

Pomiar zaburzeń osobowości w systemie diagnostycznym ICD-11: Polska adaptacja Inwentarza osobowości PiCD

Assessment of personality disorder in the ICD-11 diagnostic system: Polish validation of the Personality Inventory for ICD-11

Jan Ciecuch^{1,2}, Patryk Łakuta¹, Włodzimierz Strus¹,
Joshua R. Oltmanns³, Thomas Widiger⁴

¹ Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Instytut Psychologii

² University of Zurich, University Research Priority Program Social Networks

³ Stony Brook University, Department of Psychiatry and Behavioral Health

⁴ University of Kentucky, Department of Psychology

Summary

Aim. This paper presents results of a study on the Polish adaptation of the Personality Inventory for ICD-11 (PiCD), which was developed to measure pathological traits under a new, dimensional model of personality disorders proposed in ICD-11.

Method. The study involved a non-clinical sample of $N = 597$ adults (51.4% female; $M_{\text{age}} = 30.24$ years; $SD = 12.07$ years). For convergent and divergent validity, Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) and Big Five Inventory-2 (BFI-2) were used.

Results. The results showed the Polish adaptation of the PiCD to be reliable and valid. Cronbach's alpha coefficient for PiCD scale scores ranged from 0.77 to 0.87 ($M\alpha = 0.82$). The four-factor structure of PiCD items with the three unipolar factors, "Negative Affectivity", "Detachment", and "Dissociality", and one bipolar "Anankastia" vs. "Disinhibition" factor was conformed. All PiCD traits are related to PID-5 pathological traits and BFI-2 normal traits in an expected way both in correlational and factor analyses.

Conclusions. Obtained data demonstrate satisfactory internal consistency, factorial validity, and convergent-discriminant validity of the Polish adaptation of PiCD in a non-clinical sample.

Słowa kluczowe: zaburzenia osobowości, ICD-11, PiCD

Key words: personality disorders, ICD-11, PiCD

Wstęp

Oficjalne systemy klasyfikacji psychopatologii, czyli DSM-5 [1] oraz ICD-11 [2], wyraźnie różnią się od swoich poprzednich edycji w sposobie ujmowania zaburzeń osobowości. Obie klasyfikacje zmieniły podejście kategorialne na dymensionalne. Ta istotna zmiana paradygmatu, poparta zarówno analizą teoretyczną, jak i wieloma dowodami empirycznymi, ma daleko idące implikacje kliniczne. W wypadku ICD-11 przyjęcie pełnej klasyfikacji dymensionalnej, opartej na teorii i badaniach osobowości w ujęciu cechowym, dostarcza solidnych i spójnych z naukowego punktu widzenia jednostek opisu patologii osobowości, a także istotnych informacji klinicznych, w tym ważnych przy planowaniu i prowadzeniu psychoterapii [3, 4]. W tym artykule prezentujemy polską adaptację samoopisowego *Inwentarza osobowości PiCD (Personality Inventory for ICD-11 – PiCD)* [5], stworzonego do pomiaru patologicznych wymiarów osobowości w modelu ICD-11.

Zaburzenia osobowości (ZO) są ważne dla systemu opieki zdrowotnej ze względu na ich znaczne rozpowszechnienie – dotyczą około 12% populacji dorosłych [6] oraz co najmniej 40% pacjentów psychiatrycznych leczonych ambulatoryjnie [7]. W 11 edycji ICD [2] dokonano zasadniczej zmiany sposobu diagnozy, pomiaru i klasyfikacji zaburzeń osobowości, wykonując tym samym istotny krok w kierunku budowy takiego systemu ich diagnozy, który będzie wywiedziony z badań empirycznych i uzasadniony teoretycznie.

Diagnoza na podstawie ICD-11 składa się z oszacowania jednego wskaźnika ogólnego nasilenia zaburzenia osobowości, pięciu wskaźników dysfunkcyjnych cech-domen osobowości oraz możliwości zastosowania dodatkowego kwalifikatora wzorca *borderline* [4, 8]. W pierwszym kroku szacowany jest poziom nasilenia ogólnej dysfunkcji osobowości (odpowiednio jako: brak zaburzenia – trudności osobowościowe – łagodne zaburzenie osobowości – umiarkowane zaburzenie osobowości – głębokie zaburzenie osobowości; przy czym progiem dla diagnozy ZO jest oszacowanie nasilenia na co najmniej łagodnym poziomie) [2]. W drugim kroku dysfunkcyjna struktura osobowości jest opisywana w ramach nasilenia pięciu dysfunkcyjnych wymiarów, tzw. cech-domen: „Negatywny afekt”, „Izolacja”, „Dyssocjalność”, „Rozhamowanie” i „Anankastyczność” (zob. rys. 1). W przeciwieństwie do DSM-5 [1] WHO [2] nie skorzystała z ujęcia hybrydowego, rezygnując tym samym z kategorii ZO jako jednostek nozologicznych i uwzględniając dla wszystkich ZO (a) pojedynczy wymiar nasilenia dysfunkcji, rozciągający się od bieguna braku zaburzenia do bieguna głębokiego zaburzenia osobowości [por. 3, 4], oraz (b) profil nasilenia pięciu dysfunkcyjnych cech. To ogólne nasilenie dysfunkcji osobowości odzwierciedla poziom, w jakim jedna lub więcej z głównych cech-domen zaburza Ja oraz funkcjonowanie interpersonalne pacjenta.

W konsekwencji problem nadmiernego współwystępowania różnych zaburzeń – charakterystyczny dla systemu kategorialnego – został znacząco zredukowany dzięki temu, że osoby ze złożoną patologią osobowości są diagnozowane nie poprzez przypisanie im kilku jednostek diagnostycznych (które nawet łącznie rzadko dostarczają kompletnego opisu klinicznego patologii osobowości danej osoby),

ale przez profil cech-domen. Warto zwrócić uwagę, że pozostawienie deskryptora *borderline* jest odstępstwem od ujęcia dymensjonalnego, które to odstępstwo jednak nie jest elementem modelu opartego na dowodach, ale zostało wprowadzone, ponieważ zwolennicy starej terminologii *borderline* nie zgodzili się na jego usunięcie (por. dyskusja w [4]). W związku z tym klinicyści, którzy uważają, że w danym wypadku system oparty na określeniu nasilenia zaburzenia wraz z opisem jego struktury za pomocą cech-domen jest niewystarczający, mogą dodatkowo użyć deskryptora *borderline*.

Biorąc pod uwagę pięć cech-domen ICD-11 i ich kombinacje, możliwa jest duża liczba konstelacji diagnostycznych, które pozwalają na dokonanie szczegółowej konceptualizacji klinicznej. Co więcej, oszacowanie poziomu nasilenia zaburzenia daje klinicystom informacje o poziomie ryzyka, prognozie, potrzebnej intensywności terapii, a także umożliwia ocenę zmiany (poprawy) na skali wspólnej dla wszystkich osób z zaburzeniami osobowości [3].

