

Krótką Skala Poziomu Funkcjonowania Osobowości – wersja 2.0 (LPFS-BF 2.0): Trafność i rzetelność polskiej adaptacji

Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Validity and reliability of the Polish adaptation

Patryk Łakuta¹, Jan Ciecuch^{1,2}, Włodzimierz Strus¹, Joost Hutsebaut³

¹Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Instytut Psychologii

²University of Zurich, University Research Priority Program Social Networks

³Viersprong Institute for Studies on Personality Disorders (VISPD), Halsteren, the Netherlands

Summary

Aim. This study examined psychometric properties of the Polish adaptation of the Level of Personality Functioning Scale–Brief Form 2.0 (LPFS–BF 2.0) measuring features corresponding to self – and interpersonal impairment of personality functioning as defined in the diagnostic guidelines for Personality Disorder in the DSM-5 Section III.

Methods. The study involved a non-clinical sample of $N = 242$ adults (52.9% female; $M_{\text{age}} = 30.63$ years, $SD_{\text{age}} = 11.81$ years). To evaluate the criterion validity, the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5), Personality Inventory for ICD-11 (PiCD), Agency–Communion–Inventory (AC-IN), and Mental Health Continuum–Short Form (MHC-SF) were administered.

Results. The LPFS-BF 2.0 yielded two reliable latent components that correspond to an interpretation of self – and interpersonal functioning and showed relevant associations with a personality disorder severity index, maladaptive personality traits, well-being, and personality constructs of agency and communion. The LPFS–BF 2.0 also demonstrated incremental validity over and above all the PID-5 pathological traits with respect to global well-being as an outcome.

Conclusions. The Polish adaptation of the LPFS–BF 2.0 is a psychometrically and conceptually sound measure to assess features corresponding to self and interpersonal impairment of personality functioning as defined in the DSM-5 Section III. However, findings warrant replication in clinical populations.

Słowa klucze: zaburzenia osobowości, DSM-5, LPFS-BF 2.0

Key words: personality disorders, DSM-5, LPFS-BF 2.0

Wstęp

Alternatywny Model Zaburzeń Osobowości (ang. *Alternative Model for Personality Disorders*; AMPD) ujęty w DSM-5 [1] jest modelem hybrydowym (kategorialno-dymensjonalnym), którego podstawowe składowe stanowią: kryterium A oraz kryterium B. Kryterium A dotyczy poziomu nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości. Kryterium B odnosi się do modelu cech, obejmującego 25 dysfunkcyjnych cech-aspektów osobowości tworzących pięć szerokich domen: tj. negatywny afekt, izolację, antagonizm, rozhamowanie i psychotyzm [por. 2]. Funkcjonowanie osobowości (kryterium A) zostało zoperacjonalizowane za pomocą Skali Poziomu Funkcjonowania Osobowości (ang. *Level of Personality Functioning Scale*; LPFS), reprezentującej continuum nasilenia charakterystyk stanowiących rdzeń patologii osobowości. LPFS jest jednak wyłącznie skalą do oceny klinicznej, nie jest narzędziem psychometrycznym, w związku z czym w literaturze podejmowane są próby skonstruowania kwestionariusza samoopisowego (lub przeznaczonego do opisu przez obserwatora) do oceny funkcjonowania osobowości zgodnie z LPFS. Jednym z opracowanych narzędzi jest Krótka Skala Poziomu Funkcjonowania Osobowości – wersja 2.0 (*Level of Personality Functioning Scale – Brief Form 2.0 – LPFS-BF 2.0*) [3], umożliwiająca pomiar nasilenia nieprawidłowości funkcjonowania osobowości w dwóch sferach – intrapsychicznej (*self*) i interpersonalnej, zgodnie z wytycznymi dla diagnozy zaburzeń osobowości w AMPD. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie wyników dotyczących charakterystyki psychometrycznej polskiej adaptacji LPFS-BF 2.0.

W AMPD [1] kryterium A służy zasadniczo do określenia stopnia nasilenia zaburzenia osobowości (ZO). Aby wesprzeć klinicystów w konceptualizacji i ocenie kryterium A, w DSM-5 zawarto opis poszczególnych poziomów LPFS – skali, którą stworzono przyjmując założenie, że nieprawidłowości w intrapsychicznym i interpersonalnym funkcjonowaniu są tym, co jest wspólne dla wszystkich ZO i stanowią trzon psychopatologii osobowości, ujętej w ramach ogólnego kontinuum. W AMPD deficyty w funkcjonowaniu intrapsychicznym odnoszą się do problemów z tożsamością (*identity*) i kierowaniem sobą (*self-direction*), zaś deficyty w funkcjonowaniu interpersonalnym wiążą się z problemami z empatią (*empathy*) i bliskością (*intimacy*). Dla definicyjnej precyzji warto dodać, że tożsamość, kierowanie sobą, bliskość oraz empatia nazywane są wymiennie funkcjami (*functions*) albo komponentami funkcjonowania osobowości (*personality functioning components*). W ramach każdego z tych czterech komponentów (funkcji) wyróżniono trzy charakterystyki. W efekcie LPFS stanowi transdiagnostyczną miarę nasilenia ZO, złożoną w sumie z 12 charakterystyk [1]. W obszarze intrapsychicznym, tożsamość scharakteryzowano jako doświadczanie siebie jako osoby odrębnej, z jasnymi granicami między sobą a innymi; posiadanie stabilnej i adekwatnej samooceny oraz zdolność do doświadczania różnych emocji i ich regulacji; zaś kierowanie sobą jako wyznaczanie i dążenie do rozsądnych celów; stosowanie konstruktywnych i prospołecznych standardów zachowania oraz umiejętność autorefleksji. W obszarze funkcjonowania interpersonalnego, empatię scharakteryzowano jako zdolność rozumienia i uznania przeżyć i motywacji innych osób; rozumienie i szacunek wobec różnych punktów widzenia innych ludzi oraz

