetle przedstawionych wyżej wyników wyraźnie lepsze predyktory kategorii zaburzeń osobowości zawiera model DSM-5 niż model PMO. Model DSM-5 okazał się lepiej niż PMO przewidywać wszystkie dziesięć kategorii zaburzeń sklasyfikowanych w DSM-IV-TR, a w szczególności: osobowość schizotypową, obsesyjno-kompulsywną, narcystyczną oraz histrioniczną. Generalnie cechy-aspekty wyróżnione w modelach PMO oraz DSM-5 najlepiej przewidywały zaburzenie osobowości z pogranicza, a także histrioniczne (DSM-5)

i unikające (PMO), najslabiej zaś osobowość antyspołeczną oraz obsesyjno-kompulsyjną, co jest generalnie zgodne z wynikami innych badań (Bagby i in., 2005; De Fruyt i in., 2006; Yam i Simms, 2014; por. Hopewood i in., 2012; Few i in., 2013).

Kluczowym kryterium trafności zarówno dla nowych dymensjonalnych modeli osobowości zaburzonej jak i dla PMO w kontekście integracji badań osobowości zdrowej i zaburzonej są ugruntowane w praktyce kategorie z obowiązujących klasyfikacji zaburzeń. Ze względu na słabości samej diagnozy kategorialnej jest to kryterium niedoskonałe, ale trudne do zastąpienia na obecnym etapie badań. Uzyskane w niniejszym badaniu wyniki korespondują z raportowanymi w literaturze. Zdecydowana większość aspektów PMO, które w naszym badaniu były istotnymi predyktorami dla poszczególnych kategorii zaburzeń z DSM-IV-TR, ujawniały podobne znaczenie we wcześniejszych badaniach (por. Miller, 2012; Samuel i Widiger, 2008; Widiger, 2012; Widiger i Costa, 2013), chociaż w naszym badaniu ich liczba była mniejsza ze względu na zastosowaną metodę krokowej analizy dyskryminacyjnej. Do poważniejszych wyjątków zaliczyć można ujawnione w naszym badaniu znaczenie Ustępliwości (U4) i Towarzyskości (E2) dla osobowości obsesyjno-kompulsyjnej, a także Wyobraźni (O1) dla osobowości antyspołecznej.

Jeśli chodzi o patologiczne cechy-aspekty z modelu DSM-5, to szczególnie interesujące jest odniesienie ujawnionych w naszym badaniu konfiguracji istotnych predyktorów dla sześciu (uwzględnionych w Sekcji III DSM-5) zaburzeń osobowości do zaproponowanego przez DSM-5 klucza z hybrydowego systemu diagnozy (zob. Tabela 2). Podobnie jak w innych badaniach (Hopewood i in., 2012; Morey i Skodol, 2013; Yam i Simms, 2014), klucz przyporządkowujący poszczególnym zaburzeniom określone układy patologicznych cech, okazał się w świetle uzyskanych przez nas wyników trafny, chociaż nieoptymalny (i w tej ocenie należy jednak wziąć pod uwagę zastosowaną przez nas krokową metodę analizy). W przypadku osobowości unikającej 3/4 aspektów obecnych w kluczu DSM-5 ujawniło się w naszym badaniu jako istotne predyktory tego zaburzenia (były to Niepokój – Anx, Wycofanie – Wit oraz Anhedonia – Anh). Dla osobowości schizotypowej stosunek ten wyniósł 3/6 (potwierdziły się: Dysregulacja poznawcza i percepcyjna – Cog, Nietypowe przekonania i doświadczenia – Unu oraz Wycofanie – Wit); dla osobowości narcystycznej: 1/2 (Poszukiwanie uwagi – Att); dla osobowości z pogranicza: 3/7 (Niepokój – Anx, Depresyjność – Dep i Wrogość – Hos); dla osobowości antyspołecznej: 2/7 aspektów (Skłonność do manipulacji – Man oraz Skłonność do nadmiernego ryzyka – Ris); dla osobowości obsesyjno-kompulsyjnej: 1/4 (Sztwywny perfekcjonizm – Rig). Pozostałe

ujawnione w naszych badaniach istotne predyktory zarówno dla sześciu wymienionych wyżej kategorii zaburzeń, jak i dla pozostałych czterech obecnych w DSM-IV-TR pojawiały się także w innych badaniach (por. Hopwood i in., 2012; Yam i Simms, 2014).

Chociaż zaprezentowane w tym artykule badania zostały przeprowadzone na grupie nieklinicznej, co ogranicza moc formułowanych wniosków, to jednak wydają się one uzasadniać tezę, że zaproponowany przez DSM-5 model patologicznych cech osobowości (jako część hybrydowego systemu diagnozy) jest obiecującą próbą przezwyciężenia słabości kategoryjnego podejścia do zaburzeń osobowości i zbudowania pomostu pomiędzy badaniami nad osobowością zdrową a zaburzoną. Odpowiedź na pytanie, czy ta próba rzeczywiście okaże się udana oraz użyteczna dla klinicystów praktyków, wymaga jednak dalszych badań.

