

Pomiar patologicznych cech osobowości według DSM-5: polska adaptacja Inwentarza Osobowości PID-5. Część II – wyniki empiryczne

Measurement of pathological personality traits according to the DSM-5: A Polish adaptation of the PID-5. Part II – empirical results

Tomasz Rowiński¹, Monika Kowalska-Dąbrowska¹, Włodzimierz Strus¹,
Jan Ciecuch^{1*}, Iwona Czuma¹, Cezary Żechowski¹, Kristian E. Markon²,
Robert F. Krueger²

¹Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

²University of Minnesota

Summary

Aim. This paper presents results of a study on the Polish adaptation of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5), which was developed to measure pathological traits under a new, dimensional model proposed in Section III of the DSM-5 as part of a hybrid alternative system of personality disorder diagnosis.

Method. The study involved a clinical sample ($N = 129$ individuals with a mean age of $M = 32.40$; $SD = 9.08$; 84.5% with a personality disorder diagnosis) and a non-clinical one ($N = 1,043$ individuals with a mean age of $M = 34.98$; $SD = 15.71$). Two questionnaires: the PID-5 and the MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2) were used in the study.

Results. The results showed the Polish adaptation of the PID-5 to be reliable and valid (the internal consistency coefficients for the PID-5 scales and subscales were high in clinical sample and at satisfactory level in non-clinical sample). All scales and almost all subscales of the PID-5 turned out to differentiate between clinical and non-clinical samples. The PID-5 scales and subscales exhibited a consistent pattern of relationships with the *Personality Psychopathology* Five (PSY-5) dimensions and with the clinical scales of the MMPI-2.

Conclusions. Obtained data demonstrate the PID-5 to be a satisfactory operationalization of the pathological personality trait model, and at the same time corroborate the scientific value of the DSM-5 model itself.

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

Słowa kluczowe: zaburzenia osobowości, DSM-5, PID-5

Key words: personality disorders, DSM-5, PID-5

Wstęp

W najnowszej, piątej edycji podręcznika diagnostycznego DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th Edition* [1]**) Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA; *American Psychiatric Association*) zaproponowało alternatywny, hybrydowy system diagnozy zaburzeń osobowości, którego kluczowym elementem jest dymensjonalny model patologicznych cech osobowości [2]. W poprzednim artykule [3] zaprezentowaliśmy kluczowe elementy tego systemu diagnostycznego ze szczególnym uwzględnieniem nowego modelu patologicznych cech. W niniejszym opracowaniu przedstawimy narzędzie operacjonalizujące ten model, a więc Inwentarz Osobowości PID-5 (*Personality Inventory for DSM-5* [4]), a także rezultaty badań nad jego polską adaptacją. W szczególności zaprezentujemy wyniki dokumentujące rzetelność i trafność inwentarza PID-5 w próbie nieklinicznej i klinicznej. Poddamy też analizie aktualny status narzędzia, jego możliwości i ograniczenia.

Historia powstania i struktura inwentarza osobowości PID-5

Zasadniczym celem twórców Inwentarza Osobowości PID-5 była konstrukcja nowego modelu patologicznych cech osobowości (opartego na szerokiej analizie istniejących modeli, ale przede wszystkim na wynikach badań empirycznych) oraz narzędzia diagnostycznego, które byłoby dostępne bez ograniczeń dla klinicystów i badaczy. W założeniu autorów nowy model powinien integrować istniejące modele dysfunkcyjnych charakterystyk osobowości i dlatego miał zawierać: (1) cztery główne domeny zidentyfikowane przez Widigera i Simonsena [5] na podstawie analizy 18 istniejących modeli, z odniesieniem biegunów tych domen do kategorii zaburzeń osobowości wyróżnionych w DSM-IV-TR; (2) piątą domenę określoną jako psychozizm; (3) katalog specyficznych cech-aspektów dla każdej z pięciu cech-domen, skonstruowany w taki sposób, aby obejmował dysfunkcyjne właściwości uwzględnione w kryteriach diagnostycznych zaburzeń osobowości z DSM-IV-TR.

Powyższe założenia stanowiły punkt wyjścia i określały „ramy robocze” konstrukcji modelu oraz operacjonalizującego go narzędzia, model cech i narzędzie do ich pomiaru (inwentarz PID-5) powstawały bowiem jednocześnie w toku tej samej czteroetapowej procedury. Po pierwszym, koncepcyjnym etapie trzy kolejne opierały się na badaniach empirycznych, które przeprowadzono on-line na próbach osób reprezentatywnych demograficznie dla populacji amerykańskiej (reprezentatywność tę uzyskiwano przez zastosowanie we wszystkich analizach odpowiednich wag dla takich cech demograficznych jak: płeć, wiek, pochodzenie etniczne, wykształcenie, miejsce zamieszkania, dostępność Internetu), a ponadto w dwóch pierwszych bada-

** Polskie wydanie: Gałecki P, Pilecki M, Rymaszewska J, Szulc A, Sidorowicz S, Wciórka J. *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych (Wydanie Piąte). DSM-5*. Wrocław: EDRA Urban & Partner; 2018

niach uczestniczyły osoby deklarujące wcześniej przynajmniej jednokrotne korzystanie z profesjonalnej pomocy psychiatrycznej lub psychologicznej. Wyniki poddano analizom wykorzystującym nowoczesne narzędzia psychometryczne (obok nowych metod analizy czynnikowej, m.in. modele *Item Response Theory* – IRT [4]).

W pierwszym etapie 11 członków oraz konsultantów grupy roboczej ds. osobowości i zaburzeń osobowości DSM-5 (DSM-5 Personality and Personality Disorders Workgroup) stworzyło listę 37 patologicznych cech-aspektów, które miały wypełnić pięć ogólnych cech-domen. Dla każdej cechy-aspektu z tej wstępnej listy napisano krótkie definicje, które z kolei były podstawą opracowania konkretnych pozycji inwentarza, a następnie skonstruowano pierwszą wersję narzędzia liczącą 296 pozycji (po osiem dla każdej z 37 cech-aspektów), sformułowanych w postaci zdań twierdzących. Zadbano przy tym, aby pozycje były zrozumiałe dla osób z różnym poziomem wykształcenia. Inwentarz (i jednocześnie sam model) zwalidowano w kolejnych trzech etapach – w wypadku dwóch pierwszych celem było (1) stworzenie rzetelnego pomiaru wszystkich 37 cech-aspektów oraz (2) zbadanie, czy przyjęty ich katalog nie powinien zostać zredukowany, a pozycje testowe w obrębie aspektów danej domeny nie powinny zostać odmiennie przyporządkowane.

W drugim etapie przeprowadzono badanie wstępną wersją kwestionariusza. Zbadano on-line 762 panelistów Knowledge Networks Panel [por. 4], którzy choć raz korzystali z usług psychiatry lub psychoterapeuty. Wstępna wersja narzędzia została losowo podzielona na cztery części: A, B, C i D tak, że każda część zawierała po 74 pozycje, a każdy badany otrzymał połowę pozycji, np. część A i D. W trakcie walidacji narzędzia zastosowano procedury statystyczne (analizy czynnikowe oraz analizy rzetelności w ramach IRT), dzięki którym zidentyfikowano i pozostawiono dla poszczególnych cech-aspektów te pozycje, które pozwalały na