Dysfunkcjonalne cechy wyróżnione w ICD-11 mogą zostać zmierzone za pomocą *Inwentarza osobowości PiCD (Personality Inventory for ICD-11 – PiCD)* [5]. Jest to 60-itemowy kwestionariusz przeznaczony do pomiaru pięciu szerokich dysfunkcjonalnych cech-domen, scharakteryzowanych w tabeli 1. PiCD charakteryzuje się odpowiednią rzetelnością, trafnością strukturalną i różnicową [5, 9], a także trafnością zbieżną w odniesieniu do modelu Wielkiej Piątki, pięciu dysfunkcjonalnych cech-domen z *Alternatywnego modelu zaburzeń osobowości (AMZO) DSM-5* oraz innych modeli patologii osobowości [9–14].

Tabela 1. Cechy-domeny w klasyfikacji zaburzeń osobowości ICD-11 oraz przykładowe itemy PiCD dla każdej domeny

Cecha-domena	Podstawowa charakterystyka	Typowe przejawy oraz przykładowe itemy z PiCD
Negatywny afekt	Tendencja do doświadczania szerokiego zakresu negatywnych emocji, z intensywnością i częstością nieproporcjonalną do sytuacji.	Cechy w tej domenie zawierają: emocjonalną labilność i słabą regulację emocji, postawy negatywistyczne, nieufność, niską samoocenę i niską pewność siebie. Przykładowy item: „Jestem osobą pełną niepokoju”.
Izolacja	Tendencja do utrzymywania dystansu interpersonalnego (izolacja społeczna) oraz dystansu emocjonalnego (izolacja emocjonalna), manifestująca się w społecznym wycofaniu, obojętności na innych ludzi i izolowaniu się, w tym unikaniu zarówno relacji intymnych, jak i bliskich przyjaźni.	Cechy w tej domenie zawierają: unikanie interakcji społecznych, brak relacji przyjacielskich, unikanie intymności, zachowywanie dystansu w stosunku do innych, ograniczoną ekspresję emocji oraz zredukowane ich doświadczanie. Przykładowy item: „Wolę trzymać się z dala od innych ludzi”.

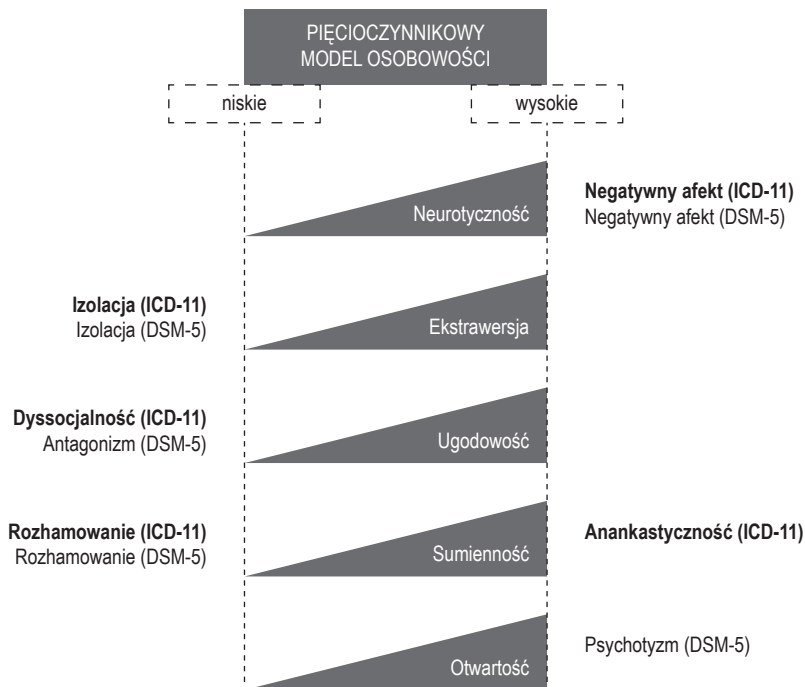
dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Cecha-domena	Podstawowa charakterystyka	Typowe przejawy oraz przykładowe itemy z PiCD
Dyssocjalność	Tendencja do lekceważenia zobowiązań społecznych, konwencji oraz praw i uczuć innych; bezwzględność w osiąganiu własnych celów.	Cechy w tej domenie zawierają: egocentryzm (np. roszczeniowość, poszukiwanie uwagi i oczekiwanie podziwu ze strony innych) oraz brak empatii (np. manipulowanie, wykorzystywanie innych, bezduszość, wrogość i agresja). Przykładowy item: „Bywałem/am tak wściekły/a, że wdawałem/am się w bójki”.
Rozhamowanie	Trwała tendencja do lekkomyślnego działania, wynikającego z bezpośrednich (zewnętrznych lub wewnętrznych) bodźców, bez brania pod uwagę potencjalnie szkodliwych konsekwencji.	Cechy w tej domenie zawierają: impulsywność, roztargnienie, nieodpowiedzialność, lekkomyślność i brak planowania. Przykładowy item: „Mam skłonność do impulsywnych zachowań”.
Anankastyczność	Odwierciedla silne skupienie na własnych sztywnych standardach doskonałości oraz/lub dobra i zła, a także na kontrolowaniu własnego (oraz innych) zachowania w celu dostosowania (zapewnienia zgodności) do swoich, szczegółowo określonych wzorców.	Cechy w tej domenie zawierają: perfekcjonizm (np. skłonność do porządku, zaabsorbowanie przestrzeganiem reguł oraz wypełnianiem norm i zobowiązań społecznych, skrupulatne przywiązywanie uwagi do szczegółów), zahamowanie emocjonalne i behawioralne (np. sztywna kontrola ekspresji emocji, upór, nieelastyczność, perseweratywność, nadmierna rozważa i ostrożność). Przykładowy item: „Przeznaczam wiele czasu na organizację i porządkowanie różnych kwestii”.

Zaadaptowane z ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Personality Disorder, gdzie znajdują się szczegółowe opisy każdej cechy-domeny [2, 15].

W tym ujęciu szczególnego znaczenia nabierają związki cech-domen wyróżnionych w ICD-11 ze zdrową Wielką Piątką/*Pięcioczynnikowym modelem osobowości* (PMO) oraz z już istniejącą patologiczną Wielką Piątką, zdefiniowaną w AMZO (DSM-5). Alternatywny model w DSM-5 [1] zawiera pięć cech osobowości, które zostały zaproponowane jako dysfunkcjonalne warianty wszystkich cech wyróżnionych w PMO. Model ZO ICD-11, w odróżnieniu od DSM-5, nie uwzględnia „Psychotyizmu”, co pozostaje w zgodzie z długą tradycją uznawania charakterystyk schizotypowych za przynależne raczej spektrum schizofrenii niż zaburzeń osobowości [2]. Do katalogu dysfunkcjonalnych cech włącza jednak „Anankastyczność” ze względu na kliniczną ważność tendencji obsesyjno-kompulsywnych, które konstytuują jedno z najbardziej rozpowszechnionych zaburzeń osobowości [6]. W konsekwencji dwie dysfunkcjonalne cechy-domeny modelu ICD-11 są powiązane z jedną cechą z PMO – „Sumiennością” – a ściślej z jej dwoma skrajnymi biegunami: „Anankastyczność” z wysoką „Sumiennością” oraz „Rozhamowanie”

z niską „Sumiennością”. Relacje między modelem zdrowej Wielkiej Piątki (czyli PMO) oraz dwoma modelami patologicznej Wielkiej Piątki (ICD-11 i DSM-5) zaprezentowano na rysunku 1.