LITERATURA CYTOWANA

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text Revision* (wyd. 4). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 5). Washington, DC: APA.
- Bagby, R. M., Costa, P. T., Widiger, T. A., Ryder, A. G. i Marshall, M. (2005). DSM-IV personality disorders and the Five-Factor Model of personality: A multi-method examination of domain- and facet-level predictions. *European Journal of Personality*, 19, 307-324.
- Brown, M. T. i Wicker, L. R. (2000). Discriminant analysis. W: H. E. A. Tinsley i S. D. Brown (red.), *Handbook of applied multivariate statistics and mathematical modeling* (s. 209-235). San Diego: Academic Press.
- Cierpiałkowska, L. (red.) (2004). *Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58, 227-257.
- Costa, P. T. i McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- De Fruyt, F., De Clercq, B., de Bolle, M., Wille, B., Markon, K. E. i Krueger, R. F. (2013). General and maladaptive traits in a five-factor framework for DSM-5 in a university student sample. *Assessment*, 20, 295-307.
- De Fruyt, F., De Clercq, B. J., Van de Wiele, L. i Van Heeringen, K. (2006). The validity of Cloninger's psychobiological model versus the five-factor model to predict DSM-IV personality disorders in a heterogeneous psychiatric sample: Domain facet and residualized facet descriptions. *Journal of Personality*, 74, 479-510.
- DeYoung, C. G., Carey, B. E., Krueger, R. F. i Ross, S. R. (2016). *Ten aspects of the Big Five in the Personality Inventory for DSM-5. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advance online publication.

- DeYoung C. G., Grazioplene, R. G. i Peterson, J. B. (2012). From madness to genius: The Openness/Intellect trait domain as a paradoxical simplex. *Journal of Research in Personality*, 46, 63-78.
- Few, L. R., Miller, J. D., Rothbaum, A. O., Meller, S. Maples, J., Douglas P. Terry, D. P. Collins, B. i MacKillop, J. (2013). Examination of the Section III DSM-5 diagnostic system for personality disorders in an outpatient clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(4), 1057-1069.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. i Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Grabski, B. i Gierowski, J. K. (2012). Zaburzenia osobowości – różne spojrzenia i próby ich integracji. *Psychiatria Polska*, 46(5), 829-844.
- Griffin, S. A. i Samuel, D. B. (2014). A closer look at the lower-order structure of the Personality Inventory for DSM-5: Comparison with the Five-Factor Model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Advance online publication.
- Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Markon, K. E., Wright, A. G. C. i Krueger, R. F. (2012). DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(2), 424-432.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D. i Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42, 1879-1890.
- Krueger, R. F., Eaton, N. R., Clark, L. A., Watson, D., Markon, K. E., Derringer, J., [...] Livesley, W. J. (2011). Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25, 170-191.
- Livesley, W. J. (2007). A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 21(2), 199-224.
- Miller, J. D. (2012). Five-factor model personality disorder prototypes: A review of their development, validity, and comparison to alternative approaches. *Journal of Personality*, 80(6), 1565-1591.
- Morey, L. C. i Skodol, A. E. (2013). Convergence between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnostic models for personality disorder: Evaluation of strategies for establishing diagnostic thresholds. *Journal of Psychiatric Practice*, 19(3), 179-193.
- Quilty, L. C., Ayearst, L., Chmielewski, M., Pollock, B. G. i Bagby, R. M. (2013). The psychometric properties of the personality inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 field trial sample. *Assessment*, 20, 362-369.
- Radkiewicz, P. (2010). Analiza dyskryminacyjna. Podstawowe założenia i zastosowania w badaniach społecznych. *Psychologia Społeczna*, 5(14), 142-161.
- Samuel, D. B., Hopwood, C. J., Krueger, R. F., Thomas, K. M. i Ruggero, C. J. (2013). Comparing methods for scoring personality disorder types using maladaptive traits in DSM-5. *Assessment*, 20, 353-361.
- Samuel, D. B. i Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1326-1342.
- Saulsman, L. M. i Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1055-1085.
- Siuta, J. (2006). *Inwentarz Osobowości NEO-PI-R Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae. Adaptacja polska. Podręcznik*. Warszawa: PTP.

- Strus, W. i Ciecuch, J. (2014). Poza wielką piątkę – przegląd nowych modeli struktury osobowości. *Polskie Forum Psychologiczne*, 19(1), 17-49.
- Thomas, K. M., Yalch, M. M., Krueger, R. F., Wright, A. G., Markon, K. E. i Hopwood, C. J. (2013). The convergent structure of DSM-5 personality trait facets and five-factor model trait domains. *Assessment*, 20, 308-311.
- Trull, T. J., Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 355-380.
- WHO *International Classification of Diseases* (wyd. 10) (1992).
- Widiger, T. A. (red.) (2012). *The Oxford handbook of personality disorders*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Widiger, T. A. i Costa, P. T. (red.) (2013). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Widiger, T. A., Simonsen, E., Sirovatka, P. J. i Regier, D. A. (red.) (2006). *Dimensional models of personality disorders. Refining the research agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Yam, W. H. i Simms, L. J. (2014). Comparing criterion- and trait-based personality disorder diagnoses in DSM-5. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(4), 802-808.
- Zawadzki, B. (2009). Pięciodzynnikowa Teoria Osobowości a zaburzenia psychiczne. W: J. Siuta (red.), *Diagnoza osobowości. Inwentarz NEO-PI-R w teorii i praktyce* (s. 220-237). Warszawa: PTP.
- Zawadzki, Z., Popiel, A. i Pragłowska, E. (2010). *Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości z Osi II DSM-IV (SCID-II)*. Warszawa: PTP.