świadomość wpływu własnego zachowania na innych; zaś bliskość jako umiejętność utrzymywania głębokich i trwałych relacji z innymi; pragnienie i zdolność do bliskości oraz zdolność współpracy i wzajemności w relacjach. W LPFS każdy z tych elementów służy do rozróżnienia pięciu poziomów funkcjonowania osobowości począwszy od braku lub nieznacznych nieprawidłowości (tj. zdrowe, adaptacyjne funkcjonowanie; poziom 0), poprzez zauważalne nieprawidłowości (poziom 1), aż do nieprawidłowości na poziomie umiarkowanym (poziom 2), dużym (poziom 3) i skrajnym (poziom 4). Ocena z wykorzystaniem LPFS ma kluczowe znaczenie dla diagnozy zaburzeń osobowości (dla diagnozy wymagane jest stwierdzenie co najmniej umiarkowanych nieprawidłowości), może być także stosowana do monitorowania nasilenia zaburzenia.

LPFS [1; bardziej wyczerpujące omówienie w: 4–6] oferuje użyteczną definicję operacyjną nasilenia patologii osobowości, ujmując ją w kategoriach zubożenia lub wadliwego rozwoju zdolności adaptacyjnych w kluczowych obszarach funkcjonowania osobowości. Niezależnie od rodzaju ZO, stopień nieprawidłowości funkcjonowania w obszarze intrapsychoicznym i interpersonalnym uważa się za podstawowe istotne cechy patologii osobowości, mające także stanowić pomoc w odróżnieniu patologii osobowości od innych form psychopatologii. Co istotne, wyniki badań wskazują na zwiększoną zdolność predykcji w zakresie różnych obszarów funkcjonowania, w tym nieprawidłowości w funkcjonowaniu społecznym i zawodowym za pomocą danych uzyskanych na bazie LPFS, ponad tę wynikającą z całkowitej liczby kryteriów ZO [np. 7; przegląd w: 8]. Niemniej, poddając analizie zawartość treściową kryterium A (dot. nieprawidłowości w funkcjonowaniu intrapsychoicznym i interpersonalnym) oraz kryterium B (tj. katalog patologicznych cech osobowości) nasuwa się nieodparte wrażenie ich podobieństwa i nakładania się. Wyniki badań wskazują, że miary kryterium A (w tym podobne miary funkcjonowania osobowości) i kryterium B rzeczywiście są silnie wzajemnie skorelowane [8–10]. Dlatego wciąż nierozstrzygniętym, niemniej ważnym pytaniem empirycznym dotyczącym AMPD jest to, czy w ramach diagnozy dane odnoszące się do nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości (kryterium A) i nieprzystosowawczych cechy osobowości (kryterium B) dostarczają odrębnych czy też pokrywających się informacji.

W przypadku pomiaru cech osobowości (kryterium B) DSM-5 [1] wprost odwołuje się do Inwentarza Osobowości PID-5 (*Personality Inventory for DSM-5*) [11, 12]. W momencie publikacji tego podręcznika nie istniało natomiast takie narzędzie do pomiaru poziomów funkcjonowania osobowości (tj. kryterium A). Chcąc zapewnić klinicydom krótkie i łatwe w użyciu narzędzie odnoszące się bezpośrednio do AMPD, Weekers i współpracownicy [3] opracowali kwestionariusz LPFS-BF 2.0, dostarczający szybkiej informacji na temat stopnia nasilenia patologii osobowości. Narzędzie jest zrewidowaną wersją kwestionariusza, który w pierwotnym ujęciu stanowił przesiewową miarę samoopisową wykorzystywaną na portalu internetowym dla pacjentów, celem wstępnego oszacowania możliwości występowania dysfunkcji osobowości [13]. LPFS-BF 2.0 [3] zawiera po jednej pozycji dla każdej z 12 charakterystyk LPFS ujętych w AMPD [1], tworzących dwa czynniki, odpowiadające dwóm podstawowym sferom funkcjonowania osobowości – intrapsychoicznej (*self*) i interpersonalnej. Wyniki dotychczas przeprowadzonych badań nad LPFS-BF 2.0 wskazują, że kwestionariusz

cechuje się zadowalającą rzetelnością i trafnością pomiaru, a także czułością w identyfikacji zmian w funkcjonowaniu osobowości w trakcie leczenia [3, 14]. W ostatnim czasie kwestionariusz LPFS-BF 2.0 jako narzędzie do oceny zakresu dysfunkcji i stopnia nasilenia ZO został zaklasyfikowany do rekomendowanego standardowego zestawu narzędzi do badania ZO, ustanowionego w celu ułatwienia pomiaru efektów leczenia pacjentów z ZO na całym świecie [15]. Dla klinicysty takie narzędzie przesiewowe może usprawnić wstępną diagnozę patologii osobowości i identyfikację tych pacjentów, którzy powinni zostać uwzględnieni w procesie pogłębionej diagnostyki i/lub późniejszej terapii.

