

MARCIN KŁOSOWSKI

CECHY OSOBOWOŚCI
OBSESYJNO-KOMPULSYWNEJ I NARCYSTYCZNEJ
A PRZYWIĄZANIE I METACECHY OSOBOWOŚCI



Recenzent:
dr hab. Dariusz Krok, prof. UO

Redakcja:
Magdalena Partyka

Projekt okładki:
Monika Stradecka

Projekt typograficzny, skład i łamanie:
Renata Witkowska

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe UKSW
Warszawa 2023

Wydawnictwo Naukowe UKSW w Warszawie
ul. Dewajtis 5, 01-815 Warszawa
tel. 22 561 89 23
e-mail: wydawnictwo@uksw.edu.pl
www.wydawnictwo.uksw.edu.pl

Druk i oprawa:
Volumina.pl Sp. z o.o.

ISBN
978-83-8281-420-0 (wersja drukowana)
978-83-8281-421-7 (wersja elektroniczna)

PODZIĘKOWANIE

Chciałbym wyrazić ogromną wdzięczność wszystkim, którzy przyczynili się do powstania tej książki:

Profesorowi Janowi Cieciuchowi za opiekę merytoryczną i życzliwe wsparcie,
Doktor Ewie Skiminie za pomoc w analizach statystycznych,

Pracownikom Instytut Psychologii UKSW za konsultacje i cenne uwagi na różnych etapach powstania publikacji,

Dyrekcji i Pracownikom Ośrodków Psychoterapeutycznych, Oddziałów Psychiatrycznych oraz Pacjentom uczestniczącym w badaniu,

Rodzicom – Mamie i zmarłemu Tacie za ich wsparcie od najmłodszych lat i wiarę we mnie,

Bliskim i Przyjaciołom za ich obecność, serdeczność i gotowość do pomocy.

Marcin Kłosowski

SPIS TREŚCI

Podziękowanie	5
Wstęp	11
Introduction	16
CZEŚĆ I.	
PODSTAWY TEORETYCZNE BADAŃ	
Rozdział 1.	
Obsesyjno-kompulsywne i narcystyczne zaburzenie osobowości	23
1.1. Zaburzenia osobowości	23
1.2. Kategorialne i dymensionalne podejście do zaburzeń osobowości	26
1.3. Obsesyjno-kompulsywne zaburzenie osobowości (OCPD)	32
1.4. Narcystyczne zaburzenie osobowości (NPD)	37
Rozdział 2.	
Kołowy Model Metacech Osobowości	45
2.1. Kołowy Model Metacech Osobowości i jego integracyjny potencjał	45
2.2. Zaburzenia osobowości w KMMO	49
Rozdział 3.	
Przywiązanie	55
3.1. Teoria przywiązania	55
3.2. Style oraz wymiary (dymensje) przywiązania	59
3.3. Przywiązanie a zaburzenia osobowości	66
CZEŚĆ II.	
BADANIA WŁASNE	
Rozdział 4. Problem badań własnych	73
4.1. Pierwszy problem badawczy (Hipotezy 1, 2, 3): zróżnicowanie nasilenia cech zaburzeń osobowości oraz dezadaptacyjnego przywiązania między badanymi grupami	74

4.2. Drugi problem badawczy (Hipotezy 4, 5, 6): lokalizacja cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej w ogólnej strukturze osobowości	76
4.3. Trzeci problem badawczy (Hipoteza 7): lokalizacja wymiarów dezadaptacyjnego przywiązania w ogólnej strukturze osobowości	77
4.4. Czwarty problem badawczy (Hipotezy 8, 9, 10): metacechowe i przywiązaniowe uwarunkowania cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej	78
Rozdział 5.	
Metoda	81
5.1. Narzędzia badawcze	81
5.2. Grupy badane i procedura	85
5.3. Analizy statystyczne	87
5.3.1. Analiza wariancji (weryfikacja Hipotez 1, 2, 3 o zróżnicowaniu nasilenia cech zaburzeń osobowości oraz przywiązania między badanymi grupami)	87
5.3.2. Analizy lokalizujące zmienne zewnętrzne w KMMO (weryfikacja Hipotez 4, 5, 6, 7 o lokalizacji cech zaburzeń osobowości oraz wymiarów przywiązania w ogólnej strukturze osobowości)	88
5.3.3. Analizy moderacji (weryfikacja Hipotez 8, 9, 10 o moderującej roli unikania i niepokoju przywiązaniowego)	90
Rozdział 6.	
Wyniki	91
6.1. Statystyki opisowe	91
6.2. Weryfikacja Hipotez 1, 2, 3 o różnicach międzygrupowych	100
6.3. Weryfikacja hipotez o lokalizacji cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej (oraz ogólnych wymiarów patologii osobowości) w ogólnej strukturze osobowości	103
6.3.1. Wstępne analizy korelacyjne cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej z metacechami w KMMO	103
6.3.2. Weryfikacja możliwości analiz właściwych (test kołowej struktury KMMO w trzech badanych grupach)	111
6.3.3. Weryfikacja Hipotezy 4 – lokalizacja cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej w KMMO	112
6.3.4. Weryfikacja Hipotezy 5 – lokalizacja cech osobowości narcystycznej w KMMO	118
6.3.5. Weryfikacja Hipotezy 6 – lokalizacja ogólnych wymiarów patologii osobowości w KMMO	126
6.4. Weryfikacja hipotezy o lokalizacji wymiarów dezadaptacyjnego przywiązania w ogólnej strukturze osobowości	128
6.4.1. Wstępna analizy korelacyjne wymiarów dezadaptacyjnego przywiązania z metacechami w KMMO	128
6.4.2. Weryfikacja możliwości analiz właściwych (test kołowej struktury KMMO w trzech badanych grupach)	129

6.4.3. Weryfikacja Hipotezy 7 – lokalizacja podstawowych wymiarów dezadaptacyjnego przywiązania w KMMO	129
6.5. Weryfikacja hipotezy o moderującej roli niepokoju i unikania przywiązaniowego dla relacji między metacechami a cechami osobowości obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej	132
6.5.1. Wstępne analizy korelacyjne cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej z podstawowymi wymiarami dezadaptacyjnego przywiązania	132
6.5.2. Weryfikacja Hipotezy 8 – moderująca rola wymiarów dezadaptacyjnego przywiązania dla relacji metacech i cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej	136
6.5.3. Weryfikacja Hipotezy 9 – moderująca rola wymiarów dezadaptacyjnego przywiązania dla relacji metacech i cech osobowości narcystycznej	139
6.5.4. Weryfikacja Hipotezy 10 – moderująca rola wymiarów dezadaptacyjnego przywiązania dla relacji metacech z ogólnymi wymiarami patologii osobowości	145
Rozdział 7.	
Dyskusja wyników	151
7.1. Komentarz do uzyskanych wyników	151
7.2. Konkluzje	163
7.3. Ograniczenia badań własnych i kierunek dalszych badań	164
Bibliografia	167
Spis załączników	185
Załączniki	186

WSTĘP

Zaburzenie osobowości ujmuje się najczęściej jako rodzaj zaburzenia psychicznego, które ma swoje źródła w dzieciństwie; ujawnia się stosunkowo sztywnymi i trwałymi wzorami funkcjonowania na płaszczyźnie poznawczej, emocjonalnej oraz interpersonalnej; wywołuje cierpienie i oddziałuje negatywnie w ważnych sferach życia, w tym społecznej i zawodowej (Colman, 2009). W diagnostyce zaburzeń przez długi czas dominowało podejście kategoriajne, które polega na przypisywaniu ludziom chorym odrębnych kategorii zaburzeń na podstawie spełnienia odpowiedniej liczby kryteriów, definicyjnych dla danej kategorii. Jednak w ostatnich latach coraz większym zainteresowaniem cieszy się podejście dymensjonalne, cechujące się ilościowym pomiarem funkcjonowania na kontinuum między zdrową a zaburzoną osobowością. Pozwala ono na rozpoznanie zaburzenia za pomocą konstelacji i natężenia różnych cech (Cierpiątkowska, Górńska, 2016; Helzer i in., 2008; Huprich, Bornstein, 2007; Nowak, 2015; Rowiński i in., 2018; Trull, Durrett, 2005; Trull, Widiger, 2013). Autorzy podręcznika diagnostycznego DSM-5 (APA, 2013), w którym znalazło się – oprócz kategoriajnego – także alternatywne spojrzenie na zaburzenia osobowości, zalecają jednocześnie prowadzenie dalszych badań w celu weryfikacji podejścia dymensjonalnego. Najnowsza wersja *Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-11* (WHO, 2021) w wyraźny sposób wprowadza dymensjonalne podejście do zaburzeń osobowości w miejsce dotychczasowego kategoriajnego.

Niniejsze ujęcie zagadnienia wpisuje się w ten nurt dymensjonalnego podejścia do zaburzeń osobowości. Podjęto się w nim analizy obsesyjno-kompulsywnego zaburzenia osobowości oraz narcystycznego zaburzenia osobowości. Są one przykładami dwóch zaburzeń osobowości, których wybrane charakterystyki nie tylko nie muszą być dezadaptacyjne, ale mogą nawet wspomagać funkcjonowanie w określonych obszarach życia, a dopiero po przekroczeniu

odpowiedniego ich natężenia – zaczynają dysfunkcjonalnie oddziaływać na jednostkę. W związku z tym podstawowym celem pracy była analiza tych dwóch zaburzeń w ramach jednego spójnego modelu osobowości, aby odpowiedzieć na pytanie, co warunkuje ich specyfikę oraz w jakich warunkach pewien profil osobowości, charakterystyczny dla obsesyjno-kompulsywnego lub narcystycznego zaburzenia osobowości, staje się już dysfunkcjonalny, a w jakich jeszcze nie.

Teoretyczną podstawą analiz podjętych w tej książce są Kołowy Model Metacech Osobowości (KMMO, Strus, Ciecuch, 2017, 2021; Strus, Ciecuch, Rowiński, 2014) oraz teoria przywiązania (Bowlby, 1969, 1973, 1980). KMMO to model struktury osobowości wyróżniający osiem głównych metacech ułożonych w układzie kołowym. Model stwarza podstawy teoretycznej integracji wielu innych modeli osobowości, temperamentu, emocji, motywacji, a także psychopatologii. Dotychczasowe badania wykazały już potencjał KMMO do różnicowania głównych rodzajów zaburzeń osobowości (Zawadzki, 2016, 2017). KMMO został także wykorzystany jako matryca do porównania pięciu domen związanych z zaburzeniami osobowości w DSM-5 i ICD-11 i swego rodzaju rozstrzygnięcia sporu, która patologiczna Wielka Piątka jest bardziej uzasadniona teoretycznie i strukturalnie (Strus, Łakuta, Ciecuch, 2021). Teoria przywiązania z kolei jest dobrze ugruntowaną wiedzą, wykorzystywaną zarówno w zakresie psychologii rozwojowej, psychologii osobowości, jak i psychopatologii (Cassidy, Shaver, 2018; Józefik, Iniewicz, 2008). Dotyczy ona znaczenia kształtowania się wczesnych więzi z najważniejszymi osobami w życiu dziecka dla jego rozwoju i całościowego funkcjonowania (Bowlby, 2007). Pozwala zatem na lepsze rozumienie tego, w jaki sposób rodzą się nasze podstawowe sposoby wchodzenia w relacje interpersonalne, a także jak zaczyna się kształtować obraz siebie, a więc również zręby naszej osobowości (Levy, Johnson, Clouthier, Scala, Temes, 2005). Do tej pory teoria przywiązania, jako podstawa rozważań teoretycznych i badań empirycznych w zakresie problematyki zaburzeń osobowości, była wykorzystywana głównie w podejściu kategoryjnym, w którym osobom badanym przypisywane są wyodrębnione style przywiązania (Erkan i in, 2015; Shorey, Snyder, 2006). Niewiele jest natomiast badań zaburzeń osobowości w wymiarowym ujęciu przywiązania, wykorzystującym dwa podstawowe wymiary związane z przywiązaniem: niepokój przywiązaniowy (lęk przed odrzuceniem) i unikanie przywiązaniowe (lęk przed bliskością).

W niniejszych badaniach zostały zweryfikowane hipotezy o związkach cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej oraz osobowości narcystycznej z metacechami osobowości i wymiarami przywiązania. W szczególności istotną dla tych zaburzeń jest metacecha delta/powściągliwość vs poszukiwanie wrażeń, na której przeciwnych biegunach oczekiwano ułożenia tych osobowości.

Oczekiwano zatem pozytywnych związków (a) między metacechą delta-plus/powściągliwość a cechami osobowości obsesyjno-kompulsywnej oraz (b) między metacechą delta-minus/poszukiwanie wrażeń a cechami osobowości narcystycznej. W takim ujęciu osobowość narcystyczna jest rozumiana zgodnie z klasyfikacjami klinicznymi, które odnoszą się głównie do wielkościowych aspektów narcyzmu (APA 2000, 2013). W pracy uwzględniono również inne strukturalne propozycje opisu narcyzmu, w tym tzw. spektrum narcyzmu (Krizan, Herlache, 2018; Rogoza, Ciecuch, Strus, 2021; Rogoza, Ciecuch, Strus, Kłosowski, 2021), zgodnie z którym inne aspekty narcyzmu, oprócz wielkościowego (czyli wrażliwy i antagonistyczny), wiązać mogą się także z innymi metacechami (odpowiednio: gamma-minus/dysharmonia i alfa-minus/rozhamowanie).

W zakresie relacji z przywiązaniem oczekiwano pozytywnych związków (a) między nasileniem cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej a natężeniem niepokoju przywiązaniowego oraz (b) między nasileniem cech osobowości narcystycznej a natężeniem unikania przywiązaniowego. Ponieważ w KMMO linia delty/powściągliwość vs poszukiwanie wrażeń jest swego rodzaju granicą między zdrowym funkcjonowaniem a zaburzeniami lub ich ryzykiem (Strus, Ciecuch, 2017; Strus, Łakuta, Ciecuch, 2021), przewidywano, iż obydwa wymiary przywiązaniowe (a więc niepokój przywiązaniowy oraz unikanie przywiązaniowe) ulokują się poniżej tej linii. Przypuszczano też, iż wysokie nasilenie dezadaptacyjnych form przywiązania będzie wiązać się z wysokim nasileniem cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej oraz narcystycznej. Ponadto zakładano, że (a) wysokie nasilenie unikania przywiązaniowego będzie moderować związek między metacechą delta-minus/poszukiwanie wrażeń a nasileniem cech osobowości narcystycznej, podczas gdy (b) wysokie nasilenie niepokoju przywiązaniowego będzie moderować związek między metacechą delta-plus/powściągliwość a nasileniem cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej. Potwierdzenie tej hipotezy oznaczałoby, że dezadaptacyjne formy przywiązania są tym czynnikiem, który jest odpowiedzialny za to, że osobowość o profilu obsesyjno-kompulsywnym lub narcystycznym przejawia oznaki już zaburzenia. Innymi słowy – osobowości o cechach obsesyjno-kompulsywnych lub narcystycznych, zawsze związane z – odpowiednio – deltą-plus/powściągliwością oraz deltą-minus/poszukiwaniem wrażeń, w przypadku wysokiego nasilenia dysfunkcjonalnego przywiązania – lokowałyby się poniżej linii delty w KMMO, zatem już w obszarze zaburzeń.

W celu weryfikacji hipotez badawczych użyto narzędzi mierzących patologiczne cechy związane z narcystycznym i obsesyjno-kompulsywnym zaburzeniem osobowości w dymensjonalnym podejściu do tych zaburzeń, metachechy w KMMO oraz wymiary przywiązania. Do pomiaru cech związanych

z natężeniem osobowości obsesyjno-kompulsywnej oraz osobowości narcystycznej użyto: kwestionariusza *Five-Factor Obsessive-Compulsive Inventory* (FFOCI, Samuel i in., 2012) w polskiej adaptacji Kłosowskiego, Ciecucha i Strusa (2019), kwestionariusza *The Five-Factor Narcissism Inventory – Short Form* (FFNI-SF, Sherman i in., 2015) w polskiej adaptacji Rogoży, Strusa, Ciecucha i Kłosowskiego (2020) oraz podskal odnoszących się do dwóch omawianych zaburzeń osobowości z Inwentarza Osobowości PID-5 (*The Personality Inventory for DSM-5*, Krueger, Derringer, Markon, Watson, Skodol, 2012), w polskiej adaptacji Rowińskiego i in. (2018). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano także Inwentarz Osobowości PiCD (*Personality Inventory for ICD-11*, Oltmanns, Widiger, 2018) w polskiej adaptacji Ciecucha i in. (2021), który powstał do pomiaru patologicznych cech osobowości wyróżnionych przez *Międzynarodową statystyczną klasyfikację chorób i problemów zdrowotnych* w ICD-11 (WHO, 2021). Do pomiaru metacech osobowości użyto kwestionariusza *Circumplex Personality Metatraits-wersja przymiotnikowa* (CPM-AL, Strus, Ciecuch, 2020), a do pomiaru natężenia dwóch wymiarów przywiązania – Skali Doświadczeń w Bliskich Związkach (DBZ-R, Lubiewska i in., 2016), który jest polską adaptacją narzędzia *Experience in Close Relationships-Revised* (ECR-R, Fraley i in., 2000).

W celu weryfikacji hipotez przeprowadzono trzy badania za pomocą wyżej wymienionych narzędzi pomiaru w grupach o wzrastającym nasileniu zaburzeń osobowości. W badaniu pierwszym wzięło udział $N = 328$ osób dorosłych w wieku 18-75 lat ($M = 39,80$; $SD = 12,11$) z próby ogólnej, bez kryteriów wstępnych. W badaniu drugim wzięły udział $N = 132$ osoby w wieku 18-65 lat ($M = 29,10$; $SD = 1,05$), które obecnie lub w ostatnim roku były pod opieką psychoterapeutyczną lub/i psychiatryczną z różnych powodów. W badaniu trzecim wzięło udział $N = 76$ osób w wieku 18-65 lat ($M = 24,18$; $SD = 1,12$), posiadających diagnozę zaburzenia osobowości lub diagnozę współwystępowania zaburzenia osobowości i leczących się na oddziałach związanych z zaburzeniami osobowości.

Przeprowadzone badania pozwoliły na potwierdzenie hipotez o związku (a) między cechami obsesyjno-kompulsywnej osobowości a metacechą delta-plus/powściągliwość oraz (b) między cechami narcystycznej osobowości (w aspekcie wielkościowym) a metacechą delta-minus/poszukiwanie wrażeń. Biorąc pod uwagę aspekty wyróżnione w spektrum narcyzmu (Krizan, Herlache, 2018; Rogoza, Ciecuch, Strus, 2021; Rogoza, Ciecuch, Strus, Kłosowski, 2021) – zgodnie z przewidywaniami – wrażliwy aspekt narcyzmu wiązał się z metacechą gamma-minus/dysharmonia, a antagonistyczny aspekt narcyzmu z alfa-minus/rozhamowanie, a także z delta-minus/poszukiwanie wrażeń.

Obydwa wymiary przywiązania, tj. niepokój oraz unikanie, ulokowały się w KMMO w rejonach odpowiedzialnych za patologiczne funkcjonowanie, co potwierdziło zakładaną hipotezę. Nie udało się jednak systematycznie potwierdzić hipotezy o tym, że wymiary przywiązania moderują związek między wybranymi metacechami a nasileniem cech obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej osobowości. Taki związek wykryto tylko w zakresie pojedynczych aspektów, a otrzymane w tym względzie niejednoznaczne wyniki każą myśleć o konstrukcie zaburzeń osobowości jako bardzo złożonej rzeczywistości psychicznej.

Słowa kluczowe: obsesyjno-kompulsywne zaburzenie osobowości, narcystyczne zaburzenie osobowości, metacechy osobowości, przywiązanie

Copyright by Wydawnictwo Naukowe UKSW

INTRODUCTION

Personality disorder is generally defined as a type of mental disorder that originates from childhood and manifests in relatively rigid and permanent patterns of cognitive, emotional and interpersonal functioning. Personality disorders cause suffering and have a negative impact on crucial areas of life, including social and professional ones (Colman, 2009). For a long time, a process of diagnosis personality disorders was dominated by the categorical approach, which was based on classifying people into separate categories according to appropriate number of criteria defining a given category. However, the dimensional approach characterized by the quantitative measurement of functioning in the continuum between healthy and dysfunctional personality, has become more popular in recent years. It allows to diagnose personality disorders by the constellation and intensity of various features (Cierpiałkowska, Górska, 2016; Helzer et al., 2008; Huprich, Bornstein, 2007; Nowak, 2015; Rowiński et al., 2018; Trull, Durrett, 2005; Trull, Widiger, 2013). The authors of the DSM-5 diagnostic manual (APA, 2013), which included not only the categorical but also the dimensional approach, recommend conducting further research to verify this alternative view on personality disorders. The new version of the International Classification of Diseases ICD-11 (WHO, 2021) clearly introduces the dimensional approach to personality disorders in a place of the previous categorical one.

This work was prepared as a part of the dimensional approach to personality disorders. It analyzes the obsessive-compulsive personality disorder and the narcissistic personality disorder. The specific features of these two personality disorders can support functioning in some areas of life but exceeding the intensity of them can have a dysfunctional impact on the individual. Therefore, the main goal of the study was to analyze these disorders within one coherent model in order to answer the question – what determines their specificity and under what conditions a certain personality profile, characteristic for an

obsessive-compulsive or narcissistic personality disorder, becomes dysfunctional and under which, still not.

The theoretical basis of this study is the Circumplex of Personality Metatraits (CPM, Strus, Cieciuch, 2017, 2021; Strus, Cieciuch, Rowiński, 2014), and attachment theory (Bowlby, 1969, 1973, 1980). CPM is a model of personality structure that distinguishes eight main metatraits located in a circumplex space. It provides the foundation for the theoretical integration of other personality, temperament, emotions, motivation and psychopathology models. The research conducted so far has showed the potential of CPM to differentiate the main types of personality disorders (Zawadzki, 2016, 2017). CPM has also been used as a framework to compare the five domains related to personality disorders in the DSM-5 and ICD-11 and a kind of resolution for debate on which pathological Big Five is more theoretically and structurally justified (Strus, Łakuta, Cieciuch, 2021). The theory of attachment is already a well-established theory that is used in developmental psychology, personality psychology and psychopathology as well. It concerns the impact of the formation of early bonds with the most important people in a child's life on its development and overall functioning (Bowlby, 2007). It helps to understand how our basic ways of entering into interpersonal relationships are formed and how the image of ourselves is created, and thus also the foundations of our personality (Levy, Johnson, Clouthier, Scala, Temes, 2005). Until now, the theory of attachment has been used as a base for theoretical considerations and empirical research in the field of personality disorders, but the research so far has been conducted mainly in the categorical approach, in which the respondents are assigned to separate attachment styles (Erkan et al., 2015; Shorey, Snyder, 2006). There have been only a few dimensional studies using the two basic dimensions of attachment: anxiety (a fear of rejection) and avoidance (a fear of intimacy).

In this study, the hypothesis about the correlation, on the one hand between the features of narcissistic personality and the features of obsessive-compulsive personality and personality metatraits, and on the other hand between the personality metatraits and dimensions of attachment, was verified. The delta metatrait (restraint vs sensation seeking) is particularly important for these disorders on the opposite polars of which these personalities were expected to be located.

Therefore, positive correlations were expected (a) between the delta-plus/restraint metatrait and the intensity of the obsessive-compulsive personality traits, and (b) between the delta-minus/sensation-seeking metatrait and the intensity of the narcissistic personality traits.

In this approach, narcissistic personality is understood in accordance with clinical classifications that mainly refer to the grandiose aspects of narcissism

(APA 2000, 2013). The study also covers other structural proposals for the description of narcissism, including the spectrum of narcissism (Krizan, Herlache, 2018; Rogoza, Cieciuch, Strus, 2021; Rogoza, Cieciuch, Strus, Kłosowski, 2021), according to which other aspects of narcissism, apart from grandiose (i.e. vulnerable and antagonistic), may also be correlated with other metatraits (respectively: gamma-minus/disharmony and alpha-minus/disinhibition). In terms of the relationship with attachment – positive correlations were expected (a) between the intensity of the obsessive-compulsive personality traits and the intensity of attachment anxiety, and (b) between the intensity of the narcissistic personality traits and the intensity of attachment avoidance. Since in CPM the delta line/restraint vs sensation seeking is a kind of border between healthy functioning and disorders or their risk (Strus, Cieciuch, 2017; Strus, Łakuta, Cieciuch, 2021), it was predicted that both attachment dimensions (attachment anxiety and avoidance of attachment) would locate below this line. It was also expected that high intensity of maladaptive forms of attachment would be associated with high intensity of obsessive-compulsive and narcissistic personality traits. Moreover, it was expected that high intensity of attachment avoidance would moderate the relationship between delta-minus/sensation seeking metatrait and the intensity of narcissistic personality traits, and high intensity of attachment anxiety would moderate the relationship between delta-plus/restraint metatrait and the intensity of obsessive-compulsive personality traits. The confirmation of this hypothesis would mean that maladaptive forms of attachment are the factors responsible for the fact that an obsessive-compulsive or narcissistic personality already becomes the disorder. In other words – personalities with obsessive-compulsive or narcissistic features, always associated with – respectively – delta-plus/restraint and delta-minus/sensation-seeking, in the case of high intensity of dysfunctional attachment – would be located below the delta line in CPM, in the space of disorders.

In order to verify the research hypotheses, questionnaires measuring pathological traits associated with narcissistic and obsessive-compulsive personality disorders in the dimensional approach, metatraits in the Circumplex of Personality Metatraits and two dimensions of attachment, were used. To measure the intensity of obsessive-compulsive personality traits and narcissistic personality traits the Five-Factor Obsessive-Compulsive Inventory (FFOCI, Samuel et al., 2012) in the polish adaptation of Kłosowski, Cieciuch and Strus (2019), the Five-Factor Narcissism Inventory - Short Form (FFNI-SE, Sherman et al., 2015) in the Polish adaptation of Rogoza, Strus, Cieciuch and Kłosowski (2020) and selected scales relating to the two discussed personality disorders from the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5, Krueger, Derringer,

Markon, Watson, Skodol, 2012) in Polish adaptation of Rowiński et al. (2018), were used. In the conducted research the Personality Inventory for ICD-11 (PiCD, Oltmanns, Widiger, 2018) in Polish adaptation of Ciecuch et al. (2021), was used. PICD was developed to measure the pathological personality traits distinguished by the International Classification of Diseases ICD-11 (WHO, 2021). The Circumplex of Personality Metatraits Questionnaire – adjective version (CPM-AL, Strus, Ciecuch, 2020) was used to measure personality metatraits, and the Experiences in Close Relationships – Revised (ECR-R, Fraley et al., 2000) in Polish adaptation of Lubiewska et al. (2016) was used to measure the intensity of two attachment dimensions.

In order to verify the hypotheses, three studies were conducted with the use of the mentioned questionnaires in groups with increasing severity of personality disorders. The first study involved $N = 328$ adults aged 18 to 75 years ($M = 39,80$; $SD = 12,11$) from the overall sample, with no entry criteria. The second study involved $N = 132$ people aged 18-65 ($M = 29,10$, $SD = 1,05$) who were currently or in the last year using psychotherapeutic and / or psychiatric care for various reasons. The third study involved $N = 76$ people aged 18-65 years ($M = 24,18$; $SD = 1,12$) with a diagnosis of (or coexisting) personality disorder.

The conducted research allowed to confirm the assumptions about the correlation (a) between the features of the obsessive-compulsive personality and the delta-plus/sensation-seeking metatrait, (b) between the features of narcissistic personality (in its grandiose aspect) and the delta-minus/restraint metatrait. Taking into consideration the aspects distinguished in the narcissism spectrum (Krizan, Herlache, 2018; Rogoza, Ciecuch, Strus, 2021; Rogoza, Ciecuch, Strus, Kłowski, 2021) – as predicted – the vulnerable aspect of narcissism was associated with the gamma-minus/disharmony metatrait, and the antagonistic aspect of narcissism with the alpha-minus/disinhibition and also with the delta-minus/sensation seeking metatrait. The both attachment dimensions (avoidance and anxiety) have been located in the CPM in parts responsible for pathological functioning which confirms one of the assumed hypothesis. However, it was not possible to confirm in the systematic way the hypothesis about the moderating role of attachment dimensions in the relationship between metatraits and the intensity of narcissistic or obsessive-compulsive personality traits. Such a relationship was found only in some particular aspects, and the ambiguous results make us think about the construction of personality disorders as a very complex psychological structure.

Keywords: obsessive-compulsive personality disorder, narcissistic personality disorder, personality metatraits, attachment

CZĘŚĆ I
PODSTAWY TEORETYCZNE
BADAŃ

Copyright by Wydawnictwo Naukowe UKSW

ROZDZIAŁ 1

OBSESYJNO-KOMPULSYWNE I NARCYSTYCZNE ZABURZENIE OSOBOWOŚCI

1.1. Zaburzenia osobowości

Rozważania na temat osobowości człowieka podejmowane były od czasów starożytnych, z początku zwłaszcza z punktu widzenia filozoficznego. Od czasów Hipokratesa refleksje te zwykle budowane były wokół koncepcji temperamentu (Jakubik, 1997). Z kolei zaburzenia osobowości stały się przedmiotem intensywnych analiz dopiero w XX w. Podstawę stanowiła tutaj koncepcja patologii charakteru Freuda (1916/1989), rozbudowywana przez jego kontynuatorów. Także wiele współczesnych koncepcji patologii osobowości bierze swój początek w psychoanalitycznym ujęciu charakteru, wyjaśniającym mechanizmy powstawania określonej organizacji psychicznej na różnych etapach rozwoju człowieka. Ujęcia te były uzupełniane osiągnięciami psychologii różnic indywidualnych, w tym zwłaszcza identyfikacją cech opisujących zaburzoną osobowość, a także teoriami społecznego uczenia się i koncepcjami poznawczymi, również wyjaśniającymi powstawanie i mechanizmy działania patologii osobowości (Cierpiałkowska, Zalewska, 2010; Cierpiałkowska, 2012). Jak zwraca uwagę Cierpiałkowska (2012, 2013), wraz z rozwojem psychologii osobowości zaczęły pojawiać się nowe koncepcje, które wpływały zarówno na rozwój myślenia o osobowości normatywnej, jak i osobowości zaburzonej.

Zaburzenia osobowości stanowiły i stanowią nie tylko ważny element refleksji psychologicznej, podejmowanej z różnych perspektyw teoretycznych, lecz także problem medyczny z zakresu psychiatrii. Zostały one wyodrębnione

jako osobna grupa zaburzeń psychicznych w trzecim wydaniu *Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych* (DSM-3; APA, 1980). Również w ósmej edycji *Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych* (ICD-8; WHO, 1967) znalazły się rozdziały związane z zaburzeniami osobowości. Wcześniej klasyfikacja ICD, która nie była jeszcze powszechnie przyjmowana w wielu krajach, wymieniała tylko psychozy, psycho-neurozy oraz zaburzenia charakteru, zachowania i inteligencji (Kujawski, 2016).

Zgodnie z aktualną klasyfikacją zaburzeń psychiatrycznych DSM-5 (APA, 2013) zaburzenia osobowości rozumiane są jako klasa zaburzeń psychicznych charakteryzujących się trwałymi i nieadaptacyjnymi sposobami zachowania, myślenia, przeżywania i wchodzenia w relacje, co ma znaczenie dla funkcjonowania człowieka w wielu sferach życia. ICD-10 (WHO, 2009) rozumie zaburzenia osobowości w sposób zbliżony do DSM-5, charakteryzując je jako ściśle zintegrowane i trwałe wzorce zachowania o znaczeniu klinicznym, przejawiające się sztywnymi reakcjami na zmienne sytuacje osobiste i społeczne, które – będąc wyrazem stylu życia pacjenta – jednocześnie stanowią skrajne lub istotne odchylenie od standardowych w danej kulturze sposobów myślenia, odczuwania i kontaktowania się z innymi ludźmi. ICD-10 podkreśla jednocześnie, że część tych wzorów zachowania pojawia się bardzo wcześnie w rozwoju indywidualnym, podczas gdy inne nabywane są w późniejszym okresie życia. Ogłoszona publicznie, choć jeszcze nieobowiązująca, klasyfikacja ICD-11 (WHO, 2021) rozbudowuje – w stosunku do poprzedniej – opis tego rodzaju zaburzeń psychicznych zwracając uwagę na problemy w zakresie tożsamości, poczucia własnej wartości czy adekwatności obrazu siebie (w zakresie intrapersonalnym), a także problemy w rozwoju i utrzymaniu bliskich i wzajemnie satysfakcjonujących związków oraz rozumieniu perspektywy innych osób (w zakresie interpersonalnym). ICD-11 podkreśla jednocześnie, że o zaburzeniach osobowości można mówić, jeśli te problemy utrzymują się przynajmniej dwa lata pod postacią dysfunkcyjnych wzorców w zakresie funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i behawioralnego.

Zaburzenia osobowości zwykle ujawniają się w okresie adolescencji lub wczesnej dorosłości, choć ich początku można dopatrywać się już w dzieciństwie. Ich rozpowszechnienie w populacji sięga 13%, a w wybranych grupach społecznych (np. osoby samookaleczające się czy więźniowie) sięga lub przekracza 50% (Gask, 2013). Dane na temat epidemiologii zaburzeń osobowości mogą być jednak niepełne ze względu na ich specyfikę. Wymykają się one bowiem jednoznacznej diagnozie, a ponadto nie zawsze podlegają hospitalizacji czy innym formom leczenia. Diagnozowanie zaburzeń osobowości jest bardzo skomplikowane, dlatego zwraca się uwagę na potrzebę „rzetelnego procesu

diagnostycznego wymagającego ustalenia czasu trwania objawów, sfer życia podlegających ograniczeniu funkcjonowania ze względu na zaburzenie, sprawdzenia wszystkich cech charakterystycznych, wykluczenia innych patologii psychicznych, uwzględnienia także innych zaburzeń osobowości” (Morrison, 2016, s. 586).

W zakresie etiologii zaburzeń osobowości wskazuje się na możliwe przyczyny natury genetycznej, rolę wczesnych doświadczeń w rodzinie, przebyte traumy, ekstremalnie stresujące doświadczenia bądź organiczne zmiany w mózgu (Gask, 2013). Doświadczanie zaburzeń osobowości przez pacjentów może znacznie różnić się od doświadczania innych zaburzeń psychicznych.

W sytuacji patologii osobowości przejawy zaburzenia mogą być częściej odbierane nie jako obce i będące jedynie źródłem cierpienia, ale jako własne, przynależne do ja jednostki (Crits-Christoph, Barber, 2004).

Zdania na temat leczenia zaburzeń osobowości są podzielone. Jak konkluduje Gask (2013), część psychiatrów uważa, że tego typu patologii nie można wyleczyć. Inni twierdzą, że tylko psychoterapia stwarza warunki do korekty patologicznych aspektów osobowości (Aleksandrowicz, 2004). Wśród nurtów, które wykazują największą efektywność w leczeniu zaburzeń osobowości, wymienia się podejście psychodynamiczne i poznawczo-behawioralne (Cierpiałkowska, Górska, 2016). Terapeuta w każdym konkretnym przypadku musi umieć odróżnić to, co może podlegać zmianie u pacjenta, od tego, czego nie można zmienić, w tym temperament, zaburzenia genetyczne, nieodwracalne zaburzenia pracy mózgu, niepodlegające zmianie czynniki fizyczne i okoliczności życiowe (McWilliams, 2012). Powinien ocenić problemy rozwojowe pacjenta, stosowane przez niego mechanizmy obronne, podstawowe afekty, identyfikacje, wzorce relacyjne oraz patogenne przekonania. W niektórych przypadkach, zwłaszcza wtedy, gdy do zaburzenia osobowości dołączają się zaburzenia psychiczne innego typu, może okazać się pomocne leczenie farmakologiczne (Gask, 2013). Kluczowymi czynnikami leczącymi, niezależnie od podjętego rodzaju psychoterapii, mogą ostatecznie okazać się: związek terapeutyczny, korektywne doświadczenie emocjonalne, nowe możliwości poznania siebie i otoczenia oraz doświadczenie nowych sposobów zachowania (Czabała, 2013).

1.2. Kategorialne i dymensjonalne podejście do zaburzeń osobowości

Stwierdzenie, kiedy dobrze funkcjonująca osobowość zmienia się w osobowość dysfunkcyjną, przysparza trudności zarówno badaczom, jak i praktykom klinicznym. W tym zakresie w psychopatologii dostrzec można dwa podejścia do zaburzeń osobowości: kategorialne i dymensjonalne. Związane są one zarówno z konceptualizacją, jak i badaniami empirycznymi nad patologią osobowości (Brown, Barlow, 2005; Cierpiałkowska, Górska, 2016; Cierpiałkowska, Soroko, 2017; Strickland i in., 2018; Trull, Durett, 2005).

Podejście kategorialne wiąże się z określaniem zaburzenia osobowości jako osobnej jednostki nozologicznej. Założeniem tego podejścia jest możliwość jakościowego odróżnienia danego zaburzenia od innych zaburzeń oraz od braku zaburzenia (normy). Istotą podejścia kategorialnego stanowi zaklasyfikowanie ludzi chorych do odrębnych kategorii na podstawie spełnienia odpowiedniej liczby kryteriów diagnostycznych według obowiązujących klasyfikacji chorób i zaburzeń (Green, 2015; Nowak, 2015). W przypadku zaburzeń osobowości wyodrębnionych w DSM-5 dla stwierdzenia występowania danej patologii konieczne jest spełnienie najczęściej czterech lub pięciu spośród podanych kryteriów. Zgodnie z ICD-10 w przebiegu większości zaburzeń osobowości występuje sześć charakterystycznych objawów, z których trzy wystarczą do rozpoznania różnych kategorii zaburzeń osobowości. Podejście kategorialne jest podejściem tradycyjnym i najczęściej występującym w poprzednich podręcznikach diagnostycznych. Do niedawna dominowało również w badaniach oraz praktyce klinicznej, zwłaszcza medycznej.

Podejście dymensjonalne charakteryzuje się ilościowym pomiarem cech osobowości, zarówno zdrowej, jak i zaburzonej. Przyjmuje się w tym podejściu założenie, że cechy osobowości opisują wszystkich ludzi, przy czym w przypadku niektórych osób pewne cechy są skrajnie nasilone, a zachowanie przez nie prezentowane nabiera zbyt sztywnego i dysfunkcyjnego charakteru, stając się źródłem cierpienia (Hopwood i in., 2018; Nowak, 2015). U podstaw tego podejścia leży więc założenie o istnieniu kontinuum między osobowością zdrową a zaburzoną – cechy właściwe dla jakiegoś zaburzenia osobowości opisują także ludzi niecierpiących na dane zaburzenie, a różnica między zdrowymi a chorymi polega właśnie na nasileniu danej cechy (Morrison, 2016). Dymensjonalne podejście do zaburzeń osobowości pozwala zatem na rozpoznanie zaburzenia za pomocą nasilenia określonych cech osobowości skatalogowanych w ramach danego modelu teoretycznego (Allen, 1982; Helzer i in., 2008;

Huprich, Bornstein, 2007; Nowak, 2015; Rowiński i in., 2018; Trull, Durrett, 2005; Trull, Widiger, 2013).

Podejście kategorialne było poddawane krytyce między innymi ze względu na współwystępowanie różnych typów zaburzeń osobowości u tych samych osób, arbitralność i niestabilność diagnozy oraz problemy z weryfikacją empiryczną i brak dostatecznych powiązań ze zweryfikowanymi empirycznie psychologicznymi modelami osobowości zdrowej (Markon, 2013; Strus i in., 2017; Trull, Duret, 2005; Widiger, 2012; Widiger, Simonsen, 2005). Dlatego też podejście dymensjonalne zaczęło zdobywać coraz większą popularność – określano je jako bardziej trafne od kategorialnego, a także bardziej użyteczne w procesie diagnozy zaburzeń osobowości (Krueger, Markon, 2011; Trull, Duret, 2005; Widiger, 2012; Widiger, Livesley, Clark, 2009). Dyskusja wokół podejścia kategorialnego i dymensjonalnego odzwierciedliła się także w międzynarodowych klasyfikacjach chorób. W DSM-5 (2013) przyjęto jeszcze model hybrydowy (wprowadzono podejście dymensjonalne, nie rezygnując jednak z kategorialnego), natomiast ICD-11 (2021) wprowadziło już pełne podejście dymensjonalne.

Jeszcze przed wprowadzeniem hybrydowego modelu zaburzeń osobowości w DSM-5 czy dymensjonalnego modelu w ICD-11, jednym z najbardziej znanych modeli dymensjonalnych, wykorzystywanych w badaniach nad osobowością oraz jej zaburzeniami, był Pięciodziedzinowy Model Osobowości (PMO), popularnie określany jako Model Wielkiej Piątki (Costa, McCrae, 1992). Wyróżnia on pięć podstawowych cech osobowości: ekstrawersję, neurotyczność, otwartość na doświadczenie, ugodowość i sumienność. Wprawdzie analizy wykazały, iż odpowiednie natężenie wybranych cech PMO i ich konstelacja mogą być związane z zaburzeniami osobowości (Clark, 2007; Widiger, Costa, 1994; Widiger, Gore, Crego, Rojas, Oltmanns, 2016), jednak PMO nie spełnił wszystkich pokładanych w nim nadziei związanych z integracją badań nad osobowością zdrową i chorą (Zawadzki, 2009). Innym dymensjonalnym modelem, który próbował opisać zaburzenia osobowości, był model pięciu wymiarów psychopatologii osobowości PSY-5 (Harkness, McNulty, Ben-Porath, 1995). Składa się on z pięciu następujących podstawowych wymiarów: agresywność, psychotyzm, brak zahamowań, negatywna emocjonalność oraz introwersja. Obydwa modele – PMO i PSY-5 – stały się swego rodzaju wstępem do dymensjonalnego ujmowania zaburzeń osobowości i jako takie znalazły swoje odzwierciedlenie w klasyfikacji DSM-5 i ICD-11.

DSM-5 utrzymuje jeszcze w dużej mierze medyczny model choroby (zbudowany zasadniczo na podejściu kategorialnym), jednak nie definiuje ostrych granic między różnymi zaburzeniami osobowości oraz między zaburzeniem

a jego brakiem (Morrison, 2016). Warto dodać, że już w poprzedniej edycji DSM-4 (APA, 2000) znalazły się elementy myślenia dymensjonalnego, kiedy pogrupowano dziesięć kategorii zaburzeń osobowości w trzy ogólniejsze wiązki: A, B, C, zwracając uwagę już nie tylko na objawy poszczególnych kategorii zaburzeń, lecz także na wspólne cechy („dymensje”) łączące niektóre z nich. Również w aktualnej wersji (DSM-5) zamieszczono taką samą liczbę kategorii zaburzeń oraz zastosowany wcześniej podział trzech wiązek – dotyczy to jednak Sekcji II zawierającej tradycyjne kryteria diagnostyczne, ale w Sekcji III – prezentującej hybrydowy model zaburzeń osobowości – liczba kategorii zaburzeń osobowości uległa pomniejszeniu.

W Sekcji II DSM-5 jest wymienionych 11 specyficznych kategorii zaburzeń osobowości, dla których podano typowe objawy. Do tych 11 zaburzeń należą: paranoidalne, schizoidalne, schizotypowe, antysocjalne, unikające, z pogranicza, histrioniczne, narcystyczne, zależne, obsesyjno-kompulsywne oraz zmiana osobowości spowodowana innym stanem ogólnomedycznym (APA, 2013; Gałęcki, Świącicki, 2015). Dla porównania, specyficzne zaburzenia osobowości umieszczone w ICD-10 to: osobowość paranoiczna, osobowość schizoidalna, osobowość dysocjacyjna, osobowość chwiejna emocjonalnie (typu impulsywnego lub typu borderline), osobowość histrioniczna, osobowość anankastyczna, osobowość lękliwa (unikająca), osobowość zależna. ICD-10 wymienia także takie kategorie, jak: inne określone zaburzenia osobowości, zaburzenia osobowości bliżej nieokreślone, mieszane zaburzenia i inne zmiany osobowości oraz trwałe zmiany osobowości niewynikające z uszkodzenia ani z choroby mózgu. Narcystyczne zaburzenie osobowości zaklasyfikowano w tym przypadku do grupy zaburzeń mieszanych (obok osobowości ekscentrycznej, uległej, niedojrzałej, bierno-agresywnej czy psychoneurotycznej). Zarówno DSM-5, jak i ICD-10 wskazują dodatkowo na inne specyficzne i niespecyficzne zaburzenia osobowości nieujęte w powyższych kategoriach.

W Sekcji III DSM-5 przedstawiono hybrydowy model zaburzeń osobowości, opierający się na dwóch kluczowych kryteriach rozpoznawania tych zaburzeń. Są nimi kryteria A oraz B (pozostałe C-G to standardowe kryteria kliniczne mające na celu wykluczenie dodatkowych czynników odpowiedzialnych za obserwowane objawy zaburzenia osobowości). Kryterium A związane jest z oceną funkcjonowania człowieka w dwóch obszarach: intrapsychnicznym (obejmującym tożsamość i kierowanie sobą) oraz interpersonalnym (obejmującym empatię i bliskość). Nasilenie występowania zaburzenia mierzone jest tutaj na pięciostopniowej skali. W kryterium B wyróżniono 25 aspektów funkcjonowania osobowości człowieka, składających się na pięć cech-domen – korepondujących z pięcioma czynnikami PMO i tworzących patologiczną Wielką

Piątkę. Tych 25 aspektów zostało przyporządkowanych do pięciu domen w taki sposób, że każda z pięciu domen posiada od trzech do dziewięciu aspektów (niektóre z nich przynależą do więcej niż jednej domeny). I tak do domeny negatywny afekt należy dziewięć aspektów: labilność emocjonalna, niepokój, lęk separacyjny, submisyjność, wrogość, perseweratywność, depresyjność, podejrzliwość, ograniczona emocjonalność; do domeny izolacja należy sześć aspektów: wycofanie, unikanie bliskości, depresyjność, ograniczona emocjonalność, podejrzliwość; do domeny antagonizm należy sześć aspektów: skłonność do manipulacji, skłonność do oszukiwania, wielkościowość, poszukiwanie uwagi, niewrażliwość, wrogość; do domeny rozhamowanie należy pięć aspektów: nieodpowiedzialność, impulsywność, podatność na rozproszenie uwagi, skłonność do nadmiernego ryzyka, sztywny perfekcjonizm; do domeny psychotyzm należą trzy aspekty: nietypowe przekonania i doświadczenia, ekscentryczność oraz dysregulacja poznawcza i percepcyjna. Nasilenie każdej z wymienionych cech można ocenić za pomocą specjalnie do tego celu skonstruowanego narzędzia – Inwentarza Osobowości PID-5 (Krueger i in. 2012).

Ta nowa – w stosunku do poprzednich wersji DSM – propozycja została opracowana na podstawie badań empirycznych oraz przeglądu teoretycznie opracowanych modeli cechowych. Należy podkreślić, iż w Sekcji III pozostawiono jedynie sześć kategorii specyficznych zaburzeń osobowości, redukując ich liczbę w odpowiedzi na krytykę kryteriów definiowania oraz wyniki badań sugerujących współwystępowanie zaburzeń. W konsekwencji w Sekcji III DSM-5 pozostały następujące kategorie zaburzeń osobowości: osobowość antyspołeczna, unikająca, z pogranicza, schizotypowa, narcystyczna oraz obsesyjno-kompulsywna.

W DSM-5 znajdziemy nie tylko opis zaburzeń osobowości uwzględniający obydwa podejścia – kategorialne i dymensionalne – lecz także zachętę do prowadzenia dalszych badań w celu weryfikacji koncepcji alternatywnej do tradycyjnego ujęcia zaburzeń osobowości jako odrębnych kategorii diagnostycznych. Jak zwraca uwagę Rowiński i in. (2018), ten hybrydowy system diagnozy jest pomostem pomiędzy tradycją psychiatrycznych klasyfikacji zaburzeń a tradycją psychologicznych badań nad strukturą osobowości człowieka.

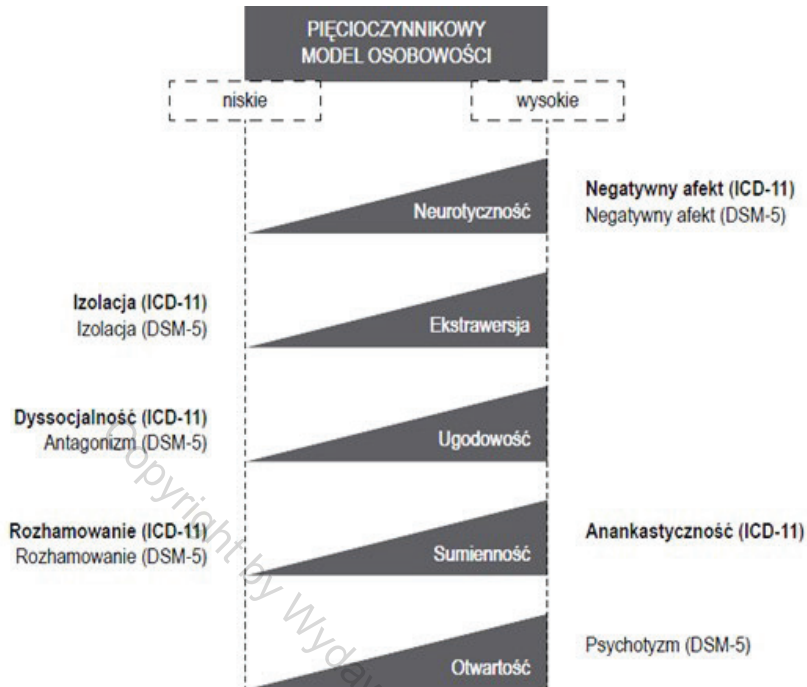
Najnowsza klasyfikacja ICD-11 (WHO, 2021) w wyraźny sposób preferuje dymensionalne podejście do zaburzeń osobowości. Nie wymienia się tutaj poszczególnych kategorii zaburzeń, ale przyjmuje się model dymensionalny, polegający na oszacowaniu ogólnego nasilenia zaburzenia oraz pięciu patologicznych cech-domen osobowości. Stopień nasilenia zaburzenia osobowości może zostać określony jako: lekki (*mild*), umiarkowany (*moderate*) oraz poważny (*severe*). Wskazane poziomy dotyczą klinicznej oceny stopnia i rozległości zakłóceń

w funkcjonowaniu jednostki (zarówno w obszarze intrapersonalnym, jak i interpersonalnym) oraz stopnia i rozległości objawów poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych związanych z zaburzeniem osobowości. Poza określeniem nasilenia zaburzenia osobowości, jest ono w ICD-11 charakteryzowane za pomocą pięciu patologicznych cech-domen: negatywny afekt, izolacja, dysocjalność, rozhamowanie, anankastyczność. Porównanie kategorii zaburzeń osobowości w DSM-4, DSM-5, ICD-10 oraz ICD-11 prezentuje tabela 1. Natomiast zestawienie pięciu cech-domen PMO, DSM-5 oraz ICD-11 przedstawia rysunek 1.

Tabela 1

Kategorie zaburzeń osobowości w klasyfikacjach DSM-4, DSM-5 i ICD-10

DSM-4	DSM-5 Sekcja II	DSM-5 Sekcja III	ICD-10
paranoidalne	paranoidalne		paranoiczne
schizoidalne	schizoidalne		schizoidalne
schizotypowe	schizotypowe	schizotypowe	
antysocjalne	antysocjalne	antyspoleczne	dysocjalne
unikające	unikające	unikające	łękliwe (unikające)
z pogranicza	z pogranicza		chwijne emocjonalnie (typu impulsywnego lub typu borderline)
histrioniczne	histrioniczne		histrioniczne
narcystyczne	narcystyczne	narcystyczne	
zależne	zależne		zależne
obsesyjno-kompulsywne	obsesyjno-kompulsywne	obsesyjno-kompulsywne	anankastyczne
zmienne pod wpływem innych medycznych czynników	zmienne pod wpływem innych medycznych czynników		inne określone zaburzenia osobowości
zaburzenie osobowości bliżej nieokreślone	zaburzenie osobowości bliżej nieokreślone		zaburzenie osobowości bliżej nieokreślone
			mieszane zaburzenia i inne zmiany osobowości (w tym narcystyczne)
			trwałe zmiany osobowości niewynikające z uszkodzenia ani z choroby mózgu



Rysunek 1. Graficzna prezentacja relacji między cechami wyróżnionymi w ICD-11, DSM-5 i PMO (źródło: Ciecuch i in., 2021)

W klasyfikacji ICD-11 pojawia się także po raz pierwszy rozróżnienie na zaburzenia osobowości (*personality disorder*) oraz problemy osobowościowe (*personality difficulty*). Te ostatnie rozumiane są jako trwające przynajmniej dwa lata (podobnie jak w przypadku zaburzeń osobowości) trudności związane z indywidualnym sposobem myślenia i doświadczania siebie, innych oraz świata. Problemy te mają związek z konkretnymi cechami osobowości, jednak niewystępującymi w takim stopniu, aby móc je zakwalifikować jako zaburzenia osobowości.

1.3. Obsesyjno-kompulsywne zaburzenie osobowości (OCPD)

Wśród wymienianych w klasyfikacjach zaburzeń – osobowość obsesyjno-kompulsywna i osobowość narcystyczna są takimi zaburzeniami, których wybrane cechy mogą dość efektywnie wspomagać funkcjonowanie w określonych obszarach życia, a dopiero po przekroczeniu ich odpowiedniego natężenia zaczynają zaburzać codzienne funkcjonowanie. Istotnym pytaniem jest zatem, dlaczego akurat te zaburzenia mają taką charakterystykę oraz jak to się dzieje, że dany profil cech osobowości, balansujący na granicy zaburzenia, staje się już zaburzeniem.

Obsesyjno-kompulsywne zaburzenie osobowości (*obsessive-compulsive personality disorder*, OCPD) posiada ugruntowaną pozycję w literaturze klinicznej, począwszy od opisywanego przez Freuda (1908/1959) typu osobowości analnej (*anal-retentive*). Freud opisywał taką osobowość, używając głównie trzech charakterystyk: uporu, skąpstwa oraz zamiłowania do porządku. OCPD jest ujmowane obecnie w obu klasyfikacjach chorób i zaburzeń psychicznych: DSM-5 i ICD-10, przy czym w ICD-10 nazywane jest anankastycznym zaburzeniem osobowości. W praktyce pojęcia obsesyjno-kompulsywne zaburzenie osobowości oraz anankastyczne zaburzenie osobowości używane są zamiennie (Fineberg, Reghunandan, Samar, Atmaca, 2014; Reddy, Vijay, Reddy, 2016). DSM-5 klasyfikuje OCPD do wiązki C zaburzeń osobowości, obok osobowości zależnej oraz osobowości unikającej. Wiązka C w DSM-5 charakteryzowana jest jako grupa zaburzeń osobowości związanych z lęklivością, napięciem, ostrożnością i wycofaniem.

Osoba z zaburzoną osobowością typu OCPD jest sztywna, kompulsywna, nieugięta, perfekcjonistyczna. Wzorzec funkcjonowania osoby obsesyjno-kompulsywnej oparty jest przede wszystkim na porządku, perfekcjonizmie, kontroli umysłowej i interpersonalnej, co odbywa się zazwyczaj kosztem otwartości, elastyczności, a także skuteczności. Pacjenci z OCPD nierzadko prezentują postawę szacunku i podporządkowania w relacji do przełożonych, ale względem pozostałych osób bywają despotyczni, bo upierają się przy swoim zdaniu i chcą kontrolować relacje (Cierpiałkowska, 2012; Gask, 2013; Morrison, 2016). Jak to ujmuje McWilliams (2009), „o obsesyjno-kompulsywnej osobowości możemy wnioskować wtedy, gdy psychikę danej jednostki napędza myślenie i działanie, które wyraźnie przyćmiewają odczuwanie, intuicję, słuchanie, zabawę, marzenia, działania twórcze i wszelką aktywność mniej instrumentalną i w mniejszym stopniu inspirowaną przez rozum” (s. 289).

Osobowość obsesyjno-kompulsywna według kryteriów diagnostycznych DSM-5 (APA, 2013) charakteryzuje się: (1) zaabsorbowaniem szczegółami, regułami, porządkiem, organizacją lub harmonogramami do stopnia, w którym tracony jest podstawowy sens działalności, (2) perfekcjonizmem kolidującym z finalizowaniem, (3) nadmiernym poświęceniem się pracy i wydajności (niepowodowanym oczywistą koniecznością ekonomiczną) ze szkodą dla wolnego czasu oraz przyjaźni, (4) zbytnią sumiennością, skrupulatnością i małą elastycznością w kwestiach moralnych, etycznych oraz dotyczących wartości, niewynikająca z kulturowej czy religijnej tożsamości, (5) nieumiejętnością pozbywania się zużytych lub bezwartościowych przedmiotów, nawet jeśli nie mają wartości sentymentalnej, (6) niechęcią do delegowania zadań lub pracy z innymi, chyba że będą potrafili podporządkować się konkretnemu sposobowi pracy, (7) skąpstwem w zakresie wydawania pieniędzy zarówno na rzecz siebie, jak i innych, (8) sztywnością w postępowaniu i uporem.

W sekcji III DSM-5 w kryterium A przedstawiono opis trudności, jakie dotyczą osobę z OCPD, w czterech sferach: tożsamości, kierowania sobą, empatii i bliskości. W obszarze tożsamości DSM-5 opisuje poczucie samowystarczalności osób obsesyjno-kompulsywnych jako pochodzące przeważnie z pracy i produktywności, gdyż sfera doświadczeniowa i emocjonalna tych osób jest mocno zawężona. W zakresie kierowania sobą mają one problemy z kończeniem zadań i realizacją celów, co powiązane jest z nierealnie zawyżonymi i nieelastycznymi wymaganiami, a także nadmierną sumiennością w przestrzeganiu norm moralnych. W zakresie empatii wykazują problemy w rozumieniu i akceptowaniu myśli, odczuć i zachowań innych osób. W odniesieniu do obszaru bliskości (intymności) OCPD przejawia się w przedkładaniu pracy i produktywności ponad więzi interpersonalne. Dodatkowo, sztywność i upór powodują trudności w relacjach z innymi. Jednocześnie DSM-5 zwraca uwagę na to, iż te cztery sfery wymienione w kryterium A można też oceniać ze względu na poziom funkcjonowania osobowości na kontinuum od braku lub lekkiego upośledzenia funkcjonowania (*little or no impairment*), przez częściowe upośledzenie (*some impairment*), umiarkowane upośledzenie (*moderate impairment*) aż po poważne upośledzenie (*extreme impairment*).

Sekcja III DSM-5 w kryterium B dla diagnozowania OCPD wymaga stwierdzenia sztywnego perfekcjonizmu (jako aspektu domeny rozhamowanie) oraz przynajmniej dwóch z następujących aspektów osobowości: perseweratywności (jako aspektu domeny negatywny afekt), unikania bliskości lub ograniczonej emocjonalności (jako aspektów domeny izolacja). Sztywny perfekcjonizm rozumiany jest tutaj jako naleganie na to, aby własna i cudza działalność wykonywana była bezbłędnie, idealnie i terminowo. Oznacza dbałość o organizację,

porządek, poprawność w każdym szczególe oraz przekonanie, że istnieje tylko jeden właściwy sposób wykonywania różnych czynności. Perseweratywność opisywana jest jako tendencja do powtarzania danych zachowań mimo braku ich funkcjonalności oraz kontynuowanie tych samych aktywności mimo ich nieskuteczności. Unikanie bliskości z kolei przedstawiane jest jako unikanie bliskich lub romantycznych związków, więzi międzyosobowych oraz intymnych relacji seksualnych. Ograniczona emocjonalność określana jest jako chłód, obojętność, zahamowanie reakcji emocjonalnych, w tym ekspresji emocjonalnej w odpowiedzi na emocjonujące sytuacje. Twórcy DSM-5 podkreślają, że pozostałe cechy, chociaż nie są wymagane do diagnozy obsesyjno-kompulsywnego zaburzenia osobowości, mogą jednak być wzięte pod uwagę w rozumieniu poszczególnych przypadków.

ICD-10 umiejscawia anankastyczne zaburzenie osobowości pod oznaczeniem F60.5. Wymienione są tam następujące kryteria diagnostyczne: wątpliwość i nadmierna uważność, zaabsorbowanie szczegółami, zasadami, porządkiem, harmonogramami i organizacją, perfekcjonizm utrudniający kończenie podjętych zadań, nadmierna sumiennność i pedantyczność, skrupulatyzm i przesadne zaabsorbowanie produktywnością kosztem przyjemności i relacji interpersonalnych, pedantyczność, sztywność, upór, a także nieadekwatne naleganie, aby inni prezentowali ten sam sposób myślenia i działania oraz powstrzymywali się od poddawania się spontanicznym pomysłom i impulsom.

W ICD-11 zrezygnowano z kategorii zaburzeń osobowości na rzecz wyróżnienia patologicznych cech-domen. Jedną z tych domen jest anankastyczność określana jako skupienie na sztywnych zasadach doskonałości i moralności oraz kontrolowaniu zachowania swojego i innych w celu zapewniania zgodności z tymi normami. ICD-11 (WHO, 2021) wymienia przy tym następujące przejawy anankastyczności: perfekcjonizm (zaabsorbowanie normami społecznymi, standardami dobra i zła, skrupulatność, sztywność, rutyna, detaliczna organizacja, uporządkowanie, schludność) oraz ograniczenia emocjonalne i behawioralne (nadmierna kontrola emocjonalnej ekspresji, upór i brak elastyczności, unikanie zachowań ryzykownych, perseweratywność, ostrożność). Anankastyczność w najnowszej klasyfikacji WHO została zatem uwypuklona bardziej niż w poprzednich wersjach ICD, a także samym DSM-5, gdzie zamiast anankastyczności – jako piąta cecha-domena – występuje psychotyzm. Warto dodać, że w literaturze pojawiają się argumenty, iż anankastyczność jest zarówno teoretycznie, jak i empirycznie lepiej uzasadniona niż psychotyzm jako piąty wymiar zaburzeń osobowości (Strus, Łakuta, Ciecich, 2021).

OCPD może być źródłem problemów i cierpienia w wielu różnych dziedzinach życia. Sztywny i perfekcjonistyczny stosunek do siebie i innych może

być dezadaptacyjny, dlatego badania wykazują związek OCPD z innymi problemami zdrowotnymi, takimi jak: depresja i lęk (Moser, Slane, Burt, Klump, 2012), zaburzenia odżywiania (Watson, Raykos, Street, Fursland, Nathan, 2011), a nawet samobójstwa (Schneider i in., 2006). Dysfunkcyjny styl życia osób cierpiących na to zaburzenie osobowości odbywa się najczęściej kosztem elastyczności, otwartości i wydajności (Colman, 2009), zubaża także relacje interpersonalne (Cain, Ansell, Simpson, Pinto, 2014).

Istotne jest odróżnienie OCPD od zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych jako osobnej kategorii zaburzeń psychicznych, przynależących do zaburzeń lękowych. Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne polegają głównie na powracających i niepoddających się opanowaniu uporczywych myślach (obsesje) oraz psychicznym przymusie wielokrotnego wykonywania tych samych czynności (kompulsje), przy czym dominować mogą albo obsesje, albo kompulsje, albo mogą występować obydwie formy naraz w podobnym natężeniu (Cierpiałkowska, 2012). Spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych może być bardzo szerokie i obejmować między innymi zaburzenia somatopodobne i dysocjacyjne, zaburzenia o podłożu neurologicznym, zaburzenia kontroli impulsów, zaburzenia odżywiania oraz zaburzenia typu schizoobsesyjnych i schizoafektywnych (Hollander, 1993, za: Bryńska, 2007). Warto dodać, że wielu pacjentów z OCPD w ogóle nie przejawia ani obsesji ani kompulsji, choć u niektórych osób – OCPD towarzyszą zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (Morrison, 2016). Pomocna w rozróżnieniu obsesyjno-kompulsywnego zaburzenia osobowości od zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych może być egosyntoniczność osobowości obsesyjno-kompulsywnej, która polega na przeżywaniu i traktowaniu dysfunkcyjnych cech i zachowań jako stanowiących integralną część własnej osobowości, podczas gdy obsesje i kompulsje traktowane są często jako obce i niechciane (Bryńska, 2007).