Rysunek 1. Graficzna prezentacja teoretycznych i strukturalnych relacji między cechami wyróżnionymi w ICD-11, DSM-5 i PMO

Włączenie dysfunkcyjnych wariantów obu biegunów „Sumienności” sprawiło, że w badaniach nad strukturą czynnikową PiCD wykazano możliwe dwa modele. Analiza czynnikowa 60 itemów generowała porównywalne dopasowanie modelu czteroczynnikowego – i pięcioczynnikowego [por. 5, 9–11, 13, 16], jednak to model czteroczynnikowy wykazuje lepszą interpretowalność i spójność teoretyczną. Z teoretycznego punktu widzenia bowiem „Rozhamowanie” i „Anankastyczność” są skrajnymi biegunami jednego wymiaru – „Sumienności”, zatem bardziej uzasadnione jest ujęcie ich jako jednego dwubiegunowego czynnika „Anankastyczność – Rozhamowanie”. Rozwiązanie czteroczynnikowe z trzema jednobiegunowymi czynnikami (domeny: „Negatywny afekt”, „Izolacja”, „Dyssocjalność”) oraz czwartym czynnikiem, będącym dwubiegunowym kontinuum rozpostartym między biegunem zdefiniowanym przez domenę „Anankastyczności” oraz biegunem zdefiniowanym przez domenę „Rozhamowania”, pełniej ujmuje sposób konceptualizacji cech-domen osobowości w modelu ICD-11 [4, 17, por. 2] oraz jest bardziej uzasadnione teoretycznie i empirycznie niż rozwiąza-

nie pięcioczynnikowe [9–14, 18–23, zob. przegląd w 24]. W związku z tym, chociaż ICD-11 opisuje pięć domen, rozwiązanie pięcioczynnikowe jest koncepcyjnie słabsze niż rozwiązanie czteroczynnikowe.

Hipotezy

Celem prezentowanego badania była analiza właściwości psychometrycznych polskiej wersji PiCD. W szczególności oczekiwano potwierdzenia:

(1) czteroczynnikowej struktury polskiej wersji PiCD z trzema jednobiegowymi czynnikami („Negatywny afekt”, „Izolacja” i „Dyssocjalność”) oraz jednym czynnikiem dwubiegowym („Anankastyczność vs. Rozhamowanie”). Podobnie jak w oryginalnych badaniach Oltmannsa i Widigera [5] dopasowanie danych do modelu oszacowano na podstawie eksploracyjnego modelowania równań strukturalnych (*Exploratory Structural Equation Modeling* – ESEM), przeprowadzonego na itemach. ESEM jest dogodnym podejściem, ponieważ pozwala na test hipotezy o strukturalnej trafności (konfirmacyjna część modelu pomiarowego wraz ze wskaźnikami dopasowania), a zarazem dopuszcza ładunki krzyżowe (eksploracyjna część modelu pomiarowego) [25]. Zastosowano rotację *oblique target*, ze zdefiniowaniem wszystkich ładunków krzyżowych jako bliskich zeru. Oczekiwano, że wszystkie itemy będą budować odpowiednie czynniki z akceptowalnym dopasowaniem modelu do danych, czyli $RMSEA < 0,08$ i $SRMR < 0,05$. Podobnie do Oltmannsa i Widigera [5] spodziewano się, że CFI będzie poniżej progu 0,90 ze względu na dużą liczbę itemów.

(2) wewnętrznej spójności skal. Ta hipoteza była weryfikowana za pomocą współczynnika alfa Cronbacha. Za Oltmannsem i Widigerem [5, 9] oczekiwano wartości alfy Cronbacha $\geq 0,70$ dla wszystkich skal.

(3) zbieżnej i różnicowej trafności skal. Relacje skal PiCD z cechami zdrowej Wielkiej Piątki (PMO) i dysfunkcjonalnymi cechami osobowości wyróżnionymi w (AMZO) DSM-5 zostały określone za pomocą analiz korelacyjnych. Jeśli chodzi o korelacje świadczące o trafności zbieżnej, oczekiwano dodatniej korelacji „Negatywnego afektu” z „Neurotycznością”, ujemnej korelacji „Izolacji” i „Dyssocjalności” z – odpowiednio – „Ekstrawersją” i „Ugodowością” oraz korelacji „Anankastyczności” i „Rozhamowania” odpowiednio – dodatniej i ujemnej – z „Sumiennością”. Podobnie oczekiwano istotnych zależności między skalami PiCD a skalami PID-5 – dodatnich korelacji między „Negatywnym afektem” z PiCD a „Negatywnym afektem” z PID-5, między „Izolacją” z PiCD a „Izolacją” z PID-5, „Dyssocjalnością” z PiCD a „Antagonizmem” z PID-5, „Rozhamowaniem” z PiCD a „Rozhamowaniem” z PID-5 oraz ujemnej korelacji między „Anankastycznością” z PiCD a „Rozhamowaniem” z PID-5. W zakresie trafności różnicowej oczekiwano, że korelacje między cechami mierzonymi za pomocą PiCD a nieodpowiadającymi im koncepcyjnie cechami mierzonymi za pomocą *Inwentarza osobowości PID-5* i *Inwentarza BFI-2* będą mniejsze niż te świadczące o trafności zbieżnej.

Oczekiwano również potwierdzenia powyższego wzorca zależności w analizie czynnikowej, przeprowadzonej łącznie na pięciu skalach ICD-11, czterech skalach

DSM-5 (bez „Psychotyzy” oraz czterech skalach z PMO (bez „Otwartości”). Oczekiwano zatem rozwiązania czteroczynnikowego: (a) „Neurotyczność” (PMO) i „Negatywny afekt” z ICD-11 i DSM-5, (b) „Ekstrawersja” (PMO) oraz „Izolacja” z ICD-11 i DSM-5; (c) „Ugodowość” (PMO) oraz „Dyssocjalność” (ICD-11) i „Antagonizm” (DSM-5), (d) „Sumienność” (PMO), „Rozhamowanie” z ICD-11 i DSM-5 oraz „Anankastyczność” z ICD-11.

Metoda

Uczestnicy i procedura

Badanie przeprowadzono w dwóch średniej wielkości grupach dorosłych Polaków. Pierwsza grupa liczyła 242 osoby, a druga – 355 osób z centralnej Polski. Wszystkie analizy zostały przeprowadzone na połączonej grupie $N = 597$ dorosłych (51,4% kobiet; $M_{\text{wiek}} = 30,24$ lat; $SD_{\text{wiek}} = 12,07$ lat). Było to badanie samoopisowe, w formie papier-ołówek, przeprowadzone przez przeszkolonych studentów psychologii, z których każdy badał około 6–10 osób spośród swoich dalekich krewnych lub znajomych. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. W obu grupach wykorzystano PiCD oraz kwestionariusz do pomiaru patologicznej Wielkiej Piątki z DSM-5 (AMZO). Dodatkowo badani w grupie pierwszej wypełnili kwestionariusz do pomiaru zdrowej Wielkiej Piątki cech osobowości (PMO). Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z rekomendacjami Komisji Etycznej Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.