Hipotezy

Celem prezentowanego badania była ocena podstawowych właściwości psychometrycznych polskiej wersji LPFS-BF 2.0 [3] – samoopisowego kwestionariusza do pomiaru poziomu funkcjonowania osobowości zgodnie z kryterium A w ujęciu alternatywnego modelu wymiarowego zaburzeń osobowości, przedstawionego w Sekcji III DSM-5 [1]. W badaniu dokonano oszacowania rzetelności narzędzia oraz jego trafności teoretycznej i kryterialnej. Oczekiwano, że struktura kwestionariusza odzwierciedla model teoretyczny – model o strukturze dwuczynnikowej, uwzględniający skorelowanie czynników, odpowiadających funkcjonowaniu intrapsychoznemu i interpersonalnemu. Ponadto, testowaniu poddano teoretycznie przewidywane zależności korelacyjne LPFS-BF 2.0 z dobrostanem psychicznym oraz powiązаныmi miarami funkcjonowania osobowości, w tym ze wskaźnikiem nasilenia patologii osobowości. Określono także wzajemne relacje między LPFS-BF 2.0 a patologicznymi cechami osobowości. Cechy stanowią odzwierciedlenie funkcjonowania osobowości, co staje się wyraźnie widoczne, zwłaszcza w przypadku znaczących nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości. Oczekiwano zatem istotnych korelacji między LPFS-BF 2.0 a nasileniem patologicznych cech osobowości z modeli AMPD [1] i ICD-11 [16]. Co więcej, postawiono hipotezę, że skale funkcjonowania intrapsychoznego i interpersonalnego wykażą odmienne wzorce relacji z patologicznymi cechami osobowości, uwzględnionymi w wyżej wymienionych modelach. W szczególności oczekiwano silnych powiązań między podskalą funkcjonowania intrapsychoznego a negatywnym afektem (zarówno z modelu ICD-11, jak i AMPD DSM-5). Z kolei, dla podskali funkcjonowania interpersonalnego oczekiwano silniejszych powiązań z cechą izolacji, zarówno w ujęciu modelu ICD-11, jak i AMPD DSM-5 (w tym przypadku oczekiwano jednak mniejszej różnicy ze względu na problematyczną trafność różnicową kwestionariusza do pomiaru cech DSM-5 [por. 11, 12]); oraz dysocjalnością (ICD-11) i antagonizmem (AMPD DSM-5).

Dodatkowo, dwa nadrzędne wymiary LPFS – funkcjonowanie intrapsychozne i interpersonalne – odpowiadają podstawowym konstruktom osobowości w paradygmacie interpersonalnym – sprawczości i wspólnotowości [17]. Oczekiwaliśmy zatem istotnych związków ze sprawczością, która odnosi się do orientacji na osiąganie celów i skuteczne wykonywanie zadań, oraz wspólnotością, która odnosi się do orientacji na nawiązywanie i podtrzymywanie relacji społecznych. Postawiono hipotezę, że

sprawczość będzie wykazywać silniejszy ujemny związek z komponentem *self* (S) LPFS-BF 2.0 (czyli, podskalą funkcjonowania intrapsychnicznego) niż z jej komponentem interpersonalnym (I) ($S > I$), z kolei wspólnotowość będzie wykazywać silniejszy ujemny związek z komponentem interpersonalnym niż komponent *self* ($I > S$).

W końcowym etapie analiz dokonano oceny trafności przyrostowej narzędzia. Jedną z najważniejszych nierozwiązanych kwestii dotyczących alternatywnego modelu ZO DSM-5 dotyczy stopnia pokrywania się (i potencjalnych różnic) kryteriów A i B [por. 8–10, 18]. W związku z tym w ramach hierarchicznej analizy regresji poddano ocenie, czy podskale LPFS-BF 2.0, odzwierciedlające treść kryterium A, zwiększają zdolność predykcyjną dobrostanu psychicznego ponad predykcję przez wszystkie dysfunkcyjne cechy modelu AMPD DSM-5 (kryterium B).

Metoda

Osoby badane i procedura badania

Badanie przeprowadzono na grupie nieklinicznej; przebadano 242 dorosłych z centralnej Polski (52,9% kobiet; $M_{\text{wiek}} = 30,63$; $SD_{\text{wiek}} = 11,81$). Badanie miało charakter samoopisowy (w formie papier-ołówek), przeprowadzone było przy wsparciu przeszkolonych studentów psychologii. Udział każdego z uczestników był w pełni dobrowolny i anonimowy. Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z rekomendacjami Komisji Etycznej Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.

Zastosowane narzędzia

Kwestionariusz LPFS-BF 2.0 (*Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0*) [3] jest 12-itemowym narzędziem samoopisowym, które umożliwia ocenę LPFS zgodnie z opisem zawartym w Sekcji III DSM-5 [1]. Ma dwie podskale mierzące funkcjonowanie intrapsychniczne i interpersonalne. Itemy oceniane są na 4-stopniowej skali Likerta od 1 (*zdecydowanie nieprawdziwe* lub *bardzo często nieprawdziwe*) do 4 (*zdecydowanie prawdziwe* lub *bardzo często prawdziwe*). Kwestionariusz jest udostępniany badaczom i klinicytom przez autorów niniejszego artykułu.

Inwentarz osobowości PiCD (*Personality Inventory for ICD-11*) [19, polska adaptacja: 20] jest 60-itemowym samoopisowym kwestionariuszem przeznaczonym do pomiaru pięciu szerokich cech-domen osobowości ujętych w modelu ZO ICD-11 [16]. Na każdą z domen 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*). Kwestionariusz PiCD cechuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi.