Czasami podkreśla się fakt, iż niektóre osoby mogą być bardziej kompulsywne w strukturze swojej osobowości, a inne – bardziej obsesyjne i pozbawione elementów kompulsywnych (McWilliams, 2016). Te pierwsze w większym stopniu mają skłonność do długiego rozważania swoich decyzji i odwlekania ich w czasie, te drugie czują się z kolei zobowiązane i przynaglone do podejmowania pewnych zachowań. Jak to ujmuje McWilliams (2016), „tam gdzie osoba obsesyjna opóźnia i zwleka, osoba kompulsywna nazbyt się spieszy” (s. 300). Dodatkowo, niektórzy badacze zwracają uwagę na różne aspekty pojawiające się w ramach osobowości obsesyjno-kompulsywnej, w tym wymiar porządek/kontrola i bałagan/niezdecydowanie (Riddle i in., 2016).

Mechanizmy kształtowania się osobowości obsesyjno-kompulsywnej oraz jej funkcjonowania nie są do końca poznane. Freud (1908/1991) rozpoznawał

w anankastycznym charakterze nadwrażliwość rektalną (związaną z okolicami odbytu) z okresu dzieciństwa. Upór, schludność, punktualność wiązał z treningiem czystości i przypisywał fiksacji na analnej fazie rozwoju (psychoanalityczna koncepcja Freuda zakładała kolejne stadia rozwojowe: oralne, analne, falliczne, genitalne, przy czym na każdym etapie mogło dojść do zablokowania rozwoju, związanego z frustracją lub deprivacją potrzeb, co z kolei miało manifestować się w specyficznych cechach osobowości już w życiu dorosłym). We współczesnym myśleniu psychoanalitycznym podkreśla się między innymi nadwrażliwość etyczną superego pacjentów z OCPD oraz stosowane przez nich mechanizmy obronne. Należą do nich przede wszystkim: izolacja (mechanizm poznawczy polegający na izolowaniu uczuć od myśli) i anulowanie (mechanizm behawioralny polegający na próbie zrównoważenia afektu poprzez magiczne pozbycie się uczucia), mające na celu psychiczną obronę przed popędami, uczuciami i pragnieniami (McWilliams, 2009). Riemann (2005) widzi w anankastycznym sposobie myślenia i zachowania lęk przed zmianą i przemijaniem, a ostatecznie – przed śmiercią. Osoby anankastyczne próbują sobie i innym narzucić sztywne ramy, tłumiące to, co nowe, nieznane i nietypowe. Podstawowym konfliktem afektywnym jest u nich wściekłość z powodu bycia kontrolowanymi z jednej strony, a strach przed ukaraniem i potępieniem z drugiej (McWilliams, 2009). Samokontrola ma im pomóc, aby żyć iluzją, że nad wszystkim się panuje i niczego się nie przeoczy. Współczesne czasy – związane z rozwojem technologicznym i oparte głównie na myśleniu i działaniu – mogą stanowić jedno ze źródeł rozpowszechnienia anankastycznej postawy wobec siebie i innych.

Osoby anankastyczne mają potrzebę sprawowania kontroli interpersonalnej i psychicznej (Morrison, 2016). Taka kontrola wydaje się zajmować kluczowe miejsce w rodzinach pochodzenia tych osób (McWilliams, 2009). W literaturze psychoanalitycznej zwraca się uwagę, iż rodzice takich osób mogli wymagać od nich zbyt wiele lub zbyt wcześnie, a także mogli karać dziecko nie tylko za nieakceptowalne zachowanie, lecz także myśli, uczucia i fantazje. Psychoanalityczny sposób myślenia o rozwoju psychopatologii osobowości dopuszcza również możliwość rozwoju sztywnej i obwarowanej zasadami osobowości obsesyjno-kompulsywnej jako opozycję do rodziny nadmiernie liberalnej, pozbawionej jasnych zasad postępowania, zupełnie niekontrolującej lub ignorującej (McWilliams, 2009).

OCPD jest uznawane za jedno z najczęściej rozpoznawanych i diagnozowanych zaburzeń osobowości w ogólnej populacji (Coid, Yang, Tyrer, Roberts, Ullrich, 2006; Costa, Samuels, Bagby, Daffin, Norton, 2005; Lindal, Stefansson, 2009; Torgersen, 2009). Według APA (2013) epidemiologia OCPD wynosi

od 2 do 8%. Częściej bywa ono rozpoznawane wśród mężczyzn niż u kobiet (Morrison, 2016). Warto zwrócić uwagę, iż ludzie o osobowości obsesyjno-kompulsywnej potrafią sobie dobrze radzić w wielu dziedzinach życia. Osoby uporządkowane i prowadzące zorganizowany tryb życia mogą chociażby świetnie radzić sobie w niektórych zawodach wymagających skrupulatnego sposobu myślenia i być doceniane za samodyscyplinę. Jednak znaczne nasilenie cech anankastycznych może stać się źródłem psychicznego cierpienia, utrudniać kontakty międzyludzkie i realny rozwój w wielu sferach życia.

1.4. Narcystyczne zaburzenie osobowości (NPD)

Nazwa narcystycznego zaburzenia osobowości (*narcissistic personality disorder*, NPD) odwołuje się do mitologii greckiej. Archetypowy Narcyz, syn Kefisosa i Liriope, oskarżany za egoizm i obojętność, został ukarany przez Afrodytę niemożliwą do spełnienia miłością samego siebie. Zakochany we własnej twarzy odbitej w lustrze wody, ostatecznie stracił życie. Zamieniony po śmierci w kwiat stał się symbolem tego, co zapatrzone w siebie, zimne i nieczułe (Grimal, 2008; Kopaliński, 1985; Parandowski, 1992). Pojęcie narcyzmu w kontekście patologii osobowości pojawiło się, podobnie jak anankastyczne zaburzenie osobowości, w nurcie psychoanalitycznym. Freud (1914/1973) pojmował narcyzm jako inwestowanie we własną osobę tych zasobów, które normalnie inwestuje się w otoczenie. Do istoty narcyzmu, choć nie używając tego pojęcia, odwoływał się także Adler (1891, za: Beck, Freeman, Davis, 2005) formułując koncepcję kompleksu niższości.

Współcześnie rozumie się osobowość narcystyczną jako zorganizowaną wokół – przyćmiewającej inne sprawy – potrzeby podtrzymywania własnej wartości i samooceny, opartej na zewnętrznych źródłach tej oceny (McWilliams, 2009). Osoby narcystyczne to jednostki reagujące na aprobatę innych, a jednocześnie nadwrażliwe na krytykę. Z jednej strony są przekonane o własnej wspaniałości i ważności, a z drugiej – mało tolerancyjne na negatywne oceny innych (Gask, 2013). Stąd mają one stosunkowo dużą łatwość obrażania się (Exline i in., 2004). Wzorzec funkcjonowania osoby narcystycznej oparty jest na wielkościowych fantazjach i zachowaniach oraz potrzebie bycia podziwianym, przy jednoczesnym braku empatii (Cierpiałkowska, 2012). Zaburzenie osobowości narcystycznej zaczyna się najczęściej w drugiej lub na początku trzeciej dekady życia i utrzymuje się w późniejszym okresie (Morrison, 2016).

NPD zostało ujęte w DSM-5 (APA, 2013) jako stały wzorzec zachowań i reakcji emocjonalnych, związany z poczuciem wyższości (w wyobraźni

i zachowaniu), potrzebą bycia podziwianym i brakiem zdolności do współodczuwania, rozpoczynający się u młodych dorosłych i występujący w różnych warunkach. DSM-5 wymienia jednocześnie dziewięć kryteriów diagnostycznych, z których pięć musi być spełnionych, aby mogła zostać sformułowana diagnoza narcystycznego zaburzenia osobowości. Należą do nich: (1) wielkościowe przekonanie co do swojej wartości, (2) zaabsorbowanie wyobrażeniami o sukcesie, władzy, pięknie lub miłości idealnej, (3) przeświadczenie o byciu kimś wyjątkowym i niepowtarzalnym (rozumianym tylko przez wyjątkowe osoby i zdolnym do przebywania w nietuzinkowym towarzystwie), (4) nadmiarowa potrzeba bycia podziwianym, (5) przekonanie o byciu uprzywilejowanym, (6) traktowanie innych jako narzędzi do osiągnięcia swoich celów, (7) deficyt zdolności współodczuwania (niechęć do rozpoznawania lub utożsamiania się z potrzebami i uczuciami innych), (8) nierzadkie odczuwanie zazdrości wobec innych albo przekonanie o zazdrości innych oraz (9) aroganckie zachowanie i wyniosła postawa.

W sekcji III DSM-5 w kryterium A przedstawiono opis trudności, jakie dotyczą osoby z NPD, w czterech sferach: tożsamości, kierowania sobą, empatii i bliskości. Tożsamość osób z NPD została przedstawiona jako nadmiernie zależna od opinii i oceny innych, co nierzadko może wiązać się z przesadną inflacją lub deflacją samooceny (lub przemieszczaniem się między tymi skrajnościami). W zakresie kierowania sobą problem osób narcystycznych polega na uzależnianiu własnych celów od aprobaty lub dezaprobaty pochodzącej z zewnątrz. Osobiste standardy bywają zawyżone (w nawiązaniu do poczucia wyjątkowości) lub nieadekwatnie zaniżone (w nawiązaniu do poczucia uprzywilejowania). W zakresie empatii osoby z NPD przejawiają upośledzoną zdolność rozpoznawania i identyfikowania się z odczuciami oraz potrzebami innych. Osoby narcystyczne bywają wprawdzie mocno wrażliwe na reakcje ze strony innych, ale tylko w odniesieniu do samych siebie. Bywa także, że przeceniają lub – odwrotnie – nie doceniają swojego wpływu na innych. W obszarze bliskości osoby narcystyczne tworzą powierzchowne relacje, często w służbie podbudowywania własnego poczucia wartości. Ze względu na braki w empatii – wzajemność w związkach tworzonych przez osoby narcystyczne jest mocno ograniczona na rzecz dążenia do egocentrycznych celów (APA, 2013).

Sekcja III DSM-5 w kryterium B do zdiagnozowania NPD wymaga stwierdzenia dwóch patologicznych aspektów osobowości z domeny antagonizmu: wielkościowości oraz poszukiwania uwagi. Wielkościowość rozumiana jest tutaj jako skrywane lub jawne poczucie wyższości, egocentryzm, przekonanie o byciu kimś lepszym niż inni oraz protekcyjność wobec innych. Poszukiwanie

uwagi opisane zostało z kolei jako szukanie podziwu oraz podejmowanie nadmiernych prób mających na celu skupienie uwagi innych na sobie.

W sekcji III DSM-5 znajdziemy także adnotację na temat innych cech związanych z NPD, które wprawdzie nie są wymagane jako podstawowe kryteria, jednak mogą występować w poszczególnych przypadkach. Należą do nich inne aspekty antagonizmu (skłonność do manipulacji, skłonność do oszukiwania, niewrażliwość) oraz negatywnego afektu (depresyjność, niepokój). Podobnie, jak w przypadku OCPD, w sekcji III DSM-5 odnotowano fakt, iż natężenie poszczególnych cech charakterystycznych NPD, a w związku z tym poziom funkcjonowania, może różnić się między osobami.

Warto dodać, że w literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na rozróżnienie między narcyzmem wielkościowym (*grandiose narcissism*) a narcyzmem wrażliwym (*vulnerable narcissism*) (Miller i in., 2011; Pincus, Lukowitsky, 2010; Ronningstam, 2005; Wink, 1991). Ta pierwsza forma narcyzmu wyróżnia się podwyższonym mniemaniem o własnej wartości, postawą roszczeniową i potrzebą bycia podziwianym przez innych. Ta druga cechuje się zwłaszcza wysoką wrażliwością, postawą obronną i poczuciem niepewności. Dwa oblicza narcyzmu łączy potrzeba uznania ze strony innych ludzi, wielkościowe fantazje oraz lekceważenie innych. W przypadku narcyzmu wrażliwego mamy dodatkowo do czynienia z silną wstydlivością oraz nadwrażliwością na odrzucenie (Cain, Pincus, Ansell, 2008). Należy zaznaczyć, że w klasyfikacji DSM-5 zaburzenie narcystyczne jest w zasadzie rozumiane jako narcyzm wielkościowy.

ICD-10 (WHO, 2009) umiejscawia NPD pod oznaczeniem F60.8, czyli w kategorii innych określonych zaburzeń osobowości, obok osobowości ekscentrycznej, uległej, bierno-agresywnej, niedojrzałej oraz psychoneurotycznej. Tym samym nie doprecyzowuje szczegółowiej kryteriów diagnostycznych osobowości narcystycznej, tak jak czyni to w przypadku osobowości obsesyjno-kompulsywnej. Warunkiem rozpoznania staje się więc przede wszystkim spełnienie ogólnych kryteriów zaburzenia osobowości, w tym występowanie utrwalonych wzorców zachowania i przeżywania, odbiegających od normy kulturowej, nieelastyczność i nieprzystosowawczość zachowań, doznawanie indywidualnego cierpienia i niepożądany wpływ na otoczenie oraz stabilność i długi czas trwania zaburzenia.

W ostatnich latach badacze odnotowują wzrost cech narcystycznych w społeczeństwie (Twenge, Campbell, 2013), a także wzrost zainteresowania tym fenomenem, co skutkuje pojawieniem się nowych modeli. Jak wspomniano już wcześniej, najbardziej znany jest podział na narcyzm wielkościowy i narcyzm wrażliwy (Miller i in., 2011; Pincus, Lukowitsky, 2010; Ronningstam, 2005; Wink, 1991). W literaturze pojawia się również rozróżnienie na trzy

różne aspekty narcyzmu: sprawcza ekstrawersja (*agentic extraversion*) związana z narcyzmem wielkościowym, narcystyczna neurotyczność (*narcissistic neuroticism*) związana z narcyzmem wrażliwym oraz egocentryczny antagonizm (*self-centred antagonism*) powiązany zarówno z narcyzmem wielkościowym, jak i narcyzmem wrażliwym, a jednocześnie stanowiący odrębny aspekt (Ackerman, Donnellan, Wright, 2019; Grapsas, Brummelman, Back, Denissen, 2020; Miller, Campbell, 2008; Wright, Edershile, 2018). Narcyzm antagonistyczny wyróżnia się przede wszystkim dużym stopniem arogancji, tendencji do wykorzystywania innych i rywalizacji z innymi oraz skłonnością do kłótni. W tym kontekście można więc mówić o wielkościowym, wrażliwym i antagonistycznym aspekcie osobowości narcystycznej, przy czym każdy z tych aspektów – należąc do narcystycznej patologii osobowości – stanowi jej nieco odmienną charakterystykę. Zgodnie z modelem spektrum narcyzmu (*Narcissism Spectrum Model*, NSM; Krizan, Herlache, 2018), relacje między tymi trzema aspektami osobowości narcystycznej można opisywać w układzie współrzędnych za pomocą kątów w taki sposób, że wielkościowy i wrażliwy aspekt osobowości narcystycznej znajdują się pod kątem około 45 stopni do aspektu antagonistycznego i pod kątem 90 stopni względem siebie (kąt 90 stopni oznacza ortogonalność). Ostatnie badania potwierdzają taką trzyczynnikową strukturę narcyzmu (Rogoza, Ciecuch, Strus, 2019; Rogoza i in., 2020).

Mechanizmy kształtowania się osobowości narcystycznej oraz jej funkcjonowania nie są jeszcze dobrze poznane. Według Freuda (1911/1996) narcyzm jest normatywnym okresem rozwoju, między stadium autoerotyzmu (skierowanego do wewnątrz) a alloerotyzmu (skierowanego na zewnątrz). Jeśli nastąpi zafiksowanie na stadium narcyzmu, może rozpocząć się proces formowania narcystycznej osobowości. W duchu psychoanalitycznym można interpretować zaburzenie narcystyczne jako powstałe w wyniku nie tyle wewnętrznego konfliktu, ile deficytu (McWilliams, 2009). Osobom narcystycznym czegoś brakuje, a brakiem tym może być poczucie bezpieczeństwa, tożsamości, przywiązania, czy ostatecznie – miłości. Kohut (1971) uważał, iż narcyzm związany jest z wytworzeniem przez jednostkę fałszywego *self*. Twórcy teorii relacji z obiektem za nieadekwatne skupienie się na sobie winili niedostatek w zakresie nawiązywania więzi we wczesnym dzieciństwie (Balin, 1960; Fairbain, 1954; Horney, 1939; za: McWilliams, 2009). W ujęciu psychoanalitycznym zwraca się uwagę, że dzieci predysponowane do rozwoju w kierunku jednostek o narcystycznej osobowości są najczęściej niezwykle wrażliwe na niewerbalny przekaz emocjonalny – niewypowiedziane głośno postawy, oczekiwania i emocje innych. Nierzadko zdarza się, że narcystyczna osobowość jest pokłosiem narcystycznych pragnień rodziców lub opiekunów, co w literaturze psychoanalitycznej

określa się narcystycznym przedłużeniem rodziców (McWilliams, 2009; Otway, Vignoles, 2006). Dramatem tych osób jest to, że dla swoich najbliższych stanowili wartość nie ze względu na to, kim byli, naprawdę, ale raczej, jaką funkcję w ich życiu spełniali. Niektórzy psychoanalitycy (np. Kernberg, 1975) sugerują, iż u podłoża narcyzmu mogą leżeć także popędy agresywne lub lęki związane z agresywnością innych. Jones (1913, za: McWilliams, 2009) w skrajnej postaci zaburzenia narcystycznego dopatrywał się kompleksu Boga, pragnienia omnipotencji, przeceniania zdolności kreatywnych oraz tendencji do osądzania innych.

Jak metaforycznie ujmuje to Szpunar (2014), narcystyczna osobowość okazuje się kolosem na glinianych nogach, a misternie tkany wizerunek, wymagający ciągłej uwagi od innych, tak naprawdę jest wyjątkowo kruchy i słaby. Wszystkie osoby o zaburzeniu narcystycznym zdaje się – paradoksalnie – łączyć wewnętrzny deficyt siły, poczucie nieodpowiedniości, niższości i wstydu (McWilliams, 2009). Skupienie na wielkości i wyjątkowości ma w tym kontekście znaczenie kompensacyjne. Jak zauważa Morrison (2016), pomimo wielkościowej postawy w istocie narcystyczni pacjenci cierpią z powodu niskiego poczucia własnej wartości i kiedy osiągną już śniony wcześniej sukces, mogą uważać, że ten sukces tak naprawdę jest nic nie wart. Dominującymi mechanizmami obronnymi u osób z narcystyczną organizacją osobowości są zazwyczaj idealizacja (czyli przypisywanie jakiejś rzeczywistości wyolbrzymionych cech pozytywnych, przy jednoczesnym zaprzeczeniu cech negatywnych) i dewaluacja (przypisywanie jakiejś rzeczywistości wyolbrzymionych cech negatywnych, przy jednoczesnym zaprzeczeniu cech pozytywnych), uzupełniające się wzajemnie (McWilliams, 2009). Obydwa mechanizmy koncentrują się wokół problemu wartościowania siebie i innych.

Szacuje się, iż NPD dotyczy od 0,5 do 3% populacji (Kessler, Price, 1993; Lenzenweger, Loranger, Korfine, Neff, 1997; Seligman, Walker, Rosenhan, 2017). Opisane zaburzenie częściej diagnozowane jest wśród mężczyzn niż kobiet (Butcher, Hooley, Mineka, 2017; Morrison, 2014). Osoby z narcystycznym zaburzeniem osobowości cierpią na różnego rodzaju dolegliwości psychiczne i doświadczają problemów w codziennym funkcjonowaniu. Wśród nich można wymienić unikanie intymnych relacji i tworzenie związków partnerskich o charakterze koluzyjnym, czyli takich, w których partnerzy wydają się dopasowani w sposób komplementarny, ale komplementarność ta oparta jest na nierozwiązanych konfliktach wewnętrznych i doprowadza ostatecznie do wielu jawnych problemów i konfliktów relacyjnych (Jurg, 2014). Leczenie osób narcystycznych uważa się za niezwykle trudne ze względu na to, że zwykle nie mają one świadomości owego zaburzenia, a także ze względu na trudności w przyjmowaniu

krytycznych uwag ze strony innych. Osoby narcystyczne stają się pacjentami gabinetów psychoterapeutycznych najczęściej na skutek trudnych doświadczeń życiowych, w tym kryzysów w związku czy stanów depresji (Ogrodniczuk, Piper, Joyce, Steinberg, Duggal, 2009). Pomocą dla nich może być terapia psychodynamiczna (wspomagająca ich w rozpoznaniu i przepracowaniu bazowego braku poczucia bezpieczeństwa) lub terapia poznawcza (pomagająca pacjentom przekierować uwagę z opinii innych na własne myślenie oraz rozwinąć empatię; Comer, 2014).

Ze względu na to, iż zaburzenia narcystyczne mogą w pewnych aspektach prezentować się podobnie do innych, ważna jest diagnoza różnicująca. Należy w niej wziąć pod uwagę zwłaszcza kategorie najbardziej zbliżone – antyspołeczne zaburzenie osobowości oraz histrioniczne zaburzenie osobowości. Cechami łączącymi narcystyczne i antyspołeczne zaburzenie osobowości są: pewność siebie, arogancja, wykorzystywanie innych, manipulacja, a nawet skłonność do oszustwa. Z kolei cechami wspólnymi dla histrionicznej i narcystycznej osobowości są: uwodzicielskość, skupienie na wyglądzie, domaganie się podziwu i adoracji. Należy wziąć pod uwagę także współwystępowalność innych zaburzeń psychicznych, takich jak: zaburzenia nastroju (depresja, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, mania) czy zaburzenia psychotyczne (np. urojenia prześladowcze czy zaburzenia paranoiczne). Często współwystępującym problemem mogą być także uzależnienia od substancji psychoaktywnych (Wieczorek, Puk, 2013).

Warto także pamiętać, iż niektóre cechy narcystyczne niekoniecznie oznaczają zaburzenie osobowości. W przypadku dzieci i nastolatków egocentryzm stanowi normę rozwojową (Ladame, 2016; Morrison, 2014). Osoby posiadające osobowość narcystyczną, podobnie do osób o osobowości obsesyjno-kompulsywnej, do pewnego stopnia potrafią dobrze adaptować się do otaczającej ich rzeczywistości. Przyciągają uwagę i korzystają ze swoich umiejętności uwodzicielskich do zdobywania określonych celów, jak chociażby sukcesów zawodowych. Jednak wysokie nasilenie cech narcystycznych staje się zaburzeniem osobowości, bo oznacza zakłócenia funkcjonowania w wielu dziedzinach życia.

Coraz częściej podkreśla się, że współczesna kultura posiada wiele cech narcystycznych, a jako taka promuje i wzmacnia narcystyczne cechy charakteru poszczególnych jednostek. Jak to ujmuje Szpunar (2014), „mamy dzisiaj do czynienia z kompulsywną potrzebą podobania się, imponowania innym i sobie za pomocą różnych atrybutów – prestiżu, władzy, posiadania” (s. 107). Wykreowany wizerunek zaczyna dzisiaj zastępować realność z jej blaskami i cieniami. Psychoterapeuci zauważają także, iż narcystyczny klimat kultury nie sprzyja mentalnemu dojrzewaniu, ale wzmacnia iluzoryczne przekonania

o możliwości bycia wszechmogącym, wszechobecnym, niezniszczalnym i pozbawionym granic (Ladame, 2016). W gabinetach psychoterapeutycznych coraz częściej pojawiają się pacjenci skupieni na cechach widocznych na zewnątrz, ale przeżywający wewnętrzną pustkę.

Jak już wcześniej wspomniano, niektóre aspekty osobowości obsesyjno-kompulsywnej oraz narcystycznej mogą być adaptacyjne w określonych okolicznościach życia, a zarazem gabinety terapeutyczne zapełniają się osobami cierpiącymi z powodu OCPD i NPD. Niniejsza praca poszukuje odpowiedzi na pytania, dlaczego akurat te zaburzenia posiadają taką specyfikę oraz co sprawia, że adaptacyjne cechy mogą przybrać nieadaptacyjne nasilenie. W kolejnym rozdziale zostanie przedstawiony model, który ukaże specyfikę obu tych zaburzeń poprzez ich ułożenie w całościowej strukturze osobowości.

Copyright by Wydawnictwo Naukowe UKSW

ROZDZIAŁ 2

KOŁOWY MODEL METACECH OSOBOWOŚCI

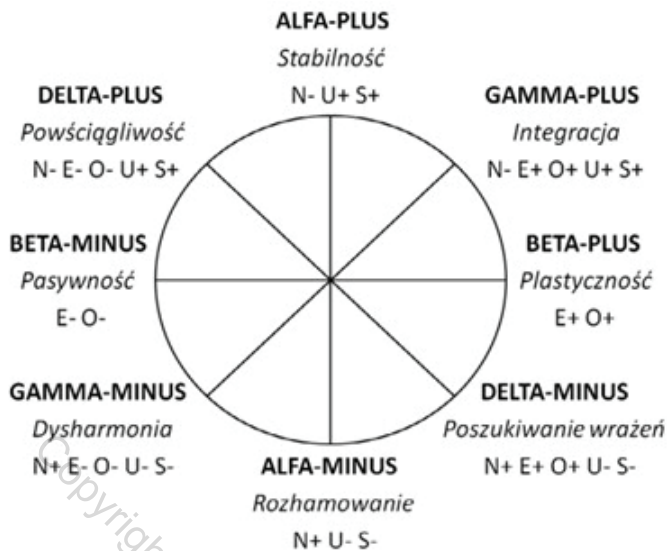
2.1. Kołowy Model Metacech Osobowości i jego integracyjny potencjał

Powszechnie znanym modelem cech osobowości, będącym też punktem wyjścia dymensjonalnych modeli zaburzeń osobowości, jest – wspomniany już w Rozdziale 1 – Pięciodziesiętny Model Osobowości (PMO), nazywany też modelem Wielkiej Piątki (McCrae, Costa, 2003). Wyrasta on z podejścia psycholeksykalnego i ujmuje pięć podstawowych wymiarów osobowości: ekstrawersję, neurotyczność, sumienność, ugodowość oraz otwartość na doświadczenie. Przydatność modelu Wielkiej Piątki została potwierdzona poprzez dużą liczbę badań empirycznych, wskazujących na liczne możliwości jego zastosowania (Widiger, 2017). Jednocześnie model ten jest mocno krytykowany, głównie ze względu na problemy z uzasadnieniem liczby podstawowych cech, ortogonalność wyróżnionych cech, a także niespełnione nadzieje pokładane w nim jako podstawie integracji wiedzy o osobowości (przegląd problemów z Wielką Piątką w: Ciecuch, Strus, 2017; Strus, Ciecuch, 2014; Strus, Ciecuch, Rowiński, 2014). W związku z tym w ostatnim czasie proponowano zarówno zwiększenie, jak i zmniejszenie liczby podstawowych cech osobowości w modelach, które miałyby lepszy potencjał teoretyczny (przegląd modeli w: Strus, Ciecuch, 2014). W modelu HEXACO Ashton i Lee (2001, 2007) wskazali na istnienie szóstego czynnika osobowości, jakim ma być uczciwość-pokora. Z kolei istnienie tak zwanych czynników wyższego rzędu zasugerowali Digman (1997) oraz DeYoung i in. (2002). Czynniki te zostały określone jako alfa i beta, przy czym Digman określił czynnik alfa jako czynnik socjalizacji, a beta jako czynnik rozwoju

osobistego, podczas gdy DeYoung (2002) alfę nazwał stabilnością (*stability*), a betę – plastycznością (*plasticity*). Alfa jest w tej koncepcji czynnikiem wyższego rzędu związanym ze stabilnością emocjonalną (jako drugim biegunem neurotyczności), ugodowością i sumiennością, podczas gdy beta z ekstrawersją i otwartością na doświadczenia. Z powstałej dyskusji wyłonił się także model jednego ogólnego czynnika osobowości (*general factor of personality*, GFP), grupującego wszystkie adaptacyjne cechy, czyli wysokie nasilenie alfy oraz bety (Musek, 2007; Rushton, Irving, 2011).

Nową próbą odpowiedzi na pytania dotyczące organizacji cech osobowości oraz próbą rozwiązania problemów związanych z PMO, a także modeli przedstawiających zarówno większą, jak i mniejszą liczbę cech osobowości, jest Kołowy Model Metacech Osobowości (KMMO, Strus, Ciecuch, 2017, 2021; Strus, Ciecuch, Rowiński, 2014). Został on skonstruowany w tradycji badań nad Wielką Piątką – jego konceptualizacja nawiązuje zarówno do cech Wielkiej Piątki, jak i idei metacech zaproponowanych przez Digmana (1997) oraz DeYounga (2006), a zarazem rozbudowuje je w model kołowy. Metacechy są tutaj rozumiane jako wymiary osobowości odnoszące się do różnic indywidualnych w myśleniu, uczuciach i zachowaniu, przy czym są to wymiary najbardziej ogólne, znajdujące się na samym szczycie organizacji struktury osobowości (Strus, Ciecuch, Rowiński, 2014). Zawadzki (2017) uznaje ten model za jedną z najbardziej interesujących prób ujęcia czynników wyższego rzędu osobowości.

Podstawą KMMO są dwa wymiary: plastyczność (beta) i stabilność (alfa). Są one względem siebie ortogonalne, a ich przeciwne bieguny (alfa-plus vs alfa-minus oraz beta-plus vs beta-minus) zawierają charakterystyczną tylko dla siebie jakość psychologiczną, co oznacza, że jeden biegun (np. alfa-plus) nie jest jedynie prostym przeciwieństwem drugiego bieguna (w tym wypadku – alfy-minus). W modelu zostały wprowadzone dwie kolejne metacechy: gamma i delta, także ortogonalne względem siebie i posiadające dwa przeciwne bieguny. Gamma powstała jako reinterpretacja ogólnego czynnika osobowości (gamma-plus stanowi optymalną konfigurację wszystkich pięciu czynników osobowości, podczas gdy gamma-minus wiąże się z najbardziej dysfunkcjonalną konfiguracją). Delta została z kolei opisana i ułożona jako predykcja brakującej metacechy w odniesieniu do logiki kołowej struktury modelu, która to metacecha – jak się później okazało – jest szczególnie istotna dla integracji opisów osobowości zdrowej i zaburzonej (Strus, Łakuta, Ciecuch, 2021). W ten sposób powstała macierz czterech dwubiegunowych ortogonalnych metacech. Jest ona przedstawiona na rysunku nr 2, a w tabeli 2 znajdują się definicje każdej metacechy wraz z właściwymi dla niej konfiguracjami cech Wielkiej Piątki.



Rysunek 2. Kołowy Model Metacech Osobowości (za: Strus, Ciecuch, Rowiński, 2014)

Tabela 2

Charakterystyka metacech w Kołowym Modelu Metacech Osobowości

Metacechy	Opis w terminach Wielkiej Piątki	Charakterystyka
Alfa-plus (Stabilność)	N-, U+, S+	Stabilność w funkcjonowaniu emocjonalnym, motywacyjnym i społecznym, przystosowanie społeczne, umiejętność odraczania gratyfikacji, wytrwałość i motywowanie siebie, etyczna postawa wobec świata
Alfa-minus (Rozhamowanie)	N+, U-, S-	Niestabilność w funkcjonowaniu, tendencje antyspołeczne i agresywne, niski próg tolerancji frustracji, niechęć do ludzi oraz konflikt w zakresie norm społecznych
Beta-plus (Plastyczność)	E+, O+	Otwartość na zmiany na poziomie zarówno poznawczym, jak i behawioralnym, chęć eksplorowania świata, przejmowanie inicjatywy w kontaktach społecznych, nastawienie na osobisty rozwój
Beta-minus (Pasywność)	E-, O-	Poznawcza i behawioralna bierność, apatyczność, uległość w kontaktach z innymi, stagnacja i zahamowanie
Gamma-plus (Integracja)	N-, E+, O+, U+, S+	Życzliwe i otwarte nastawienie do ludzi, interpersonalna i intrapersonalna równowaga, dobrostan (także na poziomie zdrowia psychicznego), wytrwałość w realizacji celów

Metacechy	Opis w terminach Wielkiej Piątki	Charakterystyka
Gamma-minus (Dysharmonia)	N+, E-, O-, U-, S-	Niski poziom dobrostanu zarówno fizycznego, jak i psychicznego, dystans i oziębłość w relacjach społecznych, nieufność, pesymizm i depresyjność
Delta-plus (Powściągliwość)	N-, E-, O-, U+, S+	Tendencja do kontroli zachowania i nieprzejawiania emocjonalności, postawa konformistyczna i konwencjonalna
Delta-minus (Poszukiwanie wrażeń)	N+, E+, O+, U-, S-	Skłonność do przeżywania zmienności emocjonalnej, poszukiwania wrażeń, zachowań impulsywnych, a w kontaktach społecznych do dominacji i ekspansywności

Adnotacja. N+/- = wysoka/niska neurotyczność; E+/- = wysoka/niska ekstrawersja; O+/- = wysoka/niska otwartość na doświadczenie, U+/- = wysoka/niska ugodowość; S+/- = wysoka/niska sumienność

Optymalna kombinacja alfy-plus i bety-plus stanowi podstawę prawidłowego funkcjonowania człowieka na poziomie osobowościowym (Strus, Ciecuch, Rowiński, 2014; Strus, Ciecuch, 2017; Strus, Łakuta, Ciecuch, 2021). Stabilność (alfa-plus) to stabilne funkcjonowanie na płaszczyźnie emocjonalnej, motywacyjnej i społecznej. Plastyczność (beta-plus) to siła ukierunkowująca osobę na samorozwój poprzez czerpanie z wewnętrznej energii i dynamizmu. Metacecha gamma-plus stanowi optymalną konfigurację wszystkich pięciu wymiarów osobowości Wielkiej Piątki i uzyskała tutaj określenie integracji. Jednocześnie w KMMO nadano jej status tego samego poziomu ułokowania, co pozostałe cechy – alfa-plus i beta-plus (a nie ponad nimi). Delta-plus, której twórcy modelu nadali określenie powściągliwości, jest w tym kontekście (wraz z deltą-minus) wypełnieniem brakującej dymensji w KMMO. Gamma i delta to dwie ortogonalne metacechy, dodane do alfy i bety – gamma wiąże się z poziomem zdrowia mentalnego, a delta z kontrolą zachowania (Strus, Ciecuch, Rowiński, 2014). Metacechy alfa-plus, beta-plus, gamma-plus kojarzą się z dobrym funkcjonowaniem osobowości, podczas gdy metacechy alfa-minus, beta-minus, gamma-minus – z charakterystyką dysfunkcyjnej osobowości. Granicę między funkcjonalną a dysfunkcyjną osobowością stanowi więc w KMMO linia delty (delta-plus vs delta-minus).

KMMO to model integrujący, pozwalający na zestawianie ze sobą w jednej macierzy różnych modeli teoretycznych i wyników empirycznych z zakresu psychologii osobowości, temperamentu, emocji, motywacji, dobrostanu, a także zdrowia psychicznego i psychopatologii, w związku z czym KMMO lepiej niż PMO pełni funkcję integrującą w psychologii osobowości (Strus, Ciecuch, 2017).

Strus i Ciecuch (2017) wykazali empirycznie potencjał integracyjny KMMO i ulokowali w jego płaszczyźnie: model temperamentu interpretowany jako Behawioralny System Hamowania (*Behavioral Inhibition System, BIS*) i Behawioralny System Aktywacji (*Behavioral Activation System, BAS*) Gray (1987, 1991), Kołowy Model Afektu (*The Circumplex Model of Affect, CMA*, Larsen, Diener, 1992; Russell, 1980; Watson, Tellegen, 1985; Yik, 2010), Kołowy Model Wartości (Schwartz i in., 2012) oraz konstrukty związane ze zdrowiem psychicznym (dobrostan, zaburzenia internalizacyjne i eksternalizacyjne). Model został wykorzystany także jako narzędzie do integracji różnych konstruktów narcyzmu, w tym narcyzmu wielkościowego, wrażliwego, komunalnego i kolektywnego (Rogoza, Ciecuch, Strus, Baran, 2019) oraz do rekonceptualizacji typu C osobowości (Rymarczyk, Turbacz, Strus, Ciecuch, 2020). KMMO został także wykorzystany jako rama interpretacyjna dla struktury silnych i słabych stron jednostki w dzieciństwie i dorosłości (Skoczeń, Rogoza, Maćkiewicz, Najderska, Ciecuch, 2018). Dlatego też KMMO można traktować jako podstawowe, najbardziej ogólne wymiary osobowości, możliwe do zinterpretowania również w kategoriach dynamicznych mechanizmów (Strus, Ciecuch, 2017). Jak wykazali Strus, Ciecuch, Rowiński (2021a, 2021b) KMMO umożliwia również teoretycznie spójną i empirycznie potwierdzoną integrację opisu osobowości w terminach cech i typów, zatem może być wykorzystywany włączeniu podejścia dymensjonalnego z kategorialnym w zakresie zaburzeń osobowości. Badania prowadzone przez Zawadzkiego (2016, 2017) wstępnie potwierdziły już heurystyczną wartość KMMO dla różnicowania opisu zaburzeń osobowości.

2.2. Zaburzenia osobowości w KMMO

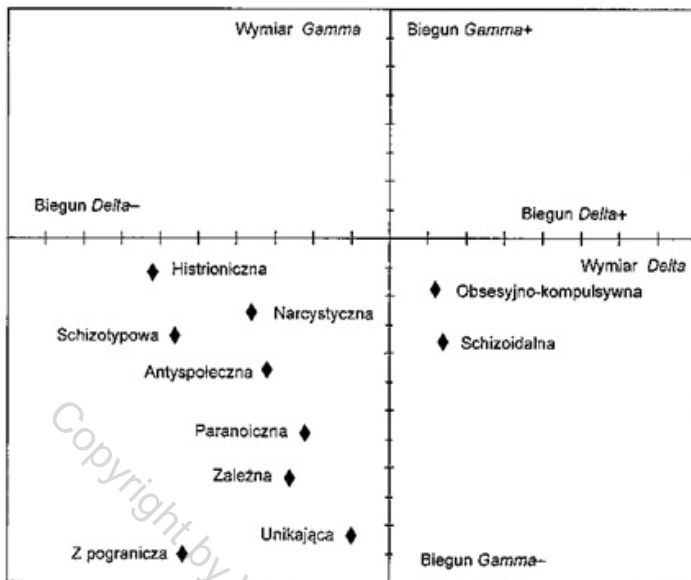
Próby integracji zaburzeń psychicznych z cechami osobowości, zwłaszcza ujmowanymi w kategoriach modelu Wielkiej Piątki, mają już swoją historię (Widiger, Trull, 1992, 2007). Dotychczasowe analizy nie rozstrzygnęły jednak jednoznacznie, jaką konstelację cech PMO można przypisać odpowiednim zaburzeniom (Zawadzki, 2009).

W związku z powyższym, Zawadzki (2016, 2017) podjął się scharakteryzowania zaburzeń osobowości w ramach KMMO. Uznał, iż KMMO nie tylko stwarza możliwość syntezy podejścia typologicznego i cechowego, ale również umożliwia rozróżnianie biegunów metacech odpowiadających osobowości niezaburzonej i zaburzonej (Zawadzki 2017). Uzyskane przez niego wyniki wskazały, iż zaburzenia osobowości rozlokowały się zasadniczo od

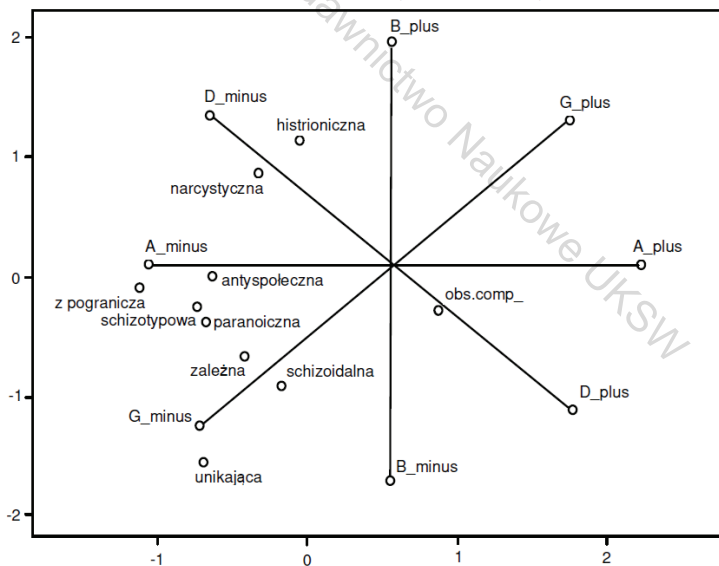
bieguna delta-minus poprzez gamę-minus do bieguna delta-plus. Osobowość narcystyczna w przeprowadzonych analizach związała się z biegunem delta-minus, podczas gdy osobowość obsesyjno-kompulsywna lokowała się przy biegunie delta-plus, zatem zaburzenia osobowości narcystycznej oraz obsesyjno-kompulsywnej ulokowały się w KMMO po przeciwnych stronach wymiaru delty, który rozdziela zdrowe funkcjonowanie osobowości od problematycznego. Należy zwrócić uwagę, iż uzyskany obraz związków obarczony był słabością związaną z generowaniem wskaźników metacech na podstawie cech PMO.

W swoich kolejnych badaniach Zawadzki (2017) ponownie poddał analizie związku metacech KMMO z zaburzeniami osobowości, tym razem z zastosowaniem nieco odmiennej metodologii. Uzyskane wyniki badań, zebrane w grupie 2284 osób, wskazały na istnienie trzech wiązek: (1) pierwsza wiązka – związana z biegunem delta-minus – obejmowała osobowość histrioniczną i narcystyczną, (2) druga wiązka – związana z biegunem gamma-minus – obejmowała osobowość zależną, unikającą i schizoidalną, a (3) trzecia wiązka – związana z biegunem alfa-minus – obejmowała osobowość z pogranicza, paranoiczną, schizotypową i antyspołeczną. Osobowość obsesyjno-kompulsywna ulokowała się odrębnie od pozostałych, w pobliżu bieguna delta-plus. Podobnie więc jak w przypadku pierwszych badań Zawadzkiego (2016) zaburzenia osobowości ulokowały się od bieguna delta-minus (gdzie znalazła się osobowość narcystyczna) do bieguna delta-plus (gdzie znalazła się osobowość obsesyjno-kompulsywna). Obydwa przeprowadzone przez Zawadzkiego (2016, 2017) badania potwierdziły wartość KMMO jako modelu osobowości, umożliwiającego opis nie tylko osobowości zdrowej, lecz także zaburzonej, choć – jak zauważył Zawadzki (2017) – pełna weryfikacja użyteczności KMMO wymagałaby bezpośredniego pomiaru metacech, a nie określenia ich poziomu na podstawie cech PMO. Wyniki przeprowadzonych analiz przedstawia rysunek 3.

Rysunek A

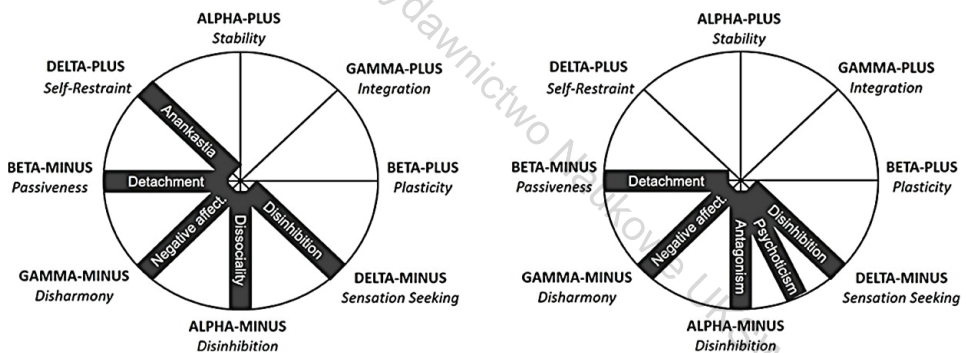


Rysunek B



Rysunek 3. Lokalizacja zaburzeń osobowości w KMMO w badaniach Zawadzkiego (2016, 2017). Rysunek A przedstawia współczynniki korelacji wymiarów gamma i delta z zaburzeniami osobowości (źródło: Zawadzki, 2016). Rysunek B przedstawia dane ze skalowania wielowymiarowego (źródło: Zawadzki, 2017).

KMMO został wykorzystany także jako matryca do porównania dwóch tzw. patologicznych Wielkich Piątek, czyli zestawu cech-domen związanych z zaburzeniami osobowości w DSM-5 oraz ICD-11 (Strus, Łakuta, Ciecuch, 2021). Modele te, choć w dużej mierze zgodne ze sobą, różnią się jednak w zakresie piątej domeny, którą w DSM-5 jest psychotyzm, a w ICD-11 anankastyczność. Wydawać by się mogło, że DSM-5 jest modelem strukturalnie lepszym, bo wyróżnia pięć cech-domen odpowiadających zdrowej Wielkiej Piątce, podczas gdy ICD-11 nie dość, że pomija otwartość, to w przypadku sumienności opisuje jej obie skrajności jako patologiczne (rozhamowanie jako patologicznie niska sumienność i anankastyczność jako patologicznie wysoka sumienność). Jednak wykorzystanie KMMO pozwoliło wykazać, że patologiczna Wielka Piątka ICD-11 zapełnia całą przestrzeń przewidzianą dla patologii, czyli poniżej linii delty – od delty-minus, przez gammę-minus do delty-plus. W przypadku patologicznej Wielkiej Piątki DSM-5 nie udało się uzyskać takiego efektu – psychotyzm lokował się między deltą-minus a alfą-minus, a obszar w pobliżu delty-plus pozostał pusty. Rozlokowanie pięciu domem na matrycy KMMO w badaniach Strusa, Łakuty i Ciecucha (2021) przedstawia rysunek 4.



Rysunek 4. Lokalizacja patologicznych Wielkich Piątek z DSM-5 (po lewej) i ICD-11 (po prawej) na matrycy KMMO (za: Strus, Łakuta, Ciecuch, 2021)

Wykorzystując zatem narzędzie umożliwiające bezpośredni pomiar metacech, nie tylko dowiedziono, iż model zaburzeń osobowości zaprezentowany w ICD-11 (WHO, 2021) bardziej kompleksowo obejmuje obszar patologii osobowości w porównaniu do DSM-5 (APA, 2013), lecz także potwierdzono, iż KMMO stwarza możliwości bardziej precyzyjnego opisu struktury

osobowości, zarówno zdrowej, jak i zaburzonej, w tym identyfikacji głównych wymiarów patologicznej osobowości oraz określenia ich wzajemnych relacji.

Rogoza i współpracownicy (Rogoza, Ciecuch, Strus, Baran, 2019) podjęli próbę integracji różnych konstruktów narcyzmu (wielkościowego, podatnego na zranienie, kolektywnego i komunalnego) w ramach KMMO. Wykorzystując KMMO jako matrycę organizującą różne formy narcyzmu, ulokowano – zgodnie z założeniami teoretycznymi – narcyzm wielkościowy w rejonie delty-minus, a podatny na zranienie w rejonie gammy-minus. W innym badaniu Rogoza, Ciecuch i Strus (2021), wykorzystując trzystopniową procedurę analizy dla modeli kołowych, ulokowali spektrum aspektów narcyzmu (wielkościowego, wrażliwego, antagonistycznego, Krizan, Herlache, 2018) na matrycy KMMO. Przeprowadzone badania powiązały wielkościowy aspekt osobowości narcystycznej z metacechą delta-minus, wrażliwy aspekt z metacechą gamma-minus, a antagonistyczny aspekt z metacechą alfa-minus. Zatem w przypadku nowych modeli narcyzmu KMMO pozwolił na precyzyjny opis relacji między różnymi konstruktami wyróżnianymi w tych modelach.

Macierz stworzona przez dwubiegunowe metacechy w KMMO daje zatem dogodną okazję do całościowego opisu zaburzeń osobowości. Umożliwia on różnicowanie zdrowej i zaburzonej osobowości w jednym modelu w ujęciu dymensjonalnym, w którym można poszukiwać odpowiedzi na pytania o granicę między zdrową a zaburzoną osobowością. W KMMO linia delty (powściągliwość vs poszukiwanie wrażeń) jest swego rodzaju granicą między zdrowym funkcjonowaniem (usytuowanym ponad linią delty) a zaburzeniami lub ich ryzykiem (poniżej linii delty; Strus, Ciecuch, 2017; Strus, Łakuta, Ciecuch, 2021). Jeśli osobowość narcystyczna i obsesyjno-kompulsywna lokuje się w okolicach – odpowiednio – bieguna delty-minus i delty-plus, to (1) staje się jasne, dlaczego niektóre cechy związane z tymi zaburzeniami są adaptacyjne (lokują się bowiem na granicy między zdrowiem a zaburzeniem), a zarazem (2) pojawia się pytanie, co sprawia, że dana osoba pozostaje na tej granicy lub przesuwa się w kierunku gammy-minus, zatem w kierunku zaburzenia NPD lub OCPD. W niniejszej publikacji dysfunkcjonalne formy przywiązania uznane są za ten możliwy czynnik, który sprawia, że na kontinuum zdrowie-choroba pewne profile osobowości przechylają się w kierunku choroby, czyli przesuwa się poniżej linii delty.

ROZDZIAŁ 3

PRZYWIĄZANIE

3.1. Teoria przywiązania

Jedną z prób odpowiedzi na pytanie o powstanie nieprawidłowości psychicznych, w tym związanych z rozwojem osobowości, była teoria przywiązania (Holmes, 2007). Dzięki niej stało się możliwe opisanie zarówno ontogenezy więzi, wzorców więzi, jak i zaburzeń w zakresie więzi. Terminu więzi (i zamiennie terminu przywiązania) używa się dla opisania wyjątkowej relacji między dzieckiem i pierwotnym opiekunem, czyli osobą pełniącą funkcję rodzica (Bowlby, 1969, 1973; Senator, 2012a). W tym sensie teoria przywiązania znajduje swoje zastosowanie zarówno w obszarze psychologii rozwojowej, osobowości, jak i klinicznej. Dała początek nowemu myśleniu o dzieciństwie, relacjach międzyludzkich, kształtowaniu stałych wzorców zachowania, a także o psychopatologii. Zapoczątkowała nurt interakcyjny oraz podejście interpersonalne, zgodnie z którymi – to, kim się stajemy, odbywa się zawsze w interakcji z drugą osobą (Shaver, Mikulincer, 2011).

Protoplastami teorii przywiązania byli Harlow i Zimmermann (1958), którzy przeprowadzali eksperymenty na małpkach rezusach i udowodnili, że podstawą więzi między matką a jej potomstwem jest zaspokajanie nie tylko potrzeb fizjologicznych, lecz także potrzeby bliskości i kontaktu. Na grunt relacji międzyludzkich to myślenie zaczął przeszczepiać między innymi Winnicott (1971), który opisywał umiejętności odzwierciedlania odczuć i potrzeb dziecka przez jego opiekuna jako kluczowe w rozwoju ja dziecka. Za głównego twórcę koncepcji przywiązania uważany jest jednak Bowlby (1973), który interesował się pracą z niedostosowanymi społecznie młodymi ludźmi oraz dziećmi umieszczonymi w ówczesnych sierocińcach, i poszukiwał źródeł ich problemów. Jako psychiatra i psychoanalityk o reformatorskich tendencjach i oryginalnym

myśleniu, stworzył teorię, która była próbą pogodzenia psychoanalizy z biologią ewolucyjną na gruncie etologii (Holmes, 2007). Dziś teoria przywiązania uważana jest za spójnie opracowaną koncepcję wyjaśniającą motywację do tworzenia silnych więzi emocjonalnych z innymi ludźmi, a zarazem podstawę do rozumienia etiologii zaburzeń natury psychicznej (Marchwicki, 2006). Na poziomie naukowym teoria przywiązania bywa uważana za „jedną z najbardziej wpływowych teorii psychologicznych XX wieku” (Lubiewska 2019, s. 9).

Teoria przywiązania ma bogate i różnorodne zaplecze teoretyczne – została zbudowana w oparciu o etologię, klasyczną psychoanalizę, teorię systemów oraz psychologię poznawczą i rozwojową (Stawicka, 2008). Dodatkowo są w niej obecne elementy teorii kontroli układów, teorii ewolucji i psychofizjologii. Jak zauważa Marszał (2015), wyraźny jest także związek między teorią przywiązania a teorią relacji z obiektem. Obydwie podkreślają szczególną rolę relacji z pierwszym opiekunem, która także w oparciu o nieświadome procesy psychiczne i mechanizmy obronne tworzy podwaliny pod kształtowanie się wybranych cech osobowości.

Samo przywiązanie, będące centralnym elementem teorii, zostało zdefiniowane przez Bowlby’ego (1973) jako trwały związek społeczno-emocjonalny dziecka z osobą bliską (nazywaną figurą przywązaniową). Obecność troskliwej i wrażliwej na potrzeby osoby bliskiej sprzyja wykształceniu się oraz utrzymaniu zdrowej relacji przywązaniowej, podczas gdy brak takiej osoby bądź niewystarczająco responsywna opieka może powodować różnego rodzaju zaburzenia. Relacja między dzieckiem a pierwotnym opiekunem kształtuje się we wczesnym dzieciństwie, ale konsekwencje jej jakości mogą mieć wpływ na psychikę i zachowanie człowieka od początku do końca jego życia. Sam Bowlby (1969) stwierdzał, iż:

To, co dla wygody nazywam teorią przywązania, to sposób ujęcia w koncepcję ludzkiej skłonności do tworzenia silnych afektywnych więzi z ważnymi, bliskimi osobami oraz sposób wyjaśniania różnych form dystresu emocjonalnego i zaburzeń osobowości, włączając tu lęk, złość, depresję, emocjonalne odizolowanie, których przyczyną jest niechciana separacja bądź utrata (s. 69).

Istotnym elementem koncepcji Bowlby’ego jest behawioralny system przywązania (*behavioural attachment system*), czyli zorganizowany system zachowań podejmowanych przez dziecko w celu uzyskania i utrzymania bliskości z opiekunem, przez co zapewniający ochronę i uruchamiany najczęściej w sytuacji zagrożenia. Jednostka poszukuje wsparcia, kiedy przeżywa jakiś rodzaj cierpienia (np. głód, zimno, strach, ból). Zachowania związane

z poszukiwaniem bliskości z ważnymi dla nas osobami aktywowane są właśnie przez wspomniany behawioralny system przywiązania (Lubiewska i in., 2016). Pierwotnie tą ważną osobą bywa najczęściej matka, ale to jakość zaistniałej interakcji, a nie płeć lub fakt bycia biologiczną matką, odgrywa najbardziej znaczącą rolę dla powstania więzi (Taylor, 2016). To dlatego podstawową figurą przywiązania może czasami zostać babcia, wujek czy niańka – osoba, która nawiąże z dzieckiem więź intensywniejszą niż biologiczni rodzice.

Bowlby (2007) podkreślał biologiczny charakter przywiązania, wskazując między innymi na homeostazę w organizmie młodego osobnika zapewnianą dzięki interakcjom między nim a jego matką. Wspominał przy tym, iż matczyne ciepło, zapach i dotyk mają wpływ na regulację snu, temperatury, pracy serca, a nawet tempa aktywności motorycznej dziecka. Jednocześnie dziecko dysponuje od urodzenia zachowaniami (najpóźniej wykształca je do trzeciego miesiąca życia), które mają służyć utrzymaniu bliskości z opiekunem. Należą do nich: płacz, uśmiech, ssanie, przywieranie, podążenie wzrokiem, chwytanie, a potem gaworzenie. Zachowania te można podzielić na zachowania sygnalizujące opiekunowi, że powinien się zbliżyć (np. płacz) i zachowania zbliżeniowe (np. wyciąganie rąk; Taylor, 2016).

Czynnikami, które bardziej lub mniej mogą sprzyjać tworzeniu więzi między matką a dzieckiem są także: temperament rodzica i dziecka, podatność na stres dziecka, szczególne cechy wrodzone dziecka (np. niepełnosprawność), sposób sprawowania opieki rodzicielskiej, problemy emocjonalne i zaburzenia psychiczne opiekuna, relacja partnerów (rodziców), atmosfera emocjonalna w domu, a nawet szersze wsparcie społeczne (Senator, 2012a).

Teoria przywiązania zakłada fazowy rozwój więzi (Marszał, 2015). Pierwsza faza, przypadająca na trzy pierwsze miesiące życia dziecka, związana jest z brakiem różnicowania figury przywiązania, używaniem wrodzonych zachowań przywiązaniowych, a zarazem ustalaniem pierwszych wzorców interakcji ze swoim opiekunem. Druga faza, w której dziecko wybiera jednego lub kilku preferowanych opiekunów, inicjuje i próbuje kontrolować bliskość oraz dopasowuje się do zachowań opiekuna, to zazwyczaj okres między trzecim a szóstym-dziewiątym miesiącem życia. Trzecia faza, trwająca zazwyczaj do trzeciego roku życia, to okres konsolidowania się przywiązania do głównego opiekuna oraz charakterystycznych dla danego dziecka lęku separacyjnego i lęku przed obcymi. Jest to zatem okres kształtowania się indywidualnego stylu przywiązania charakterystycznego dla danej osoby. W kolejnej fazie, przypadającej na czas między trzecim a siódmym rokiem życia, zwiększa się autonomia dziecka, a zarazem jego zdolność do przyjmowania perspektywy opiekuna – dlatego też wzajemna bliskość staje się bardziej relatywna i podlegająca negocjacom.

Ostatnia faza, której początek pokrywa się z siódmym rokiem życia, oznacza reorganizację w obrębie wewnętrznego modelu operacyjnego przywiązania (opisanego w paragrafie poniżej) i wiąże się bardziej ze zmianami ilościowymi niż jakościowymi.

Centralnym założeniem teorii przywiązania jest znaczący wpływ relacji między dzieckiem a jego opiekunem w pierwszych latach życia na dalszy rozwój dziecka. Konsekwencją nieprawidłowości we wspomnianej interakcji są zaburzenia w rozwoju, w tym na poziomie biologicznym – nieprawidłowy rozwój systemu korowo-limbicznego. Wyniki licznych badań potwierdzają związek między tworzącą się relacją pierwotny opiekun-dziecko a różnymi wskaźnikami rozwoju (Cassidy, Jones, Shaver, 2013; Schore, 2002). Zakłada się przy tym, iż w wyniku specyficznej więzi i wzajemnych interakcji powstają tzw. wewnętrzne modele operacyjne/robocze (*internal working models*; Shaver, Schachner, Mikulincer, 2005). Można określić je jako dynamiczne reprezentacje poznawcze, w których dziecko przechowuje i przetwarza informacje dotyczące siebie i opiekuną, a wraz z nimi przekonania i założenia o dostępności ważnej dla siebie osoby oraz możliwości otrzymywania od niej wsparcia (Jankowska, 2015; Senator, 2012a). To dzięki tym modelom dziecko, a potem dorosły, w określony sposób odnosi się do innych osób w życiu, bazując na wzorze stworzonym we wczesnym dzieciństwie (Liberska, Suwalska, 2011). Staje się to możliwe poprzez generalizację podstawowej więzi dziecko-opiekun na pozostałe relacje interpersonalne. Wewnętrzny model operacyjny stanowi nie tylko poznawczą reprezentację innych, lecz także samego siebie. W zależności od jakości pierwotnej więzi wykształca się postrzeganie siebie jako osoby wartej (lub nie) – miłości i akceptacji, co w konsekwencji ma ogromny wpływ na kondycję psychiczną (Taylor, 2016). Wewnętrzne modele operacyjne/robocze są już dość rozbudowane od trzeciego roku życia. Tworzą one wewnętrzny świat dziecka, który w późniejszym okresie zmienia się tylko w ograniczonym stopniu, z którym ono dorasta i który wyznaczy kiedyś sposób funkcjonowania w dorosłości (Senator, 2012a).

Koncepcja przywiązania zakłada również, że ufna relacja opiekun-dziecko stanowi podstawę eksplorowania przez dziecko zarówno świata zewnętrznego, jak i wewnętrznego świata własnego umysłu (Allen, Fonagy, Bateman, 2014). W oparciu o ufne relacje przywiązania rozwija się zdolność do mentalizacji, czyli rozumienia świadomych i nieświadomych stanów umysłu własnego i innych (Fonagy i in., 1991). Złożone współzależności między mentalizowaniem rodzicielskim, wzorcem przywiązania u dziecka oraz rozwijającą się zdolnością dziecka do mentalizowania opisali Allen, Fonagy, Bateman (2014). Wskazali oni wzajemnie responsywne mentalizowanie przez rodzica w relacji przywiązania

jako ten czynnik, który najbardziej ułatwia dziecku mentalizowanie. Jak zwracają uwagę Izydorczyk i Dobrowolska (2016), zarówno teoria przywiązania, jak i teoria mentalizacji potwierdzają wpływ wczesnodziecięcych wzorców więzi z opiekunem na kształtowanie się wzorców relacji z szerzej pojętym otoczeniem społecznym w dorosłym życiu. Jeśli z jakichś powodów zabrakło w dzieciństwie mentalizowania ze strony opiekuna, to zadaniem terapeuty jest stworzenie pacjentowi takiej bazy, dzięki której bezpiecznie będzie mógł odkrywać i omawiać nawet najbardziej smutne i bolesne aspekty swojej przeszłości i teraźniejszości (Bowlby, 1988).

Teoria Bowlby'ego zainspirowała niemałe grono badaczy, którzy podjęli się empirycznej weryfikacji jej głównych postulatów. Dla praktyków (psychologów klinicystów i psychoterapeutów) stała się kopalnią pomysłów dla opracowywania programów terapeutycznych opartych na optymalizowaniu jakości relacji w życiu pacjenta (Van IJzendoorn, Juffer, Duyvesteyn, 1995; Wallin, 2011).

3.2. Style oraz wymiary (dymensje) przywiązania

Przywiązanie można określać jako względnie stałą cechę lub zależny od kontekstu stan (Marszał, 2015). Obserwatorzy relacji między dzieckiem a jego opiekunem zauważyli, iż określone sposoby zachowania dwóch stron tej relacji układają się w specyficzne wzorce, poddające się klasyfikacji. Typologię i definicję stylów przywiązania wprowadzono na podstawie tzw. Procedury Obcej Sytuacji (*Strange Situation Procedure*), opracowanej przez Ainsworth i jej współpracowników (Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978). Badaczka, zainspirowana koncepcją Bowlby'ego, organizowała różnego rodzaju sytuacje, aby obserwować wczesne więzi w okresie dzieciństwa. Manipulując sekwencjami relacji między matką a jej dzieckiem oraz wprowadzając do sytuacji obcą osobę, starała się uchwycić reakcje dziecka zarówno na postać mu dobrze znaną, jak i obcą. Procedura Obcej Sytuacji pozwoliła na wgląd w indywidualne różnice w zakresie przywiązania poprzez ocenę aktywacji systemu przywiązania oraz towarzyszących mu wewnętrznych modeli operacyjnych dziecka. Szereg obserwacji i analiz doprowadził do wyodrębnienia kilku klas zachowań reprezentowanych przez głównych bohaterów interakcji (matkę i dziecko).

Na podstawie tej procedury u dzieci około pierwszego roku życia wyróżniono cztery wzorce przywiązania: więź ufną, lękowo-unikającą, lękowo-ambivalentną i zdezorganizowaną (Ainsworthi in., 1978; Main, Solomon, 1986, 1990). Do więzi ufnej zakwalifikowano ten rodzaj interakcji, w którym

opiekun stanowił dla dziecka bezpieczną bazę. Dziecko płakało podczas rozłąki z opiekunem, ale dawało się stosunkowo łatwo uspokoić przy ponownym spotkaniu. Opiekun był osobą dostępną, wrażliwą, responsywną na potrzeby dziecka. Do kategorii więzi lękowo-unikającej przypisano ten rodzaj interakcji, podczas którego dzieci – po czasie rozłąki z opiekunem – unikały kontaktu wzrokowego z nim lub go ignorowały, a na samą separację reagowały w sposób niemal niezauważalny. Opiekunowie charakteryzowali się mniejszą responsywnością na sygnały dzieci i kierowali do nich przekaz, iż powinny radzić sobie same. Do więzi lękowo-ambiwalentnej przyporządkowano ten rodzaj interakcji między opiekunem a dzieckiem, w którym widoczne było rozdrażnienie lub bierność dziecka. Opiekun w zachowaniach w stosunku do dziecka był niespójny – częściej reagował na sygnały o silniejszym natężeniu. Dzieci doświadczały silnego zdenerwowania podczas rozłąki z opiekunem i nie były skłonne do pocieszenia po jego powrocie – ich dążenie do ponownego kontaktu było zmienne (ambiwalentne). Do więzi zdezorganizowanej zostały zakwalifikowane interakcje dzieci i opiekunów, które w żaden sposób nie pasowały do poprzednich wyróżnionych grup. Dzieci zazwyczaj wykazywały zachowania konfliktowe, świadczące o obawach, i zdezorganizowane, bez wyraźnego celu i intencji. Opiekunowie tych dzieci zaniedbywali ich potrzeby, źle je traktowali, a nawet krzywdzili.