Narzędzia

Inwentarz osobowości PiCD

PiCD [5] jest 60-itemowym samoopisowym kwestionariuszem przeznaczonym do pomiaru pięciu szerokich cech-domen osobowości wymienionych w tabeli 1. Na każdą domenę składa się 12 itemów ocenianych na 5-stopniowej skali Likerta od 1 („zdecydowanie nie zgadzam się z tym stwierdzeniem”) do 5 („zdecydowanie zgadzam się z tym stwierdzeniem”).

Inwentarz osobowości PID-5

PID-5 [26, polska adaptacja: 27] jest 220-itemowym samoopisowym kwestionariuszem do pomiaru 25 patologicznych cech-aspektów przyporządkowanych pięciu cechom-domenom, wyróżnionych w AMZO (Kryterium B) DSM-5 [1]. Itemy są oceniane na 4-stopniowej skali Likerta od 0 („zdecydowanie nieprawdziwe lub bardzo często nieprawdziwe”) do 3 („zdecydowanie prawdziwe lub bardzo często prawdziwe”). PID-5 wykazuje dobre właściwości psychometryczne w grupach klinicznych i nieklinicznych [np. 21, 26, 28]. W prezentowanym badaniu wykorzystano jedynie wskaźniki pięciu domen, czyli skale: „Negatywnego afektu”, „Izolacji”, „Antagoni-

zmu”, „Rozhamowania” i „Psychotyizmu”, dla których alfa Cronbacha wynosiła od 0,89 do 0,95 ($M_{\alpha} = 0,93$).

Inwentarz BFI-2

Do pomiaru PMO, a więc Wielkiej Piątki cech zdrowej osobowości, wykorzystano *Inwentarz BFI-2* [29]. Jest to 60-itemowy kwestionariusz przeznaczony do pomiaru pięciu cech-domen: „Neurotyczności”, „Ekstrawersji”, „Otwartości”, „Ugodowości” i „Sumienności”, oraz ich 15 cech-aspektów, których nie wykorzystano w prezentowanym badaniu. Na każdą skalę-domenę składa się 12 itemów ocenianych na 5-stopniowej skali Likerta od 1 („całkowicie nieprawdziwe”) do 5 („całkowicie prawdziwe”). W niniejszym badaniu współczynniki alfa Cronbacha dla skal-domen wyniosły od 0,82 do 0,90 ($M_{\alpha} = 0,87$).

Wyniki

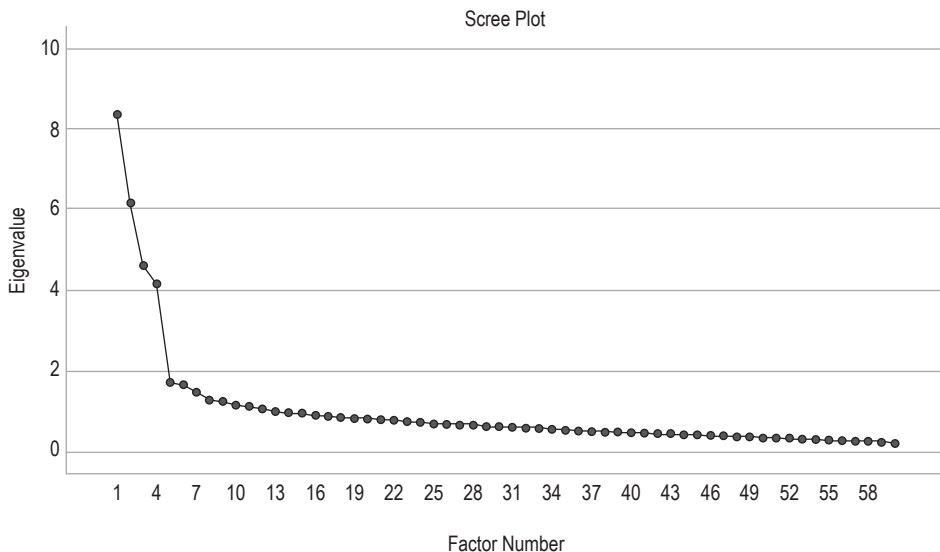
W tabeli 2 znajdują się statystyki opisowe (średnie oraz odchylenia standardowe), wskaźniki rzetelności dla cech-domen PiCD oraz współczynniki korelacji służące do analizy trafności pomiaru. Współczynniki alfa Cronbacha dla skal PiCD wahały się od 0,77 do 0,87 ($M_{\alpha} = 0,82$). Wskaźniki rzetelności są zatem akceptowalne i porównywalne z otrzymanymi przez Oltmansa i Widigera [5].

Tabela 2. Statystyki opisowe, wskaźniki rzetelności oraz korelacje między skalami PiCD, PID-5 i BFI-2

Skale	PiCD NA	PiCD DT	PiCD DL	PiCD DN	PiCD AK	PiCD NA	PiCD DT	PiCD AN	PiCD DN	PiCD PS	BFI-2 N	BFI-2 E	BFI-2 A	BFI-2 C	BFI-2 O	M (SD)	α
PiCD NA	-															2,79 (0,65)	0,87
PiCD DT	0,22	-														2,20 (0,60)	0,84
PiCD DL	0,15	0,16	-													2,06 (0,55)	0,81
PiCD DN	0,37	0,17	0,40	-												2,16 (0,57)	0,83
PiCD AK	0,13	0,17	-0,05	-0,48	-											3,26 (0,49)	0,77
PID-5 NA	0,77	0,22	0,25	0,39	0,13	-										1,10 (0,38)	0,94
PID-5 DT	0,50	0,68	0,27	0,26	0,15	0,65	-									0,73 (0,41)	0,94
PID-5 AN	0,29	0,05	0,73	0,42	-0,04	0,52	0,38	-								0,76 (0,44)	0,95
PID-5 DN	0,17	-0,02	0,32	0,70	-0,59	0,25	0,14	0,40	-							1,21 (0,34)	0,89
PID-5 PS	0,43	0,20	0,40	0,43	-0,02	0,62	0,52	0,57	0,39	-						0,70 (0,48)	0,94
BFI-2 N	0,74	0,26	-0,02	0,32	0,07	0,66	0,50	0,15	0,08	0,27	-					2,77 (0,74)	0,90
BFI-2 E	-0,37	-0,63	0,27	-0,08	-0,14	-0,32	-0,54	0,21	0,10	-0,11	-0,50	-				3,41 (0,71)	0,90
BFI-2 A	-0,18	-0,23	-0,56	-0,35	0,13	-0,26	-0,30	-0,53	-0,24	-0,35	-0,30	0,08	-			3,70 (0,52)	0,82
BFI-2 C	-0,26	-0,15	-0,19	-0,66	0,29	-0,27	-0,24	-0,29	-0,53	-0,36	-0,35	0,20	0,43	-		3,66 (0,66)	0,88
BFI-2 O	-0,14	-0,30	0,08	-0,03	0,02	-0,17	-0,28	0,09	0,05	0,01	-0,19	0,43	0,09	-0,01	-	3,71 (0,59)	0,84