Inwentarz osobowości PID-5 (*Personality Inventory for DSM-5*) [11, polska adaptacja: 12] jest 220-itemowym samoopisowym kwestionariuszem do pomiaru 25 patologicznych cech-aspektów przyporządkowanych pięciu cechom-domenom, wyróżnionym w AMPD (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*). Oprócz pięciu domen wykorzystano całkowity wynik sumaryczny PID-5 (jako wskaźnik nasilenia patologii osobowości). PID-5 posiada ogólnie dobre podstawowe właściwości psychometryczne.

Inwentarz AC-IN (*Agency-Communion-Inventory*) [21] jest 28-itemowym samoopisowym kwestionariuszem do oceny wymiarów sprawczości i wspólnotowości. Itemy prezentowane są na 5-stopniowych skalach Likerta o dwóch przeciwstawnych biegunach (np. *bardzo przyjacielski* — 2-1-0-1-2 — *bardzo nieprzyjacielski*). Wynik każdego wymiaru jest kodowany w przedziale od 1 do 5, w taki sposób, aby wyższa nota reprezentowała dodatni biegun danej cechy (np. w powyższym przykładzie: *bardzo przyjacielski*). Inwentarz AC-IN wykazuje dobre właściwości psychometryczne, także w badaniach na polskich próbach.

Kwestionariusz MHC-SF (*Mental Health Continuum–Short Form*) [22, 23, polska adaptacja: 24] jest 14-itemowym narzędziem pozwalającym na ocenę 3 wymiarów dobrostanu psychicznego. Trzy pozycje odnoszą się do dobrostanu hedonistycznego – pozytywnych emocji i zadowolenia z życia. Pięć pozycji odnosi się do dobrostanu eudajmonistycznego w wymiarze społecznym – funkcjonowania w społeczeństwie (tj. wkładu społecznego, integracji społecznej, aktualizacji/wzrostu społecznego, akceptacji społecznej i spójności społecznej). Sześć pozycji odnosi się do dobrostanu eudajmonistycznego w wymiarze psychologicznym – optymalnego funkcjonowania jednostki (tj. samoakceptacji, panowania nad swoim otoczeniem, pozytywnych relacji z innymi, rozwoju osobistego, autonomii i celów życiowych). Itemy są oceniane na 6-stopniowej skali od 0 (*nigdy*) do 5 (*codziennie*). Kwestionariusz MHC-SF cechuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi.

Wyniki

W celu zreplicowania struktury czynnikowej LPFS-BF 2.0 w polskiej próbie dokonano oszacowania modelu w ramach confirmacyjnej analizy czynnikowej. Zgodnie z oczekiwaniami, model o strukturze dwuczynnikowej, uwzględniający skorelowanie czynników (przy braku jakichkolwiek modyfikacji) wykazał akceptowalne dopasowanie do danych: $\chi^2 = 120$, $df = 53$, $p < 0,001$; RMSEA = 0,07, 90% CI [0,05; 0,09]; SRMR = 0,05; TLI = 0,89; CFI = 0,91. Wprawdzie test χ^2 wykazał wartość istotną, niemniej test ten, będący nadmiernie wrażliwy na wielkość próby, jest mniej użyteczny do oceny dopasowania modelu, która to powinna być dokonana w oparciu o inne miary, a te są zadowalające (CFI > 0,90; RMSEA < 0,08; SRMR < 0,08; [25]). Standaryzowane ładunki czynnikowe (λ s) dla modelu przedstawiono w Tabeli 1. Skorelowanie czynników odnotowano na poziomie 0,65. Warto zauważyć, że wartości zarówno RMSEA, SRMR, jak i TLI oraz CFI wskazywały na lepsze dopasowanie testowanego modelu niż w oryginalnej pracy Weekers i wsp. [3]. Ponadto, model ten porównano z rozwiązaniem jednoczynnikowym. Rozwiązanie jednoczynnikowe wykazało jednak słabe dopasowanie do danych: $\chi^2 = 198$, $df = 54$, $p < 0,001$; RMSEA = 0,10, 90% CI [0,09; 0,12]; SRMR = 0,07; TLI = 0,77; CFI = 0,81.

Wskaźniki rzetelności świadczą o zadowalającej zgodności wewnętrznej LPFS-BF 2.0; zarówno w przypadku wyniku ogólnego ($\alpha = 0,84$), jak i dla podskal mierzących

funkcjonowanie intrapsychiczne ($\alpha = 0,82$) i interpersonalne ($\alpha = 0,72$). Wskaźniki rzetelności oszacowane za pomocą współczynnika ω McDonald'a były identyczne. Ogólnie rzecz biorąc wyniki te są porównywalne ze wskaźnikami uzyskanymi przez Weekersa i wsp. [3].

Tabela 1. **Konfirmacyjna analiza czynnikowa pozycji LPFS-BF 2.0:**
Standaryzowane ładunki czynnikowe (λ s)

Czynnik	Item	λ
Funkcjonowanie intrapsychiczne	LPFS-BF 1	0,68
	LPFS-BF 2	0,65
	LPFS-BF 3	0,65
	LPFS-BF 4	0,64
	LPFS-BF 5	0,79
	LPFS-BF 6	0,52
Funkcjonowanie interpersonalne	LPFS-BF 7	0,47
	LPFS-BF 8	0,59
	LPFS-BF 9	0,69
	LPFS-BF 10	0,48
	LPFS-BF 11	0,47
	LPFS-BF 12	0,58

Wszystkie ładunki istotne statystycznie ($p < 0,001$).