Więź ufną uważa się za bezpieczny wzorzec przywiązania, a więź lękowo-unikającą, lękowo-ambiwalentną i zdezorganizowaną za należące do pozabezpiecznego wzorca (Ainsworth i in., 1978; Main, Solomon, 1986; Taylor, 2016). Bezpieczny wzorzec oznacza, iż jakość zbudowanej relacji pomaga dziecku rozwijać się prawidłowo, budować spójny i pozytywny obraz siebie i innych. Pozabezpieczny wzorzec sugeruje problemy w prawidłowym rozwoju, niespójny i/lub negatywny obraz innych lub siebie. Modele operacyjne opiekuna (figury przywiązania) i dziecka, jakie powstają w wyniku kształtowania się każdego z wymienionych wzorców, zostały zestawione w tabeli 3. Wewnętrzna reprezentacja siebie oraz wewnętrzny obraz opiekuna powstają w sposób komplementarny (Taylor, 2016).

Ukształtowane w dzieciństwie wzorce przywiązania mają wpływ na dalszy rozwój dziecka. Chociaż nie determinują go w pełni, to jednak wyznaczają określony zakres możliwych ścieżek rozwojowych (Bowlby, 1988). Na wiele sposobów pozostają one w łączności z różnymi aspektami funkcjonowania człowieka. Dzieje się tak między innymi ze względu na mechanizmy neuronalne (kształtowanie się połączeń nerwowych w interakcjach z opiekunem), mechanizmy regulacji emocji, uczenie się synchronii behawioralnej (uwspólniania lub uzupełniania się zachowań) oraz ukształtowane wewnętrzne modele robocze

siebie i opiekuna (Senator, 2012a). Obserwacje i badania potwierdziły fakt, iż związki przyjacielskie i partnerskie osób dorosłych wykazują podobieństwo do tych obserwowanych u dzieci (Tryjarska, 2012). Badania dotyczące specyfiki romantycznych związków między osobami dorosłymi wykazały, iż więź partnerska ma swoje prazródła w dziecięcym przywiązaniu do opiekuna – figury przywiązania (Hazan, Shaver, 1987).

Tabela 3

Modele operacyjne opiekuna (figury przywiązania) i dziecka kształtujące się na podstawie różnych wzorców przywiązania

Wzorec przywiązania	Model operacyjny opiekuna (figury przywiązania)	Obraz siebie
Więź ufna	Dostępny zarówno fizycznie, jak i emocjonalnie, wrażliwy na potrzeby i kochający	Zasługujący na przyjmowanie i otrzymywanie miłości oraz spełnienie potrzeb, wartościowy, skuteczny, zdolny do komunikacji z innymi
Więź lękowo-unikająca	Nie zawsze dostępny, często niereagujący	Nieskuteczny, o niskiej sprawczości, mało wartościowy, skazany na niepowodzenia w kontaktach z innymi, zmuszony do ukrywania swojej złości i rozpacz
Więź lękowo-ambiwalentna	Mało przewidywalny i mało spójny w sposobie reagowania, niedostępny emocjonalnie	Mało skuteczny, z niezaspokojonymi potrzebami, niewzbudzający miłości, o niewielkiej możliwości wpływania na innych, przymuszający do okazywania czułości
Więź zdezorganizowana	Model uproszczony i niespójny	Model uproszczony i niespójny

Na podstawie: Senator (2012a), Taylor (2016)

Hazan i Shaver (1987) zaproponowali typologię stylów przywiązania osób dorosłych – analogiczną do tej dotyczącej dzieci – składającą się z: stylu ufnego, stylu lękowo-ambiwalentnego oraz stylu unikającego. Styl ufny (*secure*) przypisali osobom czującym się swobodnie w bliskim kontakcie, nieobawiającym się wzajemnej zależności, a zarazem elastycznym i otwartym. Tworzone przez nich relacje określili jako przynoszące wiele szczęścia, poczucia bliskości i wzajemnego zaufania. Osoby o stylu lękowo-ambiwalentnym (*anxious-ambivalent*) określili jako niepewne siebie i innych, mające poczucie niezrozumienia oraz pozostające w napięciu, ciągle szukające dowodów miłości ze strony

partnera. Tworzone przez nich więzi opierają się o silne pragnienie bliskości, ale zarazem nie mniej silny lęk przed odrzuceniem i zerwaniem związku. Styl unikający (*avoidant*) przypisali z kolei tym osobom, które minimalizują znaczenie przywiązania, boją się intymności i wolą pozostawać niezależne od innych. Tworzone przez nich związki nie są charakteryzowane jako satysfakcjonujące i dające poczucie akceptacji.

Odrębną typologię stylów przywiązania osób dorosłych stworzyła także Bartholomew ze współpracownikami (Bartholomew, Horowitz, 1991; Griffin, Bartholomew, 1994a, 1994b). Wyróżniła ona cztery style przywiązania: styl ufny, styl zaabsorbowany, styl odrzucająco-unikający oraz styl lękowo-unikający. Styl ufny (*secure*) jest charakterystyczny dla osób posiadających pozytywne modele robocze siebie i innych. Osoby te czują się dobrze w bliskich kontaktach, pozostając autonomiczne. Siebie i innych traktują jako zasługujących na miłość. Styl zaabsorbowany (*preoccupied*) przypisywany jest osobom, których model roboczy innych jest pozytywny, ale model roboczy siebie – negatywny. Osoby takie traktują siebie jak kogoś niezasługującego na miłość, dlatego będąc w związku obawiają się porzucenia i wytrwale poszukują dowodów miłości. Pragną intymności, ale ich lęk przed odrzuceniem jest wysoki. Styl odrzucająco-unikający (*dismissive-avoidant*) przypisuje się jednostkom, których model roboczy siebie jest pozytywny, ale model roboczy innych osób już nie. Z tego powodu osoby o stylu odrzucająco-unikającym unikają intymności, chociaż lęk przed odrzuceniem nie jest u nich szczególnie wysoki. Styl lękowo-unikający (*fearful-avoidant*) jest typowy dla osób o negatywnym modelu roboczym zarówno innych osób, jak i siebie samego. Osoby charakteryzujące się tym stylem wolą nie wchodzić w bliskie związki, gdyż wysoki jest u nich zarówno lęk przed odrzuceniem, jak i lęk przed intymnością.

Typologie stylów przywiązania stworzone przez Ainsworth, jak i Hazana, Shavera czy Bartholomew stały się w dużej mierze podstawą narzędzi stworzonych do badania stylów przywiązania. W ten sposób powstały: Wywiad z Dorosłymi na temat Przywiązania (*Adult Attachment Interview*, AAI, Main, Kaplan, Cassidy, 1985), Wywiad na temat Aktualnych Związków (*Current Relationship Interview*, CRI, Crowell, Treboux, 1995), Kwestionariusz Stylów Przywiązania Osób Dorosłych (*Adult Attachment Styles Questionnaire*, AASQ, Hazan, Shaver, 1987), Skala Związków (*Relationship Questionnaire*, RQ, Bartholomew, Horowitz, 1991), Kwestionariusz Doświadczeń w Bliskich Związkach (*Experiences in Close Relationships Inventory*, ECR, Brennan, Clar, Shaver, 1998), Skala Przywiązań Dorosłych (*Adult Attachment Scale*, AAS, Collins, Read, 1990) czy Kwestionariusz Stylów Przywiązania (*Attachment Style Questionnaire*, ASQ, Feeney, Noller, Hanrahan, 1994).

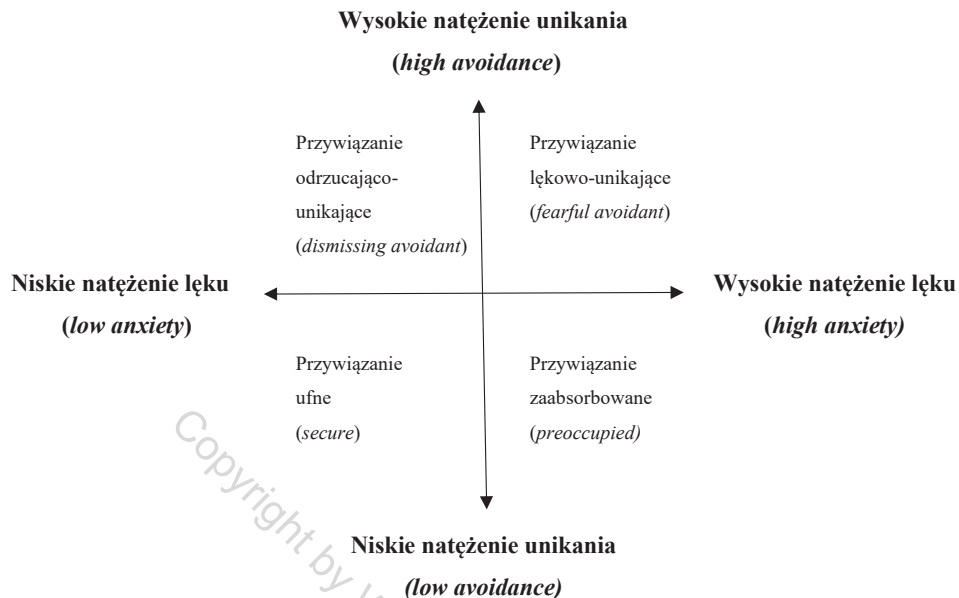
Część badań sugeruje względną trwałość stylów przywiązania w okresie dzieciństwa (Howees, Hamilton, 1992; Goossens, van Ijzendoorn, 1990). Jak zauważa Nowotnik (2014), wraz z wiekiem dziecka zwiększa się ryzyko utrwalenia powstałego stylu przywiązania i generalizacji ukształtowanych reprezentacji relacji na inne, na przykład uczeń–nauczyciel. Badania Weinfield, Whaley i Egeland (2004) ujawniły wyraźną spójność pomiędzy zachowaniami przywiązaniowymi w okresie niemowlęctwa a wzorami przywiązania w późnym okresie adolescencji. Badania Hamiltona (2000) oraz Watersa (Waters i in., 2000) wykazały, iż znaczna większość nastolatków oraz młodych dorosłych prezentuje style przywiązania podobne do tych, które mieli w relacji z rodzicami w niemowlęctwie. Style przywiązania można także potraktować jako matrycę tworzenia związków w dorosłości (Tryjarska, 2012). Między innymi na podstawie badań z użyciem wspomnianych wcześniej narzędzi udało się ustalić, iż style przywiązania osób dorosłych wykazują umiarkowaną trwałość (Tryjarska, 2012; Taylor, 2016). Należy jednak nadmienić, iż wyczerpujących badań na temat stabilności stylów przywiązania w czasie wśród osób dorosłych jest nadal mało, a wyniki dotychczasowych wydają się niejednoznaczne (Lubiewska, 2019).

Kategorie stylów przywiązania powstały zasadniczo w wyniku klasyfikacji wzorców przywiązania ocenianych przez sędziów kompetentnych (Łoś, 2010). Klasyfikacje te, dokonywane przez różne zespoły badawcze począwszy od Ainsworth i jej współpracowników (1978), pozwalały na przypisanie określonej osoby do odrębnego stylu na podstawie danych obserwowalnych lub kwestionariuszowych. W tym sensie kategoryzację stylów przywiązania można porównać do kategoryzacji zaburzeń osobowości w ujęciu kategoryalnym. Natomiast nową perspektywą badawczą było opisanie zróżnicowania przywiązania za pomocą nie tylko kategorii stylów, lecz także wymiarów. Konceptualizacja głównych wymiarów przywiązania powstała w oparciu o badania empiryczne (Brennan, Clark, Shaver, 1998; Fraley, Waller, Brennan, 2000). W badaniach tych zestawiono wszystkie znane do tej pory narzędzia mierzące przywiązanie (ponad 1000 itemów) i na podstawie analizy czynnikowej wyodrębniono dwa główne czynniki (wymiary). Pierwszym z wymiarów jest niepokój przywiązaniowy (*attachment anxiety*), a drugim unikanie przywiązaniowe (*attachment avoidance*). Niepokój przywiązaniowy to tendencja do zamartwiania się o utratę bliskiej osoby i zazdrość o nią. Unikanie przywiązaniowe to nieufność w stosunku do innych i zachowanie wobec nich emocjonalnego dystansu. W tej koncepcji – alternatywnej do kategoryalnych stylów przywiązania – przywiązanie jest opisywane za pomocą natężenia na wyróżnionych wymiarach (Mikulincer, Shaver, 2003; za: Wallin, 2011). Jak zwraca uwagę Tryjarska (2012):

Dwa wyróżnione wymiary odzwierciedlają podstawowe komponenty behawioralnego systemu przywiązania. Jeden z nich monitoruje i ocenia wydarzenia pod kątem celów związanych z przywiązaniem, takich jak bliskość fizyczna i psychiczna obiektu przywiązania, jego osiągalność czy wrażliwość na sygnalizowane potrzeby partnera. Kiedy system behawioralny wykrywa rozbieżność między aktualnym zapotrzebowaniem na bliskość i wrażliwość obiektu a jego zachowaniem, człowiek niepokoi się i coraz bardziej czujnie śledzi sygnały odnoszące się do przywiązania. Ludzie różnią się progiem, od którego wykrywają zagrożenie poczucia bezpieczeństwa w związku lub sygnały odrzucenia. Różnorodność ludzką w tym wymiarze Brennan, Clark i Shaver (1998) nazwali lękiem. Drugi komponent jest odpowiedzialny za regulację zachowań przywiązaniowych w stosunku do celu. Dla przykładu, w odpowiedzi na niepokój człowiek może poszukiwać kontaktu i wsparcia obiektu przywiązania, lub przeciwnie – wycofać się i radzić sobie samodzielnie. Różnorodność owych orientacji behawioralnych Brennan i współpracownicy nazwali wymiarem unikania (s. 192).

Wyodrębnienie dwóch wymiarów przywiązania rozpoczęło dyskusję nad tym, czy ludzie różnią się aspektami przywiązania bardziej na sposób ciągły czy układający się w kategorie oraz czy ujmowanie przywiązania w odrębne style nie pozbawia nas istotnych informacji na temat ludzkiego przywiązania (Crowell, Fraley, Roisman, 2016; Crowell, Fraley, Shaver, 2008). Kategorie, chociaż pomagają uporządkować rzeczywistość – w tym wypadku zaklasyfikować ludzi do jednego konkretnego stylu przywiązania – uniemożliwiają uchwycenie niuansów związanych ze stopniem nasilenia danego fenomenu. Nowe ujęcie stało się możliwe dzięki dymensjonalnemu podejściu do omawianego zagadnienia. Konceptualizacja przywiązania, na którą składają się dwa wymiary, zdaje się trafniej opisywać różnice indywidualne w zakresie zachowań przywiązaniowych. Zauważono, iż aspekty przywiązania, podobnie jak zaburzenia osobowości, można rozumieć bardziej dymensjonalnie niż kategorialnie i że dymensjonalne modele stylu przywiązania mogą być lepiej dostosowane do konceptualizacji i pomiaru indywidualnych różnic (Fraley, Hudson, Heffernan, Segal, 2015).

Badania wykazały, że niepokój przywiązaniowy jest powiązany z zdrością oraz znaczącą obawą przed odrzuceniem, unikanie przywiązaniowe natomiast wiąże się z odczuwanym dyskomfortem w sytuacji odwzajemnianej bliskości (Brennan i in., 1998). Osobom, które charakteryzują się niskim poziomem zarówno niepokoju przywiązaniowego, jak i unikania przywiązaniowego przypisuje się przywiązanie ufne, a osobom o wysokich wynikach w zakresie obydwu tych wymiarów – przywiązanie lękowo-unikające (Brenning, Soenens, Bosmans, 2011). Dwa wymiary przywiązania ilustruje rysunek 5.



Rysunek 5. Dwuwymiarowy model różnic indywidualnych w przywiązaniu osób dorosłych – przedstawiający dwa wymiary przywiązania oraz ułożenie stylów przywiązania w odniesieniu do niskiego lub wysokiego natężenia wymiarów (źródło: Crowell, Fraley, Roisman, 2016).

Niepokój i unikanie jako wymiary przywiązania kształtują się na podstawie konkretnych doświadczeń i w wyniku partycypowania w relacji danego typu. Dla zrozumienia ukształtowania się niepokoju lub unikania przywiązaniowego można posłużyć się tezami dotyczącymi aktywacji i dezaktywacji systemu przywiązania. System ten bowiem uruchamia się w sytuacji rzeczywistego lub wyobrażanego zagrożenia, przy czym zagrożenie może mieć zarówno pochodzenie zewnętrzne (np. zagrażający bodziec, nieobecność opiekuna, odrzucenie ze strony ważnej osoby), jak i wewnętrzne (np. stres, zmęczenie, ból). Oba rodzaje zagrożeń mogą w podobny sposób aktywować niepokój i unikanie jako formy odpowiedzi na owe – rzeczywiste lub wyobrażone – zagrożenie. Rosenthal i Kobak (2010) wskazują na trzy sytuacje aktywujące system przywiązania w przypadku osób dorosłych: nagłe wydarzenie związane z istotnym niebezpieczeństwem, zagrożenie niedostępnością figury przywiązania, okoliczności wpływające na potrzebę bliskości. Aktywacja systemu przywiązania wydaje się najbardziej powiązana z negatywnym doświadczeniem pobudzenia

emocjonalnego (Stawicka, 2008). Jej konsekwencją jest neurofizjologiczne pobudzenie organizmu i dezaktywacja pozostałych systemów motywacyjnych (Marszał, 2015). Dzięki odzyskanemu poczuciu bezpieczeństwa na podstawie adekwatnej odpowiedzi opiekuna lub wyobrażenia figury przywiązania może dojść do dezaktywacji systemu, który utrzymuje jednostkę w stanie napięcia i obniża zdolność adaptacji w wielu obszarach funkcjonowania. Jeśli jednak realny lub wyobrazony opiekun jest niedostępny albo nieadekwatny, może dojść do wzrostu poziomu napięcia i dyskomfortu oraz uruchomienia wtórnych strategii przywiązania: jednostka może albo intensywnie poszukiwać ochrony i wsparcia, albo zaprzeczyć jakimkolwiek potrzebom związanym z bliskością. W pierwszej sytuacji możemy mówić o strategii hiperaktywacyjnej, w drugim – dezaktywacyjnej (Marszał, 2015). Strategie hiperaktywacyjne mogą wyrosnąć na gruncie kontaktu z opiekunem nieuważnym, lękowym lub zajęтым zbyt bardzo sobą. Jednostka w kontakcie z taką osobą nauczyła się stosować wyolbrzymione reakcje w celu przywołania opiekuna. Strategie dezaktywacyjne mogą z kolei powstać na gruncie doświadczeń z opiekunem nieobecnym, odrzucającym, emocjonalnie wycofanym lub nawet wrogiem. W takiej relacji jednostka przestała okazywać potrzeby przywiązaniowe i zaczęła zaprzeczać potencjalnym zagrożeniom (Marszał, 2015; Mikulincer, Shaver, 2008).

3.3. Przywiązanie a zaburzenia osobowości

Jak zwrócono uwagę już wcześniej, teoria przywiązania dotyczy rozumienia zarówno klinicznych, osobowościowych, jak i rozwojowych aspektów psychiki człowieka. Jak zauważa Holmes (2007), kluczowa problematyka dotyczy tego, jak matryca interakcji między dzieckiem a jego opiekunami „staje się w procesie uwewnętrzniania osobowości” (s. 162). W związku z tym wielu badaczy zaczęło poszukiwać – możliwych do empirycznego potwierdzenia – związków między przywiązaniem ukształtowanym we wczesnym dzieciństwie a funkcjonowaniem człowieka zarówno w młodszych latach jego życia, jak i dorosłości.

Przywiązanie jest czynnikiem regulującym poziom stresu, a wyniki badań sugerują także istnienie związku między ufnym stylem przywiązania a rozwojem uwagi w dzieciństwie (Allen, Fonagy, Bateman, 2014). Dziecko, które dorastało w bezpiecznej relacji przywiązaniowej wykształca w sobie także takie cechy, jak: odporność psychiczna, pozytywne uczucia, empatia, regulacja emocji, kompetencje społeczne, zdrowa samoocena, niezależność, a zarazem zdolność do dostosowania się (Taylor, 2016). Niskie nasilenie tych cech może powodować mniej lub bardziej intensywne zaburzenia natury psychicznej. Badania sugerują,

iz na ogół podatność na zaburzenia psychiczne idzie w parze z brakiem troskliwej opieki ze strony rodziców i kontrolą z ich strony (Chrzastowski, 2012). Jak zwracają uwagę Allen, Fonagy, Bateman (2014), to w relacji z pierwszymi opiekunami możemy doświadczyć zarówno troskliwej i responsywnej uwagi, ale to także w tych relacjach może dojść do różnego rodzaju urazów, z których szczególnie silne są te dotyczące przemocy fizycznej, przemocy seksualnej, niechęci, przemocy psychicznej oraz zaniedbywania fizycznego lub psychicznego.

Dotychczasowe badania wykazywały związki między stylami przywiązania a różnego rodzaju problemami przejawianymi już w dzieciństwie. Dzieci o stylu unikowym często stosowały przemoc wobec innych, podczas gdy dzieci o stylu ambiwalentnym bywały zwykle ofiarami przemocy (Elicker, Englund, Sroufe, 1992; Weinfeld, Sroufe, Egeland, Carlson, 1999). Dzieci unikowe zazwyczaj budziły złość i próby kontroli, a dzieci ambiwalentne były infantylizowane albo traktowane pobłażliwie (Wallin, 2011).

Badania potwierdziły także istnienie związku między jakością więzi w dzieciństwie a powstawaniem zaburzeń w dorosłości (Tryjarska, 2012). Zaburzenia więzi mogą stanowić chociażby czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń odżywiania: anoreksji i bulimii psychicznej (Józefik, 2008). Dezorganizacja przywiązania łączy się także z trudnościami w rozumieniu innych osób wraz z ich uczuciami, pragnieniami, myślami i intencjami (Senator, 2012b). Dzieje się tak, ponieważ pozabezpieczone przywiązanie ukształtowane w dzieciństwie zaczyna określać naturę także innych, tworzonych w dorosłości więzi społecznych (Taylor, 2016). Psychoterapeuci zauważają, iż problemy, jakie sprowadzają pacjentów do gabinetów, zazwyczaj powiązane są z brakiem umiejętności tworzenia odpowiednich relacji z innymi, a także z samym sobą (Wallin, 2011).

Część rozważań teoretycznych oraz badań empirycznych w tym zakresie koncentrowała się wokół związków między stylami przywiązania a wymiarami osobowości, w tym zaburzeniami osobowości. Badania Shaver i Brennan (1992) udowodniły, iż osoby charakteryzujące się ufnym przywiązaniem są mniej neurotyczne i cechują się wyższą ekstrawersją niż osoby lękowe. Lyddon i Sherry (2001), odwołując się do modeli przywiązania w życiu dorosłym Bartholomew i współpracowników (Bartholomew, Horowitz, 1991; Griffin, Bartholomew, 1994a, 1994b) – bazując na teoretycznych koncepcjach – przypisali określone kategorie zaburzeń osobowości do stylów przywiązania, łącząc m.in. zaburzenie narcystyczne ze stylem lękowym i odrzucającym, a zaburzeniem obsesyjno-kompulsywnym ze stylem zaabsorbowanym. Jednak weryfikacja empiryczna nie potwierdziła wszystkich założeń, w tym związków pomiędzy stylami przywiązania i osobowością antyspołeczną, narcystyczną oraz obsesyjno-kompulsywną (Sherry, Lyddon i Henson, 2007). Wyniki innych badań

wiązały lękowo-ambiwalentny wzorzec przywiązania z ukrytym narcyzmem (Besser, Priel, 2009; Smolewska, Dion, 2005). Według Gawdy i Czubak (2012) styl lękowo-ambiwalentny wiąże się z nasileniem nie tylko narcystycznych cech osobowości, lecz także cech osobowości unikającej, zależnej, obsesyjno-kompulsywnej, depresyjnej, paranoicznej oraz borderline. Badania Schore (2002) i Slade (1999) wykazały z kolei korelacje między zaburzeniami o charakterze obsesyjnym, narcystycznym i schizoidalnym a stylem unikowym, podczas gdy zaburzenia o charakterze histerycznym i histrionicznym a stylem ambiwalentnym. Wyniki badań zdają się sugerować, iż narcyzm jawny przejawia się unikaniem bliskości i idzie w parze z odrzucającym stylem więzi, podczas gdy narcyzm ukryty koreluje ze stylem lękowym (Porębiak, 2012; Smolewska, Dion, 2005). Przywiązanie zdeorganizowane łączyło się w badaniach bardzo często z osobowością z pogranicza (Dozier, Stovall, Albus, 1999; Fonagy, Gergely, Jurist, Target, 2002; Holmes, 2003; Schore 2002). W wieku adolescencji i w dorosłości przywiązanie zdeorganizowane stanowi także większe ryzyko rozwinięcia osobowości antyspołecznej (Westen, Nakash, Thomas, Bradley, 2007) i wiąże się z wyższym poziomem agresji (Greenberg, 1999).

Przeprowadzone badania pozwoliły więc wprowadzić na powiązanie zaburzeń osobowości z grupą pozabezpiecznych stylów przywiązania, nie dały jednak jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, który konkretnie z pozabezpiecznych stylów przywiązania wiąże się z wybranym zaburzeniem osobowości – w tym osobowości obsesyjno-kompulsywnej i osobowości narcystycznej.

Należy zaznaczyć, iż do tej pory badania koncentrowały się na związkach między określonymi psychopatologiami a wyróżnionymi przez badaczy stylami przywiązania (Erkan i in., 2015; Shorey, Snyder, 2006), unaoczniając przy okazji niejasności w zakresie relacji między stylami a kategoriami zaburzeń osobowości. Dotychczasowe badania należy zaklasyfikować jako prowadzone w podejściu kategoryalnym, co może stanowić ich ograniczenie. Niewiele jest natomiast badań o charakterze dymensjonalnym, wykorzystujących dwa podstawowe wymiary związane z przywiązaniem: niepokój przywiązaniowy i unikanie. Zaliczyć można do nich badania Nofle i Shaver (2006), które wykazały pozytywny i umiarkowany związek między poziomem niepokojem przywiązaniowego a neurotyzmem (Nofle, Shaver, 2006). Niepokój ten okazał się zresztą lepszym predyktorem jakości związków partnerskich niż sam neurotyzm. Nofle i Shaver (2006) przeanalizowali korelację nieufności przywiązaniowej (połączonego niepokojem i unikania przywiązaniowego) z cechami osobowości i wykazali negatywny związek z sumiennością, ekstrawersją oraz ugodowością. Badania te dotyczyły jednak Wielkiej Piątki, nie koncentrując się na zaburzeniach osobowości. Berghaus (2011) zwraca uwagę, iż nie ma prostej zależności

między stylami przywiązania i zaburzeniami osobowości, ale że to właśnie mechanizm lękowy ma charakter niespecyficzny i jako taki uczestniczy w konstituowaniu różnych zaburzeń osobowości. Prezentowane tu dociekania wpisują się w ten nurt badań dymensjonalnych. W tym ujęciu przyjmuje się, że natężenie niepokoju przywiązaniowego (lęku przed opuszczeniem) i unikania przywiązaniowego (lęku przed bliskością), a więc dwa wymiary związane z mechanizmami lękowymi, mogą być lepszym narzędziem opisu i wyjaśniania związku pomiędzy podstawowymi aspektami przywiązania a wybranymi aspektami zaburzeń osobowości.

Copyright by Wydawnictwo Naukowe UKSW

CZĘŚĆ II

BADANIA WŁASNE

Copyright by Wydawnictwo Naukowe UKSW

ROZDZIAŁ 4

PROBLEM BADAŃ WŁASNYCH

Głównym celem niniejszej publikacji jest poszerzenie wiedzy na temat narcystycznego i obsesyjno-kompulsywnego zaburzenia osobowości, dzięki analizie metacechowych i przywiązaniowych uwarunkowań tych zaburzeń. Specyfiką narcystycznego i obsesyjno-kompulsywnego zaburzenia osobowości jest to, że ich wybrane właściwości nie tylko nie są dysfunkcjonalne, ale mogą nawet wspomagać funkcjonowanie w określonych obszarach życia, a dopiero po przekroczeniu odpowiedniego ich natężenia zaczynają dysfunkcjonalnie oddziaływać na życie jednostki. W prezentowanych tutaj badaniach zestawiono te dwie kategorie zaburzeń osobowości w ramach jednego spójnego modelu, aby odpowiedzieć na pytanie, co warunkuje specyfikę tych zaburzeń oraz w jakich warunkach pewne cechy osobowości, charakterystyczne dla obsesyjno-kompulsywnego lub narcystycznego zaburzenia osobowości, stają się już dysfunkcjonalne, a w jakich jeszcze nie. Badania te wpisują się zatem w nurt dymensjonalnego podejścia do zaburzeń osobowości.

Teoretyczną podstawą analiz przeprowadzonych w niniejszej pracy jest Kołowy Model Metacech Osobowości (KMMO, Strus, Ciecuch, 2017, 2021; Strus, Ciecuch, Rowiński, 2014) oraz teoria przywiązania (Bowlby, 1969, 1973, 1980). KMMO to model struktury osobowości, wyróżniający osiem głównych metacech ułożonych w układzie kołowym. Model stwarza podstawy integracji wielu innych modeli osobowości, temperamentu, emocji, motywacji, a także psychopatologii. Badania wykazały potencjał KMMO również do różnicowania głównych kategorii zaburzeń osobowości (Zawadzki, 2016, 2017). Model ten został także wykorzystany jako matryca do porównania cech- domen związanych z zaburzeniami osobowości w DSM-5 i ICD-11 (Strus, Łakuta, Ciecuch, 2021). KMMO oraz jego zastosowania omówiono w *Rozdziale 2*. Teoria przywiązania z kolei jest dobrze ugruntowaną koncepcją wykorzystywaną zarówno

w psychologii rozwojowej, psychologii osobowości, jak i psychologii klinicznej (Cassidy, Shaver, 2018; Józefik, Iniewicz, 2008). Dotyczy ona wpływu kształtowania się wczesnych więzi z najważniejszymi osobami w życiu dziecka na jego rozwój i całościowe funkcjonowanie psychologiczne człowieka (Bowlby, 2007). Pozwala na lepsze rozumienie tego, w jaki sposób rodzą się nasze podstawowe sposoby wchodzenia w relacje interpersonalne, a także jak zaczyna się kształtować obraz siebie, a więc także zręby naszej osobowości (Levy, Johnson, Clouthier, Scala, Temes, 2005). Teoria ta została omówiona w *Rozdziale 3*. Do tej pory teoria przywiązania jako podstawa rozważań teoretycznych i badań empirycznych w zakresie problematyki zaburzeń osobowości była wykorzystywana głównie w podejściu kategoryjnym, to znaczy przy użyciu wyodrębnionych kilku stylów przywiązania (Erkan i in, 2015; Shorey, Snyder, 2006). Niewiele jest natomiast badań o charakterze dymensjonalnym, wykorzystujących dwa podstawowe wymiary związane z przywiązaniem: niepokój przywiązaniowy (lęk przed odrzuceniem) i unikanie przywiązaniowe (lęk przed bliskością).

Istotne novum niniejszej pracy polega na ujęciu tych dwóch zaburzeń osobowości na jednej matrycy KMMO. Ich wyraźnie odmienne ułożenie w ramach jednego modelu staje się podstawą analizy psychologicznych właściwości, jakie kryją się za tym umiejscowieniem. Ponadto, ułożenie tych dwóch zaburzeń osobowości na matrycy KMMO może pomóc w odpowiedzi na pytanie, co sprawia, że na granicy delty w KMMO człowiek utrzymuje się (balansuje) na granicy zdrowia lub osuwa się w obszary patologiczne.

W badaniu przyjęto dymensjonalne podejście do zaburzeń osobowości w miejsce stosowanego do niedawna podejścia kategoryjnego. Aby wykorzystać możliwości podejścia dymensjonalnego, badania zostały przeprowadzone nie tylko na grupie z populacji ogólnej, ale także w grupach klinicznych. Sformułowane zostały cztery główne problemy badawcze, omówione poniżej.

4.1. Pierwszy problem badawczy (Hipotezy 1, 2, 3): zróznicowanie nasilenia cech zaburzeń osobowości oraz dezadaptacyjnego przywiązania między badanymi grupami

Pierwszym problemem badawczym jest dymensjonalne ujęcie badanych zmiennych (OCPD, NPD, wymiarów przywiązania, patologicznych cech-domen osobowości) i zweryfikowanie natężenia tych zmiennych między osobami przebywającymi na oddziale ze zdiagnozowanymi zaburzeniami osobowości

a osobami nieprzebywającymi na oddziale. W związku z tym sformułowano następujące hipotezy badawcze:

H1: W grupie osób z diagnozą zaburzeń osobowości lub współwystępowania zaburzeń osobowości, przebywających na oddziale związanym z leczeniem zaburzeń osobowości, nasilenie cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej oraz cech-domen związanych z zaburzeniami osobowości jest większe niż w grupie osób nieprzebywających na oddziale szpitalnym.

Narzędzia związane z pomiarem zaburzeń osobowości używane w niniejszych badaniach zostały skonstruowane po to, aby móc mierzyć nasilenie cech lub domen powiązanych z zaburzeniami osobowości. Podejście dymensionalne sugeruje, iż nasilenie cech i domen związanych z zaburzeniem osobowości będzie silniejsze wśród pacjentów oddziałów związanych z leczeniem zaburzeń osobowości i posiadających diagnozę zaburzeń osobowości lub ich współwystępowania niż w pozostałych grupach. Należy więc domniemywać, iż w tej grupie (klinicznej oddziałowej) wyniki związane z nasileniem NPD, OCPD (rozumianych jako wynik ogólny narzędzi mierzących nasilenie cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej) oraz innych cech-domen związanych z zaburzeniami osobowości będą najwyższe.

H2: W grupie osób z diagnozą zaburzeń osobowości lub współwystępowania zaburzeń osobowości, przebywających na oddziale związanym z leczeniem zaburzeń osobowości, nasilenie niepokoju i unikania przywiązaniowego jest większe niż w grupie osób nieprzebywających na oddziale.

Dwa wymiary przywiązania: unikanie i niepokój przywiązaniowy są związane z tak zwanymi pozabezpiecznymi sposobami wiązania się z pierwotnym opiekunem, a także w rezultacie – z wieloma innymi ważnymi osobami w życiu. Zarówno założenia teoretyczne, jak i dotychczasowe badania (por. omówienie w *Rozdziale 3*) wykazują związek (dodatni umiarkowany) między pozabezpiecznymi stylami przywiązania a wybranymi zaburzeniami osobowości. Zakłada się więc, że dwa podstawowe wymiary przywiązania – niepokój i unikanie – będą nasilone u osób z grupy klinicznej oddziałowej bardziej niż u osób z pozostałych grup.

H3: W grupie osób z diagnozą zaburzeń osobowości lub współwystępowania zaburzeń osobowości, przebywających na oddziale związanym z leczeniem zaburzeń osobowości, jest większe nasilenie metacech związanych z dysfunkcjonalnymi aspektami osobowości i mniejsze nasilenie metacech związanych ze zdrowym funkcjonowaniem niż w grupie osób nieprzebywających na oddziale.

Założenia teoretyczne oraz dotychczasowe badania empiryczne w ramach KMMO (por. omówienie w *Rozdziale 2*) wskazują, iż linią dzielącą funkcjonalne i dysfunkcjonalne aspekty osobowości jest linia delty. W związku z tym

oczekuje się, iż natężenie metacech poniżej linii delty, związanych z zaburzonym funkcjonowaniem (alfa-minus, gamma-minus, beta-minus) jest większe w grupie klinicznej oddziałowej niż w grupach osób nieprzebywających na oddziale, a – analogicznie – natężenie metacech powyżej linii delty, czyli związanych ze zdrowym funkcjonowaniem (alfa-plus, gamma-plus i beta-plus) jest większe w grupie osób nieprzebywających na oddziale związanym z leczeniem zaburzeń osobowości niż w grupie osób przebywających na takim oddziale.

4.2. Drugi problem badawczy (Hipotezy 4, 5, 6): lokalizacja cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej w ogólnej strukturze osobowości

Drugim problemem badawczym jest ulokowanie cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej oraz cech osobowości narcystycznej w ogólnej strukturze osobowości rozumianej tutaj poprzez pryzmat KMMO. Ulokowanie tych cech na matrycy KMMO pozwoli uchwycić specyfikę tych zaburzeń osobowości w odniesieniu do pełnego spectrum osobowości zdrowej i chorej.

W związku z tym sformułowano następujące hipotezy badawcze:

H4: Cechy osobowości obsesyjno-kompulsywnej związane są z biegunem delta-plus w KMMO.

H5: Cechy osobowości narcystycznej (rozumianej jako narcyzm wielkościowy) związane są z biegunem delta-minus w KMMO.

H5a: Wrażliwy aspekt osobowości narcystycznej związany jest z biegunem gamma-minus w KMMO.

H5b: Antagonistyczny aspekt osobowości narcystycznej związany jest z biegunem alfa-minus w KMMO.

H6: Anankastyczność jako jedna z cech-domen opisujących zaburzenia osobowości związana jest z biegunem delta-plus w KMMO.

Zaburzenie osobowości narcystycznej – rozumiane zgodnie z klasyfikacjami klinicznymi, które odnoszą się głównie do wielkościowych aspektów osobowości narcystycznej – wiąże się z potrzebą podziwiania i błyszczenia przed innymi, a jednocześnie niechęcią do podporządkowywania się i podążania za regułami i zasadami. Cechy te można widzieć jako zbliżone do charakterystyki bieguna delta-minus w KMMO. Osobowość obsesyjno-kompulsywna wiąże się z kolei z uporządkowaniem i bardzo zorganizowanym trybem życia oraz zaabsorbowaniem regułami i małą elastycznością (por. omówienie w *Rozdziale 1*). Cechy te wydają się najbardziej zbliżone do bieguna delta-plus. Przeprowadzone

do tej pory – wciąż nieliczne – badania wskazują, iż osobowość obsesyjno-kompulsywna w istocie lokuje się bliżej delta-plus, a osobowość narcystyczna lokuje się bliżej delta-minus (Zawadzki, 2016, 2017). Jednocześnie uwzględnienie tzw. spektrum narcyzmu (Krizan, Herlache, 2018; Rogoza, Ciecuch, Strus, 2021; Rogoza, Ciecuch, Strus, Kłosowski, 2021) sugeruje powiązanie wrażliwego aspektu narcyzmu – charakteryzującego się wysoką wrażliwością, postawą obronną i poczuciem niepewności – z metacechą gamma-minus, podczas gdy antagonistycznego aspektu narcyzmu – charakteryzującego się dużym stopniem arogancji, rywalizacji, tendencji do wykorzystywania innych oraz skłonności do kłótni – z metacechą alfa-minus. Anankastyczność ujmowana jest w ICD-11 w terminach podobnych do OCPD. Wiązana jest ze skupieniem się na wysokich standardach, perfekcjonizmie, poprawności i przestrzeganiu reguł; kontrolowaniem własnego i cudzego zachowania; zahamowaniem emocjonalnym i unikaniem ryzyka. Taka charakterystyka – podobnie jak w przypadku OCPD – odpowiada w dużej mierze charakterystyce metacechy delta-plus w KMMO.

4.3. Trzeci problem badawczy (Hipoteza 7): lokalizacja wymiarów dezadaptacyjnego przywiązania w ogólnej strukturze osobowości

Trzecim problemem badawczym niniejszych badań jest analiza zależności między metacechami osobowości a wymiarami przywiązaniowymi – unikaniem i niepokojem. Analiza ta pozwala na uchwycenie związków między ukształtowanymi we wczesnym dzieciństwie sposobami tworzenia więzi a podstawowymi charakterystykami osobowości człowieka. W związku z powyższym sformułowano kolejną hipotezę badawczą:

H7: Dezadaptacyjne wymiary unikanie i niepokój przywiązaniowy lokują się w KMMO poniżej linii delty – wymiar niepokój lokuje się między gammą-minus a betą-minus, podczas gdy wymiar unikanie lokuje się pomiędzy alfą-minus a gammą-minus.

Teoria przywiązania opisuje styl więzi między dzieckiem a opiekunem jako matrycę rozumienia siebie i świata, powstającą w pierwszych kilku latach życia (por. omówienie w *Rozdziale 3*). Dotychczasowa literatura dostarcza licznych dowodów na związki występujące pomiędzy pozabezpiecznymi stylami przywiązania, cechującym się nasileniem wymiaru unikania lub niepokojem przywiązaniowego, a zaburzeniami w psychospołecznym funkcjonowaniu

jednostki (Allen, Fonagy, Bateman, 2014; Erkan i in., 2015; Tryjarska 2012; Weinfeld, Sroufe, Egeland, Carlson, 1999). Jednocześnie wskazuje się na style przywiązania jako właściwość stosunkowo niezmienną w czasie. Im większe nasilenie dysfunkcjonalnego wymiaru przywiązania – unikania bliskości lub lęku przed odrzuceniem – tym większych problemów osobowościowych należy się spodziewać. W KMMO centrum tych problemów stanowi metacecha gamma-minus. Wymiar niepokój przywiązaniowy w swej charakterystyce związanej z lękiem przed opuszczeniem bliższy jest metacesze beta-minus, podczas gdy wymiar unikanie przywiązaniowe w swej charakterystyce związanej między innymi z zaprzeczaniem potrzebie bliskich relacji bliższy jest metacesze alfa-minus. W konsekwencji oba pozabezpieczne wymiary przywiązania lokują się w okolicy gammy minus, przy czym lęk przywiązaniowy – po stronie bety-minus, a unikanie przywiązaniowe – po stronie alfy-minus.

4.4. Czwarty problem badawczy (Hipotezy 8, 9, 10): metacechowe i przywiązaniowe uwarunkowania cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej

KMMO pozwala nie tylko ulokować cechy osobowości narcystycznej i obsesyjno-kompulsywnej oraz dwa podstawowe wymiary przywiązania na matrycy metacech, ale także postawić pytanie o rolę unikania i niepokoju przywiązaniowego dla nasilenia patologii obsesyjno-kompulsywnej oraz narcystycznej u osób charakteryzowanych przez metacechy – odpowiednio deltę-plus i deltę-minus. Weryfikacja tak postawionego problemu w ramach spójnego modelu KMMO pozwala nie tylko uchwycić zależności między badanymi zmiennymi, lecz także rozjaśnić problem granicy między patologiczną a zdrową osobowością. W związku z powyższym zostały sformułowane trzy hipotezy badawcze:

H8: U osób posiadających wysokie nasilenie metacechy delta-plus, wysokie nasilenie niepokoju przywiązaniowego współwystępuje z OCPD.

H9: U osób posiadających wysokie nasilenie metacechy delta-minus, wysokie nasilenie unikania przywiązaniowego współwystępuje z NPD.

H10: U osób posiadających wysokie nasilenie metacechy delta-plus, wysokie nasilenie niepokoju przywiązaniowego współwystępuje z anankastycznością jako jedną z cech-domen zaburzeń osobowości.

Dotychczasowe badania w stopniu umiarkowanym potwierdzały zależności między określonymi stylami przywiązania a zaburzeniami osobowości. Prowadzone były jednak z zastosowaniem podejścia kategoryjnego

(przynależności do określonego stylu). W podejściu dymensjonalnym (nasilenia wymiaru) należy się spodziewać bardziej wyraźnego związku między nasileniem danego wymiaru przywiązaniowego (por. omówienie w *Rozdziale 3*) a nasileniem cech osobowości zaburzonej. Wymiar unikanie przywiązaniowe oznacza lęk przed bliskością wyrażający się poprzez pomniejszanie potrzeby przynależności i znaczenia więzi, co jest charakterystyczne dla osobowości narcystycznej. Wymiar niepokój przywiązaniowy oznacza wzmożoną czujność na ewentualne sygnały porzucenia, lęk przed samotnością, silną potrzebę kontroli, co wiąże się z kolei z osobowością obsesyjno-kompulsywną. Ulokowanie cech osobowości narcystycznej oraz osobowości obsesyjno-kompulsywnej w okolicach – odpowiednio – delty-minus i delty-plus oznacza balansowanie tych profili osobowości na granicy zdrowia i zaburzenia. To właśnie wysokie nasilenie dezadaptacyjnych form przywiązania, jakimi są unikanie przywiązaniowe i lęk przywiązaniowy, może moderować związek między wybranymi metacechami (por. omówienie w *Rozdziale 2*) a nasileniem cech osobowości narcystycznej lub obsesyjno-kompulsywnej (por. omówienie w *Rozdziale 1*), tym samym stając się odpowiedzialnymi za nasilenie dysfunkcyjności tych cech i przechyl z granicy zdrowie-choroba już na stronę zaburzenia. Związek metacechy delty-plus z natężeniem anankastyczności – opisywanej jako jedna z domen zaburzeń osobowości w ICD-11 w sposób zbliżony do charakterystyki OCPD – może być moderowany poprzez wymiar niepokoj przywiązaniowego, gdyż to on wiąże się ze wzmożonym lękiem przed samotnością i zwiększoną potrzebą kontroli.

ROZDZIAŁ 5

METODA

5.1. Narzędzia badawcze

Natężenie cech związanych z OCPD zostało zbadane za pomocą kwestionariusza *Five-Factor Obsessive-Compulsive Inventory* (FFOCI, Samuel i in., 2012). Natężenie cech związanych z NPD zostało zbadane za pomocą kwestionariusza *The Five-Factor Narcissism Inventory – Short Form* (FFNI-SF, Sherman i in., 2013). Do pomiaru metacech osobowości związanych z KMMO został użyty kwestionariusz *Circumplex Personality Metatraits – wersja przymiotnikowa* (CPM-AL, Strus, Ciecuch, 2020). Do pomiaru natężenia dwóch wymiarów przywiązaniowych (niepokoju i unikania) została zastosowana Skala Doświadczeń w Bliskich Związkach (DBZ-R, Lubiewska i in., 2016). Jako narzędzia mierzące natężenie cech opisujących zaburzoną osobowość wykorzystane zostały: Inwentarz Osobowości PiCD (*Personality Inventory for ICD-11*, Oltmanns, Widiger, 2017) oraz Inwentarz Osobowości PID-5 (*The Personality Inventory for DSM-5*, APA, 2013).

Five-Factor Obsessive-Compulsive Inventory (FFOCI, Samuel i in., 2012) to narzędzie przeznaczone do badania cech związanych z obsesyjno-kompulsywnym zaburzeniem osobowości z perspektywy PMO. Kwestionariusz zawiera 48 itemów tworzących 12 skal, a zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do nich na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „całkowicie nietrafnie mnie opisuje”, a 5 oznacza „całkowicie trafnie mnie opisuje”. Poszczególne skale i pozycje kwestionariusza FFOCI w odniesieniu do cech i aspektów PMO prezentuje tabela 4. W badaniu zastosowano polską adaptację narzędzia dokonaną przez Kłósowskiego, Ciecucha i Strusa (2019). Rzetelność mierzona alfą Cronbacha dla wszystkich skal i grup znajduje się w *Rozdziale 6*.

Tabela 4

Cechy OCPD w odniesieniu do aspektów PMO oraz skal i pozycji w FFOCI

Cechy PMO	Aspekty PMO	Skala FFOCI	Przykładowa pozycja
Neurotyczność (N1)	Lęk	Zamartwianie się	Często martwię się o przyszłość.
Ekstrawersja (E1)	Serdeczność	Chłód interpersonalny	Muszę przyznać, że nie jestem zbyt serdeczną osobą.
Ekstrawersja (E5)	Poszukiwanie doznań	Niechęć do ryzyka	Jestem przekonany, że bezpieczeństwo i przewidywalność są zawsze lepsze od ekscytacji i niebezpieczeństw.
Otwartość na doświadczenie (O3)	Uczucia	Ograniczona uczuciowość	Nie jestem osobą, która zna się na tym, jak ludzie doświadczają różnych rzeczy.
Otwartość na doświadczenie (O4)	Działanie	Sztywność w zachowaniu	Moje życie do tego stopnia toczy się zgodnie z założonym harmonogramem, że inni uważają mnie czasem za trochę nudnego.
Otwartość na doświadczenie (O6)	Wartości	Dogmatyczność	Wiodę swoje życie zgodnie z twardymi, nienaruszalnymi zasadami moralnymi.
Sumienność (C1)	Kompetencje	Perfekcjonizm	Jestem raczej perfekcjonistą.
Sumienność (C2)	Skłonność do porządku	Skrupulatność	Mam potrzebę, aby rozważyć każdy, najmniejszy szczegół.
Sumienność (C3)	Obowiązkowość	Pryncypializm	Jestem przekonany, że należy zawsze ściśle przestrzegać reguł.
Sumienność (C4)	Dążenie do osiągnięć	Pracoholizm	Praca tak mnie pochłania, że nie mam czasu na inne rzeczy.
Sumienność (C5)	Samodyscyplina	Zawzięta determinacja	Kiedy coś ma być zrobione, z fanatycznym uporem staram się to dokończyć.
Sumienność (C6)	Rozwaga	Nadmierna rozwaga	Żadna decyzja nie jest dla mnie na tyle drobna, żebym zrezygnował z rozważania wszystkich jej możliwych konsekwencji.

Źródło: Kłosowski, Strus, Ciecuch, 2019

The Five-Factor Narcissism Inventory – Short Form (FFNI-SF, Sherman i in., 2015) to narzędzie do badania cech związanych z narcystycznym zaburzeniem osobowości, stworzone na bazie PMO. Zawiera 60 pozycji składających się na 15 skal. Osoby badane ustosunkowują się do każdego ze zdań na skali od 1 do 5 (1 oznacza „całkowicie nietrafnie mnie opisuje”, a 5 oznacza „całkowicie trafnie mnie opisuje”). Poszczególne skale i pozycje kwestionariusza FFNI-SF w odniesieniu do cech i aspektów PMO prezentuje tabela 5. W badaniu

użyto narzędzia w polskiej adaptacji Rogoży, Strusa, Ciecucha i Kłosowskiego (2020). Rzetelność mierzona alfą Cronbacha dla wszystkich skal i grup znajduje się w *Rozdziale 6*. Na wymiar narcyzmu wrażliwego składają się skale: gniew reaktywny, wstyd, potrzeba bycia podziwianym, nieufność; na wymiar narcyzmu wielkościowego skale: obojętność na krytykę, poszukiwanie uwagi, autorytarność, fantazje wielkościowe, manipulacja, wykorzystywanie innych, roszczeniowość, brak empatii, arogancja, poszukiwanie uznania, poszukiwanie wrażeń; na wymiar narcyzmu antagonistycznego skale: manipulacja, wykorzystywanie innych, roszczeniowość, brak empatii, arogancja, gniew reaktywny, nieufność, poszukiwanie wrażeń.

Tabela 5

Cechy FFNI-SF w odniesieniu do aspektów PMO oraz skal i pozycji FFNI-SF

Cechy PMO	Aspekty PMO	Skala FFNI-SF	Przykładowa pozycja
Neurotyczność (N2)	Agresywna wrogość	Gniew reaktywny (REA)	Tak bardzo nie znoszę być krytykowanym przez innych, że kiedy to się dzieje, tracę panowanie nad sobą.
Neurotyczność (N4)	Nadmierny krytycyzm	Obojętność na krytykę (IND)	Gdy ludzie mnie oceniają, po prostu się tym nie przejmuję.
Neurotyczność (N4)	Nadmierny krytycyzm	Wstyd (SHA)	Kiedy się zorientuję, że w czymś zawiodłem, czuję się upokorzony.
Neurotyczność (N6)	Nadwrażliwość	Potrzeba bycia podziwianym (NEE)	Często czuję się tak, jakbym potrzebował komplementów ze strony innych, aby być pewnym siebie.
Ekstrawersja (E2)	Towarzystwość	Poszukiwanie uwagi (EXH)	Zabawianie innych daje mi dużo przyjemności.
Ekstrawersja (E3)	Asertywność	Autorytarność (AUT)	Bycie liderem przychodzi mi z łatwością.
Ekstrawersja (5)	Poszukiwanie doznań	Poszukiwanie wrażeń (THR)	Zrobię prawie wszystko, aby doświadczyć dreszczyku emocji.
Otwartość na doświadczenie (O1)	Wyobraźnia	Fantazje wielkościowe (GRA)	Często fantazjuję, że pewnego dnia będę sławny.
Ugodowość (A1)	Zaufanie	Nieufność (DIS)	Kiedy ktoś zrobi dla mnie coś miłego, zastanawiam się, czego ode mnie chce.
Ugodowość (A2)	Prostolinijność	Manipulacja (MAN)	Jestem całkiem dobry w manipulowaniu innymi.
Ugodowość (A3)	Altruizm	Roszczeniowość (ENT)	Zaslужuję na to, abym był specjalnie traktowany.

Cechy PMO	Aspekty PMO	Skala FFNI-SF	Przykładowa pozycja
Ugodowość (A3)	Altruizm	Wykorzystywanie innych (EXP)	To nic takiego, kiedy wykorzystuje się ludzi, aby iść do przodu.
Ugodowość (A5)	Skromność	Arogancja (ARR)	Inni mówią, że zbyt się przechwalam, ale wszystko co mówię – jest po prostu prawdą.
Ugodowość (A6)	Skłonność do rozczulania się	Brak empatii (LAC)	Nie obchodzą mnie potrzeby innych ludzi.
Sumienność (C4)	Dążenie do osiągnięć	Poszukiwanie uznania (ACC)	Jestem niesamowicie ambitny.

Adnotacja. Tabela została przygotowana dla FFNI-SF w formie analogicznej do zastosowanej dla FFOCI

Skala Doświadczeń w Bliskich Związkach (DBZ-R, Lubiewska i in., 2016) to polska adaptacja narzędzia *Experience in Close Relationships-Revised (ECR-R, Fraley i in., 2000)*. W skład skróconej wersji kwestionariusza wchodzi 16 itemów, które tworzą dwie skale: niepokój przywiązaniowy (8 itemów) oraz unikanie przywiązaniowe (8 itemów). W stosunku do 16 zdań osoba badana zaznacza na skali od 1 do 7, jak bardzo się z nimi zgadza lub nie zgadza (1 oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam”, a 7 – „zdecydowanie się zgadzam”). Rzetelność mierzona alfą Cronbacha dla obu skal i wszystkich badanych grup znajduje się w *Rozdziale 6*.

Circumplex Personality Metatraits – wersja przymiotnikowa (CPM-AL, Strus, Ciecuch, 2020) składa się z listy 100 przymiotników i służy do badania metacech wyróżnionych w KMMO (alfa-plus, alfa-minus, beta-plus, beta-minus, gamma-plus, gamma-minus, delta-plus, delta-minus). Definicje metacech znajdują się w tabeli 2 w *Rozdziale 2*. Zadaniem osoby badanej jest określenie, w jakim stopniu każda z tych cech ją opisuje na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie pasuje do mnie”, a 5 – „zdecydowanie pasuje do mnie”. Rzetelność mierzona alfą Cronbacha dla wszystkich skal i badanych grup znajduje się w *Rozdziale 6*.

Inwentarz Osobowości PiCD (Personality Inventory for ICD-11, Oltmanns, Widiger, 2018) jest narzędziem powstałym do pomiaru patologicznych cech osobowości wyróżnionych w ICD-11 (WHO, 2021). Inwentarz mierzy natężenie negatywnego afektu, rozhamowania, izolacji, dysocjalności oraz anankastyczności. Polską adaptację przygotowali Ciecuch i in. (2021). Inwentarz składa się z 60 twierdzeń, a zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do każdego z nich za pomocą 5-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie zgadzam się z tym stwierdzeniem”, a 5 – „zdecydowanie zgadzam się z tym stwierdzeniem”. Rzetelność mierzona alfą Cronbacha dla wszystkich skal i badanych grup znajduje się w *Rozdziale 6*.

Inwentarz Osobowości PID-5 (*The Personality Inventory for DSM-5*, Krueger i in., 2012) to narzędzie do pomiaru cech wyróżnionych w alternatywnym modelu zaburzeń osobowości w DSM-5. Narzędzie składa się z 220 itemów mierzących dysfunkcyjne cechy osobowości. W niniejszym badaniu zastosowano 46 itemów składających się na skale mierzące nasilenie dwóch zaburzeń osobowości: OCPD oraz NPD. Owe skale związane z NPD to: poszukiwanie uwagi i wielkościowość (obydwie przynależące do domeny antagonizm). Z kolei skale związane z OCPD to: unikanie bliskości (przynależące do domeny izolacja), perseweracja i ograniczenie emocjonalności (obydwie przynależące do domeny negatywny afekt), sztywny perfekcjonizm (przynależący do domeny rozhamowanie). Do każdego ze stwierdzeń osoba badana odnosi się, używając 4-stopniowej skali od 0 do 3, gdzie 0 oznacza „zdecydowanie nieprawdziwe lub bardzo często nieprawdziwe”, a 3 – „zdecydowanie prawdziwe lub bardzo często prawdziwe”. Polską adaptację przygotowali Rowiński i in. (2018). Rzetelność mierzona alfą Cronbacha dla wszystkich skal i badanych grup znajduje się w *Rozdziale 6*.

5.2. Grupy badane i procedura

Dla weryfikacji przyjętych hipotez przeprowadzono badanie w trzech grupach: grupie z populacji ogólnej (badanie pierwsze) oraz dwóch grupach klinicznych (badanie drugie i trzecie). Projekt badań został pozytywnie zaopiniowany przez Zespół Etyki Badań Naukowych w Instytucie Psychologii UKSW.

Pierwszym badaniem została objęta grupa z populacji ogólnej, gdyż cechy osobowości, w tym związane z NPD i OCPD, można w odpowiednio niskim natężeniu obserwować także w populacji nieklinicznej. W badaniu uczestniczyło 328 osób dorosłych w wieku od 18 do 75 lat ($M = 39,80$; $SD = 12,11$). Kobiet było 200 (co stanowi 61% próby), a mężczyzn 128 (co stanowi 39% próby). Największy odsetek osób badanych (68,6%) stanowiły osoby z wyższym wykształceniem, a 15,8% to aktualni studenci (pozostali to osoby, które ukończyły edukację na poziomie szkoły ponadgimnazjalnej, gimnazjalnej lub podstawowej). Jeśli chodzi o miejsce zamieszkania, to 41,5% badanych podawało miasto powyżej 100 tys. mieszkańców; 10,7% miasto liczące pomiędzy 50-100 tys. mieszkańców; 21% miasto o populacji do 50 tys. mieszkańców; 25,9% podawało wieś jako miejsce zamieszkania. Zdecydowana większość badanych (59,1%) posiadała stałą pracę, podczas gdy stan bezrobocia deklarowało jedynie 6,4% (pozostali to m.in. osoby podejmujące prace dorywcze, studenci bądź osoby na urlopie). Badania zostały przeprowadzone metodą papier-ołówek. W dalszej części pracy grupa z tego badania będzie nazywaną grupą ogólną.

Drugie badanie wiązało się z weryfikacją hipotez w grupie osób, u których natężenie badanych cech związanych z zaburzeniami osobowości może być większe niż w populacji ogólnej. W podejściu dymensjonalnym pewien stopień nasilenia cech osobowości narcystycznej oraz obsesyjno-kompulsywnej występuje w próbie ogólnej, a jego zintensyfikowania można spodziewać się w próbie klinicznej. W związku z tym badanie zostało przeprowadzone we współpracy z prywatnymi ośrodkami psychoterapeutycznymi oraz publiczną służbą zdrowia. Ze względu na trwającą pandemię, badanie zostało przeprowadzone online w systemie LimeSurvey na licencji i serwerze Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego. W badaniu drugim wzięły udział osoby, które obecnie lub w ciągu ostatniego roku były pod opieką terapeutyczną i/lub psychiatryczną. W ośrodkach terapeutycznych umieszczono zaproszenie i wizytówki z linkiem do badań. Odpowiednie zaproszenia zostały także umieszczone na wybranych stronach, postach i forach internetowych przeznaczonych zwłaszcza dla osób korzystających z pomocy terapeutycznej. W badaniu drugim wzięły udział 132 osoby w wieku 18-65 lat ($M = 29,10$; $SD = 1,05$). Wśród badanych było 90 kobiet (68,2% próby) oraz 42 mężczyzn (31,8% próby). W zakresie poziomu wykształcenia – 34,1% badanych deklorowało ukończenie studiów magisterskich, 25% licencjackich, a 22% studiów podyplomowych i doktoranckich (pozostali to osoby, które ukończyły edukację na poziomie szkoły gimnazjalnej lub ponadgimnazjalnej). W zdecydowanej większości (67,4%) osoby badane podawały pracę stałą na określenie swojej obecnej sytuacji zawodowej, podczas gdy brak pracy zarobkowej podało jedynie 6,1% (pozostali to m.in. podejmujący pracę dorywczą, studia lub będący na rencie bądź emeryturze). Osoby badane zamieszkiwały w większości (69,7%) miasto o liczbie mieszkańców przekraczającej 100 tys. (w mieście do 100 tys. mieszkańców zamieszkiwało 9,8%, w mieście do 50 tys. mieszkańców – 8,3%, a na wsi – 12,1% badanych). Wszystkie osoby badane zaznaczyły, iż obecnie lub w ciągu ostatniego roku korzystały z pomocy psychoterapeutycznej lub psychiatrycznej. W dalszej części pracy grupa z tego badania będzie nazywana grupą kliniczną nieoddziałową.

Trzecie badanie dotyczyło weryfikacji przejętych hipotez w grupie klinicznej, przy czym tym razem była to grupa kliniczna osób posiadających diagnozę zaburzenia osobowości lub diagnozę współwystępowania zaburzeń osobowości. Badania odbyły się na oddziałach związanych z leczeniem zaburzeń osobowości w Warszawie, Radomiu, Stargardzie Szczecińskim, Lublińcu, Katowicach, Krakowie, Toruniu. W badaniu trzecim wzięło udział 76 osób w wieku 18-65 lat ($M = 24,18$; $SD = 1,12$). Wśród badanych było 58 kobiet (76,3% próby) oraz 17 mężczyzn (22,4% próby), jedna osoba wskazała na tożsamość niebinarną (1,3% próby). Połowa osób badanych jako swój najwyższy dotychczas

ukończony poziom edukacji wskazała szkołę ponadgimnazjalną, szkołę gimnazjalną – 14,5%, a osób z wykształceniem wyższym było 35,5%. Jeśli chodzi o sytuację zawodową, to 28,9% osób badanych posiadało pracę stałą, natomiast brak pracy zarobkowej wskazało 25%. Wśród osób badanych 10,5% osób deklarowało aktualnie trwający tok studiów (pozostałe osoby to podejmujący pracę dorywczą, będący na urlopie lub rencie). Osoby badane zamieszkiwały w większości (48,7%) miasta o liczbie mieszkańców przekraczającej 100 tys., podczas gdy w mieście do 100 tys. mieszkańców mieszkało 10,5%, w mieście do 50 tys. mieszkańców – 22,4%, a na wsi – 18,4% badanych.

Badania odbywały się na oddziałach dziennych lub całodobowych, które w swojej ofercie posiadają pracę z pacjentami z zaburzeniami osobowości. W tym celu nawiązywano kontakt z oddziałami, które przygotowywały wybranych pacjentów do badania, po czym autor badań odwiedzał osobiście oddziały, tłumaczył cel i przebieg badania, odpowiadał na pytania, pytał o zgodę, a następnie przeprowadzał badanie metodą papier-ołówek (pacjenci sami rozwiązywali testy, ale autor był obecny w pobliżu w razie jakichkolwiek pytań). W dalszej części pracy grupa z tego badania będzie nazywana grupą kliniczną oddziałową.