PiCD – Inwentarz osobowości PiCD, NA – Negatywny afekt, DN – Rozhamowanie, DT – Izolacja, DL – Dysocjalność, AK – Anankastyczność; PID-5 – Inwentarz osobowości do DSM-5, NA – Negatywny afekt, DT – Izolacja, AN – Antagonizm, DN – Rozhamowanie, PS – Psychotyzm; BFI-2 – Inwentarz BFI-2, N – Neurotyczność, E – Ekstrawersja, A – Ugodowość, C – Sumiennosc, O – Otwartosc. Ze względu na dużą liczebność próby zwrócono uwagę przede wszystkim na wielkość efektu oszacowanych zależności, a nie na ich istotność statystyczną. Korelacje z umiarkowaną wielkością efektu (czyli [0,30–0,49]) są zapisane kursywą, korelacje z dużą wielkością efektu (tzn. $\geq 0,50$) są zapisane pogrubioną czcionką. Korelacje powyżej |0,10| są istotne na poziomie $p < 0,05$ (test dwustronny). Analiza korelacji ze skalami BFI-2 została przeprowadzona na grupie $N = 242$ osób, a korelacje powyżej |0,12| są istotne na poziomie $p < 0,05$ (test dwustronny).

W celu zreplicowania struktury czynnikowej PiCD w polskiej próbie dokonano oszacowania modelu ESEM na 60 itemach PiCD z estymatorem *robust maximum likelihood* (MLR) w programie Mplus, wersja 8.1. Wykres osypiska (zaprezentowany na rys. 2) sugeruje rozwiązanie czteroczynnikowe jako optymalne. Wskaźniki dopasowania czteroczynnikowego rozwiązania ESEM (z rotacją *target*) sugerują akceptowalny poziom dopasowania modelu do danych: $\chi^2 = 3488,38$; $df = 1536$; $p < 0,001$; RMSEA = 0,046; 90% CI (0,044–0,048); SRMR = 0,041; TLI = 0,79; CFI = 0,814. Warto podkreślić, że oszacowane wskaźniki RMSEA, SRMR i CFI w tym badaniu były nawet nieco lepsze niż w badaniu oryginalnym, przeprowadzonym przez Oltmannsa i Widigera [5], gdzie RMSEA = 0,065, SRMR = 0,047, a CFI = 0,779.



Rysunek 2. Wykres osypiska w analizie czynnikowej 60 itemów PiCD z metodą osi głównych wyodrębniania czynników

Standaryzowane ładunki czynnikowe (λ_s) oraz interkorelacje między czynnikami w czteroczynnikowym ESEM zaprezentowano w tabeli 3.

Tabela 3. Standaryzowane ładunki czynnikowe oraz interkorelacje między czynnikami w czteroczynnikowym modelu ESEM dla PiCD na poziomie itemów (N = 597)

Item	Czynnik			
	NA	DT	DL	AN/DN
NA1	0,57	0,48		
NA6	0,56			0,32
NA11	0,64	0,23	0,28	
NA16	0,56	0,25	0,24	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

NA21	0,51	0,32		
NA26	0,32	0,21	0,22	
NA31	0,44			
NA36	0,62	0,29		
NA41	0,66	0,33	0,26	
NA46	0,51	0,40		
NA51	0,44	0,40	0,25	
NA56	0,67	0,29	0,33	
DT3		0,69		
DT8	-0,24	0,51		
DT13		0,69		
DT18		0,38		
DT23	-0,33	0,22		
DT28		0,72		
DT33		0,71		
DT38		0,43		
DT43		0,73		
DT48		0,41	0,27	
DT53	-0,34	0,29		
DT58		0,71		
DL4			0,40	
DL9		0,23	0,43	
DL14		-0,27	0,48	
DL19			0,51	
DL24			0,35	
DL29			0,53	
DL34			0,58	
DL39			0,53	
DL44			0,65	
DL49		-0,22	0,42	
DL54			0,49	
DL59			0,62	
DN2	0,45		0,45	-0,21
DN7		0,33	0,29	-0,48
DN12		0,34		-0,57
DN17			0,38	-0,54
DN22		0,28	0,32	-0,22

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

DN27		0,35	0,26	-0,55
DN32	0,24		0,31	-0,49
DN37		0,24	0,33	-0,21
DN42		0,32		-0,53
DN47			0,35	-0,50
DN52			0,32	-0,32
DN57		0,25		-0,39
AN5				0,53
AN10		0,38		
AN15				0,63
AN20			0,23	0,48
AN25		0,25		0,39
AN30	-0,21	0,29	0,21	0,30
AN35			0,24	0,54
AN40	0,33			0,32
AN45				0,67
AN50		-0,22		0,29
AN55				0,56
AN60				0,47
NA	-			
DT	-0,16	-		
DL	-0,07	-0,01	-	
AN/DN	-0,08	0,14	-0,01	-

NA = czynnik „Negatywnego afektu”; DT = czynnik „Izolacji”; DL = czynnik „Dyssocjalności”; AN/DN = czynnik „Anankastyczności/Rozhamowania”. Zaprezentowane zostały ładunki czynnikowe $\geq |0,20|$. Ładunki czynnikowe $\geq |0,30|$ zostały zapisane kursywą, a ładunki czynnikowe $\geq |0,50|$ zostały zapisane wytłuszczoną czcionką. Interkorelacje między czynnikami $\geq |0,08|$ są istotne statystycznie na poziomie $p < 0,05$ (test dwustronny).

W czynniku „Negatywnego afektu”: (a) mediana ładunków czynnikowych itemów „Negatywnego afektu” wynosiła 0,558; (b) 12/12 tych itemów miało ładunki średnie lub duże na swój czynnik; (c) 2/12 itemów „Izolacji”, 1/12 itemów „Rozhamowania” oraz 1/12 itemów „Anankastyczności” miały średnie ładunki krzyżowe na ten czynnik ($\geq |0,30|$). W czynniku „Izolacji”: (a) mediana ładunków czynnikowych itemów skali „Izolacji” wyniosła 0,583; (b) 10/12 itemów tej skali miało średnie lub duże ładunki na swój czynnik; (c) 5/12 itemów „Negatywnego afektu”, 4/12 itemów „Rozhamowania” oraz 1/12 itemów „Anankastyczności” miały średnie ładunki krzyżowe na ten czynnik. W czynniku „Dyssocjalności”: (a) mediana oczekiwanych ładunków czynnikowych wynosiła 0,500; (b) 12/12 itemów „Dyssocjalności” miało średnie lub duże ładunki na właściwy czynnik; (c) 7/12 itemów „Rozhamowania” oraz 1/12 itemów „Negatywnego afektu” miały średnie ładunki krzyżowe na ten czynnik. W czynniku „Rozhamowania/

Anankastyczności”: (a) mediana oczekiwanych ładunków czynnikowych wyniosła 0,479; (b) 19/24 itemów obu skal miało ładunki średnie lub duże na swój czynnik; (c) 1/12 itemów „Negatywnego afektu” miał ładunek krzyżowy (0,321) na ten czynnik. Podsumowując, w rozwiązaniu czteroczynnikowym (por. tab. 3) prawie wszystkie pozycje PiCD (52 z 60) miały główny ładunek na właściwy czynnik i tylko w wypadku jednego itemu zaobserwowano poważne odstępstwo. Był to item „Anankstyczności” (AN10), który w swoim czynniku miał ładunek w wysokości 0,142, a główny ładunek uzyskał w czynniku „Izolacji”.