Analiza trafności LPFS-BF 2.0 (Tabela 2) wykazała teoretycznie spójne zależności korelacyjne z dobrostanem psychicznym oraz powiązаныmi miarami funkcjonowania osobowości. Wyniki LPFS-BF 2.0 były istotnie skorelowane z dobrostanem i cechami osobowości zarówno z modelu AMPD DSM-5, jak i ICD-11. Co ważne, podskale funkcjonowania intrapsychicznego i interpersonalnego LPFS-BF 2.0 wykazały oczekiwany odmienny wzorzec powiązań z dysfunkcjonalnymi cechami osobowości, wskaźnikami dobrostanu oraz wymiarami sprawczości i wspólnotowości. Podskala funkcjonowania intrapsychicznego była skorelowana przede wszystkim z negatywnym afektem (zarówno z modelu DSM-5, jak i ICD-11), psychotyzmem (DSM-5) i sprawczością. Podskala funkcjonowania interpersonalnego z kolei wykazywała zależności korelacyjne przede wszystkim z izolacją (zarówno w ujęciu DSM-5, jak i ICD-11), antagonizmem (DSM-5), psychotyzmem (DSM-5), dysocjalnością (model ICD-11 PD) i wspólnotowością. Zgodnie z przewidywaniami, ze względu na problematyczną trafność różnicową inwentarza do pomiaru cech wg modelu DSM-5 [zob. 11, 12], wyniki LPFS-BF 2.0 wykazały nieco mniej spójny wzorzec powiązań korelacyjnych z patologicznymi cechami osobowości mierzonymi PID-5 niż z cechami wg modelu ZO ICD-11, mierzonymi inwentarzem PiCD.

Tabela 2. Korelacje LPFS-BF 2.0 z narzędziami walidacyjnymi

	LPFS-BF 2.0	Funkcjonowanie intrapsychiczne	Funkcjonowanie interpersonalne	q Cohena ¹
LPFS-BF 2.0	—			-
Funkcjonowanie intrapsychiczne	0,90***	—		-
Funkcjonowanie interpersonalne	0,83***	0,51***	—	-
Wiek	-0,07	-0,19**	0,10	-
Nasilenie patologii osobowości ²	0,67***	0,59***	0,59***	-
Negatywny afekt (PID-5)	0,72***	0,70***	0,54***	0,26 (S > I)
Izolacja (PID-5)	0,67***	0,58***	0,59***	-
Antagonizm (PID-5)	0,35***	0,24***	0,40***	0,18 (I > S)
Rozhamowanie (PID-5)	0,18**	0,18**	0,13*	-
Psychotyzm (PID-5)	0,55***	0,48***	0,48***	-
Negatywny afekt (PiCD)	0,62***	0,66***	0,39***	0,38 (S > I)
Izolacja (PiCD)	0,40***	0,31***	0,40***	0,11 (I > S)
Dyssocjalność (PiCD)	0,23***	0,07	0,37***	0,31 (I > S)
Rozhamowanie (PiCD)	0,38***	0,34***	0,32***	-
Anankastyczność (PiCD)	0,13*	0,12	0,12	-
Dobrostan psychiczny (MHC-SF)	-0,40***	-0,40***	-0,28***	0,13 (S > I)
Dobrostan hedonistyczny	-0,42***	-0,37***	-0,36***	-
Dobrostan eudajmonistyczny, wymiar społeczny	-0,27***	-0,29***	-0,16*	0,14 (S > I)
Dobrostan eudajmonistyczny, wymiar psychologiczny	-0,40***	-0,41***	-0,27***	0,15 (S > I)
Sprawczość	-0,45***	-0,47***	-0,29***	0,21 (S > I)
Wspólnotowość	-0,23***	-0,15*	-0,27***	0,13 (I > S)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; PiCD – Personality Inventory for ICD-11; PID-5 – Personality Inventory for DSM-5;

Ponadto, dokonano oszacowania trafności przyrostowej LPFS-BF 2.0. Przeprowadzono hierarchiczną analizę regresji z dobrostanem psychicznym jako zmienną wyjaśnianą. W bloku 1 uwzględniono wiek i płeć; w bloku 2 wprowadzono pięć dysfunkcyjnych cech osobowości z AMPD DSM-5; i wreszcie w bloku 3 wprowadzono

¹ Cohen [26] stworzył propozycję miary wielkości efektu q, która pozwala zinterpretować różnicę między dwiema korelacjami. Korelacje przekształcone są na wartości Z-Fishera, a następnie odejmowane. W interpretacji proponowane są następujące kategorie: $< 0,10$ = brak efektu; od $0,10$ do $0,30$ = efekt mały; od $0,30$ do $0,50$ = efekt umiarkowany; $> 0,50$ = efekt duży. W tabeli zaprezentowano jedynie wartości równe lub większe niż $0,10$.

² Wynik ogólny (sumaryczny) PID-5.

podskale LPFS-BF 2.0 mierzące funkcjonowanie intrapsychiczne i interpersonalne. Dodawanie kolejnych zmiennych istotnie poprawiało zdolność predykcyjną modelu. Uwzględnienie podskali mierzącej funkcjonowanie intrapsychiczne pozwoliło na poprawę zdolności predykcyjnej, ponad tę zapewnianą przez wszystkie dysfunkcjonalne cechy modelu AMPD DSM-5 (kryterium B). Model uwzględniający wszystkie zmienne wyjaśniał łącznie 32% zmienności dobrostanu (Tabela 3).