5.3. Analizy statystyczne

5.3.1. Analiza wariancji (weryfikacja Hipotez 1, 2, 3 o różnicowaniu nasilenia cech zaburzeń osobowości oraz przywiązania między badanymi grupami)

Weryfikacja różnicowania natężenia zmiennych związanych z zaburzeniami osobowości między osobami przebywającymi na oddziale (ze zdiagnozowanymi zaburzeniami osobowości) a osobami nieprzebywającymi na oddziale odbyła się za pomocą jednoczynnikowej analizy wariancji w planie międzygrupowym w programie SPSS (Krejtz, Krejtz, Albiński, 2013). Pierwszym krokiem było wykonanie jednoczynnikowej ANOVY i analiza testu F jednoczynnikowej analizy wariancji wraz z jego istotnością statystyczną (jako istotną statystycznie przyjęto wartość $p < 0,05$). Ze względu na nie zawsze spełnione założenie o jednorodności wariancji, wykonywano dodatkowo test Welcha i Browna-Forsythe'a. Obliczono także wielkość efektu ANOVA (η^2). Następnie sprawdzono, czy nasilenie analizowanych zmiennych w grupie klinicznej oddziałowej (z pacjentami posiadającymi diagnozę zaburzeń osobowości lub ich współwystępowanie) różni się istotnie od nasilenia tych zmiennych w dwóch pozostałych grupach

(klinicznej nieoddziałowej i grupy ogólnej). W tym celu posłużono się testami kontrastów. Poszczególnym grupom przypisano współczynniki kontrastów (wagi – wartości dodatnie oraz ujemne). Za wynik istotny statystycznie w teście kontrastów przyjęto wartość $p < 0,05$.

Ponadto, w ramach dodatkowej analizy eksploracyjnej, sprawdzono różnice między wszystkimi trzema grupami za pomocą testów post-hoc. Ze względu na nierównoliczność badanych posłużono się testem Gabriela i Gamesa-Howella (w zależności od spełnionego założenia o jednorodności wariancji). Także ze względu na nierównoliczność badanych grup wykonano powtórzenie analiz na równolicznych grupach – równoliczność uzyskano, wybierając losowo zmienne w programie SPSS (po 76 zmiennych dla każdej z badanych grup).

5.3.2. Analizy lokalizujące zmienne zewnętrzne w KMMO (weryfikacja Hipotez 4, 5, 6, 7 o lokalizacji cech zaburzeń osobowości oraz wymiarów przywiązania w ogólnej strukturze osobowości)

Weryfikacja ulokowania cech związanych z zaburzeniami osobowości (OCPD, NPD i patologiczne cechy-domeny) oraz wymiarów przywiązania w kołowej strukturze metacech odbyła się za pomocą procedur rekomendowanych w literaturze (Rogoza i in. 2021; Strus, Ciecuch, 2021) w programie R Studio.

W pierwszym kroku, w celu empirycznej weryfikacji kołowego układu metacech, postulowanego teoretycznie przez KMMO, będącego układem odniesienia dalszych analiz, zastosowano *Structural Equation Modeling* (Browne, 1992). Dopasowanie modelu teoretycznego do danych oceniono na podstawie wskaźników: CFI (*Comparative Fit Index*), GFI (*Goodness of Fit Index*), AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index*), RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*). Do oceny poziomu dopasowania modelu kołowego zastosowano standardowe rekomendacje: CFI > 0,90, GFI > 0,90, AGFI > 0,85. Zwykle w modelach niekołowych ocena oparta jest też na RMSEA (wskaźnik < 0,08 wskazuje na wystarczające dopasowanie; Byrne, 1994). Jednak w przypadku wysokiego skorelowania zmiennych, RMSEA ma tendencję do fałszywego odrzucania dopasowanego modelu, a właśnie takie wysokie skorelowanie jest charakterystyczne dla modeli kołowych. Zgodnie z sugestiami Pincus i Gurtman (2003) przyjmuje się, że RMSEA < 0,13 nie jest wskaźnikiem słabego dopasowania, jeśli pozostałe wskaźniki będą sugerowały dobre dopasowanie.

Powyżej opisane wskaźniki przetestowano w odniesieniu do trzech możliwych modeli: (1) ze spełnionym założeniem o równych odstępach kątowych między zmiennymi, (2) ze spełnionym założeniem o równej odległości zmiennych od środka koła, (3) ze spełnionymi dwoma wcześniejszymi założeniami. Model trzeci jest modelem typu circumplex, czyli takim, jaki zakłada KMMO. Jeśli model circumplex jest dobrze dopasowany do danych, można przejść do analiz właściwych, czyli kroku drugiego.

W drugim kroku testowano ulokowanie zmiennych zewnętrznych, związanych z zaburzeniami osobowości oraz wymiarami przywiązania, w ramach KMMO. W tym celu wykorzystano *Structural Summary Method* (SSM), umożliwiającą weryfikację predykcji kołowego modelu, zgodnie z którą relacje między zmiennymi zewnętrznymi a zmiennymi z przyjętego modelu kołowego (tutaj metacechami w KMMO) przybierają kształt sinusoidy. SSM weryfikuje wzór korelacji poszczególnych zmiennych zewnętrznych z układem ośmiu metacech osobowości, modelując je względem funkcji cosinus (Rogoza i in., 2021; Strus, Ciecuch, 2021). Relacje zmiennych zewnętrznych z metacechami KMMO interpretuje się, biorąc pod uwagę cztery parametry: dopasowanie (*fit*, R^2), amplitudę (*amplitude*), wysokość (*elevation*) oraz położenie (*displacement*) (Rogoza i in., 2021). Dopasowanie modelu to stopień, w którym obserwowane dane pasują do krzywej cosinusowej (w tym przypadku będzie to stopień dopasowania cech związanych z zaburzeniami osobowości oraz wymiarów przywiązania do matrycy KMMO). Akceptowalne wartości dopasowania nie mogą osiągać wartości poniżej 0,70. Amplituda oznacza odległość między średnią a najwyższą korelacją zmiennej zewnętrznej ze zmiennymi z modelu kołowego (w tym przypadku między cechami związanymi z zaburzeniami osobowości oraz wymiarami przywiązania a metacechami). Żeby móc wnioskować o wyraźnej lokalizacji w strukturze kołowej, wartość amplitudy powinna wynosić $> 0,15$. Wysokość to parametr wskazujący na średnią korelację między zmiennymi zewnętrznymi a zmiennymi z modelu kołowego (w tym przypadku między cechami związanymi z zaburzeniami osobowości oraz wymiarami przywiązania a metacechami). Jeśli wysokość osiąga wartość powyżej 0,15, może to sugerować obecność ogólnego czynnika, co w przypadku KMMO byłoby niezgodne z założeniami modelu. Położenie oznacza lokalizację kątową – kąt, w którym krzywa cosinusowa osiąga najwyższą wartość (np. kąt najsilniejszego dopasowania danej cechy zaburzenia osobowości do struktury KMMO). Dla ułatwienia śledzenia wyników położenie jest za każdym razem przedstawiane na ilustracji, generowanej z programu R.

5.3.3. Analizy moderacji (weryfikacja Hipotez 8, 9, 10 o moderującej roli unikania i niepokoju przywiązaniowego)

Aby zweryfikować hipotezy o moderującej roli unikania i niepokoju przywiązaniowego dla relacji pomiędzy wybranymi metacechami w KMMO a natężeniem zaburzeń osobowości, przeprowadzono analizę moderacji w makro PROCESS dla SPSS. Pierwotnie zakładano (zgodnie z hipotezami) testowanie tylko zależności uwzględniające metacechę delta-minus oraz wymiar unikanie przywiązaniowe w przypadku cech NPD oraz metacechę delta-plus oraz wymiar lęk przywiązaniowy dla cech OCPD. Jednak wyniki zebrane we wszystkich trzech badanych grupach w ramach korelacji oraz weryfikacji ułożenia zmiennych na modelu kołowym skłoniły do rozszerzenia przeprowadzonych analiz, uwzględniając obydwie wymiary przywiązania w odniesieniu do obydwu zaburzeń osobowości oraz poszerzając testowane metacechy także o metacechy gamma-minus, beta-minus i alfa-minus. W analizie moderacji uwzględniającej cechy-domeny związane z zaburzeniami osobowości a mierzone kwestionariuszem PiCD brano pod uwagę metacechy, które w analizie ułożenia zmiennych na modelu kołowym okazały się najbliższe wybranym dymensjom.

Testowano tzw. model 1 (Rockwood, Hayes, 2020), odpowiadający prostej analizie moderacji z jednym moderatorem, tj. równanie regresji liniowej z efektem interakcji. Do porównania efektów prostych wykorzystano wybrane wartości odpowiadające $M - 1 SD$, M oraz $M + 1 SD$, a także technikę wskazującą wartość moderatora, od której efekt zmiennej niezależnej na zmienną zależną przestaje lub zaczyna być istotny statystycznie. Analizy przeprowadzono na zmiennych wystandaryzowanych. Podobnych analiz dokonano we wszystkich badanych grupach z badania pierwszego, drugiego i trzeciego. Za efekty istotne statystycznie przyjęto wartości dla przedziałów $p < 0,05$, natomiast za efekty znajdujące się na pograniczu istotności statystycznej wartości dla przedziałów $p < 0,10$ (Hayes, 2013; Hayes, Montoya, Rockwood, 2017; Lin, 2020; Rockwood, Hayes, 2020).

W testowanych modelach zmiennymi zależnymi (Y) były wyniki w skalach mierzących nasilenie cech związanych z zaburzeniami osobowości, predyktorami (X) były metacechy osobowości, a moderatorami (W) wyniki w skalach mierzących unikanie lub niepokój przywiązaniowy. Dla ułatwienia śledzenia wyników przeprowadzonej analizy moderacji efekty proste przedstawiono na ilustracjach, generowanych z programu SPSS.

ROZDZIAŁ 6

WYNIKI

6.1. Statystyki opisowe

W niniejszym rozdziale są przedstawione podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych.

Tabela 6 zawiera statystyki opisowe skal FFOCI do pomiaru cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej we wszystkich trzech badanych grupach.

W grupie ogólnej wskaźnik alfa Cronbacha w przypadku pięciu skal przybierał wartości powyżej 0,70, w przypadku pozostałych siedmiu skal wahał się pomiędzy wartościami 0,54 a 0,68. Najniższe wskaźniki dotyczyły skal: ograniczona uczuciowość, chłód interpersonalny oraz niechęć do ryzyka. Wyniki skośności i kurtozy mieściły się w przedziale od -1,00 do 1,00, co sugeruje rozkład normalny.

W grupie klinicznej nieoddziałowej wskaźnik alfa Cronbacha w przypadku ośmiu skal przybierał wartości powyżej 0,70, w przypadku pozostałych pięciu skal wahał się pomiędzy wartościami 0,45 a 0,67. Niższe wskaźniki dotyczyły skali: perfekcjonizm, ograniczona uczuciowość, dogmatyczność, skrupulatność i pryncypializm. Wyniki skośności i kurtozy mieściły się w przedziale od -1,00 do 1,00, co sugeruje rozkład normalny.

W grupie klinicznej współczynniki rzetelności przybierały wartości powyżej 0,70 w odniesieniu do 10 skal. W odniesieniu do skal dogmatyczność, perfekcjonizm oraz skrupulatność wartości alfa Cronbacha wahały się między 0,65 a 0,68. Wyniki skośności i kurtozy mieściły się w przedziale od -1,00 do 1,00, z wyjątkiem skali zamartwianie się, co w tym przypadku może sugerować brak rozkładu normalnego w badanej próbie.

Liczba skal, dla których wskaźnik alfa Cronbacha przybierał wartości powyżej 0,70, rosła wraz ze stopniem kliniczności grupy, osiągając największe wartości w grupie pacjentów z diagnozą zaburzenia osobowości lub współwystępowania zaburzenia osobowości.

Tabela 6

Statystyki opisowe dla skal do pomiaru cech związanych z OCPD w kwestionariuszu FFOCI (grupa ogólna/kliniczna nieoddziałowa/kliniczna oddziałowa)

Skala	M	SD	Skośność	Kurtzoza	Alfa Cronbacha
Zamartwanie się (N1)	3,33/3,91/4,20	0,93/0,89/0,84	-0,08/-0,65/-1,29	-0,77/-0,20/1,23	0,85/0,85/0,83
Chłód interpersonalny (E1)	2,06/2,12/2,35	0,65/0,83/0,91	0,32/0,82/0,41	-0,32/0,35/-0,30	0,58/0,79/0,72
Niechęć do ryzyka (E5)	3,38/3,30/2,92	0,70/0,91/1,01	-0,02/-0,16/0,04	-0,06/-0,68/-0,45	0,58/0,80/0,78
Ograniczona uczuciowość (O3)	2,38/2,10/2,46	0,68/0,76/0,99	0,05/0,43/0,45	-0,34/0,07/-0,50	0,54/0,63/0,74
Sztwywność w zachowaniu (O4)	2,66/2,67/2,49	0,74/0,80/0,95	0,34/0,24/0,34	0,35/-0,73/-0,37	0,68/0,71/0,77
Dogmatyczność (O6)	3,15/2,56/2,52	0,79/0,79/0,84	0,13/0,13/0,39	-0,43/-0,65/0,05	0,65/0,67/0,65
Perfekcjonizm (C1)	3,44/3,42/3,43	0,71/0,69/0,95	-0,27/-0,36/-0,25	-0,17/0,28/-0,79	0,61/0,45/0,67
Skrupulatność (C2)	2,89/2,81/3,13	0,83/0,87/0,96	0,14/0,11/-0,17	-0,14/-0,62/-0,50	0,73/0,66/0,68
Pryncypializm (C3)	3,12/2,92/2,74	0,75/0,82/0,98	0,08/-0,13/0,15	-0,22/-0,16/-0,32	0,64/0,66/0,75
Pracoholizm (C4)	2,66/2,50/2,55	0,85/0,88/1,08	0,20/0,32/0,28	-0,29/-0,42/-0,97	0,76/0,74/0,84
Zawzięta determinacja (C5)	3,04/2,65/2,67	0,88/0,95/1,06	0,04/0,21/0,17	-0,60/-0,51/-0,95	0,82/0,82/0,82
Nadmierna rozważa (C6)	3,15/3,15/3,31	0,80/0,94/1,05	0,05/0,17/-0,33	-0,12/-0,79/-0,89	0,77/0,80/0,85
M					0,68/0,72/0,76
Wynik ogólny	2,94/2,85/2,90	0,45/0,46/0,59	0,03/0,20/-0,10	0,22/-0,41/-0,13	0,91/0,88/0,92

Tabela 7 zawiera statystyki opisowe skal FFNI-SF do pomiaru cech osobowości narcystycznej z trzech badanych grup.

Tabela 7

Statystyki opisowe dla skal do pomiaru cech związanych z NPD w kwestionariuszu FFNI-SF (grupa ogólna/kliniczna nieoddziałowa/kliniczna oddziałowa)

Skala	M	SD	Skośność	Kurtoza	Alfa Cronbacha
Poszukiwanie uznania (ACC)	2,86/2,74/2,79	0,80/0,85/0,94	0,13/0,14/0,09	-0,35/-0,39/-0,17	0,75/0,78/0,80
Arogancja (ARR)	2,08/2,07/2,23	0,74/0,73/0,90	0,64/0,72/0,43	0,14/0,53/-0,66	0,60/0,61/0,77
Autorytarność (AUT)	2,73/2,41/2,53	0,90/0,93/1,10	0,03/0,31/0,29	-0,54/-0,58/-0,88	0,80/0,84/0,89
Nieufność (DIS)	2,59/2,79/3,24	0,72/0,88/0,79	0,53/0,33/0,16	0,42/-0,48/-0,84	0,61/0,74/0,56
Roszczeniowość (ENT)	1,92/1,79/2,07	0,80/0,82/0,99	0,95/1,48/0,86	0,59/2,37/0,36	0,77/0,80/0,82
Poszukiwanie uwagi (EXH)	2,71/2,69/2,98	0,86/1,00/1,06	0,35/0,27/0,02	-0,42/-0,78/-0,71	0,74/0,82/0,79
Wykorzystywanie innych (EXP)	1,50/1,53/1,85	0,67/0,75/0,85	1,56/1,83/0,84	2,22/3,22/-0,01	0,80/0,86/0,86
Fantazje wielkościowe (GRA)	2,08/2,08/2,54	0,91/1,03/1,10	0,76/0,89/0,35	-0,15/0,11/-0,84	0,76/0,87/0,76
Obojętność na krytykę (IND)	2,62/2,02/1,90	0,84/0,84/0,92	-0,05/0,70/0,99	-0,06/0,27/0,47	0,78/0,84/0,82
Brak empatii (LAC)	1,66/1,69/1,96	0,68/0,77/0,95	1,01/1,29/0,97	0,52/1,56/0,40	0,76/0,82/0,87
Manipulacja (MAN)	2,25/2,26/2,53	0,78/0,95/1,05	0,57/0,76/0,28	-0,03/-0,25/-1,03	0,71/0,85/0,84
Potrzeba bycia podziwianym (NEE)	2,84/3,70/3,97	0,79/0,84/0,84	0,19/-0,51/-1,00	-0,09/-0,51/-,72	0,67/0,73/0,67
Gniewreaktywny (REA)	2,66/2,86/3,33	0,87/0,86/0,87	0,08/-0,06/-0,35	-0,53/-0,61/-0,15	0,76/0,72/0,73
Wstyd (SHA)	3,17/3,72/4,04	0,83/0,86/0,90	-0,10/-0,48/-1,15	-0,16/-0,45/0,96	0,75/0,81/0,80
Poszukiwanie wrażeń (THR)	1,95/1,92/2,66	0,81/0,98/1,15	0,84/1,33/-0,32	0,47/1,20/-0,60	0,80/0,88/0,88
M					0,74/0,80/0,79
Wynik ogólny	2,37/2,42/2,71	0,44/0,45/0,48	0,58/0,87/-0,07	0,58/1,37/-0,82	0,92/0,91/0,91
Narcyzm wrażliwy	2,81/3,27/3,65	0,59/0,61/0,58	0,14/0,01/-0,74	0,06/-0,20/1,00	0,83/0,83/0,80
Narcyzm wielkościowy	2,21/2,11/2,37	0,50/0,52/0,61	0,53/1,02/0,17	0,41/1,28/-0,78	0,92/0,92/0,93
Narcyzm antagonistyczny	2,08/2,12/2,49	0,53/0,54/0,57	0,73/0,94/0,23	0,43/0,97/-0,38	0,90/0,89/0,88

W grupie ogólnej wskaźnik alfa Cronbacha zasadniczo przekraczał wartość 0,70, a tylko w przypadku skali arogancja, nieufność oraz potrzeba bycia podziwianym plasował się na nieco niższym poziomie (między 0,60 a 0,67). Wyniki skośności i kurtozy mieściły się w przedziale od -1,00 do 1,00, co sugeruje rozkład normalny. Jediną skalą, która nie spełniła tego kryterium okazała się skala wykorzystywanie innych. W związku z tym wyniki z jej udziałem należy traktować z większą ostrożnością.

W przypadku grupy klinicznej nieoddziałowej wskaźnik rzetelności alfa Cronbacha przekraczał wartość 0,70 w odniesieniu do niemal wszystkich skal narzędzia FFNI-SE. Jediną skalą, która nie osiągnęła współczynnika rzetelności powyżej 0,70 okazała się arogancja. W przypadku niektórych skal wyniki skośności i kurtozy przekroczyły wartości 1,00, co może sugerować brak rozkładu normalnego. W większości przypadków mieszczą się jednak w przedziale od -1,00 do 1,00.

W odniesieniu do cech osobowości narcystycznej mierzonych narzędziem FFNI-SE, w grupie klinicznej oddziałowej uzyskano w zdecydowanej większości współczynniki rzetelności przekraczające wartość 0,70. Współczynnik alfa Cronbacha nie osiągnął poziomu 0,70 w przypadku dwóch skal: nieufność oraz potrzeba bycia podziwianym. Zasadniczo wyniki skośności i kurtozy mieściły się w przedziale od -1,00 do 1,00, jednak w przypadku skal manipulacja, wstyd oraz neurotyczność nieco te wartości przekroczyły.

Tabela 8 zawiera statystyki opisowe skal do pomiaru pięciu domen mierzonych Inwentarzem Osobowości PiCD, związanych z zaburzeniami osobowości w trzech badanych grupach.

Tabela 9 zawiera statystyki opisowe skal Inwentarza Osobowości PID-5 związanych z NPD i OCPD w trzech badanych grupach.

Tabela 8
Statystyki opisowe dla skal w kwestionariuszu PiCD (grupa ogólna/kliniczna nieoddziałowa/kliniczna oddziałowa)

Skala	M	SD	Skośność	Kurtoza	Alfa Cronbacha
Negatywny afekt	2,80/3,52/3,82	0,72/0,76/0,72	0,35/-0,27/-0,93	-0,08/-0,67/0,58	0,87/0,87/0,83
Rozhamowanie	2,12/2,27/2,76	0,60/0,75/0,83	0,57/0,65/0,08	0,44/-0,03/-0,72	0,85/0,88/0,85
Izolacja	2,19/2,47/2,77	0,60/0,81/0,86	0,38/0,35/0,11	0,13/-0,74/-0,45	0,84/0,88/0,86
Dysocjalność	1,91/1,83/2,19	0,54/0,63/0,67	0,65/0,98/0,32	-0,07/0,48/-0,42	0,82/0,84/0,78
Anankastyczność	3,20/3,21/3,07	0,55/0,66/0,71	-0,02/-0,11/-0,39	0,28/-0,37/-0,53	0,79/0,83/0,82
M					0,83/0,86/0,83

Tabela 9
Statystyki opisowe dla skal związanych z OCPD i NPD w kwestionariuszu PID-5 (grupa ogólna/kliniczna nieoddziałowa/kliniczna oddziałowa)

Skala	M	SD	Skośność	Kurtoza	Alfa Cronbacha
Poszukiwanie uwagi	0,95/0,91/1,17	0,66/0,69/0,86	0,40/0,74/0,35	-0,53/0,51/-0,87	0,89/0,90/0,84
Wielkościowość	0,63/0,53/0,66	0,56/0,54/0,66	0,89/1,37/0,70	0,11/2,62/-0,70	0,79/0,81/0,93
M					0,84/0,86/0,86
PID-5_NPD	0,79/0,72/0,92	0,54/0,57/0,65	0,56/1,11/0,42	-0,21/1,73/-0,43	0,90/0,91/0,90
Unikanie bliskości	0,91/0,83/0,95	0,68/0,73/0,81	0,57/1,08/0,76	-0,26/0,58/-0,37	0,77/0,81/0,80
Persewercja	1,05/1,23/1,48	0,56/0,61/0,65	0,25/0,24/-0,17	-0,56/0,14/-0,03	0,82/0,84/0,82
Ograniczenie emocjonalności	0,83/0,80/1,07	0,54/0,62/0,67	0,36/0,64/0,88	-0,46/-0,24/0,42	0,75/0,81/0,79
Sztynny perfekcjonizm	1,13/1,06/1,35	0,60/0,66/0,74	0,18/0,30/0,03	-0,32/-0,39/-0,66	0,86/0,88/0,90
M					0,80/0,84/0,83
PID-5_OCPD	0,98/0,98/1,21	0,43/0,46/0,48	0,20/0,48/0,40	-0,32/0,48/0,04	0,86/0,90/0,86

W odniesieniu do Inwentarza Osobowości PiCD, w grupie ogólnej skośność i kurtoza mieściły się w przedziale od -1,00 do 1,00, co sugeruje rozkład normalny. Wskaźniki alfa Cronbacha były większe od 0,70 dla wszystkich skal.

W grupie klinicznej nieoddziałowej współczynnik alfa Cronbacha dla wszystkich pięciu skal mierzonych kwestionariuszem PiCD przekraczał wartość 0,82. Wyniki skośności i kurtozy znalazły się w przedziale od -1,00 do 1,00, co sugeruje rozkład normalny w badanej próbie.

W grupie klinicznej oddziałowej w odniesieniu do skal związanych z zaburzeniami osobowości, a mierzonymi kwestionariuszem PiCD wskaźnik alfa Cronbacha wahał się między 0,78 a 0,86. Zarówno wyniki skośności, jak i kurtozy mieściły się w przedziale od -1,00 do 1,00, co sugeruje rozkład normalny badanych zmiennych.

W odniesieniu do Inwentarza Osobowości PID-5, w grupie ogólnej wskaźnik alfa Cronbacha dla wszystkich skal mieścił się w przedziałach od 0,75 do 0,89. Skośność i kurtoza mieściły się w przedziale od -1,00 do 1,00, co sugeruje rozkład normalny badanych zmiennych.

W grupie klinicznej nieoddziałowej w przypadku wybranych skal Inwentarza Osobowości PID-5 współczynnik alfa Cronbacha przekraczał wartość 0,70, a w przypadku skali poszukiwanie uwagi wyniósł 0,90. Pozostałe skale mieściły się w zakresie od 0,81 do 0,88. W przypadku dwóch skal (wielkościowość, unikanie bliskości) współczynniki sugerujące rozkład normalny przekraczały wartość 1,00, przy czym w przypadku skali unikanie bliskości było to niewielkie przekroczenie przedziału w odniesieniu do skośności. Także wartości skośności i kurtozy w wyniku ogólnym związanym z NPD w grupie klinicznej nieoddziałowej przekraczają wartości 1,00. Wartości odnoszące się do pozostałych skal sugerują rozkład normalny.

Skale związane z OCPD mierzone kwestionariuszem PID-5 w grupie klinicznej oddziałowej uzyskały wyniki rzetelności na poziomie powyżej wartości 0,70. Współczynnik alfa Cronbacha znajdował się w przedziale od 0,79 (dla skali ograniczenie emocjonalności) do 0,93 (dla skali wielkościowość). Wszystkie wyniki skośności i kurtozy mieściły się w zakresie od -1,00 do 1,00.

Tabela 10 zawiera statystyki opisowe skal do pomiaru metacech osobowości według KMMO, tabela 11 zawiera statystyki opisowe dwóch wymiarów przywiązania.

Tabela 10

Statystyki opisowe dla skal mierzących metacechy osobowości za pomocą CPM - AL (grupa ogólna/kliniczna nieoddziałowa/kliniczna oddziałowa)

Skala	M	SD	Skośność	Kurtoza	Alfa Cronbacha
Delta-plus	3,52/3,37/3,26	0,46/0,60/0,62	-0,47/-0,43/-0,41	0,79/-0,18/-0,64	0,77/0,84/0,83
Alfa-plus	4,00/3,83/3,58	0,42/0,48/0,56	-0,31/-0,34/-0,57	0,54/0,26/0,05	0,80/0,78/0,79
Gamma-plus	3,77/3,41/2,97	0,44/0,52/0,62	-0,49/-0,49/0,03	1,02/0,80/-0,22	0,78/0,72/0,77
Beta-plus	3,51/3,19/3,10	0,59/0,67/0,88	-0,28/-0,04/0,04	0,47/-0,36/-0,43	0,87/0,84/0,91
Delta-minus	2,70/2,67/2,98	0,57/0,71/0,76	0,37/0,40/-0,19	0,34/0,13/-0,52	0,80/0,84/0,84
Alfa-minus	2,11/2,38/2,70	0,60/0,72/0,77	0,63/0,75/0,11	0,49/0,33/-0,18	0,87/0,84/0,87
Gamma-minus	2,23/3,05/3,39	0,64/0,80/0,69	0,63/-0,13/-0,35	0,26/-0,48/-0,72	0,87/0,88/0,82
Beta-minus	2,66/3,10/3,14	0,50/0,73/0,67	0,18/-0,24/-0,66	-0,02/-0,55/-0,09	0,78/0,87/0,82
M					0,82/0,83/0,83

Tabela 11

Statystyki opisowe dla skal związanych z wymiarami przywiązania w kwestionariuszu DBZ-R (grupa ogólna/kliniczna nieoddziałowa/kliniczna oddziałowa)

Skala	M	SD	Skośność	Kurtoza	Alfa Cronbacha
Niepokój	3,19/4,04/4,77	1,23/1,33/1,09	0,50/0,13/-0,48	-0,22/-0,47/-0,56	0,87/0,85/0,80
Unikanie	2,43/2,70/3,01	0,94/1,21/1,18	0,75/0,90/0,74	0,23/0,71/0,94	0,86/0,88/0,84
M					0,87/0,87/0,82

W przypadku narzędzia związanego z pomiarem metacech osobowości w grupie ogólnej wszystkie skale otrzymały wyniki powyżej 0,70 w zakresie wskaźnika alfa Cronbacha, a także uplasowały się między wartościami -1,00 i 1,00 w zakresie skośności i kurtozy, co oznacza ich rozkład normalny.

W badaniu grupy klinicznej nieoddziałowej współczynnik alfa Cronbacha mieścił się w przedziale od 0,72 (dla metacechy gamma-plus) do 0,88 (dla metacechy gamma-minus). Skośność i kurtoza mieściły się w przedziale od -1,00 do 1,00, co sugeruje rozkład normalny w zakresie badanych zmiennych.

W badaniu grupy klinicznej oddziałowej wszystkie skale mierzące poszczególne metacechy uzyskały wartości alfa Cronbacha w przedziale od 0,77 do 0,91. Skośność i kurtoza wskazywały w tym przypadku na rozkład normalny w badanej próbie, gdyż mieściły się w przedziale od -1,00 do 1,00.

W przypadku grupy ogólnej dla obydwu skal związanych z wymiarami przywiązania skośność i kurtoza mieściły się w przedziale od -1,00 do 1,00, co sugeruje rozkład normalny. Wskaźnik alfa Cronbacha był większy od 0,86.

Zarówno wymiar niepokój, jak i unikanie w grupie klinicznej nieoddziałowej uzyskały stosunkowo wysokie wskaźniki rzetelności (równe lub większe od 0,85). Skośność i kurtoza mieściły się w przedziale od -1,00 do 1,00, wskazując na rozkład normalny w badanej próbie.

W grupie klinicznej oddziałowej współczynnik alfa Cronbacha wynosił dla jednej z nich 0,80, a dla drugiej 0,84. Wyniki skośności i kurtozy, leżące w przedziale od -1,00 do 1,00, sugerują rozkład normalny zmiennych.

Tabele ilustrujące interkorelacje skal narzędzi FFOCI, FFNI-SF oraz DBZ-R przedstawiono w załącznikach (tabela Z1, Z2, Z3, Z4, Z5, Z6, Z10).

W odniesieniu do narzędzia mierzącego natężenie cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej (FFOCI), w badaniu grupy ogólnej analiza wyników wskazała, że interkorelacje między wieloma aspektami osobowości obsesyjno-kompulsywnej są istotne statystycznie (52 na 66 możliwych korelacji, czyli 79%). Skale, które korelowały ze wszystkimi pozostałymi skalami, to: sztywność w zachowaniu, dogmatyczność, pracoholizm. Także w przypadku badania grupy klinicznej nieoddziałowej wykazano wiele istotnych statystycznie korelacji między poszczególnymi skalami narzędzia FFOCI (37 korelacji, czyli 56%). Najsilniejszy związek ujawnił się pomiędzy skalą sztywność w zachowaniu i skalą niechęć do ryzyka, a najsilniej z wynikiem ogólnym korelowały skale skrupulatność i pryncypializm. W badaniu grupy klinicznej oddziałowej wykazano 49 istotnych statystycznie korelacji między skalami narzędzia FFOCI (74%), z tym że skala perfekcjonizm korelowała ujemnie ze skalą chłód interpersonalny. Skale skrupulatność i pracoholizm w największym stopniu korelowały z innymi

skalami. Warto odnotować, iż we wszystkich trzech badaniach wynik ogólny korelował istotnie i dodatnio z wszystkimi skalami kwestionariusza FFOCI (za każdym razem najsilniej ze skalą pryncypializm).

W przypadku skal związanych z osobowością narcystyczną, a mierzonych narzędziem FFNI-SF, w badaniu grupy ogólnej analiza wyników wskazała, że korelacje między większością skal (81 na 105 korelacji, czyli 77%) są istotne statystycznie (z wyjątkiem trzech wszystkie były dodatnie). W przypadku wyniku ogólnego, korelował on dodatnio ze wszystkimi pojedynczymi skalami narzędzia. Analiza wyników podczas badania grupy klinicznej nieoddziałowej wykazała zdecydowaną przewagę istotnych statystycznie korelacji między większością skal (71 na 105 korelacji, czyli 68%), w większości dodatnich (wyjątkami były cztery korelacje). Wynik ogólny korelował istotnie ze wszystkimi skalami narzędzia FFNI-SF, z wyjątkiem skali obojętność na krytykę. W badaniu grupy klinicznej oddziałowej ujawniono liczne korelacje między poszczególnymi skalami (53 na 105, czyli 51%), choć o różnej sile. Pięć spośród korelacji było ujemnych. Choć korelacje ujemne we wszystkich trzech grupach badanych należały do wyjątków, powinno odnotować się ich istnienie. Analiza tych ujemnych korelacji wskazuje przede wszystkim na skale, które przynależą do dwóch różnych aspektów narcyzmu: wielkościowego i wrażliwego. Wynik ogólny korelował z 12 na 15 skal kwestionariusza FFNI-SF (poza skalami: obojętność na krytykę, potrzeba bycia podziwianym oraz nieufność).

W odniesieniu do narzędzia mierzącego natężenie dwóch podstawowych wymiarów przywiązania (DBZ-R), w badaniu grupy ogólnej obydwa wymiary przywiązania korelowały ze sobą dodatnio, choć siła tej korelacji nie była wysoka. W badaniu grupy klinicznej nieoddziałowej nie ujawniono żadnej istotnej statystycznie korelacji między niepokojem a unikaniem przywiązaniowym. Podobnie w badaniu grupy klinicznej oddziałowej nie odnotowano istotnych korelacji między dwoma podstawowymi wymiarami przywiązania.

Tabele przedstawiające korelacje skal narzędzia FFOCI ze skalami narzędzia FFNI-SF zebrano w załącznikach (tabela Z7, Z8, Z9).

Analiza korelacji poszczególnych skal narzędzi FFNI-SF i FFOCI wskazała na umiarkowane, choć liczne korelacje. W grupie ogólnej korelacji tych było łącznie 97 (na 180, czyli 54%, w tym 21 korelacji ujemnych), ale korelacji o nieco wyższej wartości ($>0,40$) było tylko 13. Również w przypadku grupy klinicznej nieoddziałowej ujawniono słabsze lub umiarkowane korelacje między poszczególnymi skalami narzędzi FFOCI i skalami narzędzi FFNI-SF (było ich łącznie 53, czyli 29%, w tym 32 korelacje ujemne). Wartości korelacji przekraczające 0,40 odnotowano w 6 przypadkach. Natomiast w grupie klinicznej oddziałowej

ujawniono liczbę 43 korelacji (24%, w tym 22 korelacje ujemne) między skalami narzędzia mierzącego natężenie cech osobowości narcystycznej oraz skalami narzędzia mierzącego natężenie cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej. Korelacje istotne statystycznie zazwyczaj znajdowały się w przedziale wartości od 0,20-0,40. Korelacji, które przekraczały te wartości w sumie odnotowano 10. Odnotowano więc, iż jest około dwa razy więcej istotnych korelacji w grupie ogólnej niż w grupach klinicznych. Możliwe więc, że w grupie klinicznej zaburzenia te bardziej się różnicują lub też należy wziąć pod uwagę fakt większej liczebności grupy ogólnej i związanej z tym istotności mniejszych korelacji.

6.2. Weryfikacja Hipotez 1, 2, 3 o różnicach międzygrupowych

W celu weryfikacji hipotez o różnicach w nasileniu cech NPD i OCPD, wymiarów przywiązania oraz domen związanych z zaburzeniami osobowości i metacech między grupą kliniczną oddziałową a pozostałymi dwiema grupami traktowanymi łącznie przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji w planie dla grup niezależnych wraz z analizą kontrastów. Wyniki analizy przedstawiono w tabeli 12.

Tabela 12
Jednoczynnikowa analiza wariancji (porównanie grupy klinicznej oddziałowej z pozostałymi grupami)

	M (SD) – grupa I	M (SD) – grupa II	M (SD) – grupa III	Statystyka F	Istotność	Wielkość efektu (η^2)
Wynik ogólny FFOCI	2,94 (0,45)	2,85 (0,46)	2,90 (0,59)	1,73	$p = 0,18$	0,006
Wynik OCPD (PID-5)	0,98 (0,43)	0,98 (0,46)	1,21 (0,48)	8,84	$p < 0,001$	0,032
Wynik ogólny FFNI-SF	2,37 (0,44)	2,42 (0,45)	2,71 (0,48)	17,36	$p < 0,001$	0,061
Narcyzm wrażliwy	2,81 (0,59)	3,27 (0,61)	3,65 (0,58)	73,57	$p < 0,001$	0,216
Narcyzm wielkościowy	2,21 (0,50)	2,11 (0,52)	2,37 (0,61)	5,89	$p = 0,003$	0,022
Narcyzm antagonistyczny	2,08 (0,53)	2,12 (0,54)	2,49 (0,57)	18,18	$p < 0,001$	0,064
Wynik NPD (PID-5)	0,79 (0,54)	0,72 (0,57)	0,92 (0,65)	2,89	$p = 0,056$	0,011
Negatywny afekt (PiCD)	2,80 (0,72)	3,52 (0,76)	3,82 (0,72)	85,08	$p < 0,001$	0,242
Rozhamowanie (PiCD)	2,12 (0,60)	2,27 (0,75)	2,76 (0,83)	27,72	$p < 0,001$	0,094
Izolacja (PiCD)	2,19 (0,60)	2,47 (0,81)	2,77 (0,86)	24,14	$p < 0,001$	0,083
Dysocjalność (PiCD)	1,91 (0,54)	1,83 (0,63)	2,19 (0,67)	9,51	$p < 0,001$	0,034
Anankastyczność (PiCD)	3,20 (0,55)	3,21 (0,66)	3,07 (0,71)	1,57	$p = 0,21$	0,006
Niepokój (DBZ-R)	3,19 (1,23)	4,04 (1,33)	4,77 (1,09)	60,08	$p < 0,001$	0,184
Unikanie (DBZ-R)	2,43 (0,94)	2,70 (1,21)	3,01 (1,18)	12,21	$p < 0,001$	0,044
Delta-plus	3,52 (0,46)	3,37 (0,60)	3,26 (0,62)	9,53	$p < 0,001$	0,035
Alfa-plus	4,00 (0,42)	3,83 (0,48)	3,58 (0,56)	28,99	$p < 0,001$	0,098
Gamma-plus	3,77 (0,44)	3,41 (0,52)	2,97 (0,62)	91,20	$p < 0,001$	0,255
Beta-plus	3,51 (0,59)	3,19 (0,67)	3,10 (0,88)	18,79	$p < 0,001$	0,066
Delta-minus	2,70 (0,57)	2,67 (0,71)	2,98 (0,76)	6,66	$p = 0,001$	0,024
Alfa-minus	2,11 (0,60)	2,38 (0,72)	2,70 (0,77)	27,99	$p < 0,001$	0,095
Gamma-minus	2,23 (0,64)	3,05 (0,80)	3,39 (0,69)	125,32	$p < 0,001$	0,320
Beta-minus	2,66 (0,50)	3,10 (0,73)	3,14 (0,67)	38,68	$p < 0,001$	0,127

Anotacja. Grupa I = grupa ogólna, grupa II = grupa kliniczna nieoddziałowa, grupa III = grupa kliniczna oddziałowa

W zakresie różnic międzygrupowych – oprócz wyniku ogólnego OCPD mierzonego kwestionariuszem FFOCI i wyniku anankastyczności mierzonej Inwentarzem Osobowości PiCD – uzyskano wyniki istotne statystycznie w odniesieniu do wszystkich badanych zmiennych związanych z zaburzeniami osobowości, przy czym w odniesieniu do wyniku ogólnego NPD mierzonego Inwentarzem Osobowości PID-5, uzyskano wynik na granicy istotności statystycznej.

Wykonane testy kontrastów potwierdziły, że osoby z grupy klinicznej oddziałowej uzyskały wyższe wyniki w zakresie: wyniku ogólnego OCPD mierzonego za pomocą Inwentarza Osobowości PID-5 ($p < 0,001$), wyniku ogólnego NPD mierzonego kwestionariuszem FFNI-SF ($p < 0,001$), narcyzmu wrażliwego ($p < 0,001$), narcyzmu antagonistycznego ($p < 0,001$), narcyzmu wielkościowego ($p < 0,001$), wyniku ogólnego NPD mierzonego Inwentarzem Osobowości PID-5 ($p < 0,05$), negatywnego afektu ($p < 0,05$), rozhamowania ($p < 0,001$), izolacji ($p < 0,001$) i dysocjalności ($p < 0,001$), niepokoju przywiązaniowego ($p < 0,001$), unikania przywiązaniowego ($p < 0,001$).

Ponadto osoby z grupy klinicznej oddziałowej uzyskały wyższe wyniki w zakresie metacech: alfa-minus, gamma-minus, beta-minus oraz niższe w zakresie metacech: alfa-plus, gamma-plus, beta-plus (dla wszystkich metacech $p < 0,001$).

W załącznikach dodatkowo umieszczono wyniki porównania wszystkich średnich w trzech badanych grupach metodą post-hoc (tabela Z29). Ponieważ grupy były nierównoliczne, wykonano dodatkowo analizę wariancji, porównując grupę kliniczną oddziałową (76 osób) z losowo wybranymi 76 osobami z pozostałych dwóch grup. Otrzymane wyniki pozwoliły potwierdzić, iż analizy wykonane na nierównolicznych grupach nie różnią się w zakresie istotności statystycznej od wykonanych na równolicznych grupach.

Uzyskane wyniki pozwalają na stwierdzenie, że Hipoteza 1 (z wyjątkiem wyniku ogólnego mierzonego kwestionariuszem FFOCI i anankastyczności mierzonej Inwentarzem Osobowości PiCD) oraz Hipoteza 2 i 3 zostały potwierdzone.

6.3. Weryfikacja hipotez o lokalizacji cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej (oraz ogólnych wymiarów patologii osobowości) w ogólnej strukturze osobowości

6.3.1. Wstępne analizy korelacyjne cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej z metacechami w KMMO

Tabela 13 przedstawia wyniki korelacji między skalami narzędzi FFOCI a metacechami w KMMO zebrane w trzech badanych grupach. Tabela 14 przedstawia wyniki korelacji między skalami Inwentarza Osobowości PID-5 związanymi z OCPD a metacechami w KMMO.

Copyright by Wydawnictwo Naukowe UKSW

Tabela 13
Korelacje skal FFOCI z metacechami z KMMO (grupa ogólna/ grupa kliniczna nieoddziałowa/grupa kliniczna oddziałowa)

Skale FFOCI	Metacechy						Beta-minus
	Delta-plus	Alfa-plus	Gamma-plus	Beta-plus	Delta-minus	Alfa-minus	
Zamarwanie się (N1)	0,20**/0,30**/0,04	-0,03/0,09/0,07	-0,19**/-0,24**/-0,26*	-0,14/-0,34**/-0,29*	0,13/-0,06/-0,03	0,28**/0,14/0,11	0,33**/0,53**/0,42**
Chłód interpersonalny (E1)	-0,10/0,01/0,10	-0,38**/-0,45**/-0,38**	-0,39**/-0,55**/-0,51**	-0,31**/-0,34**/-0,47**	0,03/0,00/-0,31**	0,32**/0,39**/0,17	0,40**/0,36**/0,30**
Niesiechę do ryzyka (E5)	0,36**/0,57**/0,55**	0,18**/0,30**/0,19	-0,02/-0,12/-0,12	-0,34**/-0,56**/-0,47**	-0,47**/-0,64**/-0,66**	-0,19**/-0,27**/-0,16	0,27**/0,43**/0,44**
Ograniczona uczuciowość (O3)	0,04/0,06/0,27	-0,21**/-0,23**/-0,07	-0,19**/-0,40**/-0,21	-0,18**/-0,20**/-0,40**	0,01/-0,11/-0,35**	0,15**/0,16/-0,19	0,12/0,19/0,31**
Szywność w zachowaniu (O4)	0,26**/0,52**/0,51**	-0,01/0,18/0,12	-0,18**/-0,21**/-0,13	-0,41**/-0,48**/-0,53**	-0,27**/-0,48**/-0,46**	-0,02/-0,12/-0,10	0,36**/0,43**/0,52**
Dogmatyczność (O6)	0,24**/0,15/0,47**	0,21**/0,03/0,21	0,15**/-0,07/0,02	-0,10/-0,01/-0,22	-0,13**/-0,11/-0,25	-0,10/0,02/-0,13	-0,02/0,03/-0,09
Perfekcjonizm (C1)	0,48**/0,34**/0,55**	0,31**/0,17/0,49**	0,22**/0,09/0,38**	0,27**/0,03/0,28*	0,08/0,03/0,12	-0,05/-0,04/-0,15	-0,04/0,04/-0,04
Skrupulatność (C2)	0,44**/0,57**/0,52**	0,17**/0,17/0,36**	0,06/-0,09/0,21	0,12/-0,20/0,10	0,08/-0,08/0,11	0,08/0,07/-0,10	0,15**/0,24**/-0,14
Pryncypializm (C3)	0,47**/0,52**/0,56**	0,31**/0,24**/0,31**	0,19**/-0,05/-0,06	-0,04/-0,25**/-0,26*	-0,12/-0,23**/-0,33**	-0,08/-0,01/-0,22	0,05/0,13/-0,06
Pracoholizm (C4)	0,36**/0,21/0,40**	0,27**/0,29**/0,31**	0,20**/0,19/0,14	0,14**/0,09/-0,06	0,01/-0,01/-0,17	-0,13**/-0,05/-0,23*	0,02/-0,09/-0,22
Zawzięta determinacja (C5)	0,48**/0,30**/0,55**	0,45**/0,41**/0,55**	0,29**/0,16/0,44**	0,28**/0,02/0,13	-0,03/-0,10/-0,12	-0,21**/-0,06/-0,30**	-0,17**/-0,12/-0,34**
Nadmierna rozważa (C6)	0,41**/0,49**/0,52**	0,11**/0,25**/0,28*	-0,03/-0,05/0,02	0,01/-0,34**/-0,08	0,02/-0,20**/0,07	0,11/-0,03/-0,04	0,20**/0,28**/0,00
Wynik ogólny	0,53**/0,62**/0,70**	0,22**/0,24**/0,34**	0,03/-0,20**/0,01	-0,08/-0,40**/-0,30**	-0,08/-0,31**/-0,34**	0,02/0,03/-0,19	0,19**/0,27**/0,02

Adnotacja. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tabela 14
Korelacja skal PID-5 związanych z OCPD z metacechami z KMMO (grupa ogólna/kliniczna nieoddziałowa/kliniczna oddziałowa)

Skale PID	Metacechy									
	Delta-plus	Alfa-plus	Gamma-plus	Beta-plus	Delta-minus	Alfa-minus	Gamma-minus	Beta-minus		
Unikanie bliskości	0,03/0,15/0,17	-0,02/-0,10/0,06	-0,06/-0,17/-0,01	-0,12/-0,19/-0,11	-0,09/-0,14/-0,18	0,06/0,05/-0,19	0,19*/0,19*/0,08	0,20**/0,27**/0,13		
Persewercja	-0,04/0,15/0,12	-0,25**/-0,16/-0,11	-0,26**/-0,26**/-0,17	-0,11/-0,23**/-0,19	0,29**/0,23**/0,15	0,38**/0,40**/0,15	0,44**/0,46**/0,25*	0,38**/0,43**/0,39**		
Ograniczenie emocjonalności	0,08/0,02/0,16	-0,13*/-0,26**/-0,21	-0,20**/-0,34**/-0,22	-0,16**/-0,07/-0,20	0,05/0,06/-0,18	0,18**/0,22*/-0,12	0,35**/0,31**/0,22	0,28**/0,25**/0,28*		
Sztuczny perfekcjonizm	0,32**/0,46**/0,53**	0,04/-0,01/0,24*	-0,05/-0,24**/0,01	0,04/-0,24*/-0,13	0,17**/0,04/0,05	0,24**/0,25**/-0,08	0,26**/0,41**/-0,06	0,22**/0,38**/0,29*		
PID-5_OCPD	0,14*/0,28**/0,38**	-0,11*/-0,18*/0,01	-0,19**/-0,36**/-0,14	-0,12*/-0,26**/-0,24*	0,14*/0,06/-0,07	0,29**/0,32**/-0,10	0,42**/0,48**/0,18	0,37**/0,48**/0,40**		

Adnotacja. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

W grupie ogólnej wyniki korelacji między poszczególnymi skalami narzędzia FFOCI a metacechami osobowości wykazały, iż największa liczba istotnych korelacji pojawiła się w przypadku metacechy alfa-plus i delta-plus, przy czym w przypadku metacechy delta-plus mamy do czynienia z większą liczbą silniejszych korelacji. Wynik ogólny związany z OCPD najsilniej dodatnio korelował z metacechą delta-plus. W grupie klinicznej nieoddziałowej odnotowano najsilniejszą dodatnią i istotną statystycznie korelację między wynikiem ogólnym OCPD a metacechą delta-plus. To także metacecha delta-plus oraz metacecha alfa-plus wchodziły najczęściej w istotne statystycznie korelacje z poszczególnymi cechami osobowości obsesyjno-kompulsywnej mierzonymi kwestionariuszem FFOCI, przy czym to w przypadku metacechy delta-plus korelacje miały silniejszą moc. W grupie klinicznej oddziałowej wynik ogólny FFOCI najsilniej istotnie i dodatnio korelował z metacechą delta-plus. To także delta-plus odznaczyła się ponownie największą liczbą istotnych statystycznie korelacji z poszczególnymi skalami związanymi z osobowością obsesyjno-kompulsywną.

Wynik ogólny OCPD mierzony Inwentarzem Osobowości PID-5 najsilniej korelował dodatnio z metacechą gamma-minus (w grupie ogólnej i klinicznej nieoddziałowej) oraz z metacechą beta-minus i delta-plus (w grupie klinicznej oddziałowej). Najsilniejsze związki z metacechą delta-plus wykazywał sztywny perfekcjonizm (ponad 0,50).

Wyniki badania związków określonych cech osobowości narcystycznej mierzonych narzędziem FFNI-SF z metacechami w KMMO osobowości przedstawia tabela 15, a związków cech NPD mierzonych Inwentarzem PID-5 z metacechami – tabela 16.

Tabela 15
Korelacje skal FFNI z metacechami z KMMO (grupa ogólna/grupa kliniczna nieoddziałowa/grupa kliniczna oddziałowa)

Skale FFNI	Metacechy								Beta-minus
	Delta-plus	Alfa-plus	Gamma-plus	Beta-plus	Delta-minus	Alfa-minus	Gamma-minus	Beta-minus	
Poszukiwanie uznania (ACC)	0,12/-0,06/0,20	0,08/0,01/0,33*	0,19*/0,14/0,52*	0,50**/0,34*/0,55**	0,43**/0,40**/0,39**	0,11*/0,07/-0,07	-0,09/-0,13/-0,48**	-0,21**/-0,22**/-0,35**	
Arogancja	-0,03/-0,29*/0,03	-0,17**/-0,32**/-0,09	-0,07/-0,07/0,21	0,21**/0,30**/0,39**	0,41**/0,43**/0,42**	0,31**/0,28**/0,26**	0,17**/0,02/0,13	0,01/-0,22*/0,15	
Autorytarność (AUT)	0,01/-0,19*/-0,07	0,06/-0,07/0,05	0,24**/0,24*/0,31**	0,60**/0,55**/0,74**	0,46**/0,38**/0,60**	0,13**/0,09/0,18	-0,16**/0,29**/0,25*	-0,35**/0,52**/0,49**	
Nieufność (DIS)	0,06/-0,02/-0,18	-0,17**/-0,30**/-0,21	-0,17**/-0,33**/-0,22	0,01/-0,14/-0,21	0,24**/0,19*/0,15	0,36**/0,37**/0,08	0,45**/0,46**/0,40**	0,18**/0,21/0,13	
Roszczeniowość (ENT)	0,01/-0,18*/-0,05	-0,18**/0,29**/-0,20	-0,08/-0,19*/0,06	0,10/0,13/0,16	0,39**/0,45**/0,28**	0,32**/0,40**/0,41**	0,32**/0,21/0,04	0,17**/0,00/-0,02	
Poszukiwanie uwagi (EXH)	-0,11*/-0,38**/-0,22	-0,09/-0,21/0,00	0,07/0,11/0,28*	0,34**/0,36**/0,49**	0,50**/0,56**/0,77**	0,23**/0,25**/0,25**	-0,04/-0,09/0,07	-0,19**/0,28**/0,24*	
Wykorzystywanie innych (EXP)	-0,13*/-0,30**/-0,07	-0,34**/0,44**/-0,34**	-0,21**/-0,16/-0,08	0,08/0,15/0,12	0,40**/0,45**/0,31**	0,43**/0,41**/0,33**	0,28**/0,14/0,03	0,08/-0,10/-0,07	
Fantazje wielkościowe (GRA)	-0,09/-0,31**/-0,15	-0,23**/-0,34**/-0,04	-0,07/-0,22**/0,24*	0,12/0,14/0,22	0,43**/0,47**/0,43**	0,32**/0,40**/0,29**	0,24**/0,17/-0,04	0,04/-0,10/-0,09	
Obojętność na krytykę (IND)	0,02/-0,25**/0,09	0,01/-0,06/0,20	0,12/0,17/0,42**	0,15**/0,26**/0,31**	0,08/0,06/0,13	-0,02/0,02/-0,23*	0,35**/-0,29**/-0,30**	-0,10/-0,44**/0,29*	
Brak empatii (LAC)	-0,14*/0,19*/-0,04	-0,40**/0,40**/0,34**	-0,38**/-0,46**/-0,24*	-0,16**/-0,11/-0,16	0,18**/0,13/-0,07	0,39**/0,30**/0,20	-0,09/0,11/0,12	0,20**/0,05/0,04	
Manipulacja (MAN)	-0,11*/-0,30**/-0,23*	-0,22**/-0,23**/-0,20	0,02/0,16/0,12	0,42**/0,43**/0,46**	0,53**/0,48**/0,53**	0,38**/0,29**/0,36**	0,10/-0,02/-0,12	-0,14**/-0,38**/-0,34**	
Potrzeba bycia podziwianym (NEE)	0,01/0,07/-0,05	-0,13**/-0,13**/-0,13	-0,29**/-0,34**/-0,35**	-0,27**/-0,33**/-0,27**	0,11/0,05/0,04	0,25**/0,19**/0,23**	0,47**/0,54**/0,49**	0,40**/0,46**/0,46**	
Gniew reaktywny (REA)	-0,06/-0,29**/-0,12	-0,27**/0,32**/-0,19	-0,19**/0,14/-0,06	-0,01/0,09/0,17	0,42**/0,41**/0,35**	0,52**/0,59**/0,52**	0,42**/0,24**/-0,07	0,23**/0,02/-0,05	
Wstyd (SHA)	0,10/0,04/0,13	-0,03/-0,02/-0,01	-0,15**/-0,11/-0,15	-0,21**/-0,20**/-0,26**	0,09/0,14/0,03	0,21**/0,20**/0,20	0,33**/0,34**/0,21	0,32**/0,32**/0,41**	
Poszukiwanie wrażeń (THR)	-0,14**/0,44**/0,41**	-0,13**/0,22**/0,11	0,06/0,03/0,10	0,34**/0,40**/0,36**	0,59**/0,60**/0,76**	0,34**/0,39**/0,24**	0,17**/0,06/0,05	-0,09/-0,24**/0,25*	
Wynik ogólny	-0,06/-0,41**/0,17	-0,26**/0,43**/0,16	-0,09/-0,14/0,18	0,28**/0,33**/0,45**	0,64**/0,69**/0,69**	0,51**/0,56**/0,44**	0,34**/0,18**/0,04	0,06/-0,22**/0,21	
Narcyzm wrażliwy	0,03/-0,07/0,07	-0,20**/0,27**/0,19	-0,27**/0,33**/0,28*	-0,16**/0,20**/0,21	0,30**/0,28**/0,11	0,46**/0,48**/0,38**	0,56**/0,56**/0,36**	0,39**/0,34**/0,35**	
Narcyzm wielkościowy	-0,08/-0,45**/0,15	-0,22**/0,38**/0,11	0,01/-0,02/0,29*	0,41**/0,47**/0,55**	0,64**/0,69**/0,70**	0,42**/0,44**/0,34**	0,17**/0,02/-0,17	-0,10/-0,39**/0,34**	
Narcyzm antagonistyczny	-0,10/-0,40**/0,26*	-0,33**/0,49**/0,34**	-0,17**/0,21**/0,01	0,18**/0,26**/0,29**	0,58**/0,63**/0,54**	0,55**/0,60**/0,50**	0,41**/0,23**/0,05	0,11**/0,16/-0,17	

Tabela 16
Korelacja skal PID-5 związanych z NPD z metacechami z KMMO (grupa ogólna/kliniczna nieoddziałowa/kliniczna oddziałowa)

Skale PiCD	Metacechy									
	Delta-plus	Alfa-plus	Gamma-plus	Beta-plus	Delta-minus	Alfa-minus	Gamma-minus	Beta-minus		
Poszukiwanie uwagi	-0,20**/-0,40**/-0,20	-0,20**/-0,37**/-0,09	-0,03/0,01/0,25*	0,31**/0,43**/0,48**	0,64**/0,74**/0,76**	0,37**/0,43**/0,27	0,10/-0,01/-0,15	-0,12/-0,23**/-0,30**		
Wielkość	0,01/-0,33**/-0,09	-0,15**/-0,30**/-0,20	-0,05/-0,01/0,18	0,19**/0,39**/0,31**	0,42**/0,57**/0,33**	0,28**/0,34**/0,19	0,24**/-0,02/-0,12	0,14**/0,23**/-0,18		
PID-5_NPD	-0,12/-0,40**/-0,18	-0,20**/-0,37**/	-0,05/-0,01/0,26*	0,29**/0,44**/0,48**	0,61**/0,72**/0,68**	0,37**/0,42**/0,28*	0,19**/-0,01/-0,16	0,00/-0,25**/-0,29*		

Adnotacja. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Analiza wyników wskazała na istotne statystycznie korelacje między poszczególnymi skalami FFNI-SF a metacechami. Wynik ogólny otrzymany pomiarem FFNI-SF korelował dodatnio najsilniej z metacechą delta-minus we wszystkich trzech badanych grupach. Narcyzm wrażliwy najsilniej korelował dodatnio z metacechą gamma-minus (w grupie ogólnej i klinicznej nieoddziałowej) oraz alfa-minus (w grupie klinicznej oddziałowej). Narcyzm wielkościowy najsilniej korelował dodatnio z metacechą delta-minus we wszystkich trzech badanych grupach. Narcyzm antagonistyczny najsilniej dodatnio korelował z metacechą delta-minus i nieco słabiej z metacechą alfa-minus. W grupie ogólnej najwięcej korelacji wystąpiło między cechami osobowości narcystycznej a metacechą alfa-minus (14) oraz metacechą delta-minus (13). W grupie klinicznej nieoddziałowej najwięcej istotnych i przekraczających wartość 0,40 korelacji pojawiło się w przypadku metacechy delta-minus. W grupie klinicznej oddziałowej ujawniono, iż alfa-minus najczęściej wchodziła w istotne korelacje między poszczególnymi cechami narcyzmu, chociaż warto odnotować, iż delta-minus wykazywała korelacje o największej sile (posiadała też jedynie o jedną mniej korelację istotną od alfa-minus).

Wynik ogólny NPD mierzony Inwentarzem Osobowości PID-5 najsilniej korelował dodatnio z metacechą delta-minus we wszystkich trzech grupach badanych. Delta-minus wykazywała też najsilniejsze dodatnie korelacje ze skalami: poszukiwanie uwagi i wielkościowość.

Przeprowadzone analizy pozwoliły na wskazanie 32 (na 40, czyli 80%) istotnych statystycznie zależności między poszczególnymi skalami związanymi z pomiarem zaburzeń osobowości PiCD a metacechami w grupie ogólnej, 30 (75%) w grupie klinicznej nieoddziałowej i 23 (58%) w grupie klinicznej oddziałowej. Skala negatywny afekt najsilniej dodatnio korelowała z metacechą gamma-minus (we wszystkich trzech badanych grupach). Skala rozhamowanie najsilniej dodatnio korelowała z metacechą alfa-minus i gamma-minus (w grupie ogólnej) oraz delta-minus (w dwóch grupach klinicznych). Skala izolacja najsilniej dodatnio korelowała z metacechą beta-minus i gamma-minus (w grupie ogólnej i klinicznej nieoddziałowej) oraz z beta-minus (w grupie klinicznej oddziałowej). Skala dysocjalność najsilniej dodatnio korelowała z metacechą alfa-minus i delta-minus (grupa ogólna), z metacechą alfa-minus (grupa kliniczna nieoddziałowa), z metacechą beta-minus (grupa kliniczna oddziałowa). Skala anankastyczność najsilniej dodatnio korelowała z metacechą delta-plus we wszystkich trzech badanych grupach.

W tabeli 17 zostały zawarte wyniki korelacji poszczególnych skal narzędzia PiCD z metacechami KMMO.

Tabela 17
Korelacja skal PiCD z metacechami z KMMO (grupa ogólna/kliniczna nieoddziałowa/kliniczna oddziałowa)

Skale PiCD	Metacechy									
	Delta-plus	Alfa-plus	Gamma-plus	Beta-plus	Delta-minus	Alfa-minus	Gamma-minus	Beta-minus		
Negatywny afekt	0,02/0,12/-0,17	-0,22**/-0,08/-0,05	-0,34**/-0,27**/-0,21	-0,21**/-0,22/-0,07	0,27**/0,13/0,28*	0,46**/0,41**/0,34**	0,64**/0,69**/0,60**	0,41**/0,47**/0,35**		
Rozhamowanie	-0,53**/-0,60**/-0,63**	-0,57**/-0,62**/-0,42**	-0,39**/-0,13/-0,26*	-0,17**/0,25*/0,02	0,44**/0,62**/0,48**	0,54**/0,55**/0,40**	0,54**/0,28**/0,47**	0,20**/0,01/0,09		
Isolacja	0,06/0,31**/0,33**	-0,20**/-0,14/-0,03	-0,37**/0,43**/0,35**	-0,45**/-0,46**/-0,63**	-0,10/-0,16/-0,50**	0,21**/0,24**/-0,10	0,54**/0,55**/0,53**	0,54**/0,64**/0,70**		
Dysocjalność	-0,20**/-0,38**/-0,33**	-0,41**/-0,51**/-0,42**	-0,22**/-0,16/-0,03	0,20**/0,29**/0,20	0,56**/0,57**/0,49**	0,58**/0,65**/0,59**	0,31**/0,20*/0,09	0,02/-0,22/-0,13		
Anankastyczność	0,62**/0,72**/0,80**	0,29**/0,32**/0,41**	0,09/0,12/0,16	0,02/-0,41**/-0,12	-0,14**/-0,35**/-0,21	-0,07/-0,07/-0,14	0,08/0,29**/-0,12	0,22**/0,49**/0,36**		

Adnotacja. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

6.3.2. Weryfikacja możliwości analiz właściwych (test kołowej struktury KMMO w trzech badanych grupach)

Właściwe analizy weryfikujące Hipotezy 4, 5, 6 polegały na ułokowaniu zmiennych zewnętrznych (w tym wypadku cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej) w kołowej macierzy KMMO. Aby było to możliwe, należało najpierw zweryfikować, czy w uzyskanych danych metacechy tworzą strukturę kołową zgodnie z wymogami modelu circumplex. Wyniki analiz, przeprowadzonych zgodnie z opisem w *Podrozdziale 5.3* dla każdej badanej grupy zostały zaprezentowane w tabeli 18.