W odniesieniu do trafności zbieżnej i różnicowej spodziewano się potwierdzenia wzorca zależności raportowanego w poprzednich badaniach. Okazało się (zob. tab. 2), że zgodnie z oczekiwaniami co do trafności zbieżnej „Negatywny afekt” z PiCD najsilniej korelował z „Neurotycznością” (BFI-2) i „Negatywnym afektem” z PID-5. „Izolacja”, „Dyssocjalność” i „Rozhamowanie” z PiCD najwyższej korelowały odpowiednio z: (a) „Ekstrawersją” (BFI-2) i „Izolacją” (PID-5); (b) „Ugodowością” (BFI-2) i „Antagonizmem” (PID-5); (c) „Sumiennością” (BFI-2) i „Rozhamowaniem” (PID-5). „Anankastyczność” z PiCD korelowała właściwie tylko z „Rozhamowaniem” z PID-5 ($r = -0,59$) i „Sumiennością” z BFI-2 ($r = 0,29$).

W odniesieniu do trafności różnicowej nie stwierdzono interkorelacji między skalami PiCD o dużej sile efektu. Największa korelacja wystąpiła między „Rozhamowaniem” a „Anankastycznością” ($r = -0,48$), jednak silna ujemna korelacja między tymi domenami jest przewidywana teoretycznie i uzasadniona. Mediana współczynników korelacji między skalami PiCD wyniosła 0,17, co oznacza, że skale są powiązane jedynie w niewielkim stopniu, reprezentują zatem osobne i dość różne domeny. W zakresie związków z konstruktami mierzonymi pozostałymi narzędziami (PID-5 i BFI-2), poza jednym wyjątkiem, wszystkie korelacje świadczące o trafności różnicowej były niższe od korelacji odnoszących się do trafności zbieżnej, z niską lub co najwyżej umiarkowaną miarą wielkości (por. tab. 2). Jedynym wyjątkiem jest korelacja między „Negatywnym afektem” z PiCD a „Izolacją” z PID-5, która była wyższa niż oczekiwano, jednak jest ona zrozumiała, jeśli weźmiemy pod uwagę wspólne aspekty (i itemy) „Izolacji” i „Negatywnego afektu” w PID-5 [26, 27].

Na koniec w celu zbadania strukturalnych relacji między PiCD, PID-5 i BFI-2 przeprowadzono wspólną eksploracyjną analizę czynnikową z rotacją *varimax* na skalach tych trzech narzędzi. Została użyta rotacja *varimax*, ponieważ minimalizuje ona liczbę zmiennych z wysokimi ładunkami na każdy czynnik, co ułatwia interpretację czynników. Rozwiązanie czteroczynnikowe okazało się optymalne (z następującymi wartościami własnymi pierwszych pięciu czynników: 4,53; 2,78; 1,58; 1,20; 0,73). Pierwsze cztery czynniki wyjaśniały 78% wariancji. W tabeli 4 znajduje się macierz ładunków czynnikowych ze wskazaniem wkładu poszczególnych skal do właściwego czynnika.

Tabela 4. Eksploracyjna analiza czynnikowa skal PiCD, PID-5 i BFI-2

Skala	Czynnik			
	1	2	3	4
PiCD Negatywny afekt	0,85			

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

PID-5 Negatywny afekt	0,83	0,32		
BFI-2 Neurotyczność	0,78			0,24
PiCD Dysocjalność		0,89		
PID-5 Antagonizm	0,23	0,84	0,22	
BFI-2 Ugodowość		-0,50	-0,29	
PID-5 Rozhamowanie		0,28	0,72	
PiCD Rozhamowanie	0,28	0,27	0,72	
BFI-2 Sumienność	-0,26		-0,70	
PiCD Anankastyczność	0,23		-0,63	
PiCD Izolacja				0,90
BFI-2 Ekstrawersja	-0,35	0,30		-0,72
PID-5 Izolacja	0,49	0,30		0,63

PiCD – Inwentarz osobowości PiCD, PID-5 – Inwentarz osobowości PID-5, BFI-2 – Inwentarz BFI-2. Pokazane zostały ładunki czynnikowe $\geq|0,20|$. Ładunki czynnikowe $\geq|0,30|$ zostały zapisane kursywą. Ładunki czynnikowe $\geq|0,50|$ zostały zapisane wytłuszczonym drukiem.

Czynnik 1 został zdefiniowany przede wszystkim przez „Negatywny afekt” z PiCD i PID-5 oraz „Neurotyczność” (BFI-2); czynnik 2 – przez „Dysocjalność” z PiCD, „Antagonizm” z PID-5 oraz (z negatywnym ładunkiem) „Ugodowość” z BFI-2; czynnik 3 – przez „Rozhamowanie” z PiCD i PID-5 oraz (z negatywnym ładunkiem) przez „Anankastyczność” z PiCD i „Sumienność” z BFI-2; czynnik 4 – przez „Izolację” z PiCD i PID-5 oraz (z negatywnym ładunkiem) „Ekstrawersję” z BFI-2.

Dyskusja

Model zaburzeń osobowości z ICD-11 [2] zmienia sposób, w jaki zaburzenia osobowości są konceptualizowane i diagnozowane, przez wprowadzenie podejścia, które jest w pełni dymensjonalne. Celem prezentowanego badania była weryfikacja w kolejnej grupie kulturowej trafności i rzetelności PiCD, który jest operacjonalizacją pięciu patologicznych cech-domen osobowości wyróżnionych w ICD-11 [5]. Weryfikacja psychometrycznych właściwości PiCD w różnych językach i kulturach jest szczególnie ważna, ponieważ ICD jest, skoncentrowanym na zdrowiu publicznym, oficjalnym systemem klasyfikacji używanym na całym świecie. Uzyskane przez nas wyniki wskazują, że polska wersja PiCD pozwala na rzetelny i trafny pomiar domen wyróżnionych w modelu cechowym ICD-11.

Wszystkie skale PiCD okazały się spójne wewnętrznie (rzetelne), co potwierdziły współczynniki alfa Cronbacha. W celu replikacji trafności strukturalnej PiCD poddano weryfikacji czteroczynnikowy model ESEM na poziomie itemów. W odniesieniu do stosowanych konwencjonalnie kryteriów oczekiwany model czteroczynnikowy uzyskał satysfakcjonujące dopasowanie do danych, z trzema czynnikami odzwierciedlającymi „Negatywny afekt”, „Izolację” i „Dysocjalność” oraz z czwartym czynnikiem kore-

spondującym z dwubiegunowym kontinuum „Anankastyczność vs. Rozhamowanie”. Co ważne, 87% itemów PiCD uzyskało główny ładunek na właściwy czynnik, a czteroczynnikowa macierz ładunków była bardzo podobna do tej uzyskanej przez Oltmanna i Widigera [5] oraz w innych ostatnio przeprowadzonych badaniach, sugerujących właśnie czteroczynnikowy model z „Rozhamowaniem” i „Anankastycznością” jako przeciwległymi biegunami jednego wymiaru [5, 9, 10, 13, zob. przegląd w: 24]. Pewna przewaga naszych analiz polega na tym, że zostały one przeprowadzone na poziomie itemów, w przeciwieństwie do średnich parceli czy podskal jako wskaźników czynników wyższego rzędu, które stosuje się niekiedy ze względu na dużą liczbę pozycji (zob. dyskusja w: [30]). Jest to zdecydowanie mocniejszy test struktury czynnikowej danego narzędzia i pozwala na lepszą identyfikację źródeł niedopasowania modelu do danych.