Tabela 3. Hierarchiczna analiza regresji: Wiek, płeć, cechy osobowości z AMPD (DSM-5) oraz podskale LPFS-BF 2.0 jako predyktory dobrostanu psychicznego

		β	t	p
Blok 1	Stała		14,12	<0,001
	Płeć (mężczyzna)	0,12	1,85	0,066
	Wiek	-0,05	-0,77	0,442
Charakterystyka modelu:	F(2, 236) = 1,96; p = 0,143; Adj. R ² = 0,01			
Blok 2	Stała		11,66	<0,001
	Płeć (mężczyzna)	0,04	0,70	0,483
	Wiek	0,03	0,45	0,650
	Negatywny afekt	-0,24	-2,69	0,008
	Izolacja	-0,50	-6,27	<0,001
	Antagonizm	0,15	1,99	0,048
	Rozhamowanie	0,05	0,84	0,400
	Psychozyzm	0,26	3,31	0,001
Charakterystyka modelu:	F(7, 231) = 15,45; p < 0,001; Adj. R ² = 0,30; $\Delta R^2 = 0,30$; F Δ (5, 231) = 20,53; p < 0,001			
Blok 3	Stała		11,90	<0,001
	Płeć (mężczyzna)	0,03	0,42	0,675
	Wiek	0,01	0,08	0,937
	Negatywny afekt	-0,11	-1,14	0,257
	Izolacja	-0,44	-5,31	<0,001
	Antagonizm	0,11	1,46	0,146
	Rozhamowanie	0,08	1,21	0,229
	Psychozyzm	0,29	3,73	<0,001
	Funkcjonowanie intrapsychiczne	-0,22	-2,59	0,010
	Funkcjonowanie interpersonalne	-0,05	-0,69	0,491
Charakterystyka modelu:	F(9, 229) = 13,33; p < 0,001; Adj. R ² = 0,32; $\Delta R^2 = 0,03$; F Δ (2, 229) = 4,32; p = 0,014			

Dyskusja

Po wprowadzeniu AMPD w DSM-5 [1] badacze podjęli prace nad konstrukcją narzędzi odnoszących się do kryteriów A i B tego modelu oraz leżących u jego podstaw założeń, że zaburzenia osobowości mogą być optymalnie scharakteryzowane przez uogólnione kontinuum nasilenia patologii osobowości (kryterium A) wraz z określeniem konfiguracji dysfunkcyjnych cech (kryterium B). W prezentowanym badaniu dokonano oszacowania właściwości psychometrycznych LPFS-BF 2.0 – polskiej adaptacji krótkiej skali do oceny kryterium A w ujęciu AMPD. Uzyskane wyniki stanowią wsparcie (zgodnie z oryginalnym zamysłem) dla dwuczynnikowej struktury narzędzia [3], umożliwiającej pomiar funkcjonowania intrapsychicznego i interpersonalnego według alternatywnego modelu ZO z sekcji III DSM-5 [1]. Narzędzie pozwala na pomiar cechujący się zadowalającą rzetelnością i trafnością. Analizy wykazały istotne powiązania LPFS-BF 2.0 z ogólnym wskaźnikiem nasilenia patologii osobowości, dysfunkcyjnymi cechami osobowości, dobrostanem oraz wymiarami sprawczości i wspólnotowości. Ponadto, przeprowadzone analizy dostarczyły danych świadczących o trafności przyrostowej narzędzia. Uwzględnienie skal LPFS-BF 2.0, odzwierciedlających zawartość treściową kryterium A, pozwoliło na poprawę zdolności predykcyjnej w zakresie dobrostanu psychicznego, ponad tę zapewnianą przez wszystkie dysfunkcyjne cechy AMPD DSM-5 (kryterium B). Zebrane dane wskazują zatem, że LPFS-BF 2.0 w polskiej adaptacji stanowi narzędzie zgodne z opisem kryterium A AMPD DSM-5 [1], cechujące się rzetelnością i trafnością pomiaru.

Oryginalnie wyłoniony model LPFS-BF 2.0 [3] o strukturze dwóch czynników, odpowiadającym funkcjonowaniu intrapsychicznemu i interpersonalnemu, uzyskał wsparcie empiryczne w prezentowanych badaniach. Ponadto stwierdzono, że oba komponenty są silnie skorelowane, co jest zgodne z konceptualizacją AMPD odnośnie ogólnego wymiaru funkcjonowania osobowości [1, zob. także 4]. Analizy korelacyjne w szerokim zakresie potwierdzają trafność LPFS-BF 2.0. Odnotowano, że zarówno wynik ogólny, jak i obie podskale są silnie skorelowane ze wskaźnikiem nasilenia patologii osobowości, wskazując, że poziom nieprawidłowości funkcjonowania osobowości jest naturalnym odzwierciedleniem natężenia dysfunkcyjnych cech w ogóle [por. 4, 27]. Ponadto, zgodnie z oczekiwaniami, wyniki LPFS-BF 2.0 wykazywały teoretycznie spójne zależności korelacyjne z patologicznymi cechami osobowości zarówno z modelu AMPD [1], jak i modelu ZO ICD-11 [16]. Podskala funkcjonowania intrapsychicznego (*self*) była skorelowana w najwyższym stopniu z negatywnym afektem (zarówno z modelu DSM-5, jak i ICD-11). Podskala funkcjonowania interpersonalnego z kolei wykazywała silniejsze (w porównaniu do ww.) zależności korelacyjne z cechą izolacji w ujęciu modelu ZO ICD-11, oraz antagonizmem (DSM-5) i dyssocjalnością (ICD-11). Ponadto, podskale funkcjonowania intrapsychicznego i interpersonalnego korelowały ujemnie z – odpowiednio – sprawczością i wspólnotowością. Wynik ogólny LPFS-BF 2.0 i podskala funkcjonowania intrapsychicznego wykazywały również umiarkowane ujemne związki z dobrostanem psychicznym, w przypadku podskali funkcjonowania

interpersonalnego związek z dobrostanem był znacząco niższy. Podskala funkcjonowania intrapsychoicznego wykazywała także znacząco silniejsze ujemne związki zarówno z wymiarem społecznym, jak i psychologicznym dobrostanu, co pozwala sądzić, że to przede wszystkim upośledzenie funkcji *self* przyczynia się do nasilonych problemów w sferze psychospołecznej, w tym dotyczących funkcjonowania interpersonalnego [zob. 8].