Tabela 18

Parametry dopasowania różnych wariantów kołowej struktury modelu w trzech badanych grupach

Model	Grupa	Chi ²	CFI	GFI	AGFI	RMSEA
Model 1	I	73,65; df=17; p < 0,001	0,961	0,959	0,913	0,101 [0,078;0,125]
	II	27,30; df = 17; p = 0,243	0,982	0,981	0,960	0,068 [0,000; 0,113]
	III	30,62; df = 17; p < 0,05	0,951	0,957	0,909	0,103 [0,039;0,161]
Model 2	I	89,77; df = 17; p < 0,001	0,950	0,948	0,890	0,114 [0,092;0,138]
	II	27,10; df = 17; p = 0,250	0,982	0,981	0,960	0,067 [0,000; 0,150]
	III	27,43; df = 17; p = 0,052	0,963	0,967	0,930	0,090 [0,000;0,150]
Model 3	I	127,27; df = 24; p < 0,001	0,929	0,927	0,891	0,115 [0,096;0,135]
	II	38,04; df = 24; p = 0,229	0,979	0,974	0,961	0,067 [0,019; 0,105]
	III	39,67; df = 24; p < 0,05	0,944	0,951	0,926	0,093 [0,035;0,143]

Model 1 = Model ze spełnionym założeniem o równych odstępach kątowych między zmiennymi; Model 2 = Model ze spełnionym założeniem o równej odległości zmiennych od środka koła; Model 3 = Model ze spełnionymi dwoma założeniami

Grupa: I = ogólna, II = kliniczna nieoddziałowa, III = kliniczna oddziałowa

Wskaźniki dopasowania wszystkich modeli są akceptowalne. W grupie ogólnej najlepiej dopasowany okazał się model 1 – ze spełnionym założeniem o równych odstępach kątowych między zmiennymi, w grupie klinicznej nieoddziałowej

model 3 – ze spełnionymi dwoma założeniami, a w grupie klinicznej oddziałowej model 2 – ze spełnionym założeniem o równej odległości zmiennych od środka koła. Niemniej jednak model 3 – ze spełnionymi dwoma założeniami – był dobrze dopasowany w każdej grupie. Empiryczne potwierdzenie kołowej struktury metacech w każdej grupie oznacza, że KMMO może być przyjęty jako matryca osobowościowa, w której zostaną ulokowane zmienne zewnętrzne: cechy związane z OCPD, NPD oraz – w kolejnym rozdziale – wymiary przywiązania.

Po weryfikacji kołowej struktury KMMO przystąpiono do analizy ulokowania cech związanych z NPD i OCPD oraz dymensji z DSM-5 i ICD-11 w matrycy KMMO.

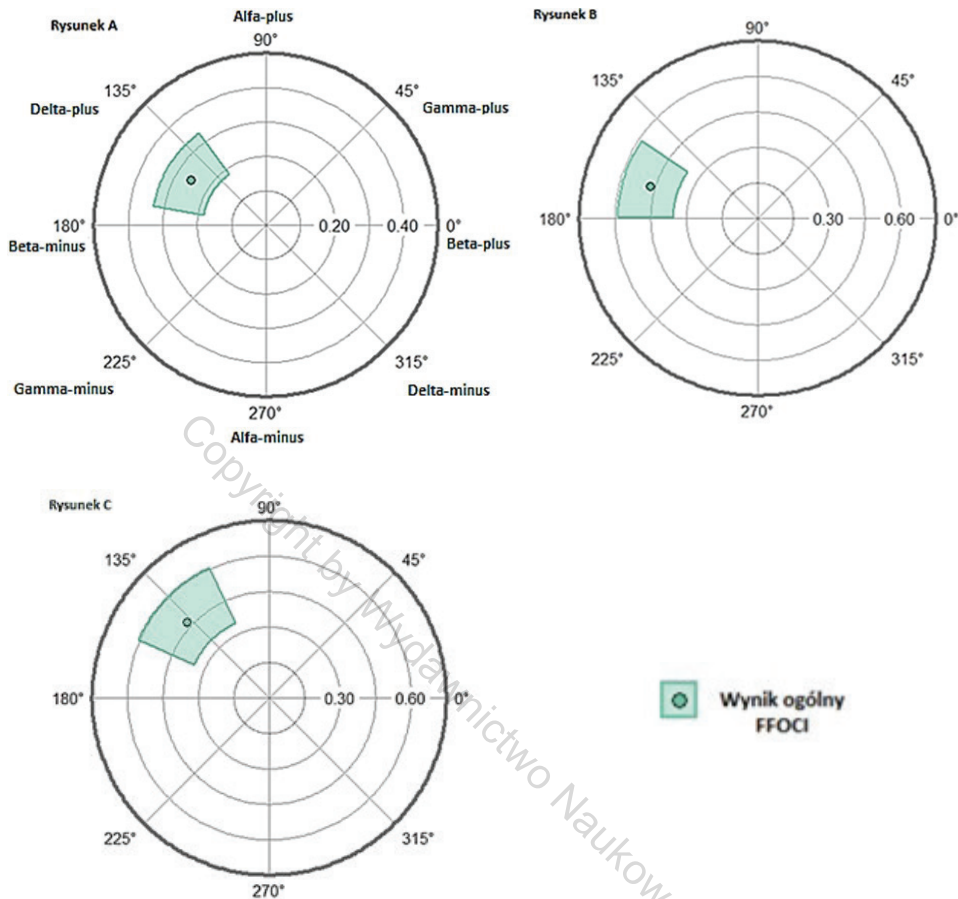
6.3.3. Weryfikacja Hipotezy 4 – lokalizacja cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej w KMMO

Wyniki analizy związanej z rozlokowaniem cech obsesyjno-kompulsywnych w matrycy KMMO w trzech badanych grupach zostały przedstawione w tabeli 19 (tabele z przedziałami ufności znajdują się w załącznikach) oraz na rysunkach 6, 7 i 8.

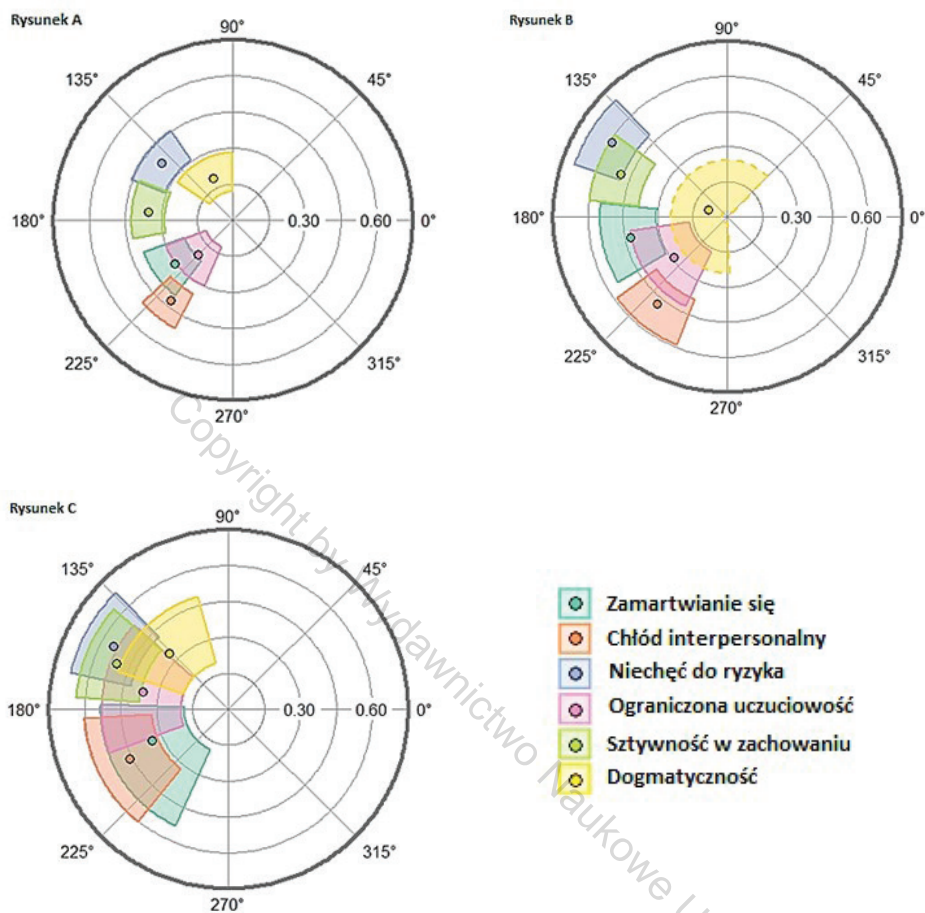
Tabela 19

Parametry związane z ulokowaniem cech związanych z OCPD mierzonych kwestionariuszem FFOCI w KMMO (grupa ogólna/kliniczna nieoddziałowa/kliniczna oddziałowa)

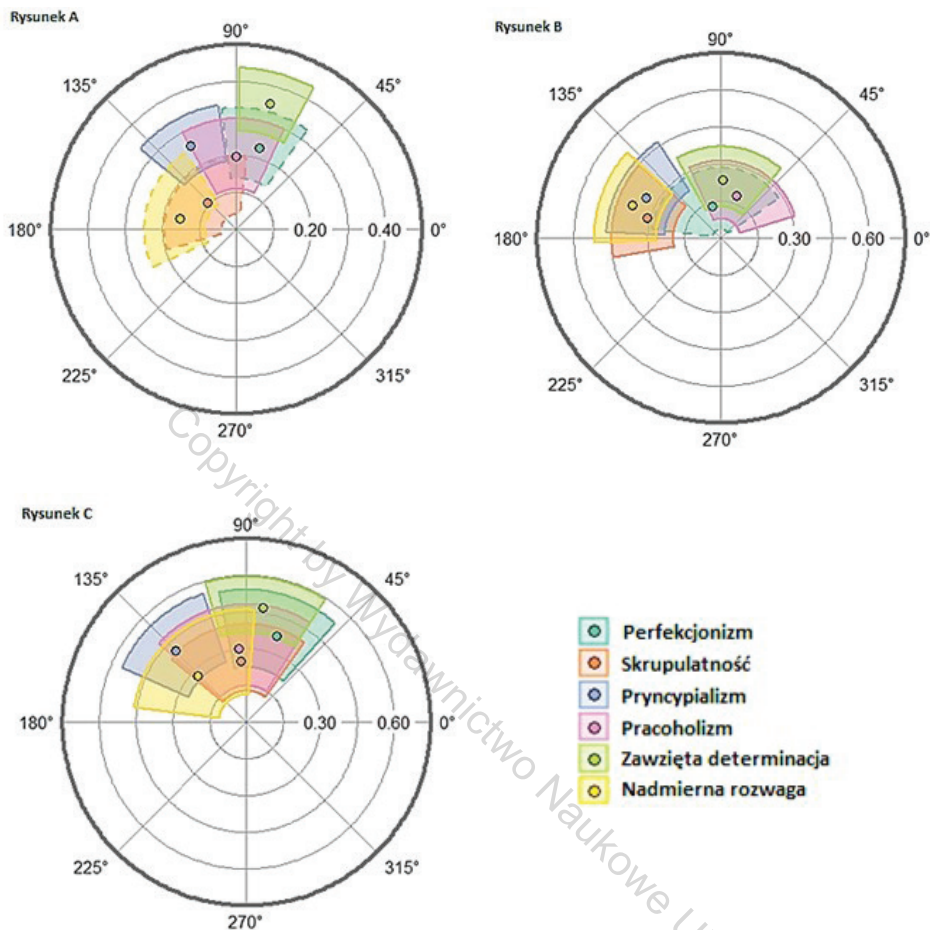
Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Zamartwianie się (N1)	0,98/0,97/0,88	0,13/0,12/0,07	0,30/0,43/0,34	216,7/191,8 /202,2
Chłód interpersonalny (E1)	0,99/0,98/0,98	-0,02/-0,05/-0,10	0,43/0,48/0,46	232,2/230,8/206,9
Niechęć do ryzyka (E5)	0,97/0,97/0,99	-0,03/-0,02/-0,02	0,38/0,59/0,55	141,5/147,5/151,2
Ograniczona uczuciowość (O3)	0,95/0,97/0,95	-0,01/-0,04/-0,06	0,20/0,29/0,37	225,1/216,7/168,9
Sztywność w zachowaniu (O4)	0,99/0,96/0,99	-0,01/0,00/0,00	0,35/0,49/0,51	174,5/158,3 /157,9
Dogmatyczność (O6)	0,95/0,92/0,68	0,04/0,01/0,04	0,19/0,09/0,34	115,2/158,9/137,0
Perfekcjonizm (C1)	0,69/0,84/0,65	0,15/0,08/0,17	0,23/0,13/0,37	74,4/105,1/71,0
Skrupulatność (C2)	0,43/0,75/0,89	0,15/0,12/0,15	0,11/0,31/0,25	137,3/165,1/95,2
Pryncypializm (C3)	0,92/0,95/0,94	0,11/0,08/0,02	0,26/0,35/0,41	119,1/151,8/134,7
Pracoholizm (C4)	0,84/0,87/0,85	0,11/0,07/0,01	0,20/0,18/0,30	90,1/70,7/95,9
Zawzięta determinacja (C5)	0,86/0,95/0,79	0,12/0,07/0,11	0,35/0,24/0,47	74,9/88,4/81,8
Nadmierna rozważa (C6)	0,70/0,86/0,97	0,13/0,10/0,12	0,16/0,39/0,28	168,9/159,6/136,7
Wynik ogólny	0,87/0,95/0,96	0,13/0,09/0,07	0,25/0,47/0,47	149,0/163,5/137,4



Rysunek 6. Ulokowanie wyniku ogólnego narzędzia FFOCI związanego z OCPD w KMMO (Rysunek A = grupa ogólna; Rysunek B = grupa kliniczna nieoddziałowa, Rysunek C = grupa kliniczna oddziałowa)



Rysunek 7. Ulokowanie cech mierzonych narzędziem FFOCI związanych z OCPD w KMMO – część pierwsza (Rysunek A = grupa ogólna; Rysunek B = grupa kliniczna nieoddziałowa, Rysunek C = grupa kliniczna oddziałowa)



Rysunek 8. Ulokowanie cech mierzonych narzędziem FFOCI związanych z OCPD w KMMO – część druga (Rysunek A = grupa ogólna; Rysunek B = grupa kliniczna nieoddziałowa, Rysunek C = grupa kliniczna oddziałowa)

W badaniu grupy ogólnej zadowolający poziom dopasowania uzyskały wszystkie skale poza perfekcjonizmem i skrupulatnością (choć perfekcjonizm osiągnął wartości tylko nieco niższe od akceptowalnych), w badaniu grupy klinicznej nieoddziałowej wszystkie skale z wyjątkiem dogmatyczności i perfekcjonizmu (choć wartości obydwu skal były tylko nieco niższe od akceptowalnych), w badaniu grupy klinicznej oddziałowej wszystkie 12 skal uzyskało wystarczające wartości współczynnika dopasowania ($>0,70$).

Amplituda zasadniczo przekraczała poziom 0,15 (poza dogmatycznością i perfekcjonizmem w grupie klinicznej nieoddziałowej oraz skrupulatnością w grupie ogólnej) – można więc wnioskować o wyraźnej lokalizacji zmiennych w strukturze kołowej. Wskaźniki wysokości nie były znaczące, co oznacza, iż – zgodnie z przewidywaniami – nie można wnioskować tutaj o wpływie jednego ogólnego czynnika. We wszystkich trzech grupach skale związane z OCPD zasadniczo ulokowały się powyżej linii wyznaczonej biegunami gamma-plus i gamma-minus w KMMO, w kierunku delty-plus (czyli – zgodnie z przewidywaniami – odwrotnie niż przypadku NPD). Wynik ogólny narzędzi FFOCI ulokował się w pobliżu bieguna delta-plus w grupie ogólnej i klinicznej oddziałowej, a w grupie klinicznej nieoddziałowej znalazł się pomiędzy linią delty-plus a linią bety-minus (nieco bliżej tej drugiej). Najbliżej linii delty-plus znalazły się takie aspekty osobowości obsesyjno-kompulsywnej, jak: niechęć do ryzyka, dogmatyczność, skrupulatność (grupa ogólna), niechęć do ryzyka oraz pryncypializm (grupa kliniczna nieoddziałowa) oraz pryncypializm, dogmatyczność i nadmierna rozwaga (grupa kliniczna oddziałowa). Cechami, które we wszystkich trzech badanych grupach wyraźnie przekroczyły granicę linii wyznaczonej biegunami delta-plus i delta-minus (granicę oznaczaną w KMMO jako granicę cech funkcjonalnych i dysfunkcjonalnych) były: perfekcjonizm, pracoholizm oraz zawzięta determinacja. Można więc rozumieć, że te cechy osobowości obsesyjno-kompulsywnej mogą mieć aspekty adaptacyjne.

Lokalizacja wyniku ogólnego związanego z OCPD, zgodnie więc z zakładaną hipotezą, została zidentyfikowana w pobliżu metacechy delta-plus. Poszczególne cechy związane z osobowością obsesyjno-kompulsywną zajęły z kolei obszar od gammy-plus do alfy-minus.

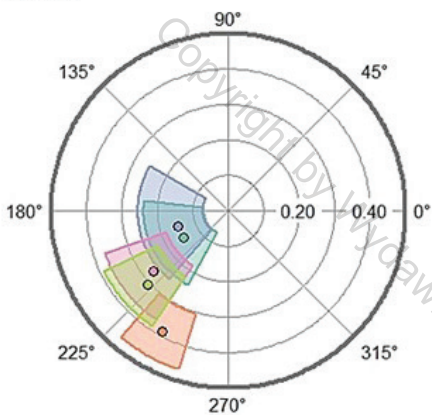
Tabela 20 prezentuje wyniki dopasowania i ulokowania skal narzędzia PID-5 związanych z OCPD w KMMO (tabele z przedziałami ufności znajdują się w załączniku). Rysunek 9 przedstawia to ulokowanie w formie graficznej.

Tabela 20

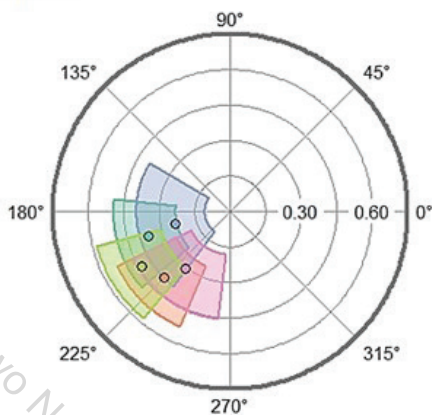
Parametry związane z ulokowaniem cech związanych z OCPD mierzonych kwestionariuszem PID-5 w KMMO (grupa ogólna/kliniczna nieoddziałowa/kliniczna oddziałowa)

Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Unikanie bliskości	0,90/0,97/0,91	0,03/0,01/-0,01	0,15/0,24/0,18	196,7/192,7/141,9
Persewercja	0,97/0,97/0,87	0,10/0,13/0,07	0,39/0,39/ 0,26	241,4/225,0/214,0
Ograniczenie emocjonalności	0,99/0,95/0,85	0,06/0,02/-0,03	0,27/0,31/0,27	218,7/232,4/188,5
Sztywny perfekcjonizm	0,74/0,92/0,70	0,15/0,13/0,10	0,15/0,36/0,25	211,2/196,7/135,4
PID-5_OCPD	0,99/0,98/0,89	0,12/0,10/0,10	0,31/0,44/0,30	222,3/212,1/169,9

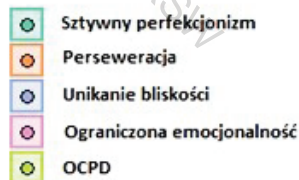
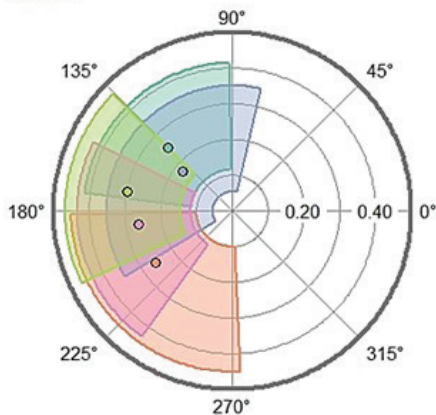
Rysunek A



Rysunek B



Rysunek C



Rysunek 9. Ulokowanie cech związanych z OCPD mierzonych narzędziem PID-5 w KMMO (Rysunek A = grupa ogólna; Rysunek B = grupa kliniczna nieoddziałowa, Rysunek C = grupa kliniczna oddziałowa).

Okazało się, iż wszystkie skale uzyskały zadowalające współczynniki dopasowania (jedyne wyjątek stanowił sztywny perfekcjonizm w grupie ogólnej i klinicznej oddziałowej). Wszystkie amplitudy były równe lub wyższe wartości 0,15. Parametry wysokości nie były znaczące (zgodnie z założeniami teoretycznymi modelu – nie można wnioskować o wpływie jednego głównego czynnika). Wynik ogólny związany z OCPD swoje centrum znalazł w pobliżu gammy-minus – w przypadku grupy ogólnej i klinicznej nieoddziałowej oraz bety-minus – w przypadku grupy klinicznej oddziałowej. W grupie ogólnej poszczególne skale związane z różnymi aspektami osobowości obsesyjno-kompulsywnej rozłożyły się w zasadzie od obszaru delty-plus aż po przekroczenie linii gammy-minus (w kierunku alfy-minus). W grupie klinicznej nieoddziałowej poszczególne skale rozłożyły się w kołowej strukturze od obszaru delty-plus aż do alfy-minus. W grupie klinicznej oddziałowej poszczególne skale związane z różnymi aspektami osobowości obsesyjno-kompulsywnej rozłożyły się w kołowej strukturze w znaczącym obszarze od alfy-plus do alfy-minus.

Można więc skonkludować, iż w przypadku grupy ogólnej i grupy klinicznej nieoddziałowej różne aspekty OCPD znalazły się poniżej linii wyznaczonej przez deltę, czyli w obszarze aspektów patologicznych związanych z osobowością w KMMO, a w grupie klinicznej oddziałowej dwa aspekty OCPD przekroczyły poziom linii wyznaczonej przez deltę, tj. sztywny perfekcjonizm i unikanie bliskości. W przypadku więc wyników związanych z osobowością obsesyjno-kompulsywną zebranych za pomocą Inwentarza Osobowości PID-5 nie można potwierdzić zakładanej hipotezy o związku cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej z metacechą delta-plus. Należy jednak zauważyć, że wraz ze wzrostem kliniczności badanej grupy, wynik ogólny i poszczególne cechy OCPD zbliżały się coraz bardziej w kierunku metacechy delta-plus (a unikanie bliskości i sztywny perfekcjonizm znalazły się właściwie na linii delty-plus w trzeciej grupie badanych). W tym przypadku widać, iż przesunięcie systematycznie następowało w kierunku gammy-minus, a więc centrum patologii w KMMO.

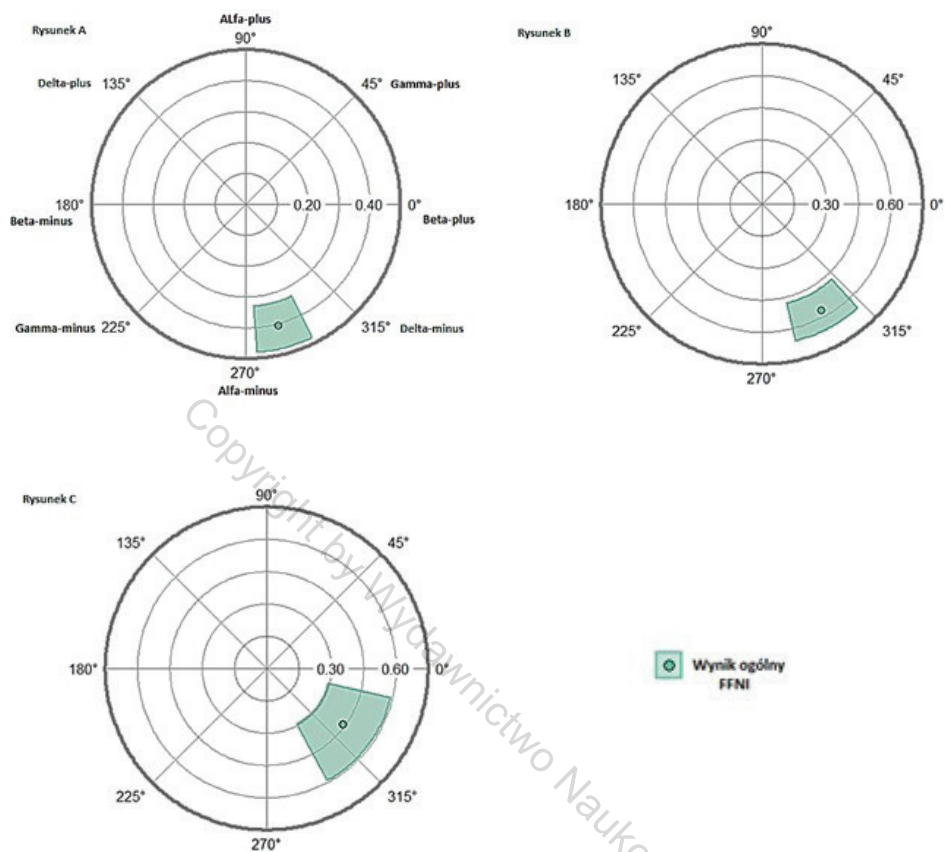
6.3.4. Weryfikacja Hipotezy 5 – lokalizacja cech osobowości narcystycznej w KMMO

Wyniki analizy ulokowania cech związanych z NPD w KMMO we wszystkich trzech grupach osób badanych zostały przedstawione w tabeli 21 (tabele z dodatkowymi przedziałami ufności znajdują się w załączniku). Na rysunkach 10, 11, 12 i 13 przedstawiono ulokowanie wyniku ogólnego, trzech aspektów narcyzmu oraz cech związanych z NPD mierzonych kwestionariuszem FFNI-SF.

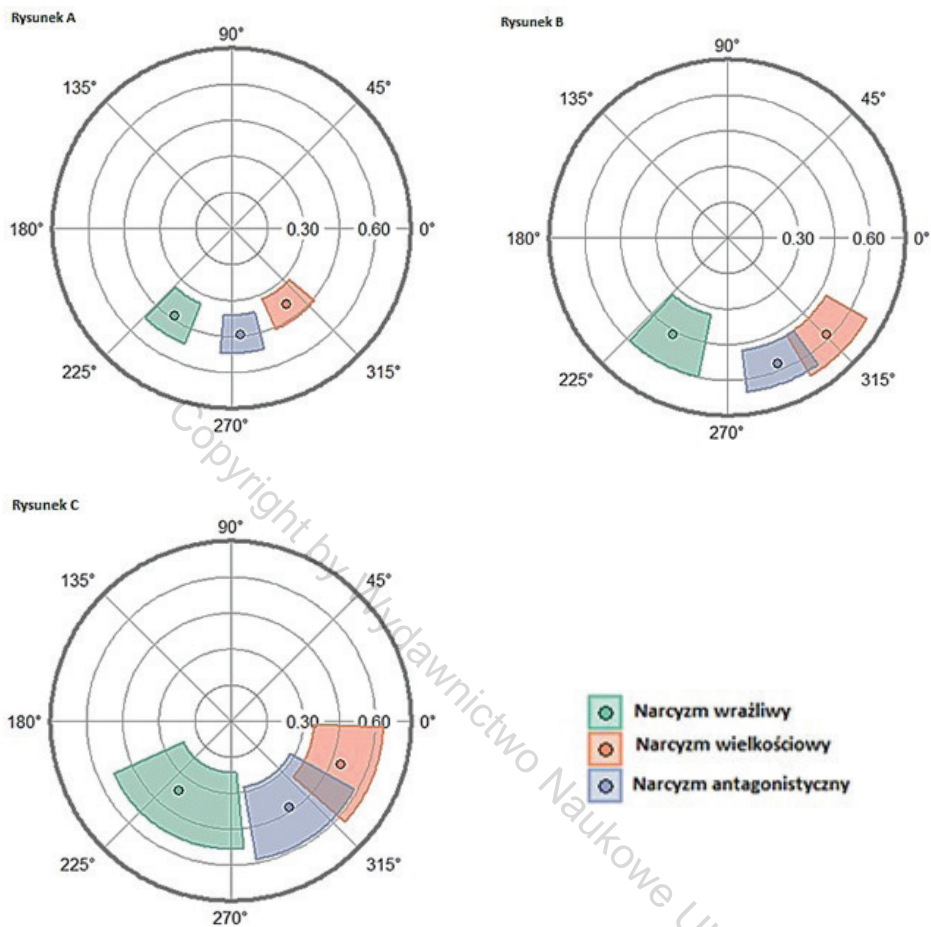
Tabela 21

Parametry związane z ułożeniem cech związanych z NPD mierzonych kwestionariuszem FFNI-SF w KMMO (grupa ogólna/grupa kliniczna nieoddziałowa/grupa kliniczna oddziałowa)

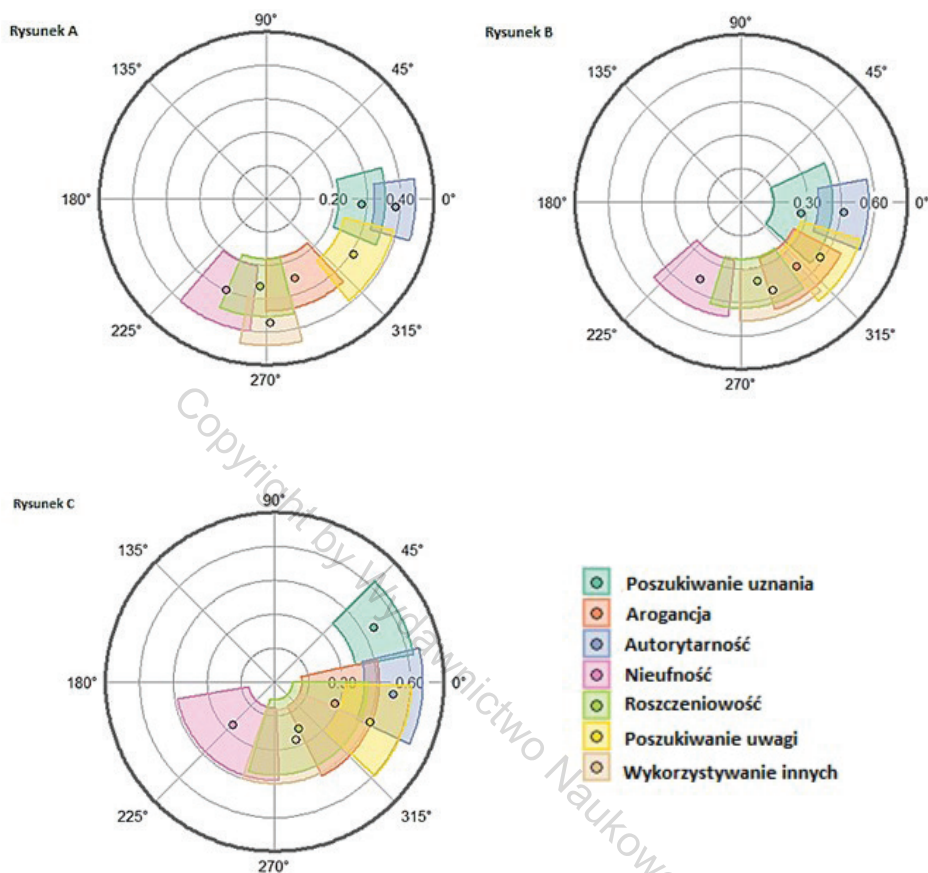
Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Poszukiwanie uznania (ACC)	0,81/0,90/0,92	0,14 /0,07/0,14	0,28/0,27/0,50	356,9/349,5/29,1
Arogancja (ARR)	0,92/0,97/0,83	0,11/0,01/0,12	0,25/0,38/0,28	289,2/311,2/340,7
Autorytarność (AUT)	0,90/0,96/0,92	0,12/0,02/0,13	0,39/0,46/0,53	356,2/354,3/354,3
Nieufność (DIS)	0,98/0,99/0,79	0,12/0,05/-0,05	0,30/0,39/0,27	246,0/241,3/225,1
Roszczeniowość (ENT)	0,93/0,97/0,82	0,13/0,07/0,08	0,26/0,36 /0,23	265,3/281,7/297,0
Poszukiwanie uwagi (EXH)	0,92/0,98/0,93	0,09/0,04/0,16	0,31/0,43/0,46	327,1/325,5/337,2
Wykorzystywanie innych (EXP)	0,98/0,98/0,86	0,07/0,02/0,03	0,37/0,42/0,27	1,3/289,6/290,4
Fantazje wielkościowe (GRA)	0,95/0,98/0,90	0,09/0,03/0,11	0,29/0,41/0,27	281,3/288,0/329,2
Obojętność na krytykę (IND)	0,90/0,95/0,96	0,02/-0,06/0,04	0,12/0,31/0,36	16,9/1,2/38,2
Brak empatii (LAC)	0,99/0,94/0,89	0,00/-0,08/-0,06	0,42/0,34/0,23	247,0/259,8/238,2
Manipulacja (MAN)	0,94/0,98/0,96	0,12/0,05/0,07	0,36/0,44/0,44	311,0/327,5/328,3
Potrzeba bycia podziwianym (NEE)	0,96/0,96/0,94	0,07/0,06/0,05	0,37/0,42/0,40	221,4/213,2/218,8
Gniew reaktywny (REA)	0,98/0,97/0,78	0,13/0,07/0,07	0,40/0,42/0,29	258,1/281,3/298,9
Wstyd (SHA)	0,96/0,89/0,89	0,08/0,09/0,07	0,26/0,25/0,27	213,0/218,4/202,2
Poszukiwanie wrażeń (THR)	0,96/0,99/0,91	0,14/0,07/0,09	0,34/0,48/0,46	309,6/315,0/322,1
Wynik ogólny	0,95/0,99/0,94	0,18/0,07/0,15	0,41/0,57/0,44	284,8/298,9/323,6
Narcyzm wrażliwy	0,99/0,99/0,96	0,14/0,10/0,06	0,43/0,47/0,36	236,5/240,5/232,8
Narcyzm wielkościowy	0,92/0,98/0,94	0,15/0,04/0,14	0,39/0,58/0,49	305,6/315,7/338,4
Narcyzm antagonistyczny	0,97/0,99/0,96	0,15/0,06/0,08	0,44/0,57/0,43	274,4/291,5/304,1



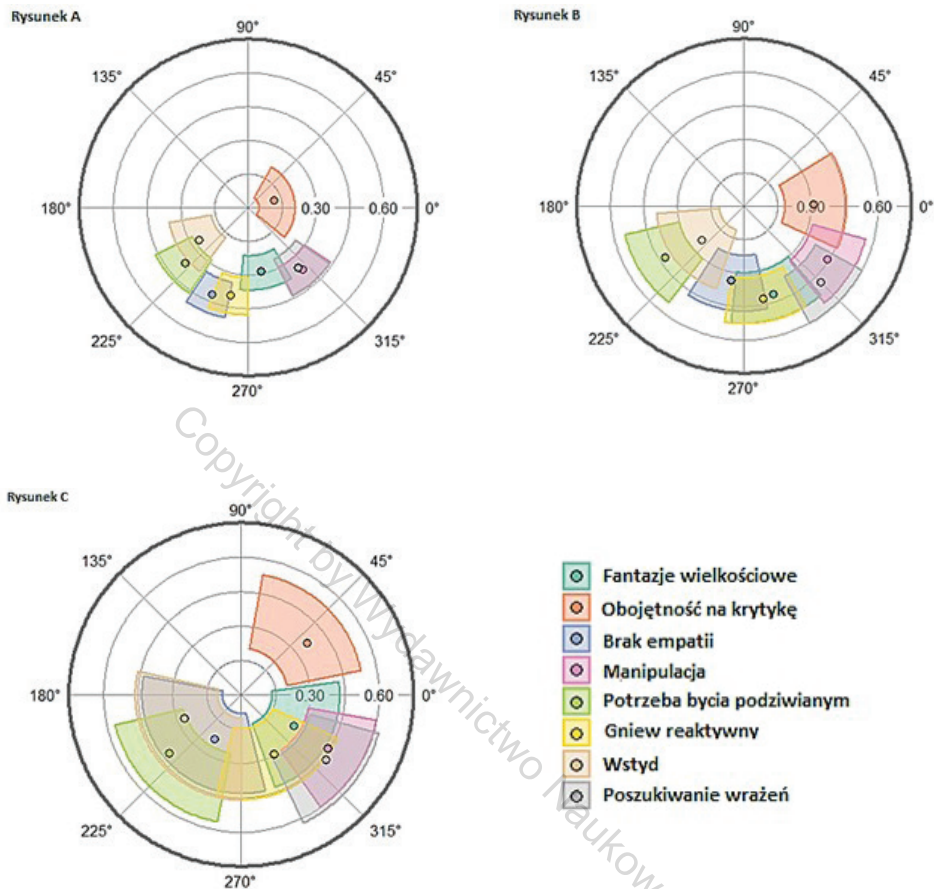
Rysunek 10. Ulokowanie wyniku ogólnego narzędzia FFNI-SF związanego z NPD w KMMO (Rysunek A = grupa ogólna; Rysunek B = grupa kliniczna nieoddziałowa, Rysunek C = grupa kliniczna oddziałowa)



Rysunek 11. Ulokowanie trzech aspektów mierzonych narzędziem FFNI-SF związanym z NPD w KMMO (Rysunek A = grupa ogólna; Rysunek B = grupa kliniczna nieoddziałowa, Rysunek C = grupa kliniczna oddziałowa)



Rysunek 12. Ulokowanie cech mierzonych narzędziem FFNI-SF związanym z NPD w KMMO – część pierwsza (Rysunek A = grupa ogólna; Rysunek B = grupa kliniczna nieoddziałowa, Rysunek C = grupa kliniczna oddziałowa)



Rysunek 13. Ulokowanie cech mierzonych narzędziem FFNI-SF związanym z NPD w KMMO – część druga (Rysunek A = grupa ogólna; Rysunek B = grupa kliniczna nieoddziałowa, Rysunek C = grupa kliniczna oddziałowa)

Wszystkie skale okazały się dobrze dopasowane do testowanego modelu ($R^2 > 0,8$) we wszystkich trzech grupach (dwoma wyjątkami były skale nieufność oraz gniew reaktywny w grupie klinicznej oddziałowej), co oznacza, że dobrze pasują do KMMO. Parametry wysokości nie były znaczące w żadnej z trzech grup, co potwierdza oczekiwanie, że w przypadku KMMO nie ma jednego ogólnego czynnika. Wartości amplitudy – poza jednym przypadkiem skali obojętność na krytykę w grupie ogólnej – osiągnęły lub przekraczały wartość 0,15, co oznacza, iż można wnioskować o wyraźnej lokalizacji zmiennych

w strukturze kołowej. Analiza położenia kąтового, widocznego też na graficznym przedstawieniu ulokowania poszczególnych skal, wykazuje, iż cechy związane z NPD ulokowały się we wszystkich trzech grupach zasadniczo poniżej linii gammy w KMMO w kierunku delty-minus, przy czym w grupie ogólnej cechy te w większości ulokowały się poniżej linii wyznaczonej przez bieguny delta-plus i delta-minus, a w przypadku grup klinicznych (zwłaszcza klinicznej oddziałowej) niektóre z nich wychodziły zdecydowanie bardziej poza linię delty (pokrywając znaczną część przestrzeni kołowej poniżej gammy-minus).

Wynik ogólny narzędzia FFNI-SF ulokował się kolejno między deltą-minus a alfą-minus (w grupie ogólnej), w pobliżu bieguna alfy-minus (w grupie klinicznej nieoddziałowej) oraz w pobliżu bieguna delty-minus (w grupie klinicznej oddziałowej) – można więc skonkludować, iż z każdą kolejną grupą lokował się bliżej delty-minus. Narcyzm wielkościowy ulokował się w pobliżu linii delty-minus zarówno w przypadku grupy ogólnej, jak i klinicznej nieoddziałowej oraz zajął rejon pomiędzy linią delty-minus a bety-plus w przypadku grupy klinicznej oddziałowej. Narcyzm wrażliwy znalazł się w pobliżu gammy-minus w grupie ogólnej i grupie klinicznej oddziałowej, podczas gdy w grupie klinicznej nieoddziałowej ulokował się pomiędzy gammą-minus a alfą-minus. Narcyzm antagonistyczny z kolei zbliżył się do alfy-minus (w grupie ogólnej), a w obydwu grupach klinicznych zajął przestrzeń pomiędzy alfą-minus a deltą-minus (w grupie klinicznej oddziałowej bliżej delty-minus). Najbardziej zbliżone do linii delty-minus we wszystkich trzech badanych grupach były skale: poszukiwanie uwagi, manipulacja, poszukiwanie wrażeń. Z kolei skalami, które swym zasięgiem na kołowej strukturze koła przekroczyły linię wyznaczoną przez deltę-plus oraz deltę-minus, czyli linię oddzielającą funkcjonalne i dysfunkcjonalne aspekty osobowości w KMMO były: poszukiwanie uznania, autorytarność, obojętność na krytykę oraz dodatkowo poszukiwanie uwagi (w grupie ogólnej). W grupie klinicznej oddziałowej na linii delty balansowały także skale: arogancja i wstyd.

Można więc stwierdzić, że w przypadku wyniku ogólnego i wyników związanych z trzema aspektami narcyzmu (wielkościowego, wrażliwego, antagonistycznego) zasadniczo potwierdzono zakładane hipotezy. Zarazem należy odnotować, iż – zwłaszcza w próbie klinicznej oddziałowej – pojedyncze cechy związane z osobowością narcystyczną ulokowały się w różnych rejonach KMMO (od bety-minus aż do alfy-plus).

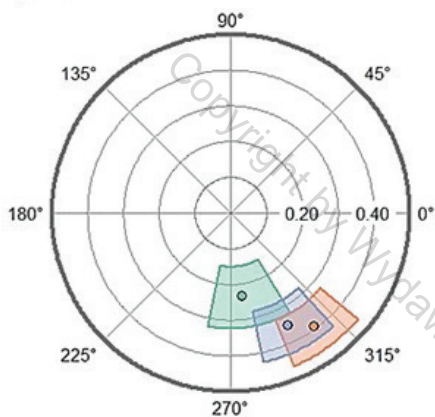
Tabela 22 prezentuje wyniki dopasowania i ulokowania skal Inwentarza Osobowości PID-5 związanych z NPD w KMMO (tabele z przedziałami ufności znajdują się w załączniku). Rysunek 14 przedstawia to ulokowanie w formie graficznej.

Tabela 22

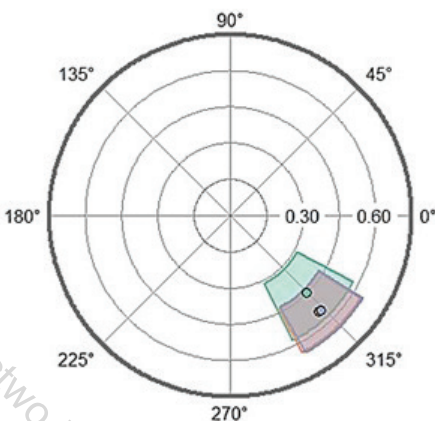
Parametry związane z ulokowaniem cech związanych z NPD mierzonych kwestionariuszem PID-5 w KMMO (grupa ogólna/grupa kliniczna nieoddziałowa/grupa kliniczna oddziałowa)

Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Poszukiwanie uwagi	0,94/0,97/0,93	0,11/0,07/0,13	0,39/0,54/0,47	306,3/312,8/336,4
Wielkościowość	0,89/0,97/0,89	0,13/0,05/0,05	0,23/0,45/0,28	277,8/314,5/334,4
PID-5_NPD	0,92/0,97/0,94	0,14/0,07/0,11	0,35/0,54/0,46	296,8/313,5/335,8

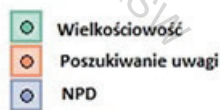
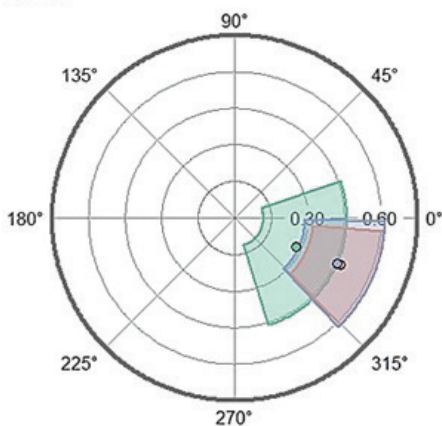
Rysunek A



Rysunek B



Rysunek C



Rysunek 14. Ulokowanie cech i wyniku ogólnego związanego z NPD mierzonych narzędziem PID-5 w KMMO (Rysunek A = grupa ogólna; Rysunek B = grupa kliniczna nieoddziałowa, Rysunek C = grupa kliniczna oddziałowa)

Okazało się, iż wszystkie skale uzyskały zadowalające współczynniki dopasowania w przypadku wszystkich trzech badanych grup. Wszystkie amplitudy były równe lub wyższe od 0,15, a parametry wysokości – zgodnie z oczekiwaniami – nie były znaczące. W grupie ogólnej wynik ogólny NPD znalazł swoje centrum w pobliżu linii delty-minus, w grupie klinicznej nieoddziałowej ulokował się w zasadzie na linii delty-minus, a w grupie klinicznej oddziałowej NPD – w obszarze pomiędzy deltą-minus a betą-plus. Poszczególne cechy związane z NPD ulokowały się zasadniczo w obszarze pomiędzy alfą-minus a deltą-minus (grupa ogólna), w obszarze wokół delty-minus (grupa kliniczna nieoddziałowa) oraz w przestrzeni między deltą-minus a betą-plus (grupa kliniczna oddziałowa). W przypadku grupy ogólnej zasadniczo różne aspekty NPD znalazły się poniżej linii wyznaczonej przez deltę, czyli w obszarze zaburzeń funkcjonowania w KMMO. W przypadku grupy klinicznej nieoddziałowej dwie skale w zasadzie ułożyły się na samym pograniczu linii delty-minus (poszukiwanie uwagi, wielkościowość). W przypadku grupy klinicznej oddziałowej wielkościowość przekroczyła poziom linii wyznaczonej przez deltę w kierunku bety-plus. Analiza zebranych tutaj danych pozwala zatem na zasadnicze potwierdzenie zakładanej hipotezy o ulokowaniu wielkościowych aspektów osobowości narcystycznej (a takie mierzone są Inwentarzem Osobowości PID-5) w pobliżu metacechy delty-minus.

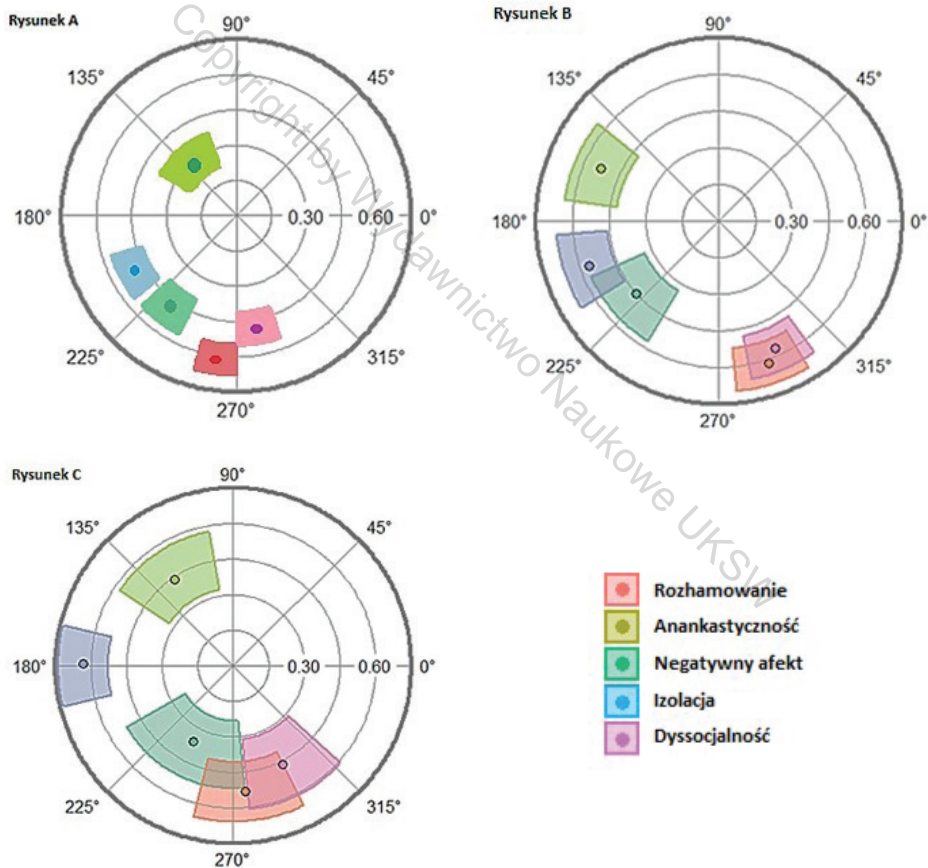
6.3.5. Weryfikacja Hipotezy 6 – lokalizacja ogólnych wymiarów patologii osobowości w KMMO

W tabeli 23 zebrano wyniki związane z ulokowaniem domen mierzonych kwestionariuszem PiCD w KMMO, natomiast na rysunku 15 przedstawiono ich graficzne rozlokowanie (tabele z przedziałami ufności zamieszczono w załącznikach).

Tabela 23

Parametry ulokowania cech-domen związanych z zaburzeniami osobowości mierzonych kwestionariuszem PiCD w KMMO (grupa ogólna/kliniczna nieoddziałowa/kliniczna oddziałowa)

Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Negatywny afekt	0,99/0,98/0,86	0,13/0,16/0,14	0,48/0,45/0,36	233,7/221,0/242,4
Rozhamowanie	0,96/0,97/0,90	0,01/0,04/0,02	0,62/0,62/0,53	262,0/289,5/275,3
Izolacja	0,97/0,99/0,97	0,03/0,07/-0,01	0,50/0,56/0,63	208,3/199,2/179,1
Dysocjalność	0,98/0,98/0,96	0,11/0,06/0,06	0,48/0,57/0,46	280,2/293,8/296,4
Anankastyczność	0,85/0,97/0,88	0,14/0,11/0,14	0,29/0,53/0,44	128,9/156,3/124,4



Rysunek 15. Ulokowanie cech-domen związanych z zaburzeniami osobowości mierzonych narzędziem PiCD w KMMO (Rysunek A = grupa ogólna; Rysunek B = grupa kliniczna nieoddziałowa, Rysunek C = grupa kliniczna oddziałowa)

We wszystkich trzech grupach osób badanych współczynniki dopasowania okazały się zadowalające w odniesieniu do wszystkich skal. Amplitudy zdecydowanie przekraczały wartość 0,15. Parametry wysokości nie były znaczące, co oznacza, iż – zgodnie z przewidywaniami – nie można wnioskować tutaj o wpływie jednego ogólnego czynnika. Negatywny afekt we wszystkich trzech badanych grupach ułożywał się najbliżej linii gammy-minus. Rozhamowanie ułożywało się najbliżej linii alfy-minus w grupie ogólnej oraz klinicznej oddziałowej, natomiast pomiędzy linią alfy-minus a linią delty-minus w grupie klinicznej nieoddziałowej. Izolacja ułożywała się między betą-minus a alfą-minus w grupie ogólnej i klinicznej nieoddziałowej, podczas gdy w grupie klinicznej oddziałowej niemal równo z linią bety-minus. Dysocjalność umiejscowiła się najbliżej linii alfy-minus w grupie ogólnej oraz pomiędzy alfą-minus a deltą-minus w dwóch grupach klinicznych. Anankastyczność zlokalizowana została najbliżej linii delty-plus w przypadku grupy ogólnej i klinicznej oddziałowej (w przypadku tej ostatniej przekraczając tę linię w kierunku alfy-plus), a w przypadku grupy klinicznej nieoddziałowej pomiędzy linią delty-plus a linią bety-minus. Ten ostatni wynik zasadniczo potwierdził więc hipotezę o związku między anankastycznością a biegunem metacechy delta-plus w KMMO, ułożenie pozostałych cech-domen zasadniczo zreplikowało wyniki uzyskane przez Strusa, Łakutę i Ciecucha (2021).

6.4. Weryfikacja hipotezy o lokalizacji wymiarów dezadaptacyjnego przywiązania w ogólnej strukturze osobowości

6.4.1. Wstępna analiza korelacyjnych wymiarów dezadaptacyjnego przywiązania z metacechami w KMMO

W tabeli 24 przedstawiono wyniki badania trzech grup w zakresie korelacji między metacechami a podstawowymi wymiarami przywiązania.

Tabela 24

Korelacje metacech z podstawowymi wymiarami przywiązania (grupa ogólna/grupa kliniczna nieoddziałowa/grupa kliniczna oddziałowa)

Metacechy	Wymiary przywiązania	
	Niepokój	Unikanie
Delta-plus	-0,11 [*] /-0,04/-0,23 [*]	-0,15 ^{**} /0,06/0,19
Alfa-plus	-0,25 ^{**} /-0,11/-0,11	-0,33 ^{**} /-0,20 [*] /-0,08
Gamma-plus	-0,28 ^{**} /-0,23 ^{**} /-0,24 [*]	-0,41 ^{**} /-0,31 ^{**} /-0,12
Beta-plus	-0,18 ^{**} /-0,06/-0,20	-0,25 ^{**} /-0,17 [*] /-0,26 [*]
Delta-minus	0,27 ^{**} /0,23 ^{**} /0,21	0,05/-0,01/-0,14
Alfa-minus	0,37 ^{**} /0,45 ^{**} /0,35 ^{**}	0,24 ^{**} /0,13/0,02
Gamma-minus	0,53 ^{**} /0,50 ^{**} /0,50 ^{**}	0,35 ^{**} /0,29 ^{**} /0,16
Beta-minus	0,35 ^{**} /0,29 ^{**} /0,30 ^{**}	0,18 ^{**} /0,26 ^{**} /0,32 ^{**}

Adnotacja. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

W grupie ogólnej, tak jak w grupie klinicznej nieoddziałowej, zarówno wymiar niepokój, jak i wymiar unikanie najsilniej korelował dodatnio z metacechą gamma-minus. W grupie klinicznej oddziałowej wymiar niepokój najsilniej dodatnio korelował z metacechą gamma-minus, podczas gdy wymiar unikanie najsilniej dodatnio korelował z metacechą beta-minus.

6.4.2. Weryfikacja możliwości analiz właściwych (test kołowej struktury KMMO w trzech badanych grupach)

Przeprowadzone analizy wykazały, iż wskaźniki dopasowania weryfikujące założenie o kołowej strukturze metacech wyróżnionych w KMMO są akceptowalne. Wskaźniki dla każdego modelu i każdej badanej grupy zostały zaprezentowane już wcześniej w *Podrozdziale 6.3.2.*

6.4.3. Weryfikacja Hipotezy 7 – lokalizacja podstawowych wymiarów dezadaptacyjnego przywiązania w KMMO

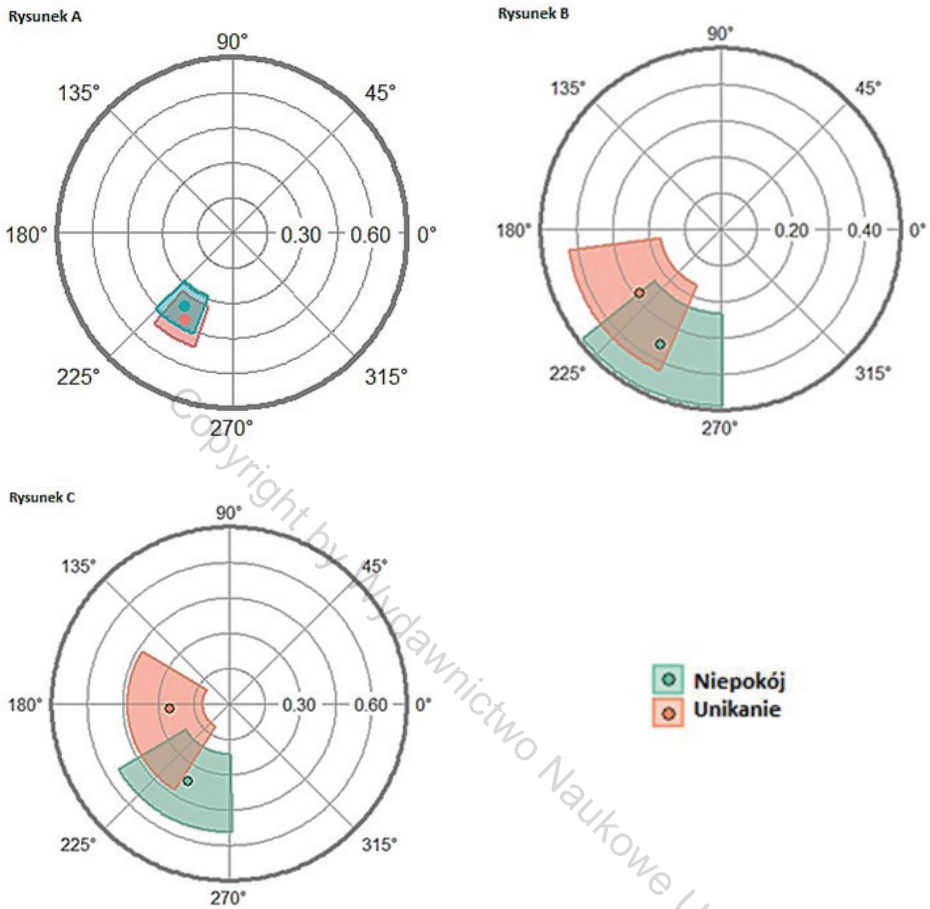
We wszystkich trzech badanych grupach uzyskano zadowalające wskaźniki dopasowania zarówno jednego, jak i drugiego wymiaru przywiązania na kołowej strukturze. Amplitudy przekroczyły wartość 0,15, a parametry wysokości były nieznaczące. W przypadku grupy ogólnej wymiar niepokój rozciągnął się na kołowej strukturze w przestrzeni między gammą-minus a alfą-minus (z centrum

bliżej alfy-minus), wymiar unikanie między gamma-minus a alfa-minus. W grupie klinicznej nieoddziałowej wymiar niepokój ulokował się zasadniczo w przestrzeni między gamma-minus a alfa-minus, podczas gdy wymiar unikanie ulokował się pomiędzy beta-minus a gamma-minus (przekraczając linię gammy w kierunku alfy-minus). W grupie klinicznej oddziałowej wymiar niepokój ulokował się zasadniczo w przestrzeni między beta-minus a alfa-minus (z centrum w pobliżu linii gammy-minus), podczas gdy wymiar unikanie ulokował się pomiędzy delta-plus a alfa-minus (z centrum w pobliżu linii bety-minus). Przeprowadzona analiza tylko częściowo pozwoliła na potwierdzenie zakładanej hipotezy: potwierdziło się ulokowanie obydwu wymiarów w obszarze poniżej linii delty w KMMO oraz w pobliżu metacechy gamma-minus, natomiast uzyskano (zwłaszcza w grupie klinicznej oddziałowej) wręcz odwrotne do zakładanych związki metacech z poszczególnymi wymiarami przywiązania (zakładano ulokowanie niepokoju przywiązaniowego między gamma-minus a beta-minus, podczas gdy unikania przywiązaniowego pomiędzy alfa-minus a gamma-minus). Wyniki zostały przedstawione w tabeli 25 oraz na rysunku 16 (tabele z przedziałami ufności znalazły się w załączniku).

Tabela 25

Parametry ulokowania podstawowych wymiarów przywiązania w KMMO (grupa ogólna/kliniczna nieoddziałowa/kliniczna oddziałowa)

Skala	Parametry ulokowania			
	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Niepokój	0,96/0,98/0,87	0,09/0,13/0,07	0,42/0,36/0,21	240,5/242,0/241,3
Unikanie	0,90/0,98/0,95	-0,04/0,01/0,01	0,38/0,29/0,25	236,6/217,9/184,0



Rysunek 16. Ulokowanie podstawowych wymiarów przywiązania w KMMO (Rysunek A = grupa ogólna; Rysunek B = grupa kliniczna nieoddziałowa, Rysunek C = grupa kliniczna oddziałowa)

6.5. Weryfikacja hipotezy o moderującej roli niepokoju i unikania przywiązaniowego dla relacji między metacechami a cechami osobowości obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej

6.5.1. Wstępne analizy korelacyjne cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej z podstawowymi wymiarami dezadaptacyjnego przywiązania

Tabela 26 prezentuje wyniki korelacji cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej mierzonych kwestionariuszem FFOCI z podstawowymi wymiarami przywiązania w trzech badanych grupach.

Tabela 26

Korelacje cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej (FFOCI) z podstawowymi wymiarami przywiązania (grupa ogólna/grupa kliniczna nieoddziałowa/grupa kliniczna oddziałowa)

Skale FFOCI	Wymiary przywiązania	
	Niepokój	Unikanie
Zamartwanie się (N1)	0,40**/0,31**/0,46**	0,12*/0,05/0,01
Chłód interpersonalny (E1)	0,19**/0,15/0,07	0,39**/0,41**/0,38**
Niechęć do ryzyka (E5)	-0,09/-0,08/0,01	-0,04/-0,04/0,10
Ograniczona uczuciowość (O3)	0,11*/-0,06/-0,19	0,31**/0,38**/0,39**
Sztuczność w zachowaniu (O4)	0,18*/-0,01/-0,01	0,11/0,11/0,21
Dogmatyczność (O6)	-0,12*/-0,06/-0,01	-0,03/-0,05/0,17
Perfekcjonizm (C1)	-0,15**/-0,04/-0,14	-0,10/-0,01/-0,03
Skrupulatność (C2)	0,04/0,13/0,02	0,01/0,09/-0,06
Pryncypializm (C3)	-0,04/0,08/-0,03	-0,05/-0,08/0,19
Pracoholizm (C4)	-0,04/-0,01/-0,21	0,03/0,07/-0,07
Zawzięta determinacja (C5)	-0,15**/-0,02/-0,31**	-0,11/-0,01/0,12
Nadmierna rozważa (C6)	0,07/0,05/0,02	0,02/0,11/0,15
Wynik ogólny	0,05/0,07/-0,06	0,08/0,15/0,21

Adnotacja. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Analiza związków pomiędzy wybranymi skalami FFOCI a dwoma podstawowymi wymiarami przywiązania wskazała na kilka istotnych statystycznie, choć nie bardzo silnych korelacji w grupie ogólnej (wymiar niepokoju korelował z siedmioma, podczas gdy wymiar unikanie korelował z trzema skalami FFOCI). W grupie klinicznej nieoddziałowej ujawniono tylko jedną istotną korelację między skalą

zamartwianie się a wymiarem przywiązaniowym niepokoju oraz dwie korelacje między wymiarem przywiązaniowym unikanie a skalami: chłód interpersonalny oraz ograniczona uczuciowość. Badanie grupy klinicznej oddziałowej pozwoliło na dostrzeżenie dwóch istotnych korelacji między wymiarem przywiązaniowym niepokoju a zamartwianiem się (korelacja dodatnia) oraz zawziętą determinacją (korelacja ujemna). W odniesieniu do wymiaru przywiązaniowego unikanie ujawniono również dwie istotne korelacje dodatnie z takimi cechami jak chłód interpersonalny oraz ograniczona uczuciowość. Wynik ogólny w żadnej z badanych grup nie korelował istotnie z żadnym z dwóch wymiarów przywiązania.

W tabeli 27 zebrano wyniki korelacji wybranych skal Inwentarza Osobowości PID-5 związanych z natężeniem cech obsesyjno-kompulsywnych z podstawowymi wymiarami przywiązania w trzech badanych grupach.

Tabela 27

Korelacje wybranych skal PID-5 związanych z OCPD z podstawowymi wymiarami przywiązania (grupa ogólna/grupa kliniczna nieoddziałowa/grupa kliniczna oddziałowa)

Skale PID-5	Wymiary przywiązania	
	Niepokój	Unikanie
Unikanie bliskości	0,16**/-0,04/-0,06	0,26**/0,57**/0,54**
Persewercja	0,44**/0,28**/0,28*	0,13*/0,23*/0,18
Ograniczenie emocjonalności	0,24**/0,13/-0,15	0,42**/0,44**/0,45**
Sztywny perfekcjonizm	0,24**/0,22*/0,02	0,05/0,23*/0,10
PID-5_OCPD	0,36**/0,20*/0,02	0,30**/0,54**/0,49**

Adnotacja. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Analiza zależności między wymiarami przywiązania a pięcioma cechami-domenami mierzonymi Inwentarzem Osobowości PID-5 wykazała pięć korelacji w przypadku wymiaru niepokoju oraz cztery korelacje w przypadku wymiaru unikanie w grupie ogólnej, dwie istotne korelacje z wymiarem niepokoju oraz pięć istotnych korelacji z wymiarem unikanie w grupie klinicznej nieoddziałowej oraz jedną istotną korelację z wymiarem niepokoju i trzy istotne korelacje z wymiarem unikanie. Najsilniejsze korelacje dodatnie w przeprowadzonej analizie pojawiły się między skalą unikanie bliskości a wymiarem unikania przywiązaniowego. Wynik związany z OCPD korelował dodatnio z obydwojma wymiarami w grupie ogólnej i klinicznej nieoddziałowej (nieco silniej z wymiarem niepokoju w grupie ogólnej i silniej z wymiarem unikanie w grupie klinicznej nieoddziałowej) oraz tylko z wymiarem unikanie w grupie klinicznej oddziałowej.

W tabeli 28 zaprezentowano wyniki korelacji cech osobowości narcystycznej mierzonych kwestionariuszem FFNI-SF z podstawowymi wymiarami przywiązania.

Tabela 28

Korelacje cech osobowości narcystycznej (FFNI-SF) z podstawowymi wymiarami przywiązania (grupa ogólna/kliniczna nieoddziałowa/kliniczna oddziałowa)

Skale FFNI	Wymiary przywiązania	
	Niepokój	Unikanie
Poszukiwanie uznania (ACC)	0,02/-0,04/-0,34**	-0,10/-0,01/0,02
Arogancja (ARR)	0,16**/0,06/-0,04	0,07/0,01/-0,05
Autorytarność (AUT)	-0,07/-0,14/-0,14	-0,06/-0,03/-0,16
Nieufność (DIS)	0,37**/0,28**/0,23*	0,27**/0,25**/0,31**
Roszczeniowość (ENT)	0,26**/0,28**/0,07	0,15**/0,11/0,07
Poszukiwanie uwagi (EXH)	0,09/0,07/0,12	-0,08/-0,29**/-0,08
Wykorzystywanie innych (EXP)	0,25**/0,02/-0,05	0,25**/0,15/-0,03
Fantazje wielkościowe (GRA)	0,25**/0,16/0,18	0,10/0,06/0,03
Obojętność na krytykę (IND)	-0,10/-0,20*/-0,27*	-0,02/-0,14/-0,17
Brak empatii (LAC)	0,26**/-0,01/-0,06	0,28**/0,28**/0,30**
Manipulacja (MAN)	0,13*/-0,04/0,01	0,02/-0,06/-0,13
Potrzeba bycia podziwianym (NEE)	0,36**/0,36**/0,45**	0,11*/0,03/0,12
Gniew reaktywny (REA)	0,29**/0,27*/0,24*	0,05/-0,02/0,12
Wstyd (SHA)	0,24**/0,17/0,28*	0,04/-0,02/0,12
Poszukiwanie wrażeń (THR)	0,22**/0,21*/0,13	0,05/0,12/-0,05
Wynik ogólny	0,32**/0,19*/0,10	0,12*/0,05/0,04
Narcyzm wrażliwy	0,42**/0,38**/0,44**	0,15**/0,09/0,24*
Narcyzm wielkościowy	0,21**/0,06/-0,05	0,08/0,02/-0,04
Narcyzm antagonistyczny	0,35**/0,22*/0,11	0,20**/0,16/0,10

Adnotacja. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Analiza związków pomiędzy wybranymi skalami FFNI-SF a dwoma podstawowymi wymiarami przywiązania wskazała na kilka istotnych statystycznie, choć nie bardzo silnych, korelacji we wszystkich trzech grupach osób badanych. Wynik ogólny korelował z wymiarem niepokoju przywiązaniowego w grupie ogólnej oraz klinicznej nieoddziałowej, a także z wymiarem unikania przywiązaniowego w grupie ogólnej – nie były to jednak wysokie wartości korelacji. Wyższe współczynniki korelacji można było odnotować między wrażliwym aspektem narcyzmu a niepokojem przywiązaniowym. Skalą, która wykazała

najsilniejsze korelacje z niepokojem przywiązaniowym, była potrzeba bycia podziwianym, a z unikaniem przywiązaniowym – brak empatii.

W tabeli 29 przedstawiono wyniki korelacji wybranych skal narzędzia PID-5 związanych z natężeniem cech narcystycznych z podstawowymi wymiarami przywiązania w trzech badanych grupach.

Tabela 29

Korelacje skal Inwentarza Osobowości PID-5 oraz wyniku ogólnego NPD z podstawowymi wymiarami przywiązania (grupa ogólna/kliniczna nieoddziałowa/kliniczna oddziałowa)

Skale PID-5	Wymiary przywiązania	
	Niepokój	Unikanie
Poszukiwanie uwagi	0,23**/0,21*/-0,01	0,03/-0,03/-0,05
Wielkościowość	0,24**/0,21*/-0,13	0,21**/0,05/-0,07
PID-5_NPD	0,27**/0,23**/-0,07	0,12*/0,01/-0,07

Adnotacja. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Wynik ogólny NPD mierzony Inwentarzem Osobowości PID-5 wykazał dwie istotne statystycznie korelacje z wymiarem niepokoju przywiązaniowego (w grupie ogólnej i w grupie klinicznej nieoddziałowej) oraz jedną istotną korelację statystyczną z wymiarem unikania przywiązaniowego (w grupie ogólnej). Żadna jednak ze wskazanych korelacji nie przekroczyła wartości 0,27.

W tabeli 30 zaprezentowano wyniki analizy badania w trzech grupach, dotyczące korelacji pomiędzy podstawowymi wymiarami przywiązania a dysfunkcjonalnymi cechami osobowości mierzonymi Inwentarzem Osobowości PiCD.

Tabela 30

Korelacje skal PiCD z podstawowymi wymiarami przywiązania (grupa ogólna/kliniczna nieoddziałowa/kliniczna oddziałowa)

Skale PiCD	Wymiary przywiązania	
	Niepokój	Unikanie
Negatywny afekt	0,50**/0,52**/0,62**	0,17**/0,22*/0,04
Rozhamowanie	0,41**/0,32**/0,50**	0,27**/0,07/-0,06
Izolacja	0,34**/0,22*/0,10	0,44**/0,43**/0,36**
Dysocjalność	0,26**/0,24**/0,01	0,24**/0,13/0,05
Anankastyczność	-0,03/0,08/-0,10	-0,05/0,09/0,19

Adnotacja. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

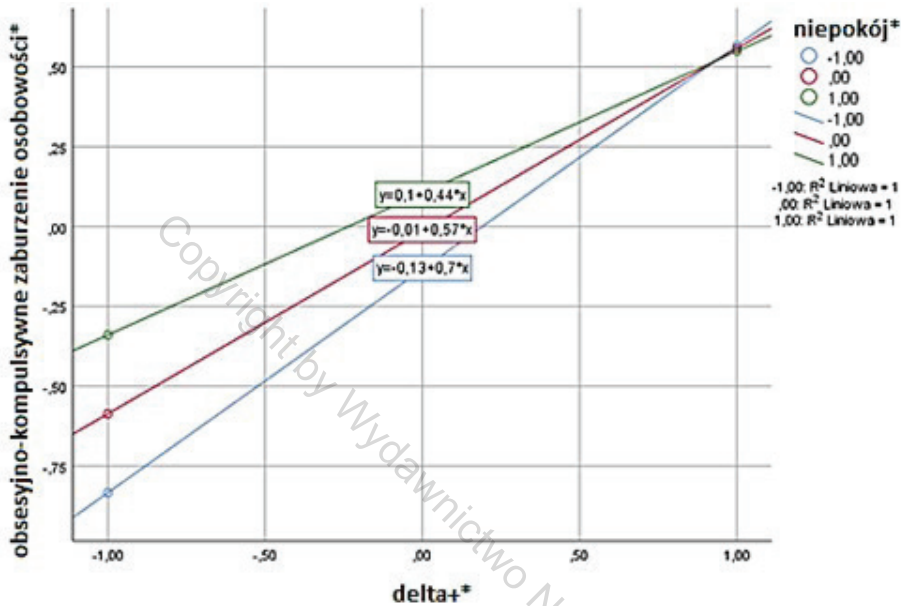
W grupie ogólnej najsilniejszy związek z wymiarem niepokój odnotowano w przypadku skali negatywny afekt, najsilniejszy związek z wymiarem unikanie pojawił się przy skali izolacja. Anankastyczność nie ujawniła istotnych statystycznie korelacji z żadnym dwóch wymiarów przywiązania. W grupie klinicznej nieoddziałowej korelacja o najwyższej wartości pojawiła się między skalą negatywny afekt a wymiarem niepokój oraz nieco słabsza między skalą izolacja a wymiarem unikanie. Anankastyczność jako jedyna skala nie ujawniła żadnych istotnych statystycznie korelacji z którymkolwiek z wymiarów przywiązania. W grupie klinicznej oddziałowej najistotniejsze związki pokazały się między negatywnym afektem a niepokojem oraz rozhamowaniem a niepokojem. Warto zauważyć, iż w poprzednich dwóch grupach również odnotowano takie korelacje. W odniesieniu do wymiaru unikanie, ujawniono jedną istotną korelację dodatnią ze skalą izolacja. Tak jak w przypadku dwóch poprzednich grup anankastyczność nie korelowała istotnie z żadnym z dwóch podstawowych wymiarów przywiązania.

6.5.2. Weryfikacja Hipotezy 8 – moderująca rola wymiarów dezadaptacyjnego przywiązania dla relacji metacech i cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej

W ramach analiz moderacji sprawdzono moderującą rolę wymiarów przywiązania dla związków pomiędzy poszczególnymi metacechami a wymiarami osobowości obsesyjno-kompulsywnej. Poniżej przedstawiono wyniki tych analiz dotyczące wyniku ogólnego OCPD mierzonego kwestionariuszem FFOCI oraz wyniku ogólnego OCPD mierzonego Inwentarzem Osobowości PID-5.

W grupie ogólnej wykazano, iż wymiar przywiązania niepokój pełnił moderującą rolę pomiędzy metacechą delta-plus a natężeniem OCPD mierzonym tutaj jako wynik ogólny uzyskany w kwestionariuszu FFOCI ($\beta = -0,12$; 95% CI = $[-0,20; -0,05]$; $t = -3,10$; $p < 0,05$). Model z interakcją wyjaśniał 56% wariancji zmiennej zależnej. Wzrost wyjaśnianej wariancji po włączeniu efektu interakcji wyniósł 2,0% ($F(1, 324) = 9,60$; $p < 0,05$). Porównanie efektów prostych na poziomie trzech wybranych wartości moderatora pokazało, że efekt delty-plus na poziom OCPD rośnie wraz ze wzrostem niepokojem przywiązanioowego, przy czym dopiero na wysokim poziomie niepokojem zależność jest istotna statystycznie, a na niskim i średnim poziomie niepokojem jest nieistotna. Porównanie tych trzech efektów prostych przedstawiono na rysunku 17. Test Johnsona-Neymana pozwolił na oszacowanie wartości moderatora,

od której zależność między delta-plus a OCPD staje się istotna statystycznie; wartość ta wyniosła 2,73 SD powyżej średniej na skali niepokoju. Należy jednak wyraźnie zauważyć, iż wyniki niższe od wskazanej wartości uzyskało aż 99% badanej próby. Wyniki pokazują, że w przypadku niemal całej badanej próby nie wystąpiła istotna zależność pomiędzy delta-plus a natężeniem OCPD.



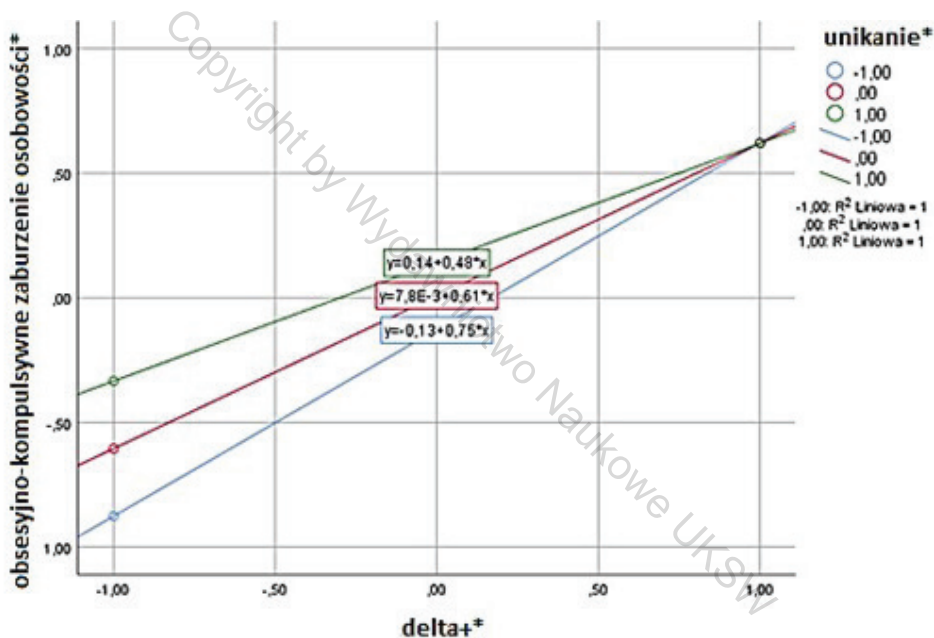
*zmiennie wystandaryzowane

Rysunek 17. Poziom natężenia OCPD w interakcji metacechy delta-plus z niepokojem przywiązaniowym (grupa ogólna)

W tym samym badaniu stwierdzono także moderującą rolę niepokoju przywiązaniowego w odniesieniu do natężenia OCPD mierzonego kwestionariuszem PID-5 (wynik ogólny złożony z wybranych skal związanych z tym zaburzeniem). Wymiar przywiązania niepokój pełnił w tym przypadku moderującą rolę w związku pomiędzy metacechą gamma-minus a natężeniem OCPD. Należy jednak podkreślić, iż wykryta zależność miała status będącej na granicy istotności statystycznej ($\beta = -0,08$; 95% CI = [-0,15; 0,01]; $t = -1,80$; $p = 0,74$). Model z interakcją wyjaśniał 46% wariancji zmiennej zależnej.

W grupie klinicznej nieoddziałowej wykazano, iż to unikanie przywiązaniowe było moderatorem pomiędzy metacechą delta-plus a natężeniem cech

związanych z OCPD mierzonych kwestionariuszem FFOCI ($\beta = -0,14$; 95% CI = $[-0,26; -0,02]$; $t = -2,25$; $p < 0,05$). W tym przypadku model z interakcją wyjaśniał 65% wariacji zmiennej zależnej. Wzrost wyjaśnianej wariacji po włączeniu efektu interakcji wyniósł 2,3% ($F(1, 128) = 5,04$; $p < 0,05$). Porównanie efektów prostych na poziomie trzech wybranych wartości moderatora pokazało, że efekt delta-plus na poziom OCPD rośnie istotnie wraz ze wzrostem unikania przywiązaniowego, lecz dopiero na bardzo wysokim poziomie niepokoju. Zależność między delta-plus a OCPD staje się istotna statystycznie powyżej 2,27 SD na skali unikania. Wyniki niższe od wskazanej wartości uzyskało aż 97% badanej próby. W przypadku więc zdecydowanej większości próby nie wystąpiła istotna zależność. Porównanie trzech efektów prostych przedstawiono na rysunku 18.



*zmiennie wystandaryzowane

Rysunek 18. Poziom natężenia OCPD w interakcji metacechy delta-plus z unikaniem przywiązaniowym (grupa kliniczna nieoddziałowa)

W grupie klinicznej oddziałowej, obejmującej grupę pacjentów z rozpoznaniem zaburzeniem osobowości, również ujawniono zmianę w poziomie natężenia OCPD, tym razem w interakcji metacechy bety-minus z niepokojem

przywiązaniowym. Moderująca rola jednego z podstawowych wymiarów przywiązania znalazła się jednak w zakresie marginalnej istotności statystycznej ($\beta = 0,19$; 95% CI = [-0,03; 0,42]; $t = 1,71$; $p = 0,92$). Model z interakcją wyjaśniał 45% wariancji zmiennej zależnej.

Przeprowadzona analiza moderacji wskazała na moderującą rolę niepokoju przywiązaniowego dla związku metacechy gamma-minus z natężeniem OCPD mierzonym kwestionariuszem PID-5. Także i w tym przypadku badana zależność poziomu natężenia OCPD w interakcji metacechy gammy-minus z niepokojem przywiązaniowym znalazła się na pograniczu istotności statystycznej ($\beta = -0,19$; 95% CI = [-0,40; 0,3]; $t = -1,70$; $p = 0,92$). Model z interakcją wyjaśniał 27% wariancji zmiennej zależnej.

6.5.3. Weryfikacja Hipotezy 9 – moderująca rola wymiarów dezadaptacyjnego przywiązania dla relacji metacech i cech osobowości narcystycznej

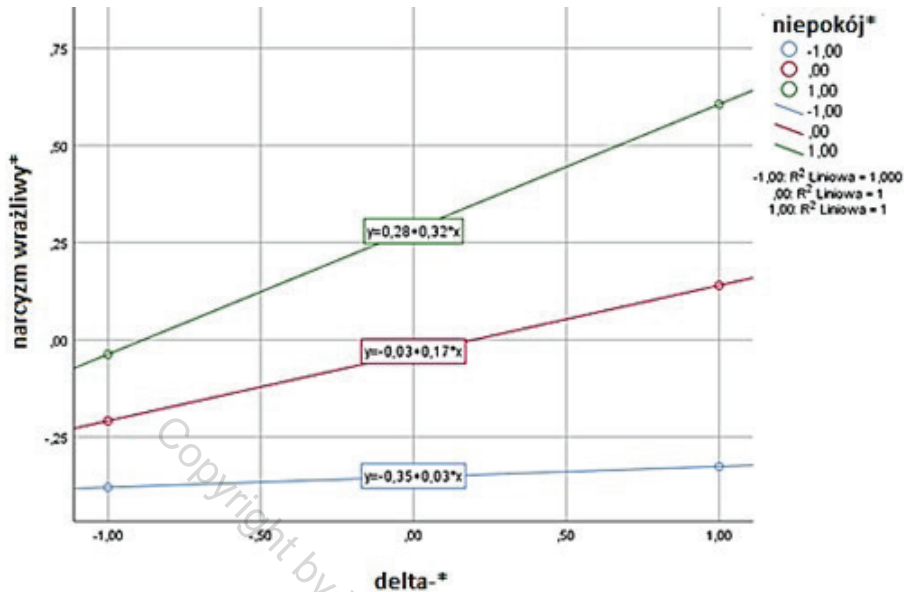
W celu weryfikacji Hipotezy 9 sprawdzono moderującą rolę wymiarów przywiązania dla relacji pomiędzy poszczególnymi metacechami a wymiarami osobowości narcystycznej. Poniżej przedstawiono wyniki tych analiz – w pierwszej kolejności dotyczące wyniku ogólnego NPD mierzonego kwestionariuszem FFNI-SF, wyniku ogólnego NPD mierzonego Inwentarzem Osobowości PID-5 oraz finalnie dotyczącego trzech podstawowych aspektów osobowości narcystycznej mierzonych także kwestionariuszem FFNI-SF.

W odniesieniu do wyniku ogólnego mierzącego natężenie NPD kwestionariuszem FFNI-SF nie wykazano moderującej roli wymiaru przywiązania (brano pod uwagę wynik ogólny FFNI-SF jako zmienną wyjaśnianą, metacechę delta-minus jako zmienną wyjaśniającą, a wymiary unikanie i niepokój były moderatorami) w grupie ogólnej, klinicznej nieoddziałowej lub klinicznej oddziałowej.

W odniesieniu do moderującej roli wymiarów przywiązania dla związku pomiędzy metacechami a natężeniem wyniku ogólnego NPD mierzonego Inwentarzem Osobowości PID-5, w grupie klinicznej nieoddziałowej przeprowadzona analiza pozwoliła na wykrycie moderującej roli poziomu natężeniem NPD w interakcji metacechy delta-minus z wymiarem przywiązania niepokój (testowano także wymiar unikanie, ale nie wykazano moderującej roli unikania). Należy jednak zaznaczyć, że odkrytą zależność można interpretować jako występującą na granicy istotności statystycznej ($\beta = 0,10$; 95% CI = [-0,01; 0,21]; $t = 1,74$; $p = 0,08$). W grupie ogólnej i grupie klinicznej oddziałowej nie wykryto istotnych zależności.

W odniesieniu do moderującej roli wymiarów przywiązania dla związku pomiędzy metacechami a natężeniem aspektów narcyzmu – wielkościowego, wrażliwego czy antagonistycznego – w grupie ogólnej nie wykazano żadnego moderującego związku. Powiązanie takie wykazano jednak w odniesieniu do wyniku związanego z narcyzmem wrażliwym w dwóch grupach klinicznych oraz narcyzmem antagonistycznym w grupie klinicznej nieoddziaławej. Związki te są poniżej szczegółowo omówione.

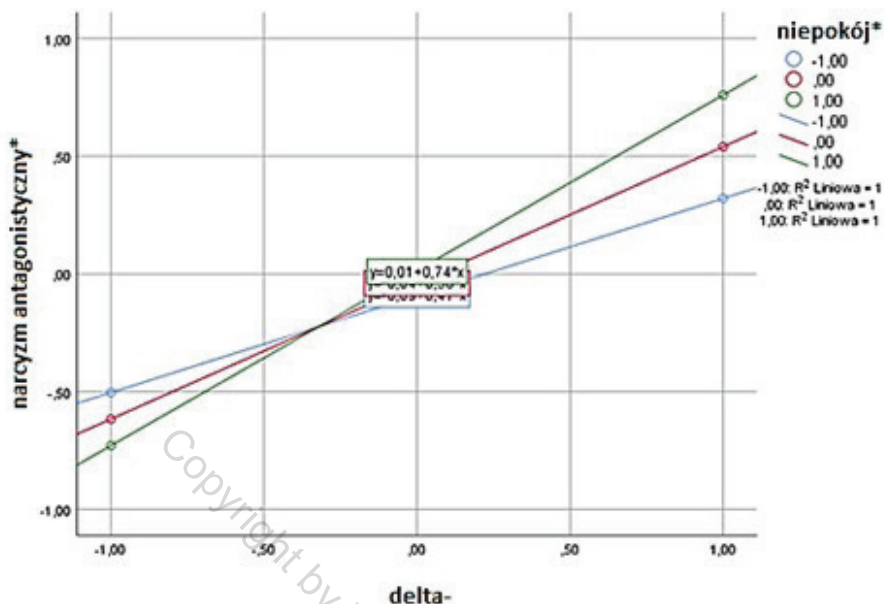
W grupie klinicznej nieoddziaławej, obejmującej osoby korzystające z pomocy psychoterapeutycznej lub/i psychiatrycznej z różnych powodów, wykazano, iż wymiar przywiązania niepokój pełnił moderującą rolę pomiędzy metacechą delta-minus a natężeniem narcyzmu wrażliwego ($\beta = 0,15$; 95% CI = [0,01; 0,29]; $t = 1,99$; $p < 0,05$). Model z interakcją wyjaśniał 46% wariancji zmiennej zależnej. Wzrost wyjaśnianej wariancji po włączeniu efektu interakcji wyniósł 2,4% ($F(1, 128) = 3,95$; $p < 0,05$). Porównanie efektów prostych na poziomie trzech wybranych wartości moderatora pokazało, że efekt delty-minus na poziom narcyzmu wrażliwego rośnie wraz ze wzrostem niepokojem przywiązaniowego, przy czym na średnim i wysokim poziomie niepokojem zależność jest istotna statystycznie, a na niskim poziomie niepokojem jest nieistotna. Porównanie tych trzech efektów prostych przedstawiono na rysunku 19. Test Johnsona-Neymana pozwolił na oszacowanie wartości moderatora, od której zależność między deltą-minus a narcyzmem wrażliwym staje się istotna statystycznie; wartość ta wyniosła 0,07 SD poniżej średniej na skali niepokojem. Wyniki niższe od wskazanej wartości uzyskało około 47% badanej próby. Uzyskane wyniki pokazują, że w przypadku niemal połowy badanej próby nie występuje istotna zależność pomiędzy deltą-minus a narcyzmem nadwrażliwym. Związek ten jest istotny statystycznie dopiero u osób, które charakteryzują się co najmniej przeciętnym poziomem niepokojem przywiązaniowego.



*zmiennie wystandaryzowane

Rysunek 19. Poziom natężenia narcyzmu wrażliwego w interakcji metacechy delta-minus z niepokojem przywiązaniowym (grupa kliniczna nieoddziałowa)

Również w grupie klinicznej nieoddziałowej wykazano, iż niepokój przywiązaniowy był moderatorem związku pomiędzy metacechą delta-minus a natężeniem narcyzmu antagonistycznego ($\beta = 0,17$; 95% CI = [0,04; 0,29]; $t = 2,64$; $p < 0,05$). W tym przypadku model z interakcją wyjaśniał 65% wariacji zmiennej zależnej. Wzrost wyjaśnianej wariacji po włączeniu efektu interakcji wyniósł 3,1% ($F(3, 128) = 6,95$; $p < 0,05$). Porównanie efektów prostych na poziomie trzech wybranych wartości moderatora pokazało, że efekt delty-minus na poziom narcyzmu antagonistycznego rósł wraz ze wzrostem niepokoju przywiązaniowego, chociaż na bardzo niskim poziomie niepokoju był nieistotny statystycznie. Zależność między deltą-minus a narcyzmem antagonistycznym stawała się istotna statystycznie, gdy wartość wynosiła 1,79 SD poniżej średniej na skali niepokoju. Należy jednak nadmienić, iż wyniki niższe od wskazanej wartości uzyskało tylko 4% badanej próby. Uzyskane wyniki pokazują, że w przypadku zdecydowanej większości próby wystąpiła istotna zależność pomiędzy deltą-minus a narcyzmem antagonistycznym. Porównanie trzech efektów prostych przedstawiono na rysunku 20.

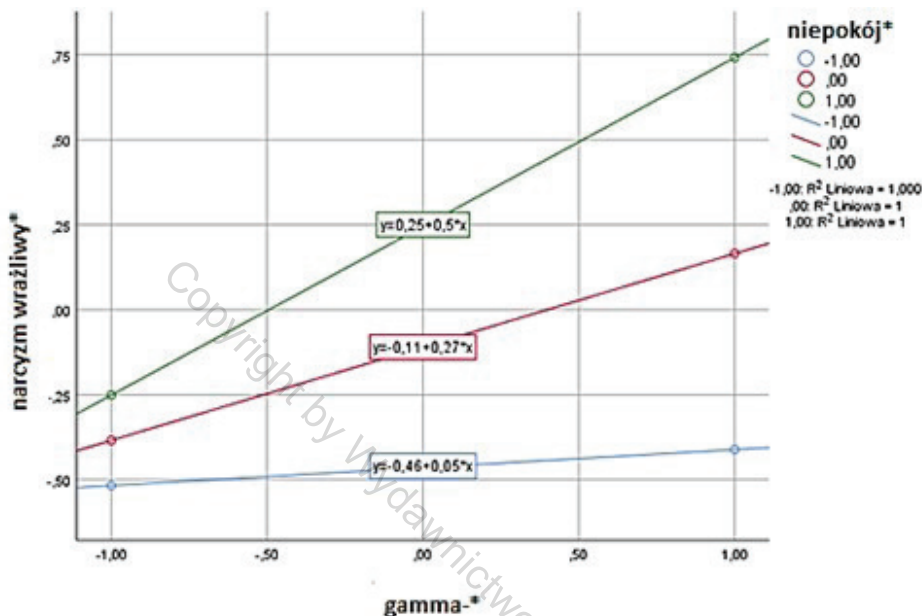


*zmiennie wystandaryzowane

Rysunek 20. Poziom natężenia narcyzmu antagonistycznego w interakcji metacechy delta-minus z niepokojem przywiązaniowym (grupa kliniczna nieoddziałowa)

W grupie klinicznej oddziałowej ujawniono moderującą rolę obydwu wymiarów przywiązania w odniesieniu do narcyzmu wrażliwego. Po pierwsze wykazano, iż wymiar przywiązania niepokój pełnił moderującą rolę pomiędzy metacechą gamma-minus a natężeniem narcyzmu wrażliwego ($\beta = 0,22$; 95% CI = [0,03; 0,42]; $t = 2,28$; $p < 0,05$). Model z interakcją wyjaśniał 52% wariacji zmiennej zależnej. Wzrost wyjaśnianej wariacji po włączeniu efektu interakcji wyniósł 5,3% ($F(1, 72) = 5,20$; $p < 0,05$). Porównanie efektów prostych na poziomie trzech wybranych wartości moderatora pokazało, że efekt gammy-minus na poziom narcyzmu wrażliwego rósł wraz ze wzrostem niepokojem przywiązaniowym, przy czym na średnim i wysokim poziomie niepokojem zależność była istotna statystycznie, a na niskim poziomie niepokojem była nieistotna. Porównanie tych trzech efektów prostych przedstawiono na rysunku 21. Test Johnsona-Neymana pozwolił na oszacowanie, że wartością moderatora, od której zależność między gammą-minus a narcyzmem wrażliwym stawała się istotna statystycznie, była wartość 0,18 SD poniżej średniej na skali niepokojem. Wyniki niższe od wskazanej wartości uzyskało 39% badanej próby. Uzyskane

wyniki pokazują, że w przypadku ponad połowy badanej próby wystąpiła istotna zależność pomiędzy gamma-minus a narcyzmem wrażliwym. Związek ten stał się istotny statystycznie dopiero u osób, które charakteryzują się co najmniej przeciętnym poziomem niepokoju przywiązaniowego.



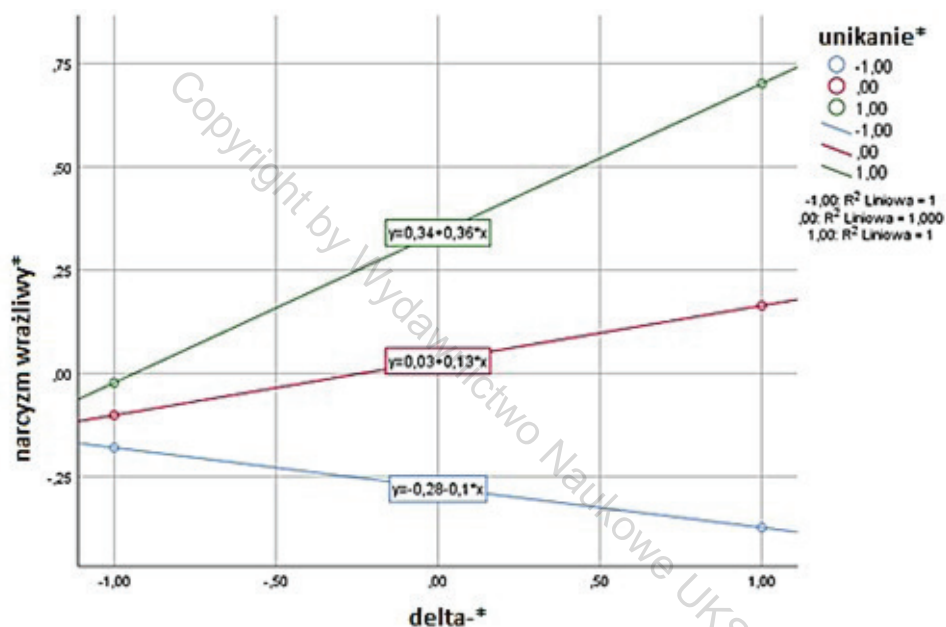
*zmiennie wystandaryzowane

Rysunek 21. Poziom natężenia narcyzmu wrażliwego w interakcji metacechy gamma-minus z niepokojem przywiązaniowym (grupa kliniczna oddziałowa)

Przeprowadzona analiza moderacji ujawniła, iż również unikanie pełniło moderującą rolę pomiędzy metacechą gamma-minus a natężeniem narcyzmu wrażliwego, przy czym ujawniona zależność znajdowała się na granicy przyjętej istotności statystycznej ($\beta = -0,20$; 95% CI = $[-0,42; 0,01]$; $t = -1,91$; $p = 0,059$). Model wyjaśniał 45% wariacji zmiennej zależnej.

W grupie klinicznej oddziałowej odkryto jeszcze jedną istotną statystycznie moderującą rolę związaną z poziomem natężenia narcyzmu wrażliwego. Wymiar przywiązania unikanie pełnił moderującą rolę pomiędzy metacechą delta-minus a natężeniem narcyzmu wrażliwego ($\beta = 0,23$; 95% CI = $[0,06; 0,40]$; $t = 2,71$; $p < 0,05$). Model z interakcją wyjaśniał 40% wariacji zmiennej zależnej. Wzrost wyjaśnianej wariacji po włączeniu efektu

interakcji wyniósł 8,5% ($F(1, 72) = 7,35; p < 0,05$). Porównanie efektów prostych na poziomie trzech wybranych wartości przedstawiono na rysunku 22. Wartością moderadora, od której zależność między deltą-minus a narcyzmem wrażliwym stawała się istotna statystycznie, była wartość 0,40 SD powyżej średniej na skali niepokoju, co sprawdzono za pomocą testu Johnsona-Newmana. Badany związek stawał się więc istotny statystycznie dopiero u osób, które charakteryzowały się nieco ponadprzeciętnym poziomem unikania przywiązaniowego. Jednocześnie należy zauważyć, że wyniki niższe od wskazanej wartości uzyskało 66% badanej próby.



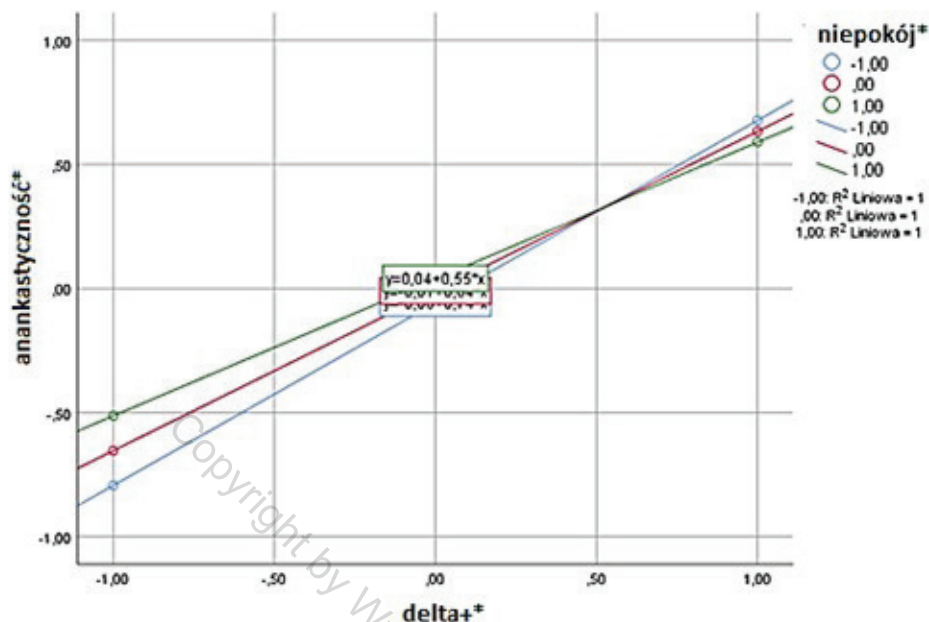
*zmiennie wystandaryzowane

Rysunek 22. Poziom natężenia narcyzmu wrażliwego w interakcji metacechy delta-minus z unikaniem przywiązaniowym (grupa kliniczna oddziałowa)

6.5.4. Weryfikacja Hipotezy 10 – moderująca rola wymiarów dezadaptacyjnego przywiązania dla relacji metacech z ogólnymi wymiarami patologii osobowości

W ramach analiz moderacji sprawdzono moderującą rolę wymiarów przywiązania dla związków pomiędzy poszczególnymi metacechami a cechami-domenami związanymi z zaburzeniami osobowości w ICD-11. W grupie ogólnej nie wykazano moderującej roli któregokolwiek z wymiarów przywiązania dla związku między wybranymi metacechami a dymensjami mierzonymi kwestionariuszem PiCD. Taką rolę odkryto w dwóch grupach klinicznych.

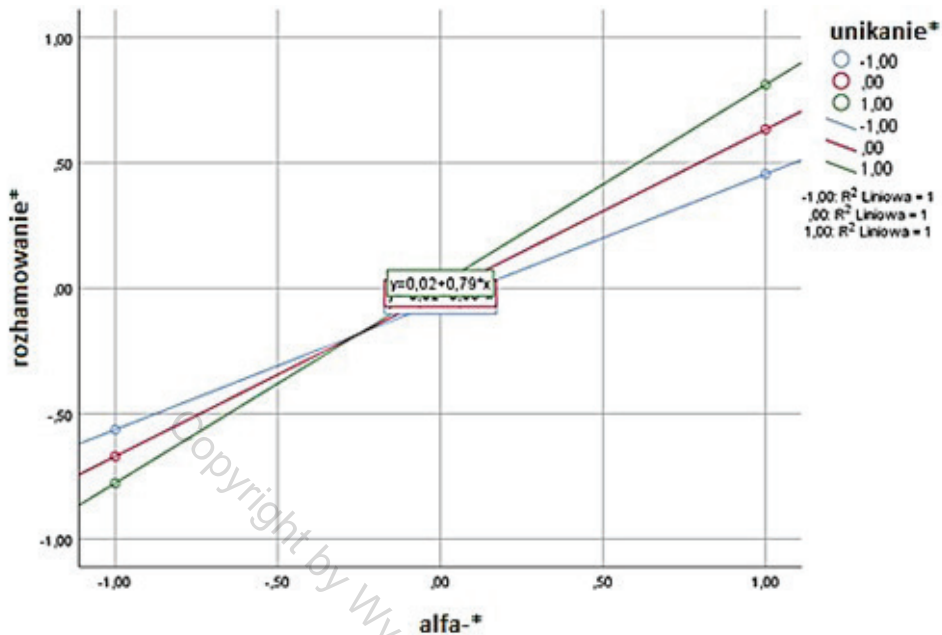
W grupie klinicznej nieoddziałowej wykazano, iż wymiar przywiązania niepokój pełnił moderującą rolę pomiędzy metacechą delta-plus a natężeniem dysfunkcyjnej cechy anankastyczność ($\beta = -0,09$; 95% CI = [-0,16; -0,02]; $t = -2,38$; $p < 0,05$). Model z interakcją wyjaśniał 63% wariancji zmiennej zależnej. Wzrost wyjaśnianej wariancji po włączeniu efektu interakcji wyniósł 1,1% ($F(1, 324) = 5,66$; $p < 0,05$). Porównanie efektów prostych na poziomie trzech wybranych wartości moderatora pokazało, że efekt delty-plus na poziom anankastyczności rośł wraz ze wzrostem niepokoju przywiązaniowego, przy czym test Johnsona-Neymana nie pozwolił na oszacowanie istotnej statystycznie wartości moderatora, od której zależność między deltą-plus a anankastycznością stawała się istotna statystycznie. Porównanie trzech efektów prostych przedstawiono na rysunku 23. W grupie ogólnej nie wykazano innych istotnych statystycznie efektów moderujących podstawowych wymiarów przywiązania.



*zmiennie wystandaryzowane

Rysunek 23. Poziom natężenia anankastyczności w interakcji metacechy delta-plus z niepokojem przywiązanym (grupa kliniczna nieoddziałowa)

Analiza moderacji w grupie klinicznej nieoddziałowej pozwoliła na zauważenie, iż poziom natężenia rozhamowania jako jednej z dysfunkcyjnych cech osobowości rósł w interakcji metacechy alfa-minus z unikaniem przywiązanym ($\beta = 0,14$; 95% CI = [0,60; 0,99]; $t = 2,05$; $p < 0,05$). Model z interakcją wyjaśniał 67% wariancji zmiennej zależnej. Wzrost wyjaśnianej wariancji po włączeniu efektu interakcji wyniósł 1,8% ($F(1, 128) = 4,19$; $p < 0,05$). Porównanie efektów prostych na poziomie trzech wybranych wartości moderatora pokazało, że efekt alfy-minus na poziom rozhamowania rósł wraz ze wzrostem unikania przywiązanego. Jednak także i w tym przypadku test Johnsona-Neymana nie pozwolił oszacować wartości, od której zależność między alfą-minus a unikaniem przywiązanym stawała się istotna statystycznie. Porównanie trzech efektów prostych przedstawiono na rysunku 24. W grupie klinicznej nieoddziałowej nie wykazano innych istotnych statystycznie efektów moderujących podstawowych wymiarów przywiązania.

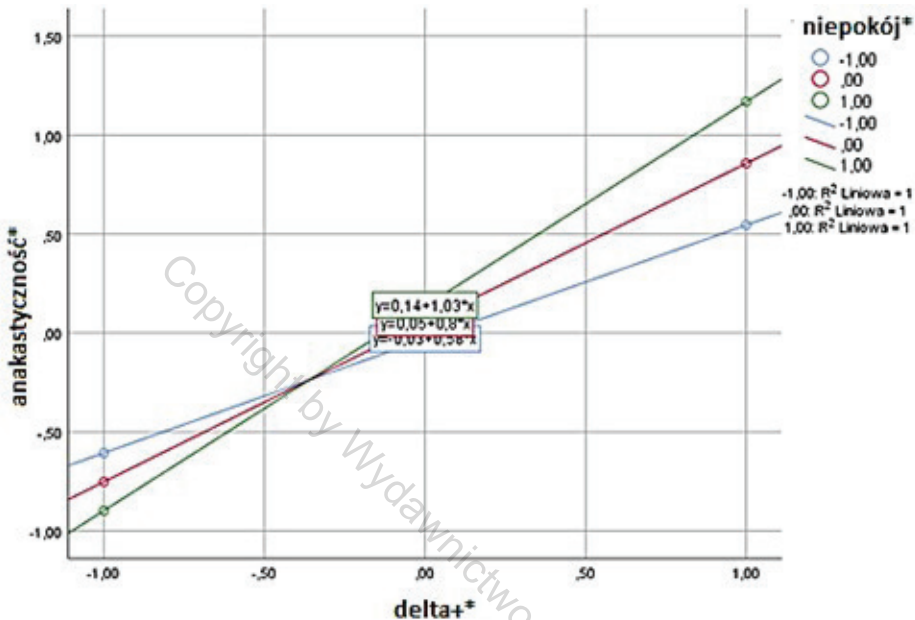


*zmiennie wystandaryzowane

Rysunek 24. Poziom natężenia rozhamowania w interakcji metacechy alfa-minus z unikaniem przywiązaniowym (grupa kliniczna nieoddziałowa)

W grupie klinicznej oddziałowej, obejmującej grupę pacjentów ze zdiagnozowanymi zaburzeniami osobowości, wykazano, iż wymiar przywiązania niepokój pełnił moderującą rolę pomiędzy metacechą delta-plus a natężeniem anankastyczności ($\beta = 0,23$; 95% CI = [0,09; 0,36]; $t = 3,40$; $p < 0,05$). Model z interakcją wyjaśniał 83% wariacji zmiennej zależnej. Wzrost wyjaśnianej wariacji po włączeniu efektu interakcji wyniósł 4,9% ($F(1, 72) = 11,57$; $p < 0,05$). Porównanie efektów prostych na poziomie trzech wybranych wartości moderatora pokazało, że efekt delty-plus na poziom anankastyczności rósł wraz ze wzrostem niepokoju przywiązaniowego, a zarówno na niskim, średnim i wysokim poziomie niepokoju zależność była istotna statystycznie (tylko na bardzo niskim poziomie niepokoju była nieistotna). Porównanie tych trzech efektów prostych przedstawiono na rysunku 25. Test Johnsona-Neymana pozwolił na oszacowanie wartości moderatora, od której zależność między delatą-plus a anankastycznością stawała się istotna statystycznie; wartość ta wyniosła

2,12 SD poniżej średniej na skali niepokoju. Wyniki niższe od wskazanej wartości uzyskało tylko 3% badanej próby. Uzyskane wyniki pokazały, że w przypadku niemal całej badanej próby wystąpiła istotna zależność pomiędzy deltą-plus a anankastycznością.

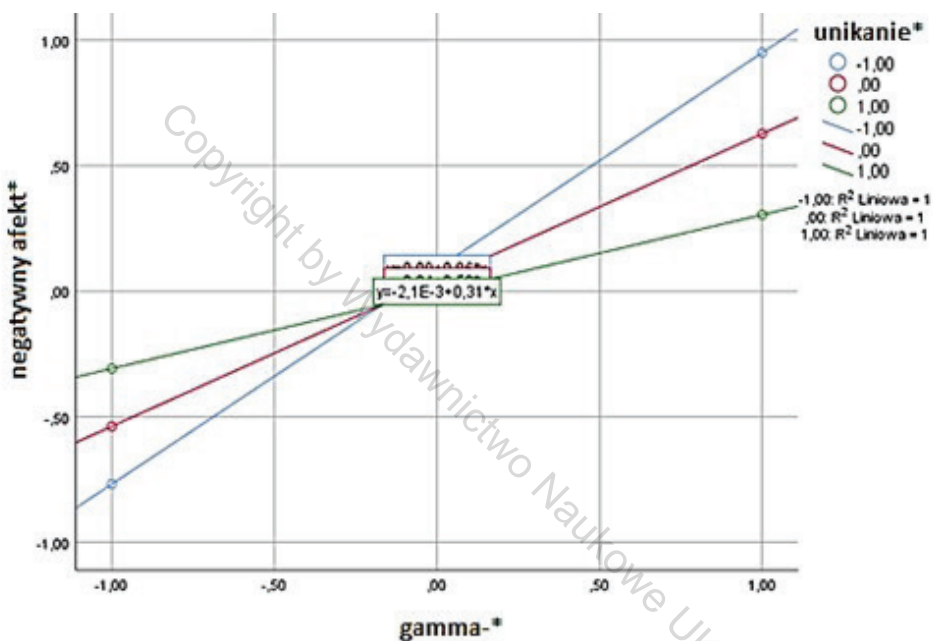


*zmiennie wystandaryzowane

Rysunek 25. Poziom natężenia anankastyczności w interakcji metacechy delta-plus z niepokojem przywiązaniowym (grupa kliniczna oddziałowa)

W tej samej grupie stwierdzono także moderującą rolę unikania przywiązaniowego dla związku między metacechą gamma-minus a natężeniem negatywnego afektu mierzonego kwestionariuszem PiCD. Wymiar przywiązania unikanie pełnił w tym przypadku moderującą rolę pomiędzy metacechą gamma-minus a natężeniem tej dysfunkcyjnej dymensji osobowości. Wykryta zależność była istotna statystycznie ($\beta = -0,28$; 95% CI = $[-0,46; -0,09]$; $t = -3,04$; $p < 0,05$). Model z interakcją wyjaśniał 66% wariacji zmiennej zależnej. Wzrost wyjaśnianej wariacji po włączeniu efektu interakcji wyniósł 7,2% ($F(1, 72) = 9,21$; $p < 0,05$). Porównanie efektów prostych na poziomie trzech wybranych wartości moderatora pokazało, że efekt gammy-minus na poziom

negatywnego afektu rósł istotnie statystycznie wraz ze wzrostem unikania przywiązaniowego dopiero przy wyższym natężeniu unikania. Test Johnsona-Neymana pozwolił oszacować, że wartości, od której zależność między gammą-minus a unikaniem przywiązaniowym stawała się istotna statystycznie, była wartość 1,09 SD powyżej średniej. Należy zaznaczyć, iż takie wyniki otrzymało jedynie 12% badanej próby. Porównanie trzech efektów prostych przedstawiono na rysunku 26. W grupie klinicznej oddziałowej nie wykazano innych istotnych statystycznie efektów moderujących podstawowych wymiarów przywiązania.



*zmiennie wystandaryzowane

Rysunek 26. Poziom natężenia negatywnego afektu w interakcji metacechy gamma-minus z unikaniem przywiązaniowym (grupa kliniczna oddziałowa)

Przeprowadzone analizy moderacji nie pozwoliły wprowadzić na systematyczne potwierdzenie Hipotezy 8, 9 i 10 we wszystkich badanych grupach, ale udało się potwierdzić kilka istotnych efektów w poszczególnych grupach. Hipoteza 8 (o moderującej roli niepokoju przywiązaniowego dla związku między metacechą delta-plus a natężeniem OCPD) została potwierdzona w grupie ogólnej.

Hipoteza 9 (o moderującej roli unikania przywiązaniowego dla związku między metacechą delta-minus a natężeniem NPD) nie potwierdziła się w żadnej z badanych grup w odniesieniu do wielkościowego aspektu narcyzmu (z wyjątkiem znajdującej się na granicy istotności statystycznej moderującej roli niepokoju dla związku między natężeniem NPD mierzonym Inwentarzem Osobowości PID-5 a metacechą delta-minus w grupie klinicznej nieoddziałowej) – natomiast w wybranych grupach klinicznych ujawniono moderujących związek niepokoju przywiązaniowego dla związku między metacechą delta-minus a natężeniem narcyzmu antagonistycznego (w grupie klinicznej nieoddziałowej) oraz niepokoju przywiązaniowego (w obydwu grupach klinicznych) i unikania (w grupie klinicznej oddziałowej) dla związku między metacechą delta-minus a natężeniem narcyzmu wrażliwego. Potwierdzono Hipotezę 10 o moderującej roli niepokoju przywiązaniowego pomiędzy metacechą delta-plus a natężeniem dysfunkcyjnej cechy anankastyczność – hipotezę tę potwierdzono w obydwu grupach klinicznych.

Otrzymane niejednoznaczne wyniki każą myśleć o konstrukcie zaburzeń osobowości jako bardzo złożonej rzeczywistości psychicznej.

ROZDZIAŁ 7

DYSKUSJA WYNIKÓW

7.1. Komentarz do uzyskanych wyników

Zaburzenia osobowości to skomplikowane zjawisko zarówno dla teoretyków, jak i praktyków. Dla tych pierwszych wyzwaniem jest konceptualizacja zaburzeń osobowości w odniesieniu do teorii związanych z psychologią osobowości, dla tych drugich – diagnoza oraz leczenie zaburzeń. Podejmowanie badań łączących perspektywę teoretyczną oraz kliniczną wydaje się więc istotną potrzebą współczesnej psychologii. W tym duchu zaprojektowano niniejsze badania, w których zestawiono problem relacji między cechami osobowości obsesyjno-kompulsywnej, cechami osobowości narcystycznej, podstawowymi wymiarami przywiązania w matrycy oferowanej przez KMMO. Badania zostały przeprowadzone w trzech grupach: (1) w grupie z populacji ogólnej, (2) wśród pacjentów psychoterapeutycznych zgłaszających się do terapeutów z różnymi problemami, zwanych grupą kliniczną nieoddziałową, oraz (3) wśród pacjentów oddziałów ze zdiagnozowanymi zaburzeniami osobowości, zwanych grupą kliniczną oddziałową. W niniejszej dyskusji najpierw zostaną podsumowane i omówione wyniki dotyczące jakości narzędzi zastosowanych w przeprowadzonych badaniach, gdyż większość z nich stanowi stosunkowo nowe propozycje związane z mierzaniem wybranych cech zaburzeń osobowości, a następnie wyniki związane z hipotezami badawczymi, weryfikowanymi w niniejszej pracy.

Analiza rzetelności używanych w badaniach narzędzi wykazała ich zasadniczo dobrą jakość. Ponadto, liczne dodatnie interkorelacje pomiędzy skalami narzędzia FFOCI oraz FFNI-SF sugerują ich przynależność do jednego zwarłego konstruktów – odpowiednio osobowości obsesyjno-kompulsywnej oraz osobowości narcystycznej. Zidentyfikowano jednak również pewne problemy. W szczególności w przypadku kwestionariusza FFOCI dwie szczegółowe skale

nie osiągały zadowalającego poziomu rzetelności w żadnej z trzech grup osób badanych. Były to: dogmatyczność oraz perfekcjonizm. Uzyskany wynik oznacza konieczność nie tylko ostrożnego podchodzenia do analiz z wykorzystaniem tych dwóch skal, lecz także sugeruje konieczność weryfikacji operacjonalizacji tych aspektów OCPD w przyszłości. Zauważono również, iż w grupach coraz bardziej klinicznych liczba skal, które osiągały zadowalające wyniki rzetelności rosła (najwyższa była w grupie klinicznej oddziałowej). Sugerować może to użyteczność kwestionariusza FFOCI w badaniach klinicznych, a zwłaszcza u osób z podejrzeniem występowania zaburzenia osobowości. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż we wszystkich trzech grupach odnotowywano normalny rozkład badanej zmiennej. Sytuacja taka może sugerować, iż w populacji ogólnej znajdują się także osoby o silniejszym nasileniu obsesyjno-kompulsywnych cech osobowości, ale ich adaptacja do funkcjonowania w codziennej rzeczywistości pozwala na uniknięcie znalezienia się na oddziale psychiatrycznym. Potwierdzałoby to spostrzeżenia McWilliams i Shedler (2019), którzy zwracali uwagę, iż OCPD często wiąże się z neurotycznym poziomem organizacji osobowości (w odróżnieniu od bardziej dysfunkcyjnych i zdeorganizowanych poziomów: borderline i psychotycznego), umożliwiającym radzenie sobie w wielu obszarach życia mimo względnej sztywności zachowania. Trzeba jednak wziąć pod rozwagę także możliwość niewystraszającej trafności kwestionariusza w diagnozowaniu nasilenia omawianego zaburzenia lub mniejszą reprezentację osób z OCPD w badanych próbach klinicznych. Wydaje się, że w tym względzie potrzebne byłyby dalsze badania.

W odniesieniu do kwestionariusza FFNI-SF analiza rzetelności poszczególnych skal nie wskazała na taką, która we wszystkich trzech grupach badanych osiągnęłaby niewystarczający poziom. Niemniej jednak trzy skale: arogancja, nieufność, potrzeba bycia podziwianym, nie osiągnęły takiego poziomu w dwóch z trzech grup (arogancja w przypadku grupy ogólnej i grupy klinicznej nieoddziałowej, oraz nieufność i potrzeba bycia podziwianym w przypadku grupy ogólnej i grupy klinicznej oddziałowej). Wynik ogólny NPD był najwyższy wśród pacjentów na oddziałach związanych z leczeniem zaburzeń osobowości, co świadczy na korzyść trafności FFNI-SF. Warto zaznaczyć, iż w porównaniu z populacją ogólną i kliniczną nieoddziałową w badaniu grupy klinicznej oddziałowej odnotowano wzrost średnich wartości zmiennej zarówno w odniesieniu do narcyzmu wielkościowego, narcyzmu antagonistycznego, jak i narcyzmu wrażliwego, w przypadku którego przyrost był największy. Odnotowano także fakt, iż o ile w grupie ogólnej wszystkie zmienne związane z NPD przybierały kształt rozkładu normalnego, o tyle w grupach klinicznych kilka skal w takim kształcie się nie mieściło. Oznaczać to może, iż – zgodnie

z oczekiwaniami – w próbach klinicznych mamy do czynienia z nadreprezentacją osób o nasilonych narcystycznych cechach osobowości.

Wyniki rzetelności wybranych skal Inwentarza Osobowości PID-5 opartego na klasyfikacji DSM-5 oraz Inwentarza Osobowości PiCD opartego na klasyfikacji ICD-11 okazały się zadowalające we wszystkich trzech grupach badanych i w odniesieniu do wszystkich wykorzystywanych w badaniu skal. W tym względzie jest to potwierdzenie użyteczności obydwu narzędzi zarówno w badaniach teoretycznych, jak i możliwości wykorzystywania ich w badaniach klinicznych. Jedynym zastanawiającym faktem jest występujący rozkład normalny badanych zmiennych zasadniczo we wszystkich trzech grupach (w grupie ogólnej oraz dwóch grupach klinicznych). Zastanawiające jest mianowicie to, iż w grupie ogólnej natężenie związane z NPD, jak i OCPD przybiera formę rozkładu normalnego. Wynik ten można interpretować w ten sposób, iż w populacji ogólnej możemy mieć do czynienia z występującymi w różnym nasileniu cechami narcystycznymi i obsesyjno-kompulsywnymi, a największa część osób reprezentuje te cechy w stopniu umiarkowanym. Potwierdzałoby to opisywany wcześniej fenomen tych zaburzeń, polegający na tym, że część aspektów związanych z narcystyczną i obsesyjno-kompulsywną osobowością może być adaptacyjna, zwłaszcza we współczesnej kulturze zachodniej (zob. *Rozdział 1*). Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, iż w grupie trzeciej, wśród pacjentów ze zdiagnozowanymi zaburzeniami osobowości – w porównaniu do dwóch pozostałych grup – odnotowano wzrost wartości średniej związanej z NPD i OCPD mierzonych kwestionariuszem PID-5 oraz wzrost wartości średniej w przypadku wszystkich wymiary narzędzia PiCD, z wyjątkiem anankastyczności. Ten wynik wskazuje, iż – choć cechy obsesyjno-kompulsywne i narcystyczne obecne są w populacji ogólnej – to ich natężenie może być istotnie większe wśród pacjentów oddziałów związanych z leczeniem zaburzeń osobowości.

W odniesieniu do narzędzia CPM-AL do pomiaru metacech w KMMO analiza rzetelności wykazała akceptowalne wyniki we wszystkich badanych grupach. Uzyskane wskaźniki skośności i kurtozy wskazywały na rozkład normalny zmiennych. Z kolei analiza uzyskanych wartości średnich w przypadku poszczególnych metacech pozwoliła na odnotowanie, iż w grupie klinicznej oddziałowej wystąpiła istotnie niższa średnia związana z metacechami opisującymi zdrowe funkcjonowanie (alfa-plus, gamma-plus, beta-plus), a wyższa średnia związana z metacechami opisującymi różne dysfunkcje (alfa-minus, gamma-minus, beta-minus). Oznacza to, iż w grupie pacjentów oddziałowych o diagnozie związanej z zaburzeniami osobowości, odnotowywano wzrost natężenia związany z cechami leżącymi poniżej linii biegnącej od delty-plus do

delty-minus, czyli linii identyfikowanej w KMMO jako linii zdrowia-choroby lub też inaczej mówiąc – funkcjonalnych i dysfunkcjonalnych cech osobowości. Taki wynik może być traktowany jako potwierdzenie kompleksowego ujęcia osobowości w KMMO, który systematycznie lokalizuje elementy funkcjonalne i patologiczne osobowości w ramach jednego modelu.

W przypadku narzędzia DBZ-R związanego z mierzaniem natężenia dwóch podstawowych dezadaptacyjnych wymiarów przywiązania, a więc niepokoju i unikania, wskaźniki rzetelności okazały się zadowalające we wszystkich trzech badanych grupach. Statystyki opisowe pozwoliły na stwierdzenie występowania rozkładu normalnego badanych zmiennych także w przypadku wszystkich trzech grup. Jednocześnie odnotowano, iż średnia wartość związana zarówno z niepokojem przywiązaniowym, jak i unikaniem przywiązaniowym wśród pacjentów przebywających na oddziałach leczenia zaburzeń osobowości była istotnie wyższa niż w dwóch pozostałych grupach. Wyniki te potwierdzałyby tezę, iż wśród pacjentów z zaburzeniami osobowości znajdujemy nasilenie dwóch dysfunkcjonalnych wymiarów przywiązania (Fossati i in., 2003; Levy, Meehan, Temes, 2013). Należy również zaznaczyć, iż chociaż przyrost ten nastąpił w odniesieniu do obydwu wymiarów związanych z przywiązaniem, był większy w przypadku niepokoju przywiązaniowego.

Podsumowując powyższe, można stwierdzić, iż przeprowadzone analizy pozwoliły na pozytywne zweryfikowanie Hipotez 1, 2, 3 związanych z pierwszym problemem badawczym (dotyczącym zróżnicowanego nasilenia cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej, narcystycznej, cech-domen związanych z zaburzeniami osobowości, wymiarów przywiązania i ogólnych wymiarów osobowości między grupą kliniczną oddziałową a pozostałymi dwiema grupami osób badanych). Potwierdzono Hipotezę 1 o większym nasileniu cech związanych z zaburzeniami osobowości w grupie klinicznej oddziałowej (wyjątek stanowił wynik ogólny mierzony kwestionariuszem FFOCI oraz wynik na skali anankastyczności mierzony Inwentarzem Osobowości PiCD). Potwierdzono Hipotezę 2 o większym nasileniu niepokoju i unikania przywiązaniowego w grupie klinicznej oddziałowej oraz Hipotezę 3 o większym nasileniu metacech związanych z dysfunkcjonalnymi aspektami osobowości w grupie klinicznej oddziałowej.

Analiza relacji pomiędzy poszczególnymi skalami mierzącymi natężenie cech osobowości narcystycznej a skalami mierzącymi natężenie cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej wskazała na istnienie kilku ważnych umiarkowanych korelacji. Ich analiza pozwala na stwierdzenie, że zamartwianie się (obawa, lęk) może być istotnym elementem zarówno niektórych aspektów osobowości obsesyjno-kompulsywnej, jak i osobowości narcystycznej, zwłaszcza w jej

wrażliwej odsłonie. Przeżywanie nadmiernego lęku i nieradzenie sobie z nim staje się często podłożem wielu zaburzeń natury psychicznej (Bemis, Barrada, 2003; Czabała, 2012; Izydorczyk, 2005). Analiza ujawnionych związków między wybranymi cechami osobowości obsesyjno-kompulsywnej a cechami osobowości narcystycznej może prowadzić do konkluzji, iż w przypadku osobowości narcystycznej zarówno za potrzebą bycia podziwianym, jak i za odczuwanym wstydem może kryć się tajone poczucie lęku. Zgadza się to z uwagami psycho-terapeutów, którzy potwierdzają, iż pracując z pacjentami o zaburzonej osobowości, należy monitorować poziom lęku i wprowadzać do terapii kwestie jego odczuwania, przeżywania i radzenia sobie z nim (Frederickson, 2014; Have-de Labije, Neborsky, 2017).

Drugi problem badawczy dotyczył lokalizacji cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej i osobowości narcystycznej w ogólnej strukturze osobowości. Przeprowadzone badania w odniesieniu do OCPD zasadniczo potwierdziły Hipotezę 4 o związku tej osobowości z biegunem delta-plus w KMMO oraz Hipotezę 6 o związku anankastyczności, jako jednej z cech-domen zaburzeń osobowości, z biegunem delta-plus w KMMO. Analiza korelacji wyniku ogólnego uzyskanego w kwestionariuszu FFOCI wyraźnie wskazała na związek z biegunem delta-plus we wszystkich trzech grupach. Większość poszczególnych skal odzwierciedlających specyficzne cechy OCPD w największym stopniu korelowała z metacechą delta-plus, choć należy zaznaczyć, iż niektóre z nich także z metacechą alfa-plus. Ponieważ cecha alfa-plus związana jest z funkcjonalnymi aspektami osobowości (ugodowością, sumiannością) należy przyjąć, iż niektóre aspekty osobowości obsesyjno-kompulsywnej mogą właśnie umożliwiać adaptacyjne funkcjonowanie. Analiza związana z ulokowaniem badanych zmiennych w strukturze kołowej wykazała, że skalami, które przekroczyły linię delty (czyli linię zdrowego/patologicznego funkcjonowania), były: perfekcjonizm, pracoholizm oraz zawzięta determinacja. To one mogą mieć adaptacyjny potencjał, ponieważ wydają się wiązać z pożądanymi cechami zwłaszcza z punktu widzenia zawodowego. Umiejętność skrupulatnego wykonywania swoich zadań, poświęcenie w pracy oraz wytrwałość w dokańczaniu podjętych zobowiązań są cenionymi charakterystykami pracowników wielu firm. Spostrzeżenie to jest nie tylko ważne ze względu na wkład w rozumieniu konstruktu OCPD, ale także ze względu na praktykę kliniczną. Pozwala przewidywać lepsze funkcjonowanie pacjentów, u których te aspekty osobowości wydają się dominujące, a po drugie, w praktyce terapeutycznej pozwala na omawianie korzyści płynących z tych aspektów, a nie koncentrowanie się na ich wyeliminowaniu. W zamian za to należałoby pracować zwłaszcza nad takimi aspektami osobowości obsesyjno-kompulsywnej jak zamartwianie się czy chłód

interpersonalny, które w KMMO znajdowały się w pobliżu linii gammy-minus, czyli metacechy związanej z najwyższym stopniem dysfunkcjonalności osobowości (Strus i in., 2014; Strus, Ciecuch, 2017; Strus, Łakuta, Ciecuch, 2021).

Wynik ogólny kwestionariusza FFOCI ułożył się niemal idealnie w miejscu delta-plus w badaniu grupy trzeciej, czyli badaniu, w którym wzięły udział osoby o zdiagnozowanych zaburzeniach osobowości. Rozbieżności w ułożeniu poszczególnych skal, które uwidoczniły się zwłaszcza dzięki analizom związanym z ułożeniem w strukturze KMMO, mogą wskazywać na niejednoznaczny charakter obsesyjno-kompulsywnego zaburzenia osobowości i jego wewnętrzne zróżnicowanie. Warto przypomnieć, iż średnie wartości związane z natężeniem obsesyjno-kompulsywnego aspektu osobowości w grupie klinicznej oddziałowej w przypadku Inwentarza Osobowości PID-5 były wyższe, podczas gdy w przypadku kwestionariusza FFOCI oraz anankasty czności mierzonej Inwentarzem Osobowości PiCD nie różniły się istotnie. Otrzymane wyniki sugerują potrzebę dalszych badań i dogłębszych analiz umożliwiających badanie różnych wymiarów OCPD.

W odniesieniu do cech osobowości narcystycznej przeprowadzone badania potwierdziły Hipotezę 5 mówiącą o związku tegoż zaburzenia z metacechą delta-minus w KMMO. Analiza korelacji na poziomie wszystkich trzech badanych grup ukazała, iż najsilniejszy związek występował właśnie między wynikiem ogólnym uzyskanym w kwestionariuszu FFNI-SF a metacechą delta-minus mierzoną kwestionariuszem CPM-AL. Również poszczególne skale narzędzia FFNI-SF korelowały najczęściej z metacechą delta-minus, przy czym zwłaszcza w grupie ogólnej i klinicznej oddziałowej także z metacechą alfa-minus. W charakterystyce cechy alfa-minus mieszczą się m.in. tendencje antyspołeczne i agresywne, niski próg tolerancji frustracji, niechęć do ludzi oraz skłonność do konfliktów w zakresie norm społecznych, dlatego też niektóre aspekty osobowości narcystycznej mogą wiązać się także z tą metacechą. Również korelacja wyniku NPD uzyskanego z Inwentarza Osobowości PID-5 z metacechą delta-minus unaoczniała najsilniejsze korelacje w tej właśnie parze. Także analizy związane z ułożeniem badanych zmiennych w kołowej strukturze wykazały, iż większość skal narzędzia FFNI-SF ułożyła się w obszarze między beta-plus a alfa-minus, czyli w pobliżu delty-minus.

Powołując się na wcześniejsze analizy, zwrócono uwagę nie tylko na wynik ogólny narcyzmu, ale także wymiary narcyzmu wrażliwego, wielkościowego oraz antagonistycznego. I tak narcyzm wielkościowy oraz antagonistyczny korelował najsilniej z delta-minus, podczas gdy narcyzm wrażliwy najsilniej z gamma-minus, z wyjątkiem grupy klinicznej oddziałowej, gdzie najsilniej korelował z alfa-minus. W analizach związanych z lokalizacją

zmiennych w strukturze KMMO potwierdziły się zasadniczo oczekiwane zależności, przy czym narcyzm antagonistyczny znajdował się najczęściej w przestrzeni pomiędzy deltą-minus a alfą-minus. W ten sposób zasadniczo potwierdzono Hipotezę 5a i 5b, chociaż w przypadku narcyzmu wrażliwego i antagonistycznego ulokowanie w zależności od grupy oscyloowało pomiędzy dwoma sąsiadującymi metacechami (w hipotezach zakładano związek narcyzmu wielkościowego z deltą-plus, narcyzmu wrażliwego z gammą-minus, a narcyzmu antagonistycznego z alfą-minus). Wyniki te potwierdzają potrzebę różnicowania poszczególnych wymiarów narcyzmu, gdyż ich teoretyczne rozumienie, jak i kliniczna praca wymagać mogą nieco innego podejścia. Podczas gdy narcyzm wielkościowy, jak i antagonistyczny nie muszą wiązać się z niestabilnością emocjonalną, o tyle narcyzm wrażliwy wydaje się być bardzo mocno osadzony w neurotyzmie, nieufności i pesymizmie.

Podobnie jak w przypadku OCPD, należy również i tutaj zwrócić uwagę na te cechy, które ulokowały się powyżej linii delty, zatem w obszarze zdrowego funkcjonowania. W przypadku osobowości narcystycznej były to we wszystkich trzech grupach następujące cechy: poszukiwanie uznania, autorytarność, obojętność na krytykę. Oznacza to, iż te aspekty osobowości narcystycznej można uznać za najbardziej funkcjonalne. Rzeczywiście wydaje się, iż poszukiwanie uznania, zwłaszcza zaspokojone, może być źródłem odczuwanej satysfakcji, a także motywatorem podejmowanych działań i uzyskiwanych sukcesów. Obojętność na krytykę może pozwalać na unikanie złego samopoczucia, autorytarność pozwala zwłaszcza osobom zajmującym kierownicze stanowiska (a osoby te nierzadko posiadają narcystyczne cechy osobowości) na sprawne zarządzanie zespołem (por. Rovelli, Curnis, 2020). W tym sensie wspomniane cechy mogą nie być tak dysfunkcyjne, jak nieufność czy potrzeba bycia podziwianym, które łączyły się z biegunem gamma-minus. Można przypuszczać, iż to właśnie te cechy osobowości narcystycznej powinny wymagać największej uwagi terapeutycznej. Przeprowadzone analizy wskazują także na potrzebę rozróżniania między bardziej funkcjonalnym aspektem poszukiwania uznania a dysfunkcyjnym aspektem poszukiwania podziwu.

Należy zauważyć, iż wiele specyficznych aspektów osobowości obsesyjno-kompulsywnej i osobowości narcystycznej nie korelowało ze sobą lub korelowało na bardzo niskim poziomie, a analizy związane z lokowaniem cech tych dwóch zaburzeń osobowości w strukturze KMMO unaoczniały odmienne ulokowanie NPD i OCPD na kołowej strukturze modelu (zweryfikowana Hipoteza 4 i 5 o ulokowaniu tych zaburzeń na przeciwnych biegunach wymiaru delta w KMMO). Należy więc uznać, że te dwie kategorie osobowości znacząco różnią się od siebie, a co za tym idzie – w diagnozie oraz postępowaniu

terapeutycznym należy mieć na uwadze te różnice. Zarazem mają tę właściwość, że lokują się na granicy zdrowego i zaburzonego funkcjonowania, wyznaczonego linią delty w KMMO.

Trzeci problem badawczy dotyczył lokalizacji wymiarów przywiązania w ogólnej strukturze osobowości. W odniesieniu do badanych wymiarów przywiązania, Hipoteza 7 została potwierdzona tylko częściowo. Zakładała ona, iż wymiary unikanie i niepokój przywiązaniowy lokują się w KMMO poniżej linii delty i to zostało pozytywnie zweryfikowane. Analiza korelacji wyraźnie wskazała najsilniejszy związek obydwu wymiarów przywiązaniowych z metacechą gamma-minus (i to właściwie we wszystkich grupach osób badanych, z jednym wyjątkiem, kiedy w grupie trzeciej niepokój przywiązaniowy związał się bardziej z metacechą beta-minus, czyli metacechą sąsiadującą z gammą-minus). Związek ten zawsze był silniejszy w odniesieniu do niepokoju przywiązaniowego. Taki wynik badania może sugerować, iż to właśnie ten wymiar w większym stopniu niż unikanie przywiązaniowe może być odpowiedzialny za większe nasilenie dysfunkcyjnych cech osobowości.

Analizy związane z lokalizacją zmiennych w strukturze KMMO również potwierdziły fakt, iż oba wymiary przywiązania lokują się poniżej linii delty w kierunku gammy-minus. Zarazem jednak nie potwierdzono oczekiwanych lokalizacji obu wymiarów między gammą-minus a oboma biegunami delty. Okazało się, że niepokój przywiązaniowy zajmował obszar pomiędzy gammą-minus i alfą-minus, a unikanie przywiązaniowe lokowało się pomiędzy gammą-minus a beta-minus, zatem w sposób odwrotny do oczekiwanego.

Biorąc pod uwagę matrycę KMMO, można rozumieć niepokój przywiązaniowy jako powiązany bardziej z takimi cechami osobowości jak: niestabilność w funkcjonowaniu, tendencje antyspołeczne i agresywne, niski próg tolerancji frustracji, niechęć do ludzi oraz konflikt w zakresie norm społecznych, podczas gdy unikanie przywiązaniowe powiązane bardziej z: poznawczą i behawioralną biernością, apatycznością, uległością w kontaktach z innymi, stagnacją i zahamowaniem. Wynik ten wydaje się dość zaskakujący w odniesieniu do przyjętych przewidywań i niezgodny z drugą częścią Hipotezy 7. Nasuwa więc z jednej strony myśli o potrzebie weryfikacji narzędzia użytego do badania dwóch wymiarów przywiązania, z drugiej zaś sugeruje konieczność weryfikacji konceptualizacji podstawowych wymiarów przywiązania. Coraz częściej zwraca się uwagę na potrzebę aktualizacji wiedzy związanej z teorią przywiązania, gdyż nowa rzeczywistość, w tym świat wirtualnych relacji interpersonalnych niesie ze sobą potrzebę lepszego rozumienia specyfiki tworzenia się i przeżywania stosunków międzyludzkich (Goetz, 2017; Wehrli, 2020). Zwłaszcza w grupie drugiej i trzeciej dominujący odsetek stanowili ludzie młodzi, co oznacza,

iz w dużej mierze światem ich relacji może być również świat wirtualny. Powstaje pytanie, czy dotychczasowe kryteria oraz sposoby badania i opisywania przywiązania mogą być nadal w pełni adekwatne dla współczesnych młodych pokoleń. Istnieją już doniesienia o potrzebie rewizji dotychczasowych konceptualizacji, wymiarów lub subwymiarów przywiązania (Bosmans, Bakermans-Kranenburg, Vervliet, Verhees, van IJzendoorn, 2020; Lai, Carr, 2018). Należy również wspomnieć, iż w przeprowadzonych badaniach nie poddano analizie wątku związanego z wyborem osoby, o której myślał badany podczas rozwiązywania kwestionariusza związanego z pomiarem przywiązania (ojciec, matka, dziecko, rodzeństwo, mąż/zona, partner/ka, chłopak/dziewczyna, przyjaciel/przyjaciółka). Kontrolowanie tego typu zmiennej mogłoby także pomóc w niuansowaniu związku wymiarów przywiązania z metacechami osobowości.

Czwarty problem badawczy dotyczył metacechowych i przywiązaniowych uwarunkowań OCPD i NPD. Przeprowadzona analiza moderacji potwierdziła hipotezę o moderującym wpływie niepokoju przywiązaniowego na związek między metacechą delta-plus a OCPD. Taki związek potwierdzono jednak tylko w grupie ogólnej, jeśli wziąć pod uwagę wynik ogólny uzyskany w kwestionariuszu FFOCI oraz w grupie klinicznej oddziałowej, jeśli wziąć pod uwagę cechę anankastyczność mierzoną Inwentarzem Osobowości PiCD (Hipoteza 10). Co interesujące, przeprowadzone analizy w poszczególnych badaniach pozwoliły wprawdzie na wykrycie jeszcze innych moderujących relacji związanych z niepokojem przywiązaniowym i OCPD, jednak w dwóch grupach związek ten wykryto w przypadku metacechy gamma-minus, a w jednej – beta-minus. Chociaż więc osobowość obsesyjno-kompulsywna związana jest zasadniczo z biegunem delta-plus w KMMO, to jednak nasilenie niepokoju przywiązaniowego u osób charakteryzujących się metacechami osobowości gamma-minus oraz beta-minus może niekiedy prowadzić do nasilenia objawów charakterystycznych dla OCPD. Pomimo iż systematycznie nie potwierdzono Hipotezy 8 w odniesieniu do OCPD, to jednak można zauważyć, iż wszystkie metacechy wchodzące tutaj w istotne relacje są ulokowane w KMMO z tej samej strony delty i bliższe gammy-minus (centrum patologii w KMMO). Warto odnotowania jest także to, że aspekty osobowości obsesyjno-kompulsywnej, które przekraczały linię delty, a więc miały bardziej adaptacyjny charakter – nie korelowały lub korelowały ujemnie z dezadaptacyjnymi wymiarami przywiązania. Choć zatem hipoteza nie została literalnie potwierdzona, to jednak jej duch został uchwycony.

Przeprowadzone analizy tylko częściowo potwierdziły Hipotezę 9, zakładającą, iż u osób posiadających wysokie nasilenie metacechy delta-minus, wysokie nasilenie unikania bliskości współwystępuje z NPD. Analiza moderacji

potwierdziła taki związek w przypadku wyniku ogólnego łączonego z NPD za pomocą Inwentarza Osobowości PID-5 (w grupie klinicznej nieoddziałowej), a także pozwoliła na dostrzeżenie takiego związku w odniesieniu do narcyzmu wrażliwego (w dwóch grupach klinicznych) oraz w odniesieniu do narcyzmu antagonistycznego (w jednej grupie klinicznej). Zarówno analizy związane z ulokowaniem narcyzmu wrażliwego w bardziej dysfunkcyjnych obszarach KMMO, jak i wspomniane powyżej związki każą myśleć o narcyzmie wrażliwym jako nacechowanym większą liczbą patologicznych aspektów. Być może właśnie niepokój przywiązaniowy jest tutaj odpowiedzialny za przesunięcie tego rodzaju narcyzmu w rejony bardziej patologiczne i dysfunkcyjne. Nie udało się potwierdzić moderującej roli dysfunkcyjnych wymiarów przywiązania w przypadku wyniku ogólnego kwestionariusza FFNI-SF. Dostrzeżono jednak, iż aspekty osobowości narcystycznej, które przekraczały linię delty (linię zdrowego i patologicznego funkcjonowania) w kierunku bardziej adaptacyjnych metacech osobowości, nie korelowały lub korelowały ujemnie z dezadaptacyjnymi wymiarami przywiązania.

Dodatkowo przeprowadzone analizy z wykorzystaniem narzędzia PiCD wskazały na powiązanie poszczególnych aspektów zaburzeń osobowości z metacechami oraz wymiarami przywiązania. I tak okazało się, iż aspektem najbardziej dysfunkcyjnym (związanym z biegunem gamma-minus) jest negatywny afekt. Rozhamowanie wiązało się najczęściej z metacechą delta-minus, dystans interpersonalny z cechą beta-minus (a także gamma-minus), dyssocjalność z metacechą alfa-minus, a anankastyczność – jak przewidywano w Hipotezie 6 – z metacechą delta-plus. Taki wynik pozwala z jednej strony na dostrzeżenie istotnych różnic opisanych w ICD-11 (będącej podstawą dla narzędzia PiCD) cech-domen związanych z zaburzeniami osobowości, a z drugiej – staje się argumentem za możliwością wykorzystywania także KMMO dla badań i analiz klinicznych. Poszczególne metacechy znajdujące się poniżej linii delty odpowiadają bowiem wybranym aspektom zaburzeń osobowości opisywanym w najnowszej klasyfikacji chorób i zaburzeń.

Analiza związków poszczególnych cech-domen z wymiarami przywiązania wskazała przede wszystkim na istnienie dość znaczącej relacji pomiędzy negatywnym afektem a niepokojem przywiązaniowym. Niepokój przywiązaniowy wchodził w silniejsze związki z rozhamowaniem, podczas gdy unikanie przywiązaniowe silniej wiązało się z dystansem interpersonalnym. Jednocześnie w przypadku rozhamowania, analiza moderacji pozwoliła na odkrycie takiego związku, iż poziom natężenia rozhamowania jako jednej z dysfunkcyjnych cech osobowości rósł w interakcji metacechy alfa-minus z unikaniem przywiązaniowym. Z jednej więc strony uzyskane wyniki zdają się sugerować,

iz poszczególne aspekty związane z patologią osobowości mogą zasadniczo łączyć się z jednym z dwóch wymiarów przywiązania, jednak natężenie poszczególnych dysfunkcyjnych aspektów funkcjonowania osobowościowego może być wynikiem interakcji różnych cech osobowości z różnymi wymiarami przywiązania. Choć do wyników, ze względu na ograniczony zasięg zwłaszcza próby klinicznej, należy podchodzić z ostrożnością, można na ich podstawie wyciągnąć wniosek o zdecydowanie bardziej złożonej strukturze zaburzeń osobowości, biorąc pod uwagę składające się na jej natężenie elementy. Taki sposób myślenia staje się też kolejnym argumentem za dymensjonalnym sposobem ujmowania zaburzeń osobowości, który bardziej – niż podejście kategoriale – niuansuje zaburzenia jako konstelację cech i ich natężeń.

Uzyskane wyniki badań zwłaszcza w odniesieniu do wymiarów przywiązania, są potwierdzeniem obserwowanej przez wielu psychologów praktyków złożoności osobowości ludzkiej. Istnienie wielu czynników modyfikujących natężenie i poszczególne aspekty osobowości, w tym osobowości zaburzonej, powoduje, iż nierzadko praca terapeutyczna musi trwać bardzo długo, a samo poznanie tych wielu czynników zajmuje miesiące, a nawet lata (Clarkin, Fonagy, Gabbard, 2013). Trudno więc oczekiwać od badań kwestionariuszowych, że będą w stanie w pełni wyjaśnić naturę i złożoność patologii osobowości. Niemniej jednak przeprowadzone analizy mogą stanowić wgląd nie tylko w lepsze teoretyczne rozumienie wybranych aspektów NPD i OCPD, lecz także stać się inspiracją do modyfikacji niektórych zabiegów terapeutycznych.

Przeprowadzone badania miały na celu szczegółową analizę cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej w ramach jednego spójnego modelu teoretycznego. Dzięki temu można było postawić pytanie, co warunkuje specyfikę tych dwóch kategorii osobowości oraz w jakich warunkach pewien profil osobowości, charakterystyczny dla obsesyjno-kompulsywnego lub narcystycznego zaburzenia osobowości, staje się już dysfunkcyjny, a w jakich jeszcze nie. Już od pewnego czasu zauważa się bowiem, że niektóre cechy osobowości obsesyjno-kompulsywnej czy narcystycznej, zwłaszcza w kręgu kultury zachodniej, mogą być uznawane za adaptacyjne, a nawet pożądane. Rozkład normalny cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej w większości badanych grup sugeruje, iż można tak właśnie rozumieć badane tutaj osobowości, jako posiadające zarówno funkcjonalne, jak i dysfunkcyjne aspekty. Postuluje się czasami, aby różnicować OCPD czy NPD od obsesyjno-kompulsywnego lub narcystycznego stylu funkcjonowania (Andrałójc, Ziarko, 2017; Gościński, 2017). Niniejsza praca stała się więc empiryczną próbą dokonania takiego właśnie rozróżnienia. Wpisała się ona w nurt dymensjonalnego podejścia do zaburzeń osobowości i jako taka stała się także realizacją postulat

zapisanego w DSM-5, a dotyczącego prowadzenia badań w celu weryfikacji podejścia dymensionalnego.

Bardziej zróżnicowane rozlokowanie wybranych aspektów osobowości narcystycznej potwierdza złożoną strukturę tej kategorii osobowości. W przeprowadzonych badaniach wybrane aspekty narcyzmu wielkościowego, wrażliwego i antagonistycznego zajęły nieco inne rejony w kołowej strukturze KMMO, co jest zgodne z tzw. spektrum narcyzmu (Krizan, Herlache, 2018; Rogoza, Ciecuch, Strus, 2021; Rogoza, Ciecuch, Strus, Kłowski, 2021). Choć rozlokowanie cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej nie było tak zróżnicowane jak w przypadku osobowości narcystycznej, także tutaj można było zauważyć pewne różnice sugerujące swego rodzaju spectrum osobowości obsesyjno-kompulsywnej. Pierwsze próby takiego różnicowania pojawiły się już w literaturze (Kłowski, Ciecuch, Strus, 2019; Riddle i in., 2016), jednak wymagałyby dalszych badań i analiz.

Przeprowadzone badania stały się kolejnym potwierdzeniem wartości heurystycznej KMMO dla integrowania różnych konstruktów teoretycznych, w tym związanych z psychologią kliniczną (Strus, Ciecuch, 2017; Strus, Łakuta, Ciecuch, 2021; Zawadzki 2016, 2017). Otrzymane wyniki potwierdzają, iż metacechy położone powyżej linii delty rzeczywiście wskazują na funkcjonalne aspekty osobowości, a metacechy położone poniżej tej linii wiążą się z patologią osobowości. Jest więc to jeden spójny model zawierający w sobie zarówno zdrową, jak i patologiczną charakterystykę funkcjonowania osobowości. Rozlokowanie poszczególnych cech osobowości obsesyjno-kompulsywnej i osobowości narcystycznej w ogólnej strukturze osobowości opisywanej przez KMMO pozwoliło na zidentyfikowanie tych aspektów osobowości, które mają charakter bardziej adaptacyjny i tych, które wymagają szczególnej troski klinicznej, bo wydają się najbardziej dezorganizująco wpływać na życie pacjentów z OCPD i NPD. Wyniki przeprowadzonych badań pozwoliły więc z jednej strony na poszerzenie wiedzy o konstrukcie osobowości obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej, a z drugiej na sformułowanie kilku praktycznych wskazówek do pracy terapeutycznej.

W badaniach wykorzystano także ugruntowaną w literaturze klinicznej teorię przywiązania (Bowlby, 2007; Cassidy, Shaver, 2018; Józefik, Iniewicz, 2008). Udało się zlokalizować położenie dwóch wymiarów przywiązania w części KMMO odpowiedzialnej za patologiczne funkcjonowanie osobowości, jednak niepokój przywiązaniowy i unikanie przywiązaniowe ulokowały się nieco inaczej niż zakładano. Przeprowadzone analizy wskazały też w poszczególnych przypadkach na moderującą rolę tych dwóch dysfunkcyjnych wymiarów przywiązania w relacji między metacechami a nasileniem cech związanych

z OCPD i NPD, jednak nie udało się systematycznie udowodnić zakładanych hipotez we wszystkich badanych grupach. Wyniki te w pewnym sensie są zgodne z literaturą, która wykazuje nieścisłości w zakresie relacji między przywiązaniem a wybranymi kategoriami osobowości (Berghaus, 2011; Erkan i in., 2015; Gawda, Czubak, 2012; Sherry i in., 2007; Shorey, Snyder, 2006). Niezbędne jest prowadzenie dalszych badań z uwzględnieniem innych niż przywiązaniowe moderatorów, ale także koniecznym może okazać się zrewidowanie dotychczasowych modeli przywiązania i związanych z nimi narzędzi.

7.2. Konkluzje

Zarówno opisywanie, jak i leczenie zaburzeń osobowości należy do trudnych zadań. Dlatego też trzeba podejmować nieustanne wysiłki w celu lepszego rozumienia istoty zaburzeń osobowości. W zaprezentowanej pracy wybrano dwie specyficzne kategorie zaburzeń osobowości. Ich specyfika polega na tym, że zarówno osobowość obsesyjno-kompulsywna, jak i narcystyczna zdaje się posiadać także adaptacyjne aspekty wspomagające funkcjonowanie w codziennym życiu, zwłaszcza w kulturze zachodniej. Istotnym zagadnieniem w tym względzie pozostaje opisanie specyfiki tych dwóch zaburzeń oraz granicy między adaptacyjnymi i dezadaptacyjnymi aspektami obydwu osobowości, czyli pytanie o to, kiedy w istocie osobowość obsesyjno-kompulsywna i osobowość narcystyczna przeradza się w zaburzenie osobowości. Zagadnienie to stało się możliwe do sformułowania dzięki dymensjonalnemu podejściu do zaburzeń osobowości.

Wybrany w pracy model osobowości pozwolił na zmierzenie się z tak postawionym problemem. KMMO posiada bowiem nie tylko integracyjny potencjał, umożliwiający lokowanie w nim wielu zmiennych zewnętrznych, ale także jako model osobowości kompleksowo opisuje zarówno funkcjonalne, jak i dysfunkcjonalne metacechy osobowości. Jako taki stał się więc idealną matrycą do analizy związanych z granicą między zdrową a patologiczną osobowością. Model ten należy do modeli kołowych, dzięki czemu w jeszcze wyraźniejszy sposób można było przedstawić tę granicę (w tym przypadku znajdującą się na linii metacechy delta) i badać te właściwości, które mogą odpowiadać za przekraczanie tej granicy w jedną lub drugą stronę.

Osobowość obsesyjno-kompulsywna oraz osobowość narcystyczna ulokowały się po dwóch przeciwległych stronach modelu – ta pierwsza przy biegunie metacechy delta-plus, ta druga przy biegunie metacechy delta-minus. To specyficzne ulokowanie unaoczniało, jak – z jednej strony – te dwie

kategorie osobowości są od siebie różne i jak innych aspektów osobowości dotyczą, a z drugiej – mają cechę wspólną polegającą na ulokowaniu w pobliżu granicy zdrowej i patologicznej osobowości. W związku z tym szczególnie interesujące stało się tutaj pytanie, co może sprawić, że granica ta czasami przekraczana jest w jedną lub drugą stronę. W niniejszym badaniu, biorąc tę granicę pod statystyczno-analityczną lupę, wykorzystano takie konstrukty i narzędzia, które pozwoliły na mierzenie natężenia poszczególnych aspektów osobowości obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej. Dzięki temu, po pierwsze, wydobyto te aspekty, które przekraczały tę granicę funkcjonalnych i dysfunkcjonalnych aspektów osobowości, a więc mogły być traktowane jako najbardziej „zdrowe” aspekty osobowości obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej. Po drugie, podjęto refleksję nad tym, jaka psychologiczna właściwość jest odpowiedzialna za to, że niektóre z tych aspektów lokują się poniżej, podczas gdy inne – powyżej linii delty. Tutaj podjęto się zbadania moderującej roli dezadaptacyjnych wymiarów przywiązania, czyli niepokoju i unikania. Choć udało się odkryć taką rolę w odniesieniu do poszczególnych związków między metacechami a OCPD i NPD, to jednak przeprowadzone analizy nie wyjaśniły badanej problematyki, przy użyciu wspomnianych wymiarów przywiązania, w sposób systematyczny i pełny.

Kwestia związana z psychologicznymi właściwościami stojącymi za przesuwaniem wybranych aspektów osobowości obsesyjno-kompulsywnej i osobowości narcystycznej w rejony patologiczne pozostaje więc nadal otwartym pytaniem. Przeprowadzone badania – pomimo ograniczeń – pozwoliły jednak na ukazanie złożoności przedstawionego problemu oraz zasugerowanie nie tylko uwzględnienia innych jeszcze – poza przywiązaniowymi – aspektów mogących wpływać na patologizowanie osobowości, ale także zrewidowania samego konstruktów wymiarów przywiązania.

7.3. Ograniczenia badań własnych i kierunek dalszych badań

Pomimo wysiłków włożonych w zbieranie danych, przygotowywanie i opracowywanie badań oraz przeprowadzanie analiz, niniejsze badanie nie jest wolne od ograniczeń. Pierwszym z nich jest stosunkowo niewielka liczba osób badanych, zwłaszcza w próbie klinicznej oddziałowej. Dotarcie do pacjentów z diagnozą zaburzeń osobowości nie jest łatwe z wielu powodów. Wyniki uzyskane w stosunkowo niewielkiej grupie klinicznej oddziałowej należy więc traktować

z dozą ostrożności. W grupie klinicznej znalazły się osoby z diagnozą zaburzeń osobowości lub ze współwystępowaniem zaburzeń osobowości – w badaniu nie kontrolowano jednak konkretnych kategorii tych zaburzeń. Wydaje się zasadne, aby w przyszłości przeprowadzić badania, selekcyjując grupę pacjentów z diagnozą OCPD i NPD.

Także mniejszy udział mężczyzn w porównaniu do kobiet – nie pozwala wyciągać kategoriycznych wniosków dotyczących całej populacji. Stosunek ten był wprawdzie adekwatny do odnotowywanych w literaturze proporcji mężczyzn i kobiet korzystających z pomocy psychologicznej (Addis, Mahalik, 2003; Sterna, Sterna, 2021; Wheeler, 2003), niemniej jednak ta nierównoliczność w badaniach naukowych stanowi pewne ograniczenie. W konsekwencji, w powyższych badaniach nie brano pod uwagę roli płci w kształtowaniu poszczególnych aspektów zaburzonej osobowości, zatem uwzględnienie moderującej roli płci mogłoby stać się przedmiotem dalszych studiów. Wreszcie należy zauważyć, iż badania ograniczyły się do populacji polskiej, dlatego nie można uzyskanych tu wyników generalizować w odniesieniu do innych kultur.

Pewnym ograniczeniem niniejszego badania było zastosowanie tylko jedno narzędzie do pomiaru wymiarów przywiązania (niepokój przywiązaniowy i unikanie przywiązaniowe). Akcent w badaniu położony został zwłaszcza na cechy osobowości obsesyjno-kompulsywnej i narcystycznej, dlatego też zastosowano w tym przypadku większą liczbę narzędzi do kontrolowania zmiennych (kwestionariusz FFNI-SF, kwestionariusz FFOCI, wybrane skale Inventarza Osobowości PID-5, a także PiCD). Do badania zmiennych związanych z metacechami, jak i wymiarami przywiązania zastosowano tylko po jednym narzędziu także dlatego, aby badanie – które trwało w tym zestawieniu już około 45 minut – nie było zbyt długie, nużące i demobilizujące dla badanych. Niemniej jednak – zwłaszcza w odniesieniu do wymiarów przywiązania – zastosowanie jednego tylko narzędzia każe patrzeć na przeprowadzone analizy związane z unikaniem i niepokojem przywiązaniowym z pewną dozą ostrożności. Niejasności i nieoczekiwane rezultaty, które zostały wykryte w badaniu, a związane właśnie z wymiarami przywiązania, stanowiąc mogą wyzwanie dla dalszych rozważań teoretycznych i badań. Wydaje się bowiem zasadne, aby w kolejnych projektach badawczych dokonać rewizji istniejących narzędzi do pomiaru wymiarów przywiązania, a także spróbować opisać wymiary przywiązania z wykorzystaniem matrycy KMMO.

Przeprowadzone badanie zasadniczo przedstawia perspektywę osób o mniejszym lub większym nasileniu obsesyjno-kompulsywnego lub narcystycznego zaburzenia osobowości, dokonaną na podstawie samoopisu kwestionariuszowego. Chociaż wyniki rzetelności zostały zaprezentowane i mieściły się

w odpowiednich przedziałach, tego typu samoopis zawsze pozostaje jednostronnym opisem badanej rzeczywistości.

Badania i analizy ilościowe, stanowiąc specyfikę niniejszej pracy, są po części także jej ograniczeniem. Pewne aspekty związane z osobowością wymykają się metodologii badań kwestionariuszowych, w których pytania mają formę konwergencyjną. Przyszłe badania mogłyby w związku z tym oprzeć się w większej mierze na badaniach jakościowych, takich jak pogłębione wywiady. Pytania do wywiadów mogłyby zostać skonstruowane w oparciu o wyniki przedstawione w niniejszej pracy, a dotyczące między innymi aspektów funkcjonalnych i dysfunkcyjnych u osób ze zdiagnozowanym OCPD i NPD. Badania takie, przeprowadzone na większej liczbie osób, mogłyby także przyczynić się do eksploracji i opisu innych – niż przywiązaniowe – aspektów związanych z zaburzeniami osobowości, które mogą być trudniejsze do uchwycenia w badaniach ilościowych. W przypadku osób, u których przeważają mniej dysfunkcyjne aspekty osobowości, mogłyby one pomóc w odkryciu specyficznych czynników chroniących osobowość przed osuwaniem się w rejony bardziej patologicznego funkcjonowania i odpowiedzi na pytanie, czym w istocie różnią się osoby, które posiadając narcystyczną lub obsesyjno-kompulsywną strukturę osobowości, potrafią adaptować się do istniejących warunków życia, od osób, których procesy przystosowawcze są zakłócone i nierzadko wymagają leczenia psychiatrycznego.

BIBLIOGRAFIA

- Ackerman, R. A., Donnellan, M. B., Wright, A. G. C. (2019). Current conceptualizations of narcissism. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(1), 32–37. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000463>
- Addis, M. E., Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist Journal*, 58(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.1.5>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- Aleksandrowicz, J. W. (2004). *Psychoterapia. Poradnik dla pacjentów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Allen, F. (1982). Categorical and dimensional systems of personality diagnosis: A comparison. *Comprehensive Psychiatry*, 23(6), 516–527. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(82\)90043-8](https://doi.org/10.1016/0010-440X(82)90043-8)
- Allen, J. G., Fonagy, P., Bateman, A.W. (2014). *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, wyd. 3. Washington, DC.: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, wyd. 4. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, wyd. 5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association (2015). *Guidelines for submitting case reports*. <https://www.apa.org/pubs/journals/aap/guidelines-submitting-case-reports> (dostęp: 12.05.2021)
- American Psychological Association (2021). *Professional practice guidelines for evidence-based psychological practice in health care*. <https://www.apa.org/about/policy/evidence-based-psychological-practice-health-care.pdf> (dostęp: 12.05.2021)

- Andrałojć, M., Ziarko, M. (2017). Obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości. W: L. Cierpiałkowska, E. Soroko (red.), *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej* (s. 277–289). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Ashton, M. C., Lee, K. (2001). A theoretical basis for the major dimensions of personality. *European Journal of Personality*, 15, 327–353. <https://doi.org/10.1002/per.417>
- Ashton, M. C., Lee, K. (2007). Empirical, theoretical, and practical advantages of the HEXACO model of personality structure. *Personality and Social Psychology Review*, 11, 150–166. <https://doi.org/10.1177/1088868306294907>
- Bartholomew, K., Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. (2005). *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bemis, J., Barrada, J. (2003). *Oswoić lęk*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Berghaus, B. J. (2011). A new look at attachment theory & adult “attachment” behavior. *Behaviorology Today*, 14(2), 3–10.
- Besser, A., Priel, B. (2009). Emotional responses to a romantic partner’s imaginary rejection: the roles of attachment anxiety, covert narcissism, and self-evaluation. *Journal of Personality*, 77(1), 287–325. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00546.x>
- Bosmans, G., Bakermans-Kranenburg, M. J., Vervliet, B., Verhees, M., van IJzendoorn, M. H. (2020). A learning theory of attachment: Unraveling the black box of attachment development. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 113, 287–298. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.03.014>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (2007). *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. W: J. A. Simpson, W. S. Rholes (red.), *Attachment theory and close relationships* (s. 46–76). The Guilford Press.
- Brenning, K., Soenens, B. B., Bosmans, Guy. (2011). An adaptation of the experiences in close relationships scale-revised for use with children and adolescents. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28, 1048–1072. <https://doi.org/10.1177/0265407511402418>
- Brown, T. A., Barlow, D. H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and beyond: Comment on the special section. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 551–556. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.551>

- Browne, M. W. (1992). Circumplex models for correlation matrices. *Psychometrika*, 57, 469–497. <https://doi.org/10.1007/BF02294416>
- Bryńska, A. (2007). *Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Rozpoznawanie, etiologia, terapia poznawczo-behawioralna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Butcher, N. J., Hooley, M. J., Mineka, S. (2017). *Psychologia zaburzeń DSM-5*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Byrne, B. M. (1994). *Structural equation modelling with eqs and EQS/Windows*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cain, N. M., Ansell, E. B., Simpson, H. B., Pinto, A. (2014). Interpersonal functioning in obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 97(1), 90-9. <https://doi.org/10.1080/00223891.2014.934376>
- Cain, N., Pincus, A., Ansell, E. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 28, 638–656. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.006>
- Cassidy, J., Jones, J. D., Shaver, P. R. (2013). Contributions of attachment theory and research: a framework for future research, translation, and policy. *Development and Psychopathology*, 25, 1415–1434. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000692>
- Cassidy, J., Shaver, P. (2018). *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical implications*. New York: Guilford Publications.
- Ciecuch, J., Łakuta, P., Strus, W., Oltmanns, J. R., Widiger, T. (2021). Pomiar zaburzeń osobowości w systemie diagnostycznym ICD-11: Polska adaptacja Inwentarza osobowości PiCD. *Psychiatria Polska*, 247. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/138563>
- Cierpiałkowska, L. (2012). *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- Cierpiałkowska, L. (2013). Personality disorders in DSM classifications. *Current Issues in Personality Psychology*, 1, 1–10. <https://doi.org/10.5114/cipp.2013.40632>
- Cierpiałkowska, L., Górska, D. (2016). Psychologia zaburzeń osobowości. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 281–304). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cierpiałkowska, L., Soroko, E. (2017). Zaburzenia osobowości w modelach medycznych i w psychologii różnic indywidualnych. W: L. Cierpiałkowska, E. Soroko (red.), *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej* (s. 15–34). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Cierpiałkowska, L., Zalewska, M. (2010). Psychopatologia. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia akademicka. Podręcznik. Tom 2* (s. 545–580). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Chrzastowski, S. (2012). Między nadmierną bliskością a odrzuceniem – rodziny osób z rozpoznaniem zaburzeń osobowości lub schizofrenii. W: B. Tryjarska (red.).

- Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości* (s. 123–146). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 57, 227–257. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190200>
- Clarkin, J. F., Fonagy, P., Gabbard, G. O. (2013). *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości. Podręcznik kliniczny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Cohen, L., Ardan, F., Tanis, T., Halmi, W., Galynker, I., von Wyl, A., Hengartner, M. (2016). Attachment anxiety and avoidance as mediators of the association between childhood maltreatment and adult personality dysfunction. *Attachment & Human Development*, 19, 1–18. <https://doi.org/10.1080/14616734.2016.1253639>
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, 188, 423–431. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.5.423>
- Comer, R. J. (2014). *Fundamentals of abnormal psychology*. New York, NY: Worth Publishers.
- Collins, N. L., Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644–663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>
- Colman A. M. (2009). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Costa, P. T., Jr., McCrae, R. R. (1992). *Professional manual: Revised NEO Personality Inventory and NEO Five-Factor Inventory*. Odessa, FL: PAR.
- Costa, P., Samuels, J., Bagby, M., Daffin, L. and Norton, H. (2005). Obsessive–compulsive personality disorder: a review. W: M. Maj, H. S. Akiskal, J. E. Mezzich and A. Okasha (red.) *Personality Disorders*. New York: Wiley & Sons.
- Crits-Christoph, P., Barber, J. P. (2004). Empirical research on the treatment of personality disorders. W: J. J. Magnavita (red.), *Handbook of Personality Disorders: Theory and Practise* (s. 513–527). Hoboken, NY: Wiley & Sons.
- Crowell, J. A., Fraley, R. C., Roisman, G. I. (2016). Measurement of individual differences in adult attachment. W: J. Cassidy, P. R. Shaver (red.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (s. 598–635). New York: Guilford Press.
- Crowell, J., Fraley, R., Shaver, P. (2008). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. W: J. Cassidy, P. R. Shaver (red.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (s. 599–634). New York: Guilford Press.
- Crowell, J. A., Treboux, D. (1995). A review of adult attachment measures: Implications for theory and research. *Social Development*, 4(3), 294–327. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.1995.tb00067.x>

- Czabała, J. C. (2012). Zdrowie psychiczne: definicje, wskaźniki determinanty, zagrożenia, promocja. W: J. Wiórka, S. Pużyński, J. Rybakowski (red.), *Psychiatria. Tom 3* (s. 575–584). Wrocław: Elsevier.
- Czabała, J. C. (2013). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dessuant, P. (2005). *Narcyzm. Przegląd koncepcji psychoanalitycznych*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- DeYoung, C. G. (2006). Higher-order factors of the Big Five in a multi-informant sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 1138–1151. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.6.1138>
- DeYoung, C. G., Peterson, J. B., Higgins, D. M. (2002). Higher-order factors of the Big Five predict conformity: Are there neuroses of health? *Personality and Individual Differences*, 33(4), 533–552. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00171-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00171-4)
- Digman, J. M. (1997). Higher-order factors of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(6), 1246–1256. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.6.1246>
- Dozier, M., Stovall, K. C., Albus, K. E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. W: J. Cassidy, P. R. Shaver (red.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (s. 497–519). The Guilford Press.
- Elicker, J., Englund, M., Sroufe, L. A. (1992). Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent–child relationships. W: R. D. Parke, G. W. Ladd (red.), *Family–peer relationships: Modes of linkage* (s. 77–106). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Erkan, M., Gencoglan, S., Akguc, L., Ozatalay, E., Fettahoglu, E. C. (2015). Attachment styles and psychopathology among adolescent children of parents with bipolar disorder. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 21, 1083–1088. <https://doi.org/10.12659/MSM.893372>
- Exline, J. J., Baumeister, R. F., Bushman, B. J., Campbell, W. K., Finkel, E. J. (2004). Too Proud to Let Go: Narcissistic Entitlement as a Barrier to Forgiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(6), 894–912. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.87.6.894>
- Farbairn, W. R. D. (1952). *An object-relations theory of the personality*. New York: BasicBooks.
- Farbairn, W. R. D. (1994). *From instinct to self: Selected papers of W. R. D. Fairbairn* (t. 1–2). Northvale, NJ: Aronson.
- Feeney, J., Noller, P., Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. Attachment in adults: clinical and developmental perspectives. *APA PsycTests*. <https://doi.org/10.1037/t29439-000>
- Fineberg, N. A., Reghunandan, Samar, K. S., Atmaca, M. (2014). Obsessive-compulsive (anankastic) personality disorder: toward the ICD-11 classification. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 36, 40–50. <https://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1282>

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201–218. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199123\)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::AID-IMHJ2280120307>3.0.CO;2-7)
- Fossati, A., Feeney, J. A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., Carretta, I., Leonardi, B., Mirabelli, S., Maffei, C. (2003). Personality disorders and adult attachment dimensions in a mixed psychiatric sample: a multivariate study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(1), 30–37. <https://doi.org/10.1097/00005053-200301000-00006>
- Fraley, R. C., Hudson, N. W., Heffernan, M. E., Segal, N. (2015). Are adult attachment styles categorical or dimensional? A taxometric analysis of general and relationship-specific attachment orientations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109(2), 354–368. <https://doi.org/10.1037/pspp0000027>
- Fraley, R. C., Waller, N. G., Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350–365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>
- Frederickson, J. (2014). *Współtworzenie zmiany. Skuteczne techniki terapii dynamicznej*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Freud, S. (1905/1999). Trzy rozprawy z teorii seksualnej. W: *Życie seksualne*. Warszawa: KR.
- Freud, S. (1908/1959). Character and anal erotism. W: J. Strachey (red.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (tom 9, s. 169–175). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1912/2017). *Psychopatologia życia codziennego*. Kraków: Vis-a-vis Etiuda.
- Freud, S. (1914/1973). On narcissism: An introduction. W: S. Freud, *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (tom 14., s. 67–102). London: Hogart. [wyd. pol. Freud, Z. (1991). Wprowadzenie do narcyzmu. W: K. Pospiszyl (red.), *Zygmunt Freud. Człowiek i dzieło*. Wrocław–Warszawa–Kraków: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.]
- Freud, S. (1916/1989). Niektóre typy charakterów w pracy psychoanalitycznej, *Dialog*, 4.
- Fromm, E. (1988). Narcyzm jednostkowy i zbiorowy. *Nowiny psychologiczne*, 5, 45–74.
- Fromm, E. (1996). *Serce człowieka: Jego niezwykła zdolność do dobra i zła*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gałecki, P., Świącicki, Ł. (2015). *Kryteria diagnostyczne z DSM-5: desk reference*. Wrocław: Edra Urban&Partner.
- Gask, L. (2013). Zaburzenia osobowości. W: C. Feltham, I. Horton (red.), *Psychoterapia i poradnictwo. Tom 2: Problemy pacjentów, modele terapeutyczne, rodzaje interwencji* (s. 158–164). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Gawda, B., Czubak, K. (2012). Style przywiązania a cechy zaburzeń osobowości. *Studia Psychologica*, 12(2), 37–54.
- Goetz, C. (2017). Securing home base: separation-individuation, attachment theory, and the “virtual worlds” paradigm in video games. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 70, 101–116. <https://doi.org/10.1080/00797308.2016.1277879>
- Goossens, F. A., Van IJzendoorn, M. H. (1990). Quality of infants’ attachments to professional caregivers: Relation to infant-parent attachment and day-care characteristics. *Child Development*, 61(3), 832–837. <https://doi.org/10.2307/1130967>
- Gościński, J. (2017). Narcystyczne zaburzenie osobowości. W: L. Cierpiałkowska, E. Soroko (red.), *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej* (s. 154–170). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Grapsas, S., Brummelman, E., Back, M. D., Denissen, J. J. A. (2020). The “why” and “how” of narcissism: A process model of narcissistic status pursuit. *Perspectives on Psychological Science*, 15(1), 150–172. <https://doi.org/10.1177/1745691619873350>
- Gray, J. A. (1987). Perspective on anxiety and impulsivity: A commentary. *Journal of Research in Personality*, 21, 493–509. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(87\)90036-5](https://doi.org/10.1016/0092-6566(87)90036-5)
- Gray, J. A. (1991). The neuropsychology of temperament. W: J. Strelau, A. Angleitner (red.), *Exploration in temperament: International perspectives on theory and measurement* (s. 102–128). New York, NY: Plenum Press.
- Green, J. (2015). A paradigm shift: from a categorical to dimensional diagnostic model of personality disorder. *University Honors Theses*, 190. <https://doi.org/10.15760/honors.178>
- Greenberg, M. T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. W: J. Cassidy, P. R. Shaver (red.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (s. 469–496). New York: Guilford Press.
- Griffin, D. W., Bartholomew, K. (1994a). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(3), 430–445. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.3.430>
- Griffin, D. W., Bartholomew, K. (1994b). The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. W: K. Bartholomew, D. Perlman (red.), *Attachment processes in adulthood* (s. 17–52). Jessica Kingsley Publishers.
- Grimal, P. (2008). *Słownik mitologii greckiej i rzymskiej*. Wrocław: Ossolineum.
- Hamilton, C. E. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development*, 71, 690–694. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00177>
- Harkness, A. R., McNulty, J. L., Ben-Porath, Y. S. (1995). The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Constructs and MMPI-2 Scales. *Psychological Assessment*, 7, 104–114. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.1.104>

- Harlow, H. F., Zimmermann, R. R. (1958). The development of affectional responses in infant monkeys. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 102, 501–509.
- Have-de Labije ten, J., Neborsky, R. J. (2017). *Intensywna krótkoterminowa psychoterapia dynamiczna dla praktyków*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Hayes A. F. (2013). *An introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, A. F., Montoya, A. K., Rockwood, N. J. (2017). The analysis of mechanisms and their contingencies: PROCESS versus structural equation modelling. *Australasian Marketing Journal*, 25, 76–81. <https://doi.org/10.1016/j.ausmj.2017.02.001>
- Hazan, C., Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Helzer, J. E., Kraemer, H. C., Krueger, R. F., Wittchen, H.-U., Sirovatka, P. J., Regier, D. A. (red.). (2008). *Dimensional approaches in diagnostic classification: Refining the research agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association.
- Holmes, J. (2003). Borderline personality disorder and the search for meaning: an attachment perspective. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 524–531. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01232.x>
- Holmes, J. (2007). *John Bowlby. Teoria przywiązania*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hopwood, C. J., Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Widiger, T. A., Althoff, R. R., Ansell, E. B., Bach, B., Michael Bagby, R., Blais, M. A., Bornovalova, M. A., Chmielewski, M., Cicero, D. C., Conway, C., De Clercq, B., De Fruyt, F., Docherty, A. R., Eaton, N. R., Edens, J. F., Forbes, M. K., (...), Zimmermann, J. (2018). The time has come for dimensional personality disorder diagnosis. *Personality and Mental Health*, 12(1), 82–86. <https://doi.org/10.1002/pmh.1408>
- Howes, C., Hamilton, C. E. (1992). Children's relationships with child care teachers: Stability and concordance with parental attachments. *Child Development*, 63(4), 867–878. <https://doi.org/10.2307/1131239>
- Huprich, S. K., Bornstein, R. F. (2007). An overview of issues related to categorical and dimensional models of personality disorder assessment. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 3–15. <https://doi.org/10.1080/00223890701356904>
- Izydorczyk, B. (2005). Autodestruktywny wymiar jakości życia ludzi doświadczających lęku i depresji. *Chowanna*, 1, 78–91.
- Izydorczyk, B., Dobrowolska, M. (2016). Wzorce więzi emocjonalnej w dzieciństwie a relacje społeczne w rodzinie i pracy osoby dorosłej. *Spółeczeństwo i Edukacja*, 20(1), 437–449.
- Jakubik, A. (1997). *Zaburzenia osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Jankowska, B. (2015). Przywiązanie w okresie wczesnego dzieciństwa jako prototyp relacji człowieka dorosłego. *Fides et ratio*, 3(23), 33–46.
- Józefik, B. (2008). Koncepcja przywiązania a zaburzenia odżywiania się – teoria i empiria. *Psychiatria Polska*, 42(2), 157–166.
- Józefik, B., Iniewicz, G. (red.) (2008). *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Jurg, W. (2014). *Związek dwojga. Psychoanaliza pary*. Warszawa: Fundament.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kessler, R., Price, R. (1993). Primary prevention of secondary disorders: A proposal and agenda. *American Journal of Community Psychology*, 21, 607–633. <https://doi.org/10.1007/BF00942174>
- Kłósowski, M., Ciecuch, J., Strus, W. (2019). The Polish adaptation of the Five-Factor Obsessive-Compulsive Inventory – Short Form (FFOCI-SF): a preliminary study. *Health Psychology Report*, 7(2), 165–175. <https://doi.org/10.5114/hpr.2019.84214>
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self. A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: International University Press.
- Kopaliński, W. (1985). *Słownik mitów i tradycji kultur*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Krejtz, K., Krejtz, I., Albiński, R. (2013). Jednoczynnikowa analiza wariancji w planie międzygrupowym. W: S. Bedyńska, M. Cypryańska (red.). *Statystyczny drogowskaz 2. Praktyczne wprowadzenie do analizy wariancji* (s. 29–62). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Sedno.
- Krizan, Z., Herlache, A. D. (2018). The narcissism spectrum model: A synthetic view of narcissistic personality. *Personality and Social Psychology Review*, 22, 3–31. <https://doi.org/10.1177/1088868316685018>
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42(9), 1879–1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Krueger, R. F., Markon, K. E. (2011). A dimensional-spectrum model of psychopathology: Progress and opportunities. *Archives of General Psychiatry*, 68(1), 10–11. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.18>
- Kujawski, R. (2016). Rozwój klasyfikacji w psychiatrii po drugiej wojnie światowej – od jednowymiarowego ujęcia narodowego do wieloosiowego konsensusu międzynarodowego. *Psychiatria i Psychoterapia*, 12(4), 29–48.
- Ladame, F. (2016). *Wieczne nastolatki. Dojrzewanie, dorosłość, tożsamość. Perspektywa psychoanalityczna*. Gdańsk: Imago.

- Larsen, R. J., Diener, E. (1992). Promises and problems with the circumplex model of emotion. W: M. S. Clark (red.), *Review of personality and social psychology* (tom 13, s. 25–29). Newbury Park: Sage.
- Lenzenweger, M. F., Loranger, A. W., Korfine, L., Neff, C. (1997). Detecting personality disorders in a nonclinical population. Application of a 2-stage procedure for case identification. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 345–351. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160073010>
- Lai, Y. H., Carr, S. (2018). A critical exploration of child-parent attachment as a contextual construct. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 8(12), 112. <https://doi.org/10.3390/bs8120112>
- Levy, K. N., Johnson, B. N., Clouthier, T. L., Scala, J. W., Temes, C. M. (2015). An attachment theoretical framework for personality disorders. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(2), 197–207. <https://doi.org/10.1037/cap0000025>
- Levy, K., Meehan, K., Temes, C. M. (2013). Attachment theory and personality disorders. W: A. N. Danquah, K. Berry (red.), *Attachment theory in adult mental health* (s. 95–111). Abingdon: Routledge.
- Liberska, H.; Suwalska, D. (2011). Styl przywiązania a relacje partnerskie we wczesnej dorosłości. *Psychologia Rozwojowa*, 16(1), 25–39, <https://doi.org/10.4467/20843879PR.11.002.0175>
- Lin, H. (2020). Probing two-way moderation effects: A review of software to easily plot Johnson-Neyman Figures, Structural Equation Modeling. *A Multidisciplinary Journal*, 27(3), 494–502. <https://doi.org/10.1080/10705511.2020.1732826>
- Lindal, E., Stefansson, J. G. (2009). The prevalence of personality disorders in the Greater-Reykjavik area. *Laeknabladid*, 95, 179–184.
- Lubiewska, K. (2019). *Przywiązanie w kontekście wrażliwości rodzicielskiej, socjalizacji oraz wpływów kulturowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Lubiewska, K., Głogowska, K., Mickiewicz, K., Wojtynkiewicz, E., Izdebski, P., Wiśniewski, C. (2016). Skala Experience in Close Relationships-Revised: Struktura, rzetelność oraz skrócona wersja skali w polskiej próbie. *Psychologia Rozwojowa*, 21, 49–63. <https://doi.org/10.4467/20843879PR.16.004.4793>
- Lyddon, W. J., Sherry, A. (2001). Developmental personality styles: An attachment theory conceptualization of personality disorders. *Journal of Counseling & Development*, 79(4), 405–414. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2001.tb01987.x>
- Łoś, Z. (2010). Dyskusyjnie o klasyfikacji i pomiarze wzorców przywiązania. *Psychologia Rozwojowa*, 2010, 15(2), 61–75.
- Main, M., Kaplan, N., Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 66–104. <https://doi.org/10.2307/3333827>

- Main, M., Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. W: M. Yogman, T. B. Brazelton (red.), *Affective development in infancy* (s. 95–124). Norwood, NJ: Ablex.
- Main, M., Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganised/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. W: M. T. Greenberg, D. Cicchetti, E. M. Cummings (red.), *Attachment in the preschool years* (s. 121–160). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Marchwicki, P. (2006). Teoria przywiązania J. Bowlby'ego. *Seminare. Poszukiwania Naukowe*, 23, 365–383.
- Markon, K. E. (2013). Epistemological pluralism and scientific development: an argument against authoritative nosologies. *Journal of Personality Disorders*, 27(5), 554–579. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.5.554>.
- Marras, A., Fineberg, N., Pallanti, S. (2016). Obsessive compulsive and related disorders: comparing DSM-5 and ICD-11. *CNS Spectrums*, 21(4), 324–333. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000110>
- Marszał, M. (2015). *Mentalizacja w kontekście przywiązania. Zdolność do rozumienia siebie i innych u osób z osobowością borderline*. Warszawa: Difin.
- McWilliams, N. (2012). *Opracowanie przypadku w psychoanalizie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- McWilliams, N. (2016). *Diagnoza psychoanalityczna*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R. (2008). Adult attachment and affect regulation. W: J. Cassidy, P. R. Shaver (red.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (s. 503–531). The Guilford Press.
- Miller, J. D., Campbell, W. K. (2008). Comparing clinical and social-personality conceptualizations of narcissism. *Journal of Personality*, 76(3), 449–76. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00492.x>.
- Miller, J. D., Few, L. R., Wilson, L., Gentile, B., Widiger, T. A., MacKillop, J., Keith Campbell, W. (2013). The Five-Factor Narcissism Inventory (FFNI): A test of the convergent, discriminant, and incremental validity of FFNI scores in clinical and community samples. *Psychological Assessment*, 25(3), 748–758. <https://doi.org/10.1037/a0032536>
- Miller, J. D., Hoffman, B. J., Gaughan, E. T., Gentile, B., Maples, J., Keith Campbell, W. (2011). Grandiose and vulnerable narcissism: a nomological network analysis. *Journal of Personality*, 79(5), 1013–1042. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00711.x>
- Morrison, A. P. (2014). *Shame: the underside of narcissism*. London: Routledge.
- Morrison, J. (2016). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Moser, J. S., Slane, J. D., Burt, S. A., Klump, K. L. (2012). Etiologic relationships between anxiety and dimensions of maladaptive perfectionism in young adult female twins. *Depression and Anxiety*, 29, 47–53. <https://doi.org/10.1002/Da.20890>
- Musek, J. (2007). A general factor of personality: Evidence for the Big One in the five-factor model. *Journal of Research in Personality*, 41(6), 1213–1233. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.02.003>
- Noftle, E. E., Shaver, P. R. (2006). Attachment dimensions and the big five personality traits: Associations and comparative ability to predict relationship quality. *Journal of Research in Personality*, 40(2), 179–208. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.11.003>
- Nowak, K. (2015). Dymensjonalne podejście do zaburzeń osobowości: osobowość w DSM-5. *Psychiatria*, 12(2), 99–103.
- Nowotnik, A. (2014). Wczesnodziecięce style przywiązania do opiekuna a osiągnięcia szkolne i funkcjonowanie społeczne uczniów. *Edukacja. Studia, Badania, Innowacje*, 2, 7–20.
- Ogrodniczuk, J., Piper, W., Joyce, A., Steinberg, P., Duggal, S. (2009). Interpersonal problems associated with narcissism among psychiatric outpatients. *Journal of psychiatric research*, 43, 837–842. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.12.005>
- Oltmanns, J. R., Widiger, T. A. (2018). A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: The Personality Inventory for ICD-11. *Psychological Assessment*, 30(2), 154–169. <https://doi.org/10.1037/pas0000459>
- Otway, L., Vignoles, V. (2006). Narcissism and childhood recollections: A quantitative test of psychoanalytic predictions. *Personality & social psychology bulletin*, 32, 104–116. <https://doi.org/10.1177/0146167205279907>
- Parandowski, J. (1992). *Mitologia*. Warszawa: Puls.
- Pincus, A. L., Gurtman, M. B. (2003). Interpersonal assessment. W: J. S. Wiggins (red.), *Paradigms of personality assessment* (s. 246–261). New York: Guilford.
- Pincus, A. L., Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 421–446. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215>
- Porebiak, M. I. (2012). Narcyzm – szczególna forma tworzenia więzi. W: B. Tryjarska, (red.), *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości* (s. 147–167). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Reddy, M. S., Vijay, M. S., Reddy, S. (2016). Obsessive-compulsive (Anankastic) Personality Disorder: A Poorly Researched Landscape with Significant Clinical Relevance. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(1), 1–5. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.175085>
- Riddle, M. A., Maher, B. S., Wang, Y., Grados, M., Bienvenu, O. J., Goes, F. S., Samuels, J. (2016). Obsessive–compulsive personality disorder: Evidence for two dimensions. *Depression and Anxiety*, 33(2), 128–135. <https://doi.org/10.1002/da.22452>

- Riemann, F. (2005). *Oblicza lęku. Studium z psychologii lęku*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Rockwood, N. J., Hayes, A. F. (2020). Mediation, moderation, and conditional process analysis: Regression-based approaches for clinical research. W: A. G. C. Wright, M. N. Hallquist (red.), *Handbook of research methods in clinical psychology*. Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/9781316995808.037>
- Rogoza, R., Ciecuch, J., Strus, W. (2019). A three-step procedure for analysis of circumplex models: An example of narcissism located within the circumplex of personality metatraits. *Personality and Individual Differences*. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109775>
- Rogoza, R., Ciecuch, J., Strus, W., Baran, T. (2019). Seeking a common framework for research on narcissism: An attempt to integrate the different faces of narcissism within the circumplex of personality metatraits. *European Journal of Personality*, 33(4), 437–455. <https://doi.org/10.1002/per.2206>
- Rogoza, R., Ciecuch, J., Strus, W., Kłowski, M. (2021). Investigating the Structure of the Polish Five Factor Narcissism Inventory: Support for the Three-Factor Model of Narcissism. *Psychological Assessment*, 33(3), 267-272. <https://doi.org/10.1037/pas0000901>
- Ronningstam, E. F. (2005). *Identifying and understanding the narcissistic personality*. New York, NY: Oxford University Press.
- Rosenthal, N. L., Kobak, R. (2010). Assessing adolescents' attachment hierarchies: Differences across developmental periods and associations with individual adaptation. *Journal of Research on Adolescence*, 20(3), 678–706. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00655.x>
- Rovelli, P., Curnis, C. (2020). The perks of narcissism: Behaving like a star speeds up career advancement to the CEO position. *Leadership Quarterly*. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2020.101489>
- Rowiński, T., Kowalska-Dąbrowska, M., Strus, W., Ciecuch, J., Czuma, I., Żechowski, C., Markon, K. E., Krueger, R. F. (2018). Pomiar patologicznych cech osobowości według DSM-5: polska adaptacja Inwentarza Osobowości PID-5. Część I – podstawy teoretyczne. *Psychiatria Polska*, 98, 1–16. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/86477>
- Rushton, J.P., Irving, P. (2011). The general factor of personality: normal and abnormal. W: T. Chamorro-Premuzic, S. von Stumm, A. Furnham (red.), *The Wiley-Blackwell handbook of individual differences, First edition* (s. 134–163). Blackwell Publishing Ltd.
- Russell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(6), 1161–1178. <https://doi.org/10.1037/h0077714>
- Rymarczyk, K., Turbacz, A., Strus, W., Ciecuch, J. (2020). Type C personality: conceptual refinement and preliminary operationalization. *Frontiers in Psychology*, 11, 552740. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.552740>

- Samuel, D. B., Riddell, A. D. B., Lynam, D. R., Miller, J. D., Widiger, T. A. (2012). A Five-Factor Measure of Obsessive–Compulsive Personality Traits. *Journal of Personality Assessment*, 94, 456–465. <https://doi.org/10.1080/00223891.2012.677885>
- Schneider, B., Wetterling, T., Sargk, D., Schneider, F., Schnabel, A., Maurer, K., Fritze, J. (2006). Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 17–27. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0593-7>
- Schore, A. N. (2002). The neurobiology of attachment and early personality organization. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 16(3), 249–263.
- Schwartz, S. H., Ciecuch, J., Vecchione, M., Davidov, E., Fischer, R., Beierlein, C., Ramos, A., Verkasalo, M., Lönnqvist, J.-E., Demirutku, K., Dirilen-Gumus, O., Konty, M. (2012). Refining the theory of basic individual values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103(4), 663–688. <https://doi.org/10.1037/a0029393>
- Senator, D. (2012a). Teoria więzi Johna Bowlby’ego. W: B. Tryjarska (red.), *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*. (s. 17–39). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Senator, D. (2012b). Więź zdeorganizowana jako czynnik ryzyka patologii w dzieciństwie i dorosłości. W: B. Tryjarska (red.), *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*. (s. 43–62). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Seligman, M. E. P., Walker, E. F., Rosenhal D. L. (2017). *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Shaver, P. R., Brennan, K. A. (1992). Attachment styles and the “Big Five” personality traits: Their connections with each other and with romantic relationship outcomes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(5), 536–545. <https://doi.org/10.1177/0146167292185003>
- Shaver, P. R., Mikulincer, M. (2011). An attachment-theory framework for conceptualizing interpersonal behavior. W: L. M. Horowitz, S. Strack (red.), *Handbook of interpersonal psychology: Theory, research, assessment, and therapeutic interventions* (s. 17–35). John Wiley & Sons, Inc.
- Shaver, P. R., Schachner, D. A., Mikulincer, M. (2005). Attachment style, excessive reassurance seeking, relationship processes, and depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(3), 343–359. <https://doi.org/10.1177/0146167204271709>
- Sherman, E. D., Miller, J. D., Few, L. R., Campbell, W. K., Widiger, T. A., Crego, C., Lynam, D. R. (2015). *Five-Factor Narcissism Inventory-Short Form (FFNI-SF)*. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t45461-000>
- Sherry, A., Lyddon, W. J., Henson, R. K. (2007). Adult attachment and developmental personality styles: An empirical study. *Journal of Counseling & Development*, 85(3), 337–348. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2007.tb00482.x>

- Shorey, H. R., Snyder, C. (2006). The role of adult attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. *Review of General Psychology*, 10, 1–20. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.10.1.1>
- Skoczeń, I., Rogoza, R., Maćkiewicz, M., Najderska, M., Ciecuch, J. (2018). Investigating the structural model of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 34(5), 312–320. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000344>
- Slade, A. (1999). Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. W: J. Cassidy, P. R. Shaver (red.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (s. 575–594). The Guilford Press.
- Smolewska, K., Dion, K. L. (2005). Narcissism and adult attachment: A multivariate approach. *Self and Identity*, 4(1), 59–68. <https://doi.org/10.1080/13576500444000218>
- Stawicka, M. (2008). *Autodestruktywność dziecięca w świetle teorii przywiązania*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Sterna, A., Sterna, W. (2021). Psychoterapia: metoda leczenia prowadzona przez kobiety i dla kobiet? O zjawisku feminizacji w psychoterapii. *Psychiatria*, 18(2), 152–158. <https://doi.org/10.5603/PSYCH.a2021.0002>.
- Strickland, C. M., Hopwood, C. J., Bornoyalova, M. A., Rojas, E. C., Krueger, R. F., Patrick, C. J. (2018). Categorical and dimensional conceptions of personality pathology in DSM-5: Toward a model-based synthesis. *Journal of Personality Disorders*, 33(2), 185–213. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_339
- Strus, W., Ciecuch, J. (2014). Poza wielką piątkę – przegląd nowych modeli struktury osobowości. *Polskie Forum Psychologiczne*, 19(1), 17–49.
- Strus, W., Ciecuch, J. (2017). Towards a synthesis of personality, temperament, motivation, emotion and mental health models within the Circumplex of Personality Metatraits. *Journal of Research in Personality*, 66, 70–95. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2016.12.002>
- Strus, W., Ciecuch, J. (2020). Circumplex Personality Metatraits – wersja przymiotnikowa. *Praca niepublikowana*. Warszawa: Instytut Psychologii UKSW.
- Strus, W., Ciecuch, J. (2021). The Circumplex of Personality Metatraits and the HEXACO model: Toward refinement and integration. *Journal of Personality*, 89(4), 803–818. <https://doi.org/10.1111/jopy.12616>
- Strus, W., Ciecuch, J., Rowiński, T. (2014). The Circumplex of Personality Metatraits: A Synthesizing Model of Personality Based on the Big Five. *Review of General Psychology*, 18(4), 273–286. <https://doi.org/10.1037/gpr0000017>
- Strus, W., Cybis, N., Ciecuch, J., Rowiński, T. (2021a). Number and content of personality types across methods and samples: Empirically filling the theoretically developed