Czteroczynnikowa struktura PiCD stanowiła oczekiwany model, mimo że model zaburzeń osobowości ICD-11 wyróżnia pięć domen i wydawać by się mogło, że bardziej uzasadniony byłby model pięcioczynnikowy. Warto jednak zwrócić uwagę, że wyniki dotyczące dwubiegunowej struktury czynnika „Rozhamowanie vs. Anankastyczność” pozostają w zgodzie zarówno z badaniami nad strukturą PiCD [por. 24], jak i konceptualizacją cech-domen w modelu zaburzeń osobowości ICD-11 oraz badaniami wskazującymi negatywne związki między cechami kompulsywności i rozhamowania [np. 18–23]. Jak piszą Tyrer i wsp. [4, s. 492] „Negatywny afekt» jest związany z wysoką «Neurotycznością», «Izolacja» z niską «Ekstrawersją», «Rozhamowanie» z niską «Sumiennością», «Dyssocjalność» z niską «Ugodowością», a «Anankastyczność» z wysoką «Sumiennością». W związku z tym autorzy modelu cech ICD-11, choć nie ujmują tego wprost, uznają, że „Anankastyczność” i „Rozhamowanie” są przeciwległymi biegunami tego samego wymiaru [zob. 8, 9]. W zgodzie z teoretycznymi podstawami ICD-11 [4, 17] oraz wcześniejszymi danymi empirycznymi [np. 20, 22] w niniejszym badaniu „Anankastyczność” i „Rozhamowanie” z PiCD wykazywały odwrotne zależności korelacyjne z „Sumiennością” (BFI-2), w analizie czynnikowej przyjmując ładunki czynnikowe z odwrotnymi znakami na tym samym czynniku. Ogólnie rzecz biorąc, zarówno analiza czynnikowa na poziomie pozycji PiCD, jak i wspólna analiza czynnikowa na skalach PiCD, PID-5 i BFI-2 wygenerowała oczekiwaną i przejrzystą czteroczynnikową strukturę, składającą się z „Negatywnego afektu”, „Izolacji”, „Dyssocjalności” i dwubiegunowego czynnika „Anankastyczność vs. Rozhamowanie”.

Warto jednak podkreślić jeszcze jedną kwestię związaną ze strukturą czynnikową PiCD. Czteroczynnikowa struktura z jednym dwubiegunowym czynnikiem nie wyklucza interpretacji w terminach pięciu domen, ponieważ dwubiegunowość nie jest sprzeczna z istnieniem rozróżnialnych domen konstytuujących właściwe im bieguny. „Anankastyczność” i „Rozhamowanie”, choć wspólnie tworzą jeden dwubiegunowy czynnik, wykazują różne i spójne teoretycznie wzorce relacji z wymiarami PMO oraz innymi domenami PiCD. Biorąc pod uwagę te oraz inne argumenty [por. 24, 31], najbardziej zasadne (także z klinicznego punktu widzenia) jest uwzględnianie wskaźników pięciu cech-domen ICD-11.

Podobnie jak trafność strukturalna, również hipotezy dotyczące trafności zbieżnej i różnicowej uzyskały wyraźne potwierdzenie empiryczne. Ogólny wzorzec związków z uwzględnionymi narzędziami walidacyjnymi był zgodny z oczekiwaniami

sformułowanymi na podstawie poprzednich badań [np. 5, 9, 13], co potwierdza trafność polskiej adaptacji PiCD. Zbieżne korelacje skal PiCD ze skalami BFI-2 oraz PID-5 były najczęściej na poziomie dużej siły efektu, jak np. silna korelacja między „Negatywnym afektem” z PiCD a „Neurotycznością” z BFI-2 oraz „Negatywnym afektem” z PID-5; silna korelacja między „Izolacją” z PiCD a „Ekstrawersją” (BFI-2) oraz „Izolacją” z PID-5; wyraźna korelacja między „Anankastycznością” z PiCD a „Sumiennością” (BFI-2) i – z odwrotnym znakiem – „Rozhamowaniem” z PID-5. W prezentowanym badaniu uzyskano też potwierdzenie trafności związków skal PiCD z BFI-2 mierzącym zdrowe (normalne) cechy osobowości z PMO. Choć zbieżność nie zawsze była na poziomie silnej wielkości efektu (np. „Anankastyczność” wykazała nieco niższe zależności z „Sumiennością”, tj. na poziomie $r = 0,29$), to taki wynik jest zgodny z oczekiwaniami co do związku cech patologicznych z cechami opisującymi zasadniczo osobowość zdrową (niezaburzoną). Ogólnie rzecz biorąc, uzyskane przez nas wyniki są zatem zgodne z ujęciem cech-domen ICD-11 jako skrajnych i/lub dysfunkcjonalnych wariantów zdrowych cech osobowości [4, 5, 9, 13, 17].

W odniesieniu do trafności różnicowej nie stwierdzono żadnych związków o dużej wielkości efektu między skalami PiCD (z wyjątkiem oczekiwanej co najmniej umiarkowanej korelacji między „Anankastycznością” a „Rozhamowaniem”). Również w zakresie związków z innymi narzędziami walidacyjnymi wszystkie korelacje świadczące o trafności różnicowej były znacząco niższe od korelacji wskazujących na trafność zbieżną, a ich wielkości wahały się od niskiej do umiarkowanej. Takie wyniki są wyraźnym przeciwieństwem problematycznej trafności różnicowej inwentarza PID-5 (mierzącego model cechowoty DSM-5), którą stwierdzano w wielu badaniach (z danymi prezentowanymi w tym artykule włącznie) zarówno w zakresie interkorelacji skal PID-5, jak i ich korelacji z cechami PMO (zob. metaanalizy w [32, 33]; zob. też [13]).

Oprócz wielu mocnych stron prezentowane badanie ma też pewne ograniczenia. Wprawdzie badana grupa była dość duża, jednak badanie powinno zostać powtórzone i objąć także grupy kliniczne. Z tego punktu widzenia ważne jest, aby uzyskane wyniki zostały zreplicowane w innych grupach oraz poszerzone o inne charakterystyki psychometryczne PiCD (np. analiza równoważności pomiarowej dla grup klinicznych i nieklinicznych). Ponadto zaprezentowane badanie miało charakter samoopisowy, zatem uzyskane wyniki (np. związki między skalami) były zanieczyszczone wspólną wariancją stanowiącą efekt metody. W przyszłych badaniach warto zastosować ostatnio zweryfikowaną wersję PiCD, w której inne osoby opisują badanego [12, 32], aby ustalić trafność PiCD za pomocą wielu metod oraz określić zgodność samoopisu z opisem (szacowaniem) przez inną osobę.