Warto podkreślić, że spójnie z wcześniejszymi doniesieniami dotyczącymi Kryterium A [np. 4, 7, 10, 18], obie podskale LPFS-BF 2.0 okazały się silnie skorelowane, niemniej każda z nich ujawniła odmienny (w większości) wzorzec koncepcyjnie spójnych relacji z miarami kryterialnymi. Prezentowane wyniki stanowią dodatkowe wsparcie dla założeń skali LPFS [1], zgodnie z którymi komponent interpersonalny nie powinien być postrzegany jako odrębny i niezależny, lecz przedstawiający reprezentację siebie w relacji do innych (ang. *self-in-relation-to-others*). Dobrze ukonstytuowane, dojrzałe *self* ma nadrzędne znaczenie dla pełnych i zdrowych relacji z innymi, a tym samym dobrostanu psychospołecznego. To, w jaki sposób jednostka wchodzi w relacje z innymi, zależy przede wszystkim od zdolności doświadczania różnorodnych emocji i ich regulacji, doświadczania siebie jako osoby odrębnej (z jasnymi granicami między sobą a innymi), posiadania stabilnej i adekwatnej samooceny oraz zdolności do kierowania sobą na bazie konstruktywnych i prospołecznych standardów zachowania oraz umiejętności autorefleksji.

Ponadto, przedstawione wyniki analiz w zakresie oceny psychometrycznej LPFS-BF 2.0 stanowią dodatkowy wkład do dyskusji nad modelem AMPD – oprócz skorelowanej dwuczynnikowej struktury kryterium A dane z analiz wykazały (częściową) odrębność kryteriów A i B. Uwzględnienie wyników LPFS-BF 2.0, odnoszących się do zawartości treściowej kryterium A, pozwoliło na poprawę zdolności predykcyjnej w zakresie dobrostanu psychicznego, ponad tę zapewnianą przez wszystkie dysfunkcyjne cechy (kryterium B) AMPD DSM-5. Przy czym to właśnie komponent dotyczący funkcjonowania intrapsychoicznego pozwolił na istotną poprawę predykcji, ponownie stanowiąc argument na rzecz tezy o patologii funkcji w obrębie *self* jako podstawowym czynnikiem pogorszenia funkcjonowania psychospołecznego. Najogólniej rzecz biorąc, prezentowane powyżej analizy potwierdzają pogląd, że miary nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości, takie jak LPFS-BF 2.0 mogą posiadać użyteczność kliniczną, dostarczając dodatkowych informacji poza tymi zawartymi w pomiarze patologicznych cech osobowości. Na koniec warto podkreślić, że silne skorelowanie między konstruktami kryterium A i kryterium B oraz dyskusja na temat stopnia ich odrębności (i potencjalnie pokrywających się informacji) to obecnie ważny wątek w literaturze poświęconej AMPD [por. 7–10, 18]. Niemniej, to kwestie pojęciowe i koncepcyjne w zakresie rozumienia rdzenia patologii osobowości i metod odpowiedniej diagnozy powinny zdaje się wyznaczać bardziej palące pytania empiryczne, zasługujące na znacznie więcej uwagi badaczy w tej dziedzinie niż do tej pory (np. rozstrzygnięcia dotyczące definiowania zaburzeń osobowości w kategoriach negatywnych konsekwencji określonych dyspozycji charakterystycznych dla jednostki *versus* myślenie o cechach nieprzystosowawczych

jako – zakotwiczonych w zachowaniu – przejawach upośledzenia podstawowych funkcji osobowości).