- map of RUNO typology. *Polish Psychological Bulletin*, 52(3), 211–226. <https://doi.org/10.24425/ppb.2021.137886>
- Strus, W., Cybis, N., Ciecuch, J., Rowiński, T. (2021b). Theoretical framework for the RUNO personality typology based on the Circumplex of Personality Metraits. *Polish Psychological Bulletin*, 52(3), 197–210. <https://doi.org/10.24425/ppb.2021.137885>
- Strus, W., Łakuta, P., Ciecuch, J. (2021). Anankastia or psychoticism? Which one is better suited for the fifth trait in the Pathological Big Five: Insight from the Circumplex of Personality Metraits perspective. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.648386>
- Strus, W., Rowiński, T., Ciecuch, J., Kowalska-Dąbrowska, M., Czuma, I., Żechowski, C. (2017). Patologiczna Wielka Piątka: próba zbudowania pomostu pomiędzy psychiatryczną klasyfikacją zaburzeń a cechowym modelem osobowości zdrowej. *Roczniki Psychologiczne*, 20(2), 429–450. <https://doi.org/10.18290/rpsych.2017.20.2-6pl>
- Szpunar, M. (2014). Od narcyzmu jednostki do kultury narcyzmu. *Kultura – Media – Teologia*, 18, 106–116.
- Taylor, C. (2016). *Zaburzenia przywiązania u dzieci i młodzieży*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Torgersen, S. (2009). Prevalence, sociodemographics, and functional impairment. W: J. M. Oldham, A. E. Skodol, D. S. Bender (red.), *Essentials of personality disorders* (s. 83–102). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Trull, T., Durrett, C. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 355–380. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009>
- Trull, T. J., Widiger, T. A. (2013). Dimensional models of personality: the five-factor model and the DSM-5. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 135–146. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.2/ttrull>
- Tryjarska, B. (red.) (2012). *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Twenge, J. M., Campbell, W. K. (2013). *The Narcissism epidemic: Living in the age of entitlement*. New York: Simon & Schuster.
- Wallin, D. J. (2011). *Przywiązanie w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child Development*, 71(3), 684–689. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00176>
- Watson, H. J., Raykos, B. C., Street, H., Fursland, A., Nathan, P. R. (2011). Mediators between perfectionism and eating disorder psychopathology: Shape and weight overvaluation and conditional goal-setting. *International Journal of Eating Disorders*, 44, 142–149. <https://doi.org/10.1002/Eat.20788>

- Watson, D., Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219–235. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.219>
- Wehrli, S. (2020). *Virtual attachment: how attachment styles transfer into virtuality*. University of Basel. https://www.mmi-basel.ch/MA/2020_Wehrli.pdf (dostęp: 12.07.2021)
- Weinfeld, N., Sroufe, L., Egeland, B., Carlson, E. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment security. W: J. Cassidy, P. Shaver (red.), *Handbook of attachment* (s. 68–88). New York: Guilford Press.
- Weinfeld, N. S., Whaley, G. J. L., Egeland, B. (2004). Continuity, discontinuity, and coherence in attachment from infancy to late adolescence: Sequelae of organization and disorganization. *Attachment & Human Development*, 6(1), 73–97. <https://doi.org/10.1080/14616730310001659566>
- Westen, D., Nakash, O., Thomas, C., Bradley, R. (2007). Clinical assessment of attachment patterns and personality disorder in adolescents and adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1065–1085. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1065>
- Wheeler, S. (2003). Men and therapy: are they compatible? *Counselling and Psychotherapy Research*, 3(1), 3–5. <https://doi.org/10.1080/14733140312331384568>
- Widiger, T. (red.). (2012). *The Oxford handbook of personality disorders*. Oxford, New York: Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199735013.001.0001>
- Widiger, T. (red.). (2017). *The Oxford handbook of The Five Factor Model*. Oxford, New York: Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199352487.001.0001>
- Widiger, T. A., Costa, P. T. (1994). Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 78–91. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.1.78>
- Widiger, T. A., Gore, W. L., Crego C., Rojas, S. L., Oltmanns, J. R. (2016). Five-Factor Model and personality disorder. W: T. A. Widiger (red.), *The Oxford handbook of the Five Factor Model of personality*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199352487.013.4>
- Widiger, T. A., Livesley, W. J., Clark, L. A. (2009). An integrative dimensional classification of personality disorder. *Psychological Assessment*, 21(3), 243–255. <https://doi.org/10.1037/a0016606>
- Widiger, T. A., Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*, 19, 110–130. <https://doi.org/10.1521/pedi.19.2.110.62628>
- Widiger, T. A., Trull, T. J. (1992). Personality and psychopathology: An application of the five-factor model. *Journal of Personality*, 60(2), 363–393. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00977.x>

- Widiger, T. A., Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62(2), 71–83. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.71>
- Wieczorek, A., Puk, B. M. (2013) *Osobowość narcystyczna*. https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/zaburzenia_osobowosci/74485,osobowosc-narcystyczna (dostęp:12.04.2020)
- Wink, P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4), 590–597. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.4.590>
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Penguin Books.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.
- World Health Organisation (2021). ICD-11 Browser. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>; <https://icd.who.int/icdapi/docs2/SupportedClassifications/#icd-11> (dostęp: 19.08.2021)
- World Health Organisation (1967). *International Classification of Diseases. 1965 revision (ICD-8)*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organisation (2009). *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta*. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
- Wright, A. G. C., Edershile, E. A. (2018). Issues resolved and unresolved in pathological narcissism. *Current Opinion in Psychology*, 21, 74–79. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.10.001>
- Yik, M. (2010). Affect and interpersonal behaviors: Where do the circumplexes meet? *Journal of Research in Personality*, 44, 721–728. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2010.10.003>
- Zawadzki, B. (2009). Pięcioczynnikowa Teoria Osobowości a zaburzenia psychiczne. W: J. Siuta (red.), *Diagnoza osobowości. Inwentarz NEO-PI-R w teorii i praktyce* (s. 220–237). Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Zawadzki, B. (2016), Gamma i Delta w ujęciu Kołowego Modelu Metacech Osobowości a przekonania w zaburzeniach osobowości. W: A. Rynkiewicz, K. Jankowski, W. Oniszczenko (red.), *Wybrane metody i paradygmaty badawcze w psychologii* (s. 203–220). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Zawadzki, B. (2017). Lokalizacja zaburzeń osobowości w Kołowym Modelu Metacech Osobowości. *Roczniki Psychologiczne*, 20, 473–512. <https://doi.org/10.18290/rpsych.2017.20.2-7pl>

SPIS ZAŁĄCZNIKÓW

Tabela Z1-Z3

Interkorelacje skal do pomiaru cech związanych z OCPD w kwestionariuszu FFOCI w trzech badanych grupach

Tabela Z4-Z6

Interkorelacje skal do pomiaru cech związanych z NPD w Kwestionariuszu FFNI-SF w trzech badanych grupach

Tabela Z7-9

Korelacje cech narcystycznych (FFNI-SF) z cechami obsesyjno-kompulsywnymi (FFOCI) w trzech badanych grupach

Tabela Z10

Interkorelacje wymiarów przywiązania w trzech badanych grupach

Tabela Z11-Z28

Parametry ulokowania zmiennych zewnętrznych na kołowej strukturze KMMO w trzech badanych grupach

Tabela Z29

Wynik testów post-hoc dla różnic średnich w trzech badanych grupach

ZAŁĄCZNIKI

Tabela Z1

Interkorelacje skal do pomiaru cech związanych z OCPD w kwestionariuszu FFOCI (grupa ogólna)

	N1	E1	E5	O3	O4	O6	C1	C2	C3	C4	C5	C6	TOT
N1	1,00	0,03	0,18**	-0,01	0,28**	0,12*	0,18**	0,41**	0,29**	0,17**	0,17**	0,52**	0,51**
E1		1,00	0,05	0,52**	0,23**	0,12*	-0,04	0,05	0,06	0,13*	-0,06	0,05	0,27**
E5			1,00	0,10	0,53**	0,27**	0,09	0,16**	0,31**	0,15**	0,15**	0,28**	0,45**
O3				1,00	0,35**	0,23**	0,04	0,10	0,11*	0,17**	0,00	0,05	0,35**
O4					1,00	0,32**	0,16**	0,30**	0,33**	0,23**	0,18**	0,33**	0,59**
O6						1,00	0,36**	0,21**	0,47**	0,24**	0,25**	0,15**	0,53**
C1							1,00	0,64**	0,50**	0,45**	0,60**	0,40**	0,64**
C2								1,00	0,58**	0,48**	0,61**	0,64**	0,76**
C3									1,00	0,59**	0,59**	0,48**	0,77**
C4										1,00	0,70**	0,40**	0,69**
C5											1,00	0,49**	0,69**
C6												1,00	0,70**

Adnotacja 1. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Adnotacja 2. Opis skal FFOCI: Zamartwianie się (N1), Chłód interpersonalny (E1), Niechęć do ryzyka (E5), Ograniczona uczuciowość (O3), Sztynność w zachowaniu (O4), Dogmatyczność (O6), Perfekcjonizm (C1), Skrupulatność (C2), Pryncypializm (C3), Pracoholizm (C4), Zawzięta determinacja (C5), Nadmierna rozważa (C6), Wynik ogólny (TOT)

Tabela Z2

Interkorelacje skal do pomiaru cech związanych z OCPD w kwestionariuszu FFOCI (grupa kliniczna nieoddziałowa)

	N1	E1	E5	O3	O4	O6	C1	C2	C3	C4	C5	C6	TOT
N1	1,00	-0,09	0,30**	-0,09	0,22**	-0,02	0,21*	0,37**	0,26**	-0,06	0,01	0,51**	0,41**
E1		1,00	0,04	0,53**	0,12	0,03	-0,10	-0,04	-0,02	-0,02	-0,11	-0,06	0,19*
E5			1,00	0,12	0,72**	0,27**	0,15	0,33**	0,47**	0,11	0,21*	0,42**	0,64**
O3				1,00	0,28**	0,16	-0,12	0,03	0,06	0,03	-0,06	-0,06	0,27**
O4					1,00	0,23**	0,23**	0,41**	0,46**	0,26**	0,33**	0,26**	0,69**
O6						1,00	0,07	0,15	0,46**	0,04	0,13	0,12	0,39**
C1							1,00	0,62**	0,47**	0,36**	0,48**	0,43**	0,57**
C2								1,00	0,66**	0,37**	0,40**	0,66**	0,77**
C3									1,00	0,34**	0,37**	0,60**	0,78**
C4										1,00	0,65**	0,25**	0,52**
C5											1,00	0,29**	0,58**
C6												1,00	0,69**
TOT													1,00

Adnotacja 1. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Adnotacja 2. Opis skal FFOCI: Zamartwianie się (N1), Chłód interpersonalny (E1), Niechęć do ryzyka (E5), Ograniczona uczuciowość (O3), Sztynność w zachowaniu (O4), Dogmatyczność (O6), Perfekcjonizm (C1), Skrupulatność (C2), Pryncypializm (C3), Pracoholizm (C4), Zawzięta determinacja (C5), Nadmierna rozważa (C6), Wynik ogólny (TOT)

Tabela Z3

Interkorelacje skal do pomiaru cech związanych z OCPD w kwestionariuszu FFOCI (grupa kliniczna oddziałowa)

	N1	E1	E5	O3	O4	O6	C1	C2	C3	C4	C5	C6	TOT
N1	1,00	-0,03	0,24*	0,01	0,23*	0,06	0,02	0,27*	0,16	-0,01	-0,17	0,39**	0,28*
E1		1,00	0,35**	0,49**	0,38**	0,17	-0,25*	-0,05	0,27*	0,05	-0,06	0,13	0,33**
E5			1,00	0,34**	0,72**	0,46**	0,15	0,25*	0,58**	0,31**	0,24*	0,47**	0,70**
O3				1,00	0,37**	0,40**	-0,03	0,00	0,35**	0,28*	0,23*	0,17	0,49**
O4					1,00	0,51**	0,14	0,38**	0,52**	0,37**	0,30**	0,40**	0,72**
O6						1,00	0,28*	0,44**	0,60**	0,31**	0,41**	0,46**	0,69**
C1							1,00	0,65**	0,39**	0,49**	0,50**	0,58**	0,55**
C2								1,00	0,53**	0,42**	0,50**	0,68**	0,70**
C3									1,00	0,66**	0,49**	0,49**	0,83**
C4										1,00	0,58**	0,32**	0,67**
C5											1,00	0,37**	0,62**
C6												1,00	0,75**
TOT													1,00

Adnotacja 1. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Adnotacja 2. Opis skal FFOCI: Zamartwianie się (N1), Chłód interpersonalny (E1), Niechęć do ryzyka (E5), Ograniczona uczuciowość (O3), Sztynność w zachowaniu (O4), Dogmatyczność (O6), Perfekcjonizm (C1), Skrupulatność (C2), Pryncypializm (C3), Pracoholizm (C4), Zawzięta determinacja (C5), Nadmierna rozważa (C6), Wynik ogólny (TOT)

Tabela Z4

Interkorelacje skal do pomiaru cech związanych z narcystycznym zaburzeniem osobowości w kwestionariuszu FFNI-SF (grupa ogólna)

	ACC	ARR	AUT	DIS	ENT	EXH	EXP	GRA	IND	LAC	MAN	NEE	REA	SHA	THR	TOT	VUL	GR	ANT
ACC	1,00	0,43**	0,61**	0,22**	0,31**	0,43**	0,24**	0,40**	0,12*	0,03	0,50**	-0,09	0,28**	0,06	0,47**	0,62**	0,16**	0,67**	0,45**
ARR		1,00	0,43**	0,29**	0,52**	0,31**	0,53**	0,40**	0,18**	0,46**	0,51**	-0,02	0,49**	0,11	0,48**	0,73**	0,30**	0,74**	0,77**
AUT			1,00	0,09	0,24**	0,46**	0,24**	0,20**	0,15**	0,06	0,59**	-0,21**	0,23**	-0,11*	0,39**	0,54**	0,00	0,65**	0,42**
DIS				1,00	0,37**	0,09	0,35**	0,28**	0,08	0,23**	0,31**	0,22**	0,36**	0,23**	0,25**	0,51**	0,60**	0,36**	0,56**
ENT					1,00	0,22**	0,49**	0,39**	0,15**	0,40**	0,41**	0,15**	0,52**	0,17**	0,43**	0,69**	0,42**	0,65**	0,75**
EXH						1,00	0,25**	0,43**	-0,03	0,03	0,50**	0,08	0,31**	0,10	0,34**	0,56**	0,21**	0,59**	0,38**
EXP							1,00	0,35**	0,20**	0,58**	0,54**	0,03	0,35**	0,04	0,49**	0,66**	0,26**	0,68**	0,76**
GRA								1,00	-0,07	0,23**	0,39**	0,25**	0,32**	0,17**	0,40**	0,63**	0,35**	0,61**	0,50**
IND									1,00	0,21**	0,15**	-0,45**	-0,09	-0,39**	0,20**	0,16**	-0,30**	0,33**	0,19**
LAC										1,00	0,32**	0,08	0,30**	0,03	0,24**	0,48**	0,22**	0,48**	0,61**
MAN											1,00	-0,01	0,42**	0,07	0,51**	0,75**	0,27**	0,78**	0,72**
NEE												1,00	0,40**	0,59**	0,04	0,25**	0,76**	-0,03	0,17**
REA													1,00	0,45**	0,33**	0,69**	0,77**	0,49**	0,70**
SHA														1,00	0,04	0,31**	0,79**	0,04	0,22**
THR															1,00	0,68**	0,23**	0,72**	0,68**
TOT																1,00	0,61**	0,94**	0,94**
VUL																	1,00	0,30**	0,56**
GR																		1,00	0,89**
ANT																			1,00
EXT																			
NEU																			

*Adnotacja. * p < 0,05; ** p < 0,01*

Adnotacja 2. Opis skal FFNI: Poszukiwanie uznania (ACC), Arogancja (ARR), Autorytarność (AUT), Nieufność (DIS), Roszczeniowość (ENT), Poszukiwanie uwagi (EXH), Wykorzystywanie innych (EXP), Fantazje wielkościowe (GRA), Obojętność na krytykę (IND), Brak empatii (LAC), Manipulacja (MAN), Potrzeba bycia podziwianym (NEE), Gniew reaktywny (REA), Wstyd (SHA), Poszukiwanie wrażeń (THR), Wynik ogólny (TOT), Narcyzm wrażliwy (VUL), Narcyzm wielkościowy (GR), Narcyzm antagonistyczny (ANT)

Tabela Z5

Interkorelacje skal do pomiaru cech związanych z NPD w Kwestionariuszu FFNI-SF (grupa kliniczna nieoddziałowa)

	ACC	ARR	AUT	DIS	ENT	EXH	EXP	GRA	IND	LAC	MAN	NEE	REA	SHA	THR	TOT	VUL	GR	ANT
ACC	1,00	0,43**	0,39**	-0,02	0,25**	0,37**	0,26**	0,39**	-0,06	0,00	0,33**	0,03	0,21*	0,16	0,34**	0,54**	0,14	0,57**	0,36**
ARR		1,00	0,48**	-0,01	0,51**	0,35**	0,43**	0,36**	0,25**	0,27**	0,43**	-0,04	0,35**	-0,05	0,34**	0,66**	0,09	0,72**	0,63**
AUT			1,00	-0,16	0,23**	0,24**	0,27**	0,27**	0,26**	0,02	0,53**	-0,29**	0,19*	-0,21*	0,21*	0,46**	-0,16	0,60**	0,35**
DIS				1,00	0,18*	-0,04	0,25**	0,23**	-0,09	0,36**	0,09	0,23**	0,19*	0,25**	0,18*	0,34**	0,60**	0,14	0,45**
ENT					1,00	0,34**	0,55**	0,35**	0,05	0,38**	0,33**	0,08	0,45**	0,03	0,44**	0,66**	0,26**	0,66**	0,74**
EXH						1,00	0,28**	0,46**	-0,05	-0,01	0,35**	0,26**	0,42**	0,26**	0,37**	0,62**	0,32**	0,59**	0,41**
EXP							1,00	0,41**	0,08	0,50**	0,53**	0,00	0,36**	0,04	0,38**	0,69**	0,24**	0,70**	0,77**
GRA								1,00	0,07	0,12	0,35**	0,20*	0,30**	0,18*	0,36**	0,68**	0,32**	0,65**	0,49**
IND									1,00	0,15	0,16	-0,57**	-0,04	-0,49**	0,14	0,11	-0,42**	0,30**	0,14
LAC										1,00	0,20*	-0,11	0,13	-0,10	0,24**	0,39**	0,10	0,40**	0,58**
MAN											1,00	0,00	0,37**	0,09	0,35**	0,68**	0,20*	0,70**	0,66**
NEE												1,00	0,25**	0,65**	-0,04	0,22*	0,75**	-0,06	0,08
REA													1,00	0,40**	0,28**	0,64**	0,65**	0,46**	0,62**
SHA														1,00	0,03	0,30**	0,81**	0,01	0,14
THR															1,00	0,62**	0,16	0,65**	0,65**
TOT																1,00	0,53**	0,94**	0,92**
VUL																	1,00	0,20*	0,46**
GR																		1,00	0,87**
ANT																			1,00

Adnotacja. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Adnotacja 2. Opis skal FFNI: Poszukiwanie uznania (ACC), Arogancja (ARR), Autorytarność (AUT), Nieufność (DIS), Roszczeniowość (ENT), Poszukiwanie uwagi (EXH), Wykozystywanie innych (EXP), Fantazje wielkościowe (GRA), Obojętność na krytykę (IND), Brak empatii (LAC), Manipulacja (MAN), Potrzeba bycia podziwianym (NEE), Gniew reaktywny (REA), Wstyd (SHA), Poszukiwanie wrażeń (THR), Wynik ogólny (TOT), Narcyzm wrażliwoy (VUL), Narcyzm wielkościowy (GR), Narcyzm antagonistyczny (ANT)

Tabela Z6
Interkorelacje skal do pomiaru cech związanych z NPD w Kwestionariuszu FFNI-SF (grupa kliniczna oddziałowa)

	ACC	ARR	AUT	DIS	ENT	EXH	EXP	GRA	IND	LAC	MAN	NEE	REA	SHA	THR	TOT	VUL	GR	ANT	
ACC	1,00	0,43**	0,60**	-0,28*	0,12	0,59**	0,13	0,37**	0,25*	-0,07	0,33**	-0,26*	0,16	-0,01	0,33**	0,53**	-0,13	0,61**	0,27*	
ARR		1,00	0,49**	-0,02	0,53**	0,52**	0,47**	0,34**	0,28*	0,26*	0,51**	-0,09	0,23*	0,04	0,30**	0,72**	0,06	0,75**	0,69**	
AUT			1,00	-0,12	0,17	0,63**	0,22	0,32**	0,20	-0,07	0,57**	-0,13	0,21	-0,13	0,44**	0,63**	-0,06	0,70**	0,42**	
DIS				1,00	0,23*	-0,09	0,08	-0,03	0,06	0,28*	-0,09	0,15	0,06	0,17	-0,06	0,14	0,48**	-0,02	0,27*	
ENT					1,00	0,26*	0,56**	0,32**	0,06	0,47**	0,41**	0,19	0,42**	0,14	0,12	0,66**	0,35*	0,58**	0,77**	
EXH						1,00	0,30**	0,51**	0,09	-0,07	0,49**	0,05	0,32**	0,08	0,60**	0,74**	0,13	0,75**	0,51**	
EXP							1,00	0,13	0,14	0,44**	0,55**	0,02	0,18	-0,10	0,23*	0,58**	0,06	0,60**	0,73**	
GRA								1,00	0,02	-0,01	0,36**	0,15	0,22	0,23*	0,36**	0,60**	0,22	0,57**	0,37**	
IND									1,00	0,25*	0,25*	-0,66**	-0,33**	-0,42**	0,21	0,21	-0,50**	0,40**	0,21	
LAC										1,00	0,28*	-0,07	0,10	-0,05	0,08	0,36**	0,09	0,36**	0,60**	
MAN											1,00	-0,06	0,28*	-0,04	0,39**	0,73**	0,04	0,77**	0,72**	
NEE												1,00	0,33**	0,61**	-0,05	0,13	0,77**	-0,13	0,07	
REA													1,00	0,41**	0,18	0,50**	0,67**	0,30**	0,50**	
SHA														1,00	-0,02	0,23*	0,81**	-0,03	0,10	
THR															1,00	0,59**	0,02	0,63**	0,51**	
TOT																1,00	0,37**	0,95**	0,90**	
VUL																	1,00	0,05	0,34**	
GR																		1,00	0,85**	
ANT																				1,00

Adnotacja. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Adnotacja. Opis skal FFNI: Poszukiwanie uznania (ACC), Arogancja (ARR), Autorytarność (AUT), Nieufność (DIS), Roszczeniowość (ENT), Poszukiwanie uwagi (EXH), Wykorzystywanie innych (EXP), Fantazje wielkościowe (GRA), Obojętność na krytykę (IND), Brak empatii (LAC), Manipulacja (MAN), Potrzeba bycia podziwianym (NEE), Gniew reaktywny (REA), Wstyd (SHA), Poszukiwanie wrażeń (THR), Wynik ogólny (TOT), Narcyzm wrażliwy (VUL), Narcyzm wielkościowy (GR), Narcyzm antagonistyczny (ANT)

Tabela Z7
Korelacje cech narcystycznych (FFNI-SF) z cechami obsesyjno-kompulsywnymi (FFOCI) (grupa ogólna)

Skale FFNI	Skale FFOCI														TOT
	N1	E1	E5	O3	O4	O6	C1	C2	C3	C4	C5	C6			
Poszukiwanie uznania	0,07	-0,08	-0,23**	-0,05	-0,13*	0,04	0,46**	0,31**	0,15**	0,28**	0,42**	0,21**	0,22**		
Arogancja	0,11*	0,22**	-0,17**	0,20**	0,11*	0,08	0,22**	0,20**	0,10	0,18**	0,17**	0,18**	0,23**		
Autorytarność	-0,05	-0,15**	-0,26**	-0,06	-0,19**	0,09	0,34**	0,18**	0,05	0,20**	0,28**	0,11	0,09		
Nieufność	0,32**	0,22**	-0,01	0,17**	0,12*	-0,03	0,10	0,20**	0,04	0,11	0,06	0,28**	0,23**		
Roszczeniowość	0,15**	0,24**	-0,08	0,20**	0,14*	0,08	0,18**	0,22**	0,12*	0,17**	0,11	0,17**	0,24**		
Poszukiwanie uwagi	0,13*	-0,23**	-0,27**	-0,11*	-0,19**	-0,14*	0,16**	0,13*	-0,13*	-0,09	0,03	0,12*	-0,07		
Wykorzystywanie innych	0,07	0,33**	-0,20**	0,28**	0,07	-0,06	0,08	0,17**	-0,06	0,09	0,01	0,10	0,12*		
Fantazje wielkościowe	0,14**	0,09	-0,23**	0,02	-0,07	-0,09	0,07	0,16**	-0,06	-0,02	0,00	0,11*	0,02		
Obojętność na krytykę	-0,26**	0,14*	-0,03	0,29**	0,01	0,07	0,04	0,02	0,05	0,12*	0,14*	-0,03	0,07		
Brak empatii	0,02	0,48**	-0,05	0,43**	0,25**	0,02	-0,01	0,04	-0,03	0,10	-0,04	0,00	0,16**		
Manipulacja	0,08	0,03	-0,30**	0,02	-0,13*	-0,05	0,22**	0,20**	-0,05	0,08	0,15**	0,18**	0,07		
Potrzeba bycia podziwianym	0,54**	0,06	0,08	-0,12*	0,12*	-0,05	-0,04	0,10	0,05	-0,04	-0,16**	0,17**	0,11*		
Gniew reaktywny	0,41**	0,21**	-0,05	0,06	0,15**	0,07	0,14**	0,20**	0,08	0,06	0,02	0,23**	0,23**		
Wstyd	0,53**	0,04	0,12*	0,01	0,23**	0,16**	0,14*	0,18**	0,15**	0,02	-0,02	0,24**	0,27**		
Poszukiwanie wrażeń	0,08	0,15**	-0,51**	-0,08	-0,23**	-0,04	0,14**	0,18**	0,01	0,15**	0,11*	0,03	0,03		
Wynik ogólny	0,28**	0,19**	-0,27**	0,15**	0,02	0,02	0,28**	0,30**	0,06	0,17**	0,16**	0,25**	0,24**		
Narcyzm wrażliwy	0,62**	0,18**	0,04	0,04	0,21**	0,06	0,12*	0,23**	0,11*	0,05	-0,03	0,31**	0,29**		
Narcyzm wielkościowy	0,08	0,15**	-0,34**	0,17**	-0,07	0,01	0,28**	0,26**	0,02	0,18**	0,21**	0,17**	0,16**		
Antagonizm	0,23**	0,33**	-0,25**	0,25**	0,08	0,01	0,20**	0,26**	0,04	0,17**	0,11*	0,21**	0,24**		

Adnotacja 1. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; **Adnotacja 2.** Opis skal FFOCI: Zamtartwienie się (N1), Chłód interpersonalny (E1), Niechęć do ryzyka (E5), Ograniczona uczuciowość (O3), Sztynność w zachowaniu (O4), Dogmatyczność (O6), Perfekcjonizm (C1), Skrupulatność (C2), Pryncypializm (C3), Pracoholizm (C4), Zawzięta determinacja (C5), Nadmierna rozważa (C6)

Tabela Z8
Korelacje cech narcystycznych (FFNI-SF) z cechami obsesyjno-kompulsywnymi (FFOCI) (grupa kliniczna nieoddziałowa)

Skale FFNI	Skale FFOCI											TOT	
	N1	E1	E5	O3	O4	O6	C1	C2	C3	C4	C5		C6
Poszukiwanie uznania	0,11	-0,07	-0,21*	-0,14	-0,16	-0,12	0,27**	0,14	0,07	0,38**	0,30**	0,10	0,11
Arogancja	-0,10	0,10	-0,26**	0,06	-0,12	0,09	0,03	0,03	-0,04	0,05	0,01	-0,14	-0,05
Autorytarność	-0,19*	-0,08	-0,24**	0,01	-0,14	0,03	0,19*	0,12	0,03	0,26**	0,14	-0,02	0,01
Nieufność	0,18*	0,35**	-0,04	0,41**	0,02	-0,01	0,01	0,13	0,01	0,00	-0,03	0,07	0,16
Roszczeniowość	-0,02	0,24**	-0,27**	0,11	0,04	-0,03	-0,09	0,02	-0,15	0,05	0,03	-0,26**	-0,06
Poszukiwanie uwagi	0,05	-0,20*	-0,35**	-0,18*	-0,33**	-0,16	-0,08	-0,16	-0,20*	-0,02	-0,13	-0,22*	-0,30**
Wykorzystywanie innych	0,02	0,23**	-0,30**	0,23**	-0,09	-0,13	-0,11	-0,04	-0,25**	-0,04	-0,15	-0,16	-0,13
Fantazje wielkościowe	0,09	0,05	-0,24**	0,03	-0,20*	-0,15	-0,12	-0,12	-0,23*	-0,06	-0,18*	-0,14	-0,19*
Obojętność na krytykę	-0,52**	0,08	-0,21*	0,10	-0,16	0,18*	-0,17	-0,22*	-0,18*	-0,04	0,01	-0,30**	-0,23**
Brak empatii	-0,14	0,51**	-0,12	0,53**	0,08	0,07	-0,13	-0,08	-0,14	-0,07	-0,03	-0,15	0,04
Manipulacja	0,01	-0,05	-0,35**	-0,10	-0,30**	-0,17	0,10	0,06	-0,19*	-0,04	-0,03	-0,04	-0,17
Potrzeba bycia podziwianym	0,63**	0,01	0,11	-0,10	-0,01	-0,12	0,06	0,14	0,06	-0,15	-0,12	0,21*	0,12
Gniew reaktywny	0,19*	0,19*	-0,21*	-0,04	-0,16	-0,01	-0,03	0,04	-0,03	-0,01	-0,11	-0,01	-0,03
Wstyd	0,52**	-0,01	0,06	-0,15	-0,03	-0,18*	0,14	0,04	0,02	-0,01	-0,02	0,22*	0,10
Poszukiwanie wrażeń	-0,17	0,04	-0,73**	-0,02	-0,42**	-0,17*	-0,05	-0,13	-0,28**	0,07	0,05	-0,26**	-0,31**
Wynik ogólny	0,09	0,16	-0,45**	0,08	-0,28**	-0,13	0,01	-0,01	-0,20*	0,05	-0,04	-0,15	-0,14
Narcyzm wrażliwy	0,53**	0,20*	-0,03	0,05	-0,06	-0,11	0,06	0,12	0,02	-0,06	-0,10	0,18*	0,12
Narcyzm wielkościowy	-0,12	0,10	-0,51**	0,08	-0,29**	-0,10	-0,02	-0,06	-0,24**	0,08	0,00	-0,24**	-0,21*
Antagonizm	0,00	0,30**	-0,46**	0,23**	-0,20*	-0,08	-0,05	0,01	-0,22*	0,00	-0,05	-0,18*	-0,12

Adnotacja 1. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; Adnotacja 2. Opis skal FFOCI: Zamtartwienie się (N1), Chłód interpersonalny (E1), Niechęć do ryzyka (E5), Ograniczona uczuciowość (O3), Sztynność w zachowaniu (O4), Dogmatyczność (O6), Perfekcjonizm (C1), Skrupulatność (C2), Pryncypializm (C3), Pracoholizm (C4), Zawzięta determinacja (C5), Nadmierna rozważa (C6)

Tabela Z9
Korelacje cech narcystycznych (FFNI-SF) z cechami obsesyjno-kompulsywnymi (FFOCI) (grupa kliniczna oddziałowa)

Skale FFNI	Skale FFOCI											TOT	
	N1	E1	E5	O3	O4	O6	C1	C2	C3	C4	C5		C6
Poszukiwanie uznania	-0,20	-0,39**	-0,25*	-0,09	-0,25*	0,04	0,57**	0,30**	0,08	0,34**	0,48**	0,25*	0,14
Arogancja	-0,07	-0,03	-0,15	0,07	-0,15	0,09	0,35**	0,29*	-0,05	0,06	0,08	0,20	0,10
Autorytarność	-0,18	-0,25*	-0,37**	-0,24*	-0,37**	-0,06	0,49**	0,28*	-0,02	0,10	0,14	0,13	-0,04
Nieufność	0,22	0,28*	0,19	0,25*	0,08	0,23*	-0,24*	-0,02	0,14	-0,05	-0,04	0,03	0,13
Roszczeniowość	0,10	0,19	0,06	0,05	0,11	0,09	0,08	0,24*	0,01	0,09	-0,01	0,15	0,16
Poszukiwanie uwagi	-0,05	-0,30**	-0,44**	-0,20	-0,39**	-0,07	0,27*	0,17	-0,19	-0,05	0,03	0,07	-0,15
Wykorzystywanie innych	0,00	0,18	-0,10	0,17	0,00	-0,10	0,08	0,04	-0,19	0,09	-0,05	0,02	0,02
Fantazje wielkościowe	0,00	-0,08	-0,28*	-0,14	-0,22	-0,06	0,14	0,01	-0,16	-0,04	-0,15	0,02	-0,13
Obojętność na krytykę	-0,29*	-0,03	-0,07	0,17	0,02	0,08	0,12	0,22	0,09	0,35**	0,48**	0,02	0,17
Brak empatii	-0,15	0,52**	0,15	0,45**	0,18	0,14	-0,13	0,03	0,09	0,06	0,12	0,05	0,20
Manipulacja	-0,05	-0,06	-0,27*	-0,24*	-0,25*	-0,25*	0,17	0,09	-0,20	0,04	-0,12	0,02	-0,15
Potrzeba bycia podziwianym	0,56**	0,11	0,10	-0,06	0,06	-0,05	-0,04	0,04	-0,04	-0,36**	-0,40**	0,12	-0,02
Gniew reaktywny	0,25*	-0,02	-0,08	-0,11	-0,10	0,16	0,06	0,19	-0,04	-0,07	-0,12	0,20	0,03
Wstyd	0,46**	0,02	0,20	0,12	0,21	0,20	0,10	0,19	0,17	-0,02	-0,18	0,32**	0,23*
Poszukiwanie wrażeń	-0,07	-0,22	-0,71**	-0,11	-0,39**	-0,18	0,05	0,06	-0,26*	-0,04	-0,04	-0,20	-0,29*
Wynik ogólny	0,05	-0,04	-0,31**	-0,01	-0,22	0,01	0,29*	0,28*	-0,09	0,07	0,03	0,17	0,03
Narcyzm wrażliwy	0,55**	0,13	0,15	0,06	0,09	0,19	-0,04	0,15	0,08	-0,18	-0,27*	0,25*	0,14
Narcyzm wielkościowy	-0,14	-0,09	-0,38**	-0,04	-0,27*	-0,05	0,33**	0,25*	-0,13	0,14	0,13	0,10	-0,01
Antagonizm	0,03	0,15	-0,23*	0,09	-0,13	0,01	0,09	0,19	-0,12	0,04	-0,04	0,08	0,02

Adnotacja 1. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; **Adnotacja 2.** Opis skal FFOCI: Zamartwienie się (N1), Chłód interpersonalny (E1), Niechęć do ryzyka (E5), Ograniczona uczuciowość (O3), Sztynność w zachowaniu (O4), Dogmatyczność (O6), Perfekcjonizm (C1), Skrupulatność (C2), Pracochłonność (C3), Pracochłonność (C4), Zawzięta determinacja (C5), Nadmierna rozważa (C6)

Tabela Z10

Interkorelacje wymiarów przywiązania (grupa ogólna/kliniczna nieoddziałowa/kliniczna oddziałowa)

	Wymiary przywiązania	
	Niepokój	Unikanie
Niepokój	1,00/1,00/1,00	0,34*/0,14/-0,02
Unikanie	0,34**/0,14/-0,02	1,00/1,00/1,00

Adnotacja. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tabela Z11

Parametry związane z ulokowaniem cech związanych z NPD mierzonych kwestionariuszem FFNI-SF na kołowej strukturze (grupa ogólna)

Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Poszukiwanie uznania (ACC)	0,81	0,14 [0,09; 0,19]	0,28 [0,21; 0,36]	356,9 [337,7; 15,5]
Arogancja (ARR)	0,92	0,11 [0,06; 0,15]	0,25 [0,18; 0,33]	289,2 [269,2; 312,8]
Autorytarność (AUT)	0,90	0,12 [0,08; 0,16]	0,39 [0,32; 0,45]	356,2 [343,3; 8,2]
Nieufność (DIS)	0,98	0,12 [0,07; 0,16]	0,30 [0,20; 0,40]	246,0 [229,0; 263,1]
Roszczeniowość (ENT)	0,93	0,13 [0,09; 0,18]	0,26 [0,18; 0,36]	265,3 [246,1; 282,8]
Poszukiwanie uwagi (EXH)	0,92	0,09 [0,05; 0,13]	0,31 [0,24; 0,39]	327,1 [308,2; 345,6]
Wykorzystywanie innych (EXP)	0,98	0,07 [0,03; 0,12]	0,37 [0,30; 0,45]	271,3 [258,5; 283,9]
Fantazje wielkościowe (GRA)	0,95	0,09 [0,05; 0,13]	0,29 [0,22; 0,37]	281,3 [264,2; 301,5]
Obojętność na krytykę (IND)	0,90	0,02 [-0,03; 0,07]	0,12 [0,05; 0,20]	16,9 [323,8; 60,3]
Brak empatii (LAC)	0,99	0,00 [-0,04; 0,05]	0,42 [0,34; 0,50]	247,0 [236,2; 258,1]
Manipulacja (MAN)	0,94	0,12 [0,08; 0,17]	0,36 [0,29; 0,44]	311,0 [297,2; 326,9]
Potrzeba bycia podziwianym (NEE)	0,96	0,07 [0,02; 0,11]	0,37 [0,28; 0,46]	221,4 [206,6; 235,6]
Gniew reaktywny (REA)	0,98	0,13 [0,09; 0,18]	0,40 [0,31; 0,48]	258,1 [247,4; 269,9]
Wstyd (SHA)	0,96	0,08 [0,03; 0,13]	0,26 [0,16; 0,36]	213,0 [190,9; 231,7]
Poszukiwanie wrażeń (THR)	0,96	0,14 [0,10; 0,19]	0,34 [0,25; 0,44]	309,6 [295,8; 326,0]
Wynik ogólny	0,95	0,18 [0,14; 0,22]	0,41 [0,33; 0,48]	284,8 [273,8; 296,4]
Narcyzm wrażliwy	0,99	0,14 [0,09; 0,18]	0,43 [0,34; 0,52]	236,5 [224,8; 247,7]
Narcyzm wielkościowy	0,92	0,15 [0,11; 0,20]	0,39 [0,32; 0,45]	305,6 [292,8; 319,6]
Narcyzm antagonistyczny	0,97	0,15 [0,11; 0,20]	0,44 [0,36; 0,52]	274,4 [264,2; 285,1]

Tabela Z12

Parametry związane z ulokowaniem cech związanych z NPD mierzonych kwestionariuszem PID-5 na kołowej strukturze (grupa ogólna)

Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Poszukiwanie uwagi	0,94	0,11 [0,07; 0,15]	0,39 [0,33; 0,46]	306,3 [293,1; 319,8]
Wielkościowość	0,89	0,13 [0,09; 0,18]	0,23 [0,15; 0,32]	277,8 [258,8; 300,1]
PID-5_NPD	0,92	0,14 [0,09; 0,18]	0,35 [0,28; 0,43]	296,8 [283,2; 312,4]

Tabela Z13

Parametry związane z ulokowaniem cech związanych z NPD mierzonych kwestionariuszem FFNI-SF na kołowej strukturze (grupa kliniczna nieoddziałowa)

Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Poszukiwanie uznania (ACC)	0,90	0,07 [0,01; 0,13]	0,27 [0,14; 0,42]	349,5 [318,5; 270,0]
Arogancja (ARR)	0,97	0,01 [-0,05; 0,07]	0,38 [0,26; 0,50]	311,2 [288,1; 333,8]
Autorytarność (AUT)	0,96	0,02 [-0,03; 0,08]	0,46 [0,35; 0,58]	354,3 [338,1; 10,7]
Nieufność (DIS)	0,99	0,05 [-0,01; 0,11]	0,39 [0,27; 0,52]	241,3 [220,6; 264,6]
Rozszczeniowość (ENT)	0,97	0,07 [0,02; 0,12]	0,36 [0,26; 0,48]	281,7 [254,6; 305,3]
Poszukiwanie uwagi (EXH)	0,98	0,04 [-0,02; 0,10]	0,43 [0,29; 0,57]	325,5 [307,1; 344,2]
Wykorzystywanie innych (EXP)	0,98	0,02 [-0,05; 0,09]	0,42 [0,30; 0,54]	289,6 [269,4; 312,0]
Fantazje wielkościowe (GRA)	0,98	0,03 [-0,03; 0,09]	0,41 [0,30; 0,53]	288,0 [262,7; 310,5]
Obojętność na krytykę (IND)	0,95	-0,06 [-0,12; -0,01]	0,31 [0,17; 0,46]	1,2 [336,6; 32,7]
Brak empatii (LAC)	0,94	-0,08 [-0,14; -0,02]	0,34 [0,22; 0,47]	259,8 [237,3; 283,3]
Manipulacja (MAN)	0,98	0,05 [-0,00; 0,12]	0,44 [0,31; 0,56]	327,5 [309,8; 345,4]
Potrzeba bycia podziwianym (NEE)	0,96	0,06 [0,00; 0,12]	0,42 [0,30; 0,56]	213,2 [194,3; 232,2]
Gniew reaktywny (REA)	0,97	0,07 [0,01; 0,13]	0,42 [0,33; 0,53]	281,3 [259,6; 302,2]
Wstyd (SHA)	0,89	0,09 [0,02; 0,15]	0,25 [0,12; 0,40]	218,4 [182,9; 251,1]
Poszukiwanie wrażeń (THR)	0,99	0,07 [0,02; 0,13]	0,48 [0,36; 0,60]	315,0 [299,0; 330,7]
Wynik ogólny	0,99	0,07 [0,02; 0,13]	0,57 [0,48; 0,66]	298,9 [284,0; 312,7]
Narcyzm wrażliwy	0,99	0,10 [0,04; 0,16]	0,47 [0,34; 0,60]	240,5 [225,9; 258,6]
Narcyzm wielkościowy	0,98	0,04 [-0,01; 0,10]	0,58 [0,48; 0,68]	315,7 [301,6; 329,5]
Narcyzm antagonistyczny	0,99	0,06 [0,00; 0,11]	0,57 [0,48; 0,65]	291,5 [277,1; 305,5]

Tabela Z14

Parametry związane z ulokowaniem cech związanych z NPD mierzonych kwestionariuszem PID-5 na kołowej strukturze (grupa kliniczna nieoddziałowa)

Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Poszukiwanie uwagi	0,97	0,07 [0,01; 0,13]	0,54 [0,44; 0,64]	312,8 [297,5; 327,4]
Wielkościowość	0,97	0,05 [-0,01; 0,11]	0,45 [0,31; 0,57]	314,5 [295,9; 331,2]
PID-5_NPD	0,97	0,07 [0,01; 0,13]	0,54 [0,43; 0,65]	313,5 [297,5; 327,3]

Tabela Z15

Parametry związane z ulokowaniem cech związanych z NPD mierzonych kwestionariuszem FFNI-SF na kołowej strukturze (grupa kliniczna oddziałowa)

Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Poszukiwanie uznania (ACC)	0,92	0,14 [0,05; 0,22]	0,50 [0,36; 0,63]	291 [11,7; 45,7]
Arogancja (ARR)	0,83	0,12 [0,02; 0,21]	0,28 [0,12; 0,46]	340,7 [295,7; 12,4]
Autorytarność (AUT)	0,92	0,13 [0,07; 0,20]	0,53 [0,40; 0,66]	354,3 [333,8; 13,9]
Nieufność (DIS)	0,79	-0,05 [-0,14; 0,05]	0,27 [0,12; 0,43]	225,1 [188,1; 272,6]
Rozszczeniowość (ENT)	0,82	0,08 [0,01; 0,16]	0,23 [0,08; 0,41]	297,0 [251,3; 358,6]
Poszukiwanie uwagi (EXH)	0,93	0,16 [0,09; 0,23]	0,46 [0,32; 0,60]	337,2 [315,2; 358,2]
Wykorzystywanie innych (EXP)	0,86	0,03 [-0,06; 0,12]	0,27 [0,11; 0,45]	290,4 [247,4; 334,8]
Fantazje wielkościowe (GRA)	0,90	0,11 [0,01; 0,19]	0,27 [0,13; 0,43]	329,2 [290,6; 7,7]
Obojętność na krytykę (IND)	0,96	0,04 [-0,03; -0,12]	0,36 [0,21; 0,54]	38,2 [12,2; 79,2]
Brak empatii (LAC)	0,89	-0,06 [-0,13; 0,02]	0,23 [0,07; 0,41]	238,2 [177,6; 287,2]
Manipulacja (MAN)	0,96	0,07 [-0,01; 0,15]	0,44 [0,29; 0,59]	328,3 [305,8; 349,3]
Potrzeba bycia podziwianym (NEE)	0,94	0,05 [-0,02; 0,13]	0,40 [0,25; 0,57]	218,8 [193,8; 257,9]
Gniew reaktywny (REA)	0,78	0,07 [0,00; 0,14]	0,29 [0,15; 0,45]	298,9 [255,3; 338,7]
Wstyd (SHA)	0,89	0,07 [-0,00; 0,15]	0,27 [0,11; 0,47]	202,2 [168,0; 270,6]
Poszukiwanie wrażeń (THR)	0,91	0,09 [0,02; 0,17]	0,46 [0,31; 0,62]	322,1 [297,4; 344,2]
Wynik ogólny	0,94	0,15 [0,07; 0,22]	0,44 [0,28; 0,59]	323,6 [300,2; 346,7]
Narcyzm wrażliwy	0,96	0,06 [-0,02; 0,13]	0,36 [0,21; 0,54]	232,8 [204,4; 275,8]
Narcyzm wielkościowy	0,94	0,14 [0,06; 0,22]	0,49 [0,34; 0,64]	338,4 [318,2; 358,5]
Narcyzm antagonistyczny	0,96	0,08 [0,00; 0,16]	0,43 [0,28; 0,58]	304,1 [279,6; 330,8]

Tabela Z16

Parametry związane z ulokowaniem cech związanych z NPD mierzonych kwestionariuszem PID-5 na kołowej strukturze KMMO (grupa kliniczna oddziałowa)

Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Poszukiwanie uwagi	0,93	0,13 [0,06; 0,20]	0,47 [0,33; 0,63]	336,4 [316,1; 356,4]
Wielkościowość	0,89	0,05 [-0,02; 0,12]	0,28 [0,12; 0,47]	334,4 [293,2; 14,5]
PID-5_NPD	0,94	0,11 [0,04; 0,18]	0,46 [0,30; 0,62]	335,8 [314,0; 357,9]

Tabela Z17

Parametry związane z ulokowaniem cech związanych z OCPD mierzonych kwestionariuszem FFOCI na kołowej strukturze (grupa ogólna)

Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Zamartwianie się (N1)	0,98	0,13 [0,09; 0,17]	0,30 [0,21; 0,39]	216,7 [200,5; 232,5]
Chłód interpersonalny (E1)	0,99	-0,02 [-0,06; 0,02]	0,43 [0,35; 0,50]	232,2 [222,5; 241,5]
Niechęć do ryzyka (E5)	0,97	-0,03 [-0,07; 0,01]	0,38 [0,31; 0,46]	141,5 [126,7; 158,8]
Ograniczona uczuciowość (O3)	0,95	-0,01 [-0,05; 0,03]	0,20 [0,12; 0,29]	225,1 [202,4; 247,7]
Sztywność w zachowaniu (O4)	0,99	-0,01 [-0,05; 0,04]	0,35 [0,28; 0,43]	174,5 [158,2; 189,6]
Dogmatyczność (O6)	0,95	0,04 [0,00; 0,09]	0,19 [0,11; 0,28]	115,2 [90,9; 146,6]
Perfekcjonizm (C1)	0,69	0,15 [0,11; 0,19]	0,23 [0,14; 0,32]	74,4 [55,3; 97,5]
Skrupulatność (C2)	0,43	0,15 [0,11; 0,19]	0,11 [0,05; 0,20]	137,3 [82,0; 193,8]
Pryncypializm (C3)	0,92	0,11 [0,08; 0,15]	0,26 [0,18; 0,34]	119,1 [99,9; 140,1]
Pracoholizm (C4)	0,84	0,11 [0,07; 0,15]	0,20 [0,11; 0,29]	90,1 [63,7; 118,9]
Zawzięta determinacja (C5)	0,86	0,12 [0,08; 0,16]	0,35 [0,27; 0,43]	74,9 [62,3; 89,7]
Nadmierna rozważa (C6)	0,70	0,13 [0,09; 0,17]	0,16 [0,08; 0,25]	168,9 [127,7; 203,0]
Wynik ogólny	0,87	0,13 [0,09; 0,17]	0,25 [0,18; 0,33]	149,0 [126,1; 170,6]

Tabela Z18

Parametry związane z ulokowaniem cech związanych z OCPD mierzonych kwestionariuszem PID-5 na kołowej strukturze KMMO (grupa ogólna)

Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Unikanie bliskości	0,90	0,03 [-0,02; 0,07]	0,15 [0,07; 0,26]	196,7 [150,3; 229,7]
Perseweracja	0,97	0,10 [0,06; 0,14]	0,39 [0,31; 0,47]	241,4 [229,6; 252,8]
Ograniczenie emocjonalności	0,99	0,06 [0,01; 0,10]	0,27 [0,18; 0,37]	218,7 [197,9; 236,9]
Sztywny perfekcjonizm	0,74	0,15 [0,11; 0,20]	0,15 [0,07; 0,24]	211,2 [173,8; 241,5]
PID-5_OCPD	0,99	0,12 [0,07; 0,16]	0,31 [0,23; 0,39]	222,3 [206,8; 237,5]

Tabela Z19

Parametry związane z ulokowaniem cech związanych z OCPD mierzonych kwestionariuszem FFOCI na kołowej strukturze (grupa kliniczna nieoddziałowa)

Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Zamartwianie się (N1)	0,97	0,12 [0,06; 0,18]	0,43 [0,30; 0,55]	191,8 [172,8; 210,2]
Chłód interpersonalny (E1)	0,98	-0,05 [-0,11; 0,01]	0,48 [0,37; 0,60]	230,8 [215,0; 248,2]
Niechęć do ryzyka (E5)	0,99	-0,02 [-0,08; 0,03]	0,59 [0,49; 0,69]	147,5 [133,2; 161,2]
Ograniczona uczuciowość (O3)	0,95	-0,04 [-0,10; 0,02]	0,29 [0,16; 0,42]	216,7 [187,8; 244,3]
Sztywność w zachowaniu (O4)	0,99	0,00 [-0,05; 0,05]	0,49 [0,39; 0,60]	158,3 [144,1; 172,0]
Dogmatyczność (O6)	0,68	0,01 [-0,04; 0,08]	0,09 [0,02; 0,23]	158,9 [46,0; 268,8]
Perfekcjonizm (C1)	0,65	0,08 [0,02; 0,14]	0,13 [0,04; 0,28]	105,1 [38,7; 178,8]
Skrupulatność (C2)	0,89	0,12 [0,07; 0,18]	0,31 [0,20; 0,45]	165,1 [139,0; 191,7]
Pryncypializm (C3)	0,94	0,08 [0,03; 0,14]	0,35 [0,24; 0,47]	151,8 [124,1; 177,6]
Pracoholizm (C4)	0,85	0,07 [0,00; 0,12]	0,18 [0,07; 0,32]	70,7 [15,8; 115,9]
Zawzięta determinacja (C5)	0,79	0,07 [0,01; 0,11]	0,24 [0,13; 0,37]	88,4 [51,1; 121,1]
Nadmierna rozwaga (C6)	0,97	0,10 [0,05; 0,15]	0,39 [0,27; 0,51]	159,6 [137,1; 181,4]
Wynik ogólny	0,96	0,09 [0,04; 0,13]	0,47 [0,36; 0,59]	163,5 [146,8; 179,9]

Tabela Z20

Parametry związane z ulokowaniem cech związanych z OCPD mierzonych kwestionariuszem PID-5 na kołowej strukturze KMMO (grupa kliniczna nieoddziałowa)

Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Unikanie bliskości	0,97	0,01 [-0,06; 0,08]	0,24 [0,10; 0,38]	192,7 [149,6; 231,8]
Persewercja	0,97	0,13 [0,07; 0,18]	0,39 [0,26; 0,53]	225,0 [204,9; 246,9]
Ograniczenie emocjonalności	0,95	0,02 [-0,04; 0,09]	0,31 [0,17; 0,44]	232,4 [207,0; 264,7]
Sztywny perfekcjonizm	0,92	0,13 [0,08; 0,19]	0,36 [0,24; 0,49]	196,7 [172,3; 219,8]
PID-5_OCPD	0,98	0,10 [0,04; 0,17]	0,44 [0,31; 0,57]	212,1 [194,1; 229,3]

Tabela Z21

Parametry związane z ulokowaniem cech związanych z OCPD mierzonych kwestionariuszem FFOCI na kołowej strukturze (grupa kliniczna oddziałowa)

Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Zamartwianie się (N1)	0,88	0,07 [-0,02; 0,15]	0,34 [0,18; 0,53]	202,2 [178,3; 248,1]
Chłód interpersonalny (E1)	0,98	-0,10 [-0,17; -0,03]	0,46 [0,32; 0,61]	206,9 [182,4; 229,7]
Niechęć do ryzyka (E5)	0,97	-0,02 [-0,08; 0,05]	0,55 [0,41; 0,68]	151,2 [133,6; 168,0]
Ograniczona uczuciowość (O3)	0,97	-0,06 [-0,15; 0,04]	0,37 [0,20; 0,53]	168,9 [138,3; 195,6]
Sztywność w zachowaniu (O4)	0,96	0,00 [-0,06; 0,07]	0,51 [0,37; 0,64]	157,9 [138,6; 176,2]
Dogmatyczność (O6)	0,92	0,04 [-0,04; 0,12]	0,34 [0,20; 0,48]	137,0 [106,1; 162,1]
Perfekcjonizm (C1)	0,84	0,17 [0,08; 0,24]	0,37 [0,23; 0,54]	71,0 [46,5; 101,0]
Skrupulatność (C2)	0,75	0,15 [0,07; 0,23]	0,25 [0,13; 0,40]	95,2 [52,7; 139,8]
Pryncypializm (C3)	0,95	0,02 [-0,05; 0,11]	0,41 [0,26; 0,56]	134,7 [108,0; 156,5]
Pracoholizm (C4)	0,87	0,01 [-0,08; 0,09]	0,30 [0,14; 0,49]	95,9 [60,5; 136,3]
Zawzięta determinacja (C5)	0,95	0,11 [0,03; 0,19]	0,47 [0,36; 0,60]	81,8 [59,0; 106,6]
Nadmierna rozwaga (C6)	0,86	0,12 [0,02; 0,21]	0,28 [0,11; 0,46]	136,7 [87,1; 173,8]
Wynik ogólny	0,95	0,07 [-0,01; 0,15]	0,47 [0,34; 0,61]	137,4 [114,6; 156,2]

Tabela Z22

Parametry związane z ulokowaniem cech związanych z OCPD mierzonych kwestionariuszem PID-5 na kołowej strukturze (grupa kliniczna oddziałowa)

Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Unikanie bliskości	0,91	-0,01 [-0,09; 0,08]	0,18 [0,05; 0,35]	141,9 [80,6; 215,3]
Persewercja	0,87	0,07 [-0,01; 0,16]	0,26 [0,10; 0,45]	214,0 [177,8; 278,9]
Ograniczenie emocjonalności	0,85	-0,03 [-0,12; 0,06]	0,27 [0,13; 0,42]	188,5 [153,1; 232,1]
Sztywny perfekcjonizm	0,70	0,10 [0,02; 0,19]	0,25 [0,12; 0,42]	135,4 [90,3; 175,6]
PID-5_OCPD	0,89	0,10 [-0,03; 0,14]	0,30 [0,15; 0,46]	169,9 [136,7; 207,0]

Tabela Z23

Parametry ulokowania dymensji związanych z zaburzeniami osobowości mierzonych kwestionariuszem PiCD na kołowej strukturze (grupa ogólna)

Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Negatywny afekt	0,99	0,13 [0,09; 0,17]	0,48 [0,39; 0,56]	233,7 [223,4; 244,1]
Rozhamowanie	0,96	0,01 [-0,03; 0,05]	0,62 [0,55; 0,68]	262,0 [254,4; 270,1]
Izolacja	0,97	0,03 [-0,02; 0,07]	0,50 [0,42; 0,56]	208,3 [197,7; 218,7]
Dyssocjalność	0,98	0,11 [0,06; 0,15]	0,48 [0,42; 0,55]	280,2 [270,5; 290,1]
Anankastyczność	0,85	0,14 [0,10; 0,18]	0,29 [0,22; 0,37]	128,9 [109,0; 151,2]

Tabela Z24

Parametry ulokowania dymensji związanych z zaburzeniami osobowości mierzonych kwestionariuszem PiCD na kołowej strukturze (grupa kliniczna nieoddziałowa)

Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Negatywny afekt	0,98	0,16 [0,10; 0,21]	0,45 [0,33; 0,57]	221,0 [203,8; 239,4]
Rozhamowanie	0,97	0,04 [-0,00; 0,09]	0,62 [0,53; 0,70]	289,5 [275,7; 301,3]
Izolacja	0,99	0,07 [0,01; 0,13]	0,56 [0,46; 0,67]	199,2 [185,0; 212,3]
Dyssocjalność	0,98	0,06 [0,00; 0,11]	0,57 [0,48; 0,66]	293,8 [281,6; 306,1]
Anankastyczność	0,97	0,11 [0,06; 0,16]	0,53 [0,42; 0,64]	156,3 [141,4; 172,2]

Tabela Z25

Parametry ulokowania dymensji związanych z zaburzeniami osobowości mierzonych kwestionariuszem PID-5 na kołowej strukturze (grupa kliniczna oddziałowa)

Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Negatywny afekt	0,86	0,14 [0,04; 0,22]	0,36 [0,23; 0,52]	242,4 [210,1; 275,3]
Rozhamowanie	0,90	0,02 [-0,06; 0,10]	0,53 [0,41; 0,66]	275,3 [255,0; 296,6]
Izolacja	0,97	-0,01 [-0,07; 0,07]	0,63 [0,53; 0,74]	179,1 [166,8; 193,2]
Dyssocjalność	0,96	0,06 [-0,04; 0,16]	0,46 [0,31; 0,61]	296,4 [276,6; 317,7]
Anankastyczność	0,88	0,14 [0,06; 0,22]	0,44 [0,33; 0,57]	124,4 [100,1; 146,4]

Tabela Z26

Parametry ulokowania podstawowych wymiarów przywiązania na kołowej strukturze KMMO (grupa ogólna)

Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Niepokój	0,96	0,09 [0,05; 0,13]	0,42 [0,33; 0,51]	240,5 [229,0; 251,6]
Unikanie	0,9	-0,04 [-0,08; 0,00]	0,38 [0,29; 0,46]	236,6 [224,4; 248,9]

Tabela Z27

Parametry ulokowania podstawowych wymiarów przywiązania na kołowej strukturze KMMO (grupa kliniczna nieoddziałowa)

Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Niepokój	0,98	0,13 [0,08; 0,18]	0,36 [0,23; 0,49]	242,0 [218,0; 270,8]
Unikanie	0,98	0,01 [-0,06; 0,08]	0,29 [0,17; 0,42]	217,9 [187,9; 246,3]

Tabela Z28

Parametry ulokowania podstawowych wymiarów przywiązania na kołowej strukturze KMMO (grupa kliniczna oddziałowa)

Skala	Dopasowanie (Fit)	Wysokość (Elevation)	Amplituda (Amplitude)	Położenie (Displacement)
Niepokój	0,87	0,07 [-0,02; 0,16]	0,37 [0,21; 0,54]	241,3 [210,6; 271,7]
Unikanie	0,95	0,01 [-0,09; 0,11]	0,25 [0,11; 0,43]	184,0 [148,7; 237,9]

Tabela Z29

Wynik testów post-hoc dla różnic średnich w trzech badanych grupach

	M (SD) - grupa I	M (SD) - grupa II	M (SD) - grupa III	Porównanie grup I-II	Porównanie grup II-III	Porównanie grup I-III
Wynik ogólny FFOCI	2,94 (0,45)	2,85 (0,46)	2,90 (0,59)	-	-	-
Wynik OCPD (PID-5)	0,98 (0,43)	0,98 (0,46)	1,21 (0,48)	-	+	+
Wynik ogólny FFNI	2,37 (0,44)	2,42 (0,45)	2,71 (0,48)	-	+	+
Narcyzm wrażliwy (FFNI)	2,81 (0,59)	3,27 (0,61)	3,65 (0,58)	+	+	+
Narcyzm wielkościowy (FFNI)	2,21 (0,50)	2,11 (0,52)	2,37 (0,61)	-	+	+
Narcyzm antagonizujący (FFNI)	2,08 (0,53)	2,12 (0,54)	2,49 (0,57)	-	+	+
Wynik NPD (PID-5)	0,79 (0,54)	0,72 (0,57)	0,92 (0,65)	-	+	-
Negatywny afekt (PiCD)	2,80 (0,72)	3,52 (0,76)	3,82 (0,72)	+	+	+
Rozhamowanie (PiCD)	2,12 (0,60)	2,27 (0,75)	2,76 (0,83)	-	+	+
Izolacja (PiCD)	2,19 (0,60)	2,47 (0,81)	2,77 (0,86)	+	+	+
Dysocjalność (PiCD)	1,91 (0,54)	1,83 (0,63)	2,19 (0,67)	-	+	+
Anankastyczność (PiCD)	3,20 (0,55)	3,21 (0,66)	3,07 (0,71)	-	-	-
Niepokój przywiązaniowy (DBZ-R)	3,19 (1,23)	4,04 (1,33)	4,77 (1,09)	+	+	+
Unikanie przywiązań (DBZ-R)	2,43 (0,94)	2,70 (1,21)	3,01 (1,18)	+	-	+
Delta-plus	3,52 (0,46)	3,37 (0,60)	3,26 (0,62)	+	-	+
Alfa-plus	4,00 (0,42)	3,83 (0,48)	3,58 (0,56)	+	+	+
Gamma-plus	3,77 (0,44)	3,41 (0,52)	2,97 (0,62)	+	+	+
Beta-plus	3,51 (0,59)	3,19 (0,67)	3,10 (0,88)	+	-	+
Delta-minus	2,70 (0,57)	2,67 (0,71)	2,98 (0,76)	-	+	+
Alfa-minus	2,11 (0,60)	2,38 (0,72)	2,70 (0,77)	+	+	+
Gamma-minus	2,23 (0,64)	3,05 (0,80)	3,39 (0,69)	+	+	+
Beta-minus	2,66 (0,50)	3,10 (0,73)	3,14 (0,67)	+	-	+

Adnotacja 1. Grupa I = grupa ogólna, grupa II = grupa kliniczna nieoddziałowa, grupa III = grupa kliniczna oddziałowa

Adnotacja 2. + = istotny statystycznie wynik testu post-hoc, - = nieistotny statystycznie wynik testu post-hoc (test Gabriel lub test Games-Howell – w zależności od spełnienia założenia o jednorodności wariancji)