Podsumowując, uzyskane przez nas wyniki potwierdzają spójność wewnętrzną skal, trafność czynnikową oraz trafność zbieżną i różnicową PiCD w dużej polskiej grupie nieklinicznej osób dorosłych. Polska wersja PiCD okazała się więc narzędziem o dobrych właściwościach psychometrycznych, choć potrzebne są dalsze badania na innych próbach. Mamy nadzieję, że dostępność polskiej adaptacji PiCD dla naukowców i praktyków takie badania umożliwi.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – 5th Edition*. Washington, DC: APA; 2013.
2. World Health Organization. *ICD-11, the 11th Revision of the International Classification of Diseases*. 2020. <https://icd.who.int/en> (dostęp: 29.03.2021).
3. Bach B, First MB. *Application of the ICD-11 classification of personality disorders*. BMC Psychiatry. 2018; 18(1): 351.
4. Tyrer P, Mulder R, Kim Y-R, Crawford MJ. *The development of the ICD-11 classification of personality disorders: An amalgam of science, pragmatism, and politics*. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2019; 15(1): 481–502.
5. Oltmanns JR, Widiger TA. *A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: The personality inventory for ICD-11*. Psychol. Assess. 2018; 30(2): 154–169.
6. Volkert J, Gablonski T-C, Rabung S. *Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: Systematic review and meta-analysis*. Br. J. Psychiatry. 2018; 213(6): 709–715.
7. Beckwith H, Moran PF, Reilly J. *Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: A systematic literature review*. Personal. Ment. Health. 2014; 8(2): 91–101.
8. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W i wsp. *Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. World Psychiatry. 2019; 18(1): 3–19.
9. Oltmanns JR, Widiger TA. *Evaluating the assessment of the ICD-11 personality disorder diagnostic system*. Psychol. Assess. 2019; 31(5): 674–684.
10. Carnovale M, Sellbom M, Bagby RM. *The Personality Inventory for ICD-11: Investigating reliability, structural and concurrent validity, and method variance*. Psychol. Assess. 2020; 32(1): 8–17.
11. Crego C, Widiger TA. *The convergent, discriminant, and structural relationship of the DAPP-BQ and SNAP with the ICD-11, DSM-5, and FFM trait models*. Psychol. Assess. 2020; 32(1): 18–28.
12. Oltmanns JR, Widiger TA. *The self- and informant-personality inventories for ICD-11: Agreement, structure, and relations with health, social, and satisfaction variables in older adults*. Psychol. Assess. 2021; 33(4): 300–310.
13. McCabe GA, Widiger TA. *A comprehensive comparison of the ICD-11 and DSM-5 section III personality disorder models*. Psychol. Assess. 2020; 32(1): 72–84.
14. Somma A, Gialdi G, Fossati A. *Reliability and construct validity of the Personality Inventory for ICD-11 (PiCD) in Italian adult participants*. Psychol. Assess. 2020; 32(1): 29–39.
15. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. *Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder*. Lancet. 2015; 385(9969): 717–726.
16. Gutiérrez F, Aluja A, Ruiz J, García LF, Garriz M, Gutiérrez-Zotes A i wsp. *Personality disorders in the ICD-11: Spanish validation of the PiCD and the SASPD in a mixed community and clinical sample*. Assessment. 2021; 28(3): 759–772.
17. Mulder RT, Horwood J, Tyrer P, Carter J, Joyce PR. *Validating the proposed ICD-11 domains*. Personal. Ment. Health. 2016; 10(2): 84–95.
18. Anderson JL, Sellbom M, Bagby RM, Quilty LC, Veltri COC, Markon KE i wsp. *On the convergence between PSY-5 domains and PID-5 domains and facets: Implications for assessment of DSM-5 personality traits*. Assessment. 2013; 20(3): 286–294.

19. Crego C, Widiger TA. *Convergent and discriminant validity of alternative measures of maladaptive personality traits*. Psychol. Assess. 2016; 28(12): 1561–1575.
20. Skodol AE. *Personality disorders in DSM-5*. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2012; 8(1): 317–344.
21. Thomas KM, Yalch MM, Krueger RF, Wright AGC, Markon KE, Hopwood CJ. *The convergent structure of DSM-5 personality trait facets and five-factor model trait domains*. Assessment. 2013; 20(3): 308–311.
22. Widiger TA, Simonsen E. *Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground*. J. Pers. Disord. 2005; 19(2): 110–130.
23. Wright AGC, Simms LJ. *On the structure of personality disorder traits: Conjoint analyses of the CAT-PD, PID-5, and NEO-PI-3 trait models*. Personal. Disord. 2014; 5(1): 43–54.
24. Oltmanns JR. *Personality traits in the International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. Curr. Opin. Psychiatry. 2021; 34(1): 48–53.
25. Asparouhov T, Muthén B. *Exploratory structural equation modeling*. Struct. Equ. Modeling. 2009; 16(3): 397–438.
26. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. *Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5*. Psychol. Med. 2012; 42(9): 1879–1890.
27. Rowiński T, Kowalska-Dąbrowska M, Strus W, Cieciuch J, Czuma I, Żechowski C i wsp. *Measurement of pathological personality traits according to the DSM-5: A Polish adaptation of the PID-5. Part II – empirical results*. Psychiatr. Pol. 2019; 53(1): 23–48.
28. Zimmermann J, Kerber A, Rek K, Hopwood CJ, Krueger RF. *A brief but comprehensive review of research on the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders*. Curr. Psychiatry Rep. 2019; 21(9): 92.
29. Soto CJ, John OP. *The next Big Five Inventory (BFI-2): Developing and assessing a hierarchical model with 15 facets to enhance bandwidth, fidelity, and predictive power*. J. Pers. Soc. Psychol. 2017; 113(1): 117–143.
30. Marsh HW, Lüdtke O, Nagengast B, Morin AJS, Von Davier M. *Why item parcels are (almost) never appropriate: Two wrongs do not make a right – camouflaging misspecification with item parcels in CFA models*. Psychol. Methods. 2013; 18(3): 257–284.
31. Bach B, Christensen S, Kongerslev MT, Sellbom M, Simonsen E. *Structure of clinician-reported ICD-11 personality disorder trait qualifiers*. Psychol. Assess. 2020; 32(1): 50–59.
32. Watters CA, Bagby RM. *A meta-analysis of the five-factor internal structure of the Personality Inventory for DSM-5*. Psychol. Assess. 2018; 30(9): 1255–1260.
33. Watters CA, Bagby RM, Sellbom M. *Meta-analysis to derive an empirically based set of personality facet criteria for the alternative DSM-5 model for personality disorders*. Personal. Disord. 2019; 10(2): 97–104.

Adres: Jan Cieciuch
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
Instytut Psychologii
01-938 Warszawa, ul. Wóycickiego 1/3, bud. 14
e-mail: jancieciuch@gmail.com

Otrzymano: 10.04.2021
Zrecenzowano: 20.05.2021
Otrzymano po poprawie: 4.06.2021
Przyjęto do druku: 4.06.2021