Podsumowując, charakterystyka psychometryczna polskiej adaptacji LPFS–BF 2.0 wskazuje, że jest to narzędzie zgodne z podstawami teoretycznymi, które pozwala na szybką ocenę kluczowych nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości zgodnie z założeniami AMPD. Należy jednak pamiętać o kilku ograniczeniach prezentowanych badań. Jednym z nich jest brak złotego standardu oceny poziomu funkcjonowania osobowości wg skali LPFS, opisanej w sekcji III DSM-5 [1], co ogranicza możliwość pełnej weryfikacji trafności testowanego narzędzia. Co więcej, przyszłe badania powinny poszerzyć ocenę trafności LPFS-BF 2.0 przy użyciu innych miar kryterialnych, w tym bazujących na danych z wywiadu lub danych uzyskanych od informatorów (*informant-reported data*). Ponadto, dalsze prace nad walidacją polskiej wersji LPFS–BF 2.0 powinny zostać przeprowadzone na próbach klinicznych i powinny uwzględniać szerokie spektrum patologii osobowości. Niniejsze badanie wskazuje na znaczny potencjał LPFS-BF 2.0 – krótkie i łatwe w użyciu narzędzie, które może służyć badaczom i klinicyzom do oceny stopnia nieprawidłowości funkcjonowania osobowości w sferze intrapsychicznej i interpersonalnej, zgodnie z modelem AMPD DSM-5.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – 5th Edition*. Washington, D.C.: APA; 2013.
2. Rowiński T, Kowalska-Dąbrowska M, Strus W, Ciecich J, Czuma I, Żechowski C i wsp. *Pomiar patologicznych cech osobowości według DSM-5: polska adaptacja Inwentarza Osobowości PID-5. Część I – podstawy teoretyczne*. Psychiatr. Pol. 2019;5 3(1): 7–22.
3. Weekers LC, Hutsebaut J, Kamphuis JH. *The Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Update of a brief instrument for assessing level of personality functioning: The Level of Personality Functioning Scale – Brief Form 2.0*. Personal Ment. Health 2019; 13(1): 3–14.
4. Hopwood CJ, Mulay AL, Waugh MH, red. *The DSM-5 alternative model for personality disorders: Integrating multiple paradigms of personality assessment*. New York, NY: Routledge, 2019.
5. Bender DS, Morey LC, Skodol AE. *Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods*. J. Pers. Assess. 2011; 93(4): 332–346.
6. Skodol AE, Clark LA, Bender DS, Krueger RF, Morey LC, Verheul R i wsp. *Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I: Description and rationale*. Personal. Disord. 2011; 2(1): 4–22.
7. Buer Christensen T, Eikenaes I, Hummelen B, Pedersen G, Nysæter T-E, Bender DS i wsp. *Level of personality functioning as a predictor of psychosocial functioning-Concurrent validity of criterion A*. Personal. Disord. 2020; 11(2): 79–90.
8. Sharp C, Wall K. *DSM-5 level of Personality Functioning: Refocusing personality disorder on what it means to be human*. Ann. Rev. Clin. Psychol. 2021; 17(1): 313–337.

9. Widiger TA, Bach B, Chmielewski M, Clark LA, DeYoung C, Hopwood CJ i wsp. *Criterion A of the AMPD in HiTOP*. J. Pers. Assess. 2019; 101(4): 345–355.
10. 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.
11. 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.
12. Rowiński T, Kowalska-Dąbrowska M, Strus W, Ciecuch J, Czuma I, Żechowski C i wsp. *Pomiar patologicznych cech osobowości według DSM-5: polska adaptacja Inwentarza Osobowości PID-5. Część II – wyniki empiryczne*. Psychiatr. Pol. 2019; 53(1): 23–48.
13. Hutsebaut J, Feenstra DJ, Kamphuis JH. *Development and preliminary psychometric evaluation of a brief self-report questionnaire for the assessment of the DSM-5 level of Personality Functioning Scale: The LPFS Brief Form (LPFS-BF)*. Personal. Disord. 2016; 7(2): 192–197.
14. Bach B, Hutsebaut J. *Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Utility in capturing personality problems in psychiatric outpatients and incarcerated addicts*. J. Pers. Assess. 2018; 100(6): 660–670.
15. Prevolnik Rupel V, Jagger B, Fialho LS, Chadderton L-M, Gintner T, Arntz A i wsp. *Standard set of patient-reported outcomes for personality disorder*. Qual. Life Res. [Internet]. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-021-02870-w> (dostęp 07.08.2021)
16. World Health Organization. *ICD-11, the 11th Revision of the International Classification of Diseases* [Internet]. <https://icd.who.int/en> (dostęp 07.08.2021)
17. Pincus AL, Hopwood CJ. *A contemporary interpersonal model of personality pathology and personality disorder*. W: Widiger TA, red. *The Oxford Handbook of Personality Disorders*. Oxford University Press; 2012, s. 371–398.
18. Zimmermann J, Böhnke JR, Eschstruth R, Mathews A, Wenzel K, Leising D. *The latent structure of personality functioning: Investigating criterion A from the alternative model for personality disorders in DSM-5*. J. Abnorm. Psychol. 2015; 124(3): 532–548.
19. 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.
20. Ciecuch J, Łakuta P, Strus W, Oltmanns JR, Widiger T. *Assessment of personality disorder in the ICD-11 diagnostic system: Polish validation of the Personality Inventory for ICD-11*. Psychiatr. Pol. 2021; 247: 1–18.
21. Abele AE, Hauke N, Peters K, Louvet E, Szymkow A, Duan Y. *Facets of the fundamental content dimensions: Agency with competence and assertiveness-communion with warmth and morality*. Front. Psychol. 2016; 7: 1810.
22. Keyes CLM. *The mental health continuum: from languishing to flourishing in life*. J. Health Soc. Behav. 2002; 43(2): 207–222.
23. Lamers SMA, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET, ten Klooster PM, Keyes CLM. *Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF)*. J. Clin. Psychol. 2011; 67(1): 99–110.
24. Karaś D, Ciecuch J, Keyes CLM. *The Polish adaptation of the mental health continuum-short form (MHC-SF)*. Pers. Individ. Dif. 2014; 69: 104–109.
25. Byrne BM. *Structural Equation Modeling with Mplus: Basic Concepts, Applications, and Programming, 2nd Ed*. New York: Routledge; 2012.
26. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences, 2nd Ed*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

-
27. Sharp C, Wright AGC, Fowler JC, Frueh BC, Allen JG, Oldham J i wsp. *The structure of personality pathology: Both general ('g') and specific ('s') factors?* J. Abnorm. Psychol. 2015; 124(2): 387–398.

Adres: Patryk Łakuta
Instytut Psychologii UKSW
01-938 Warszawa, ul. Wóycickiego 1/3, bud. 14
e-mail: p.lakuta@uksw.edu.pl

Otrzymano: 23.08.2021
Zrecenzowano: 19.11.2021
Otrzymano po poprawie: 24.11.2021
Przyjęto do druku: 17.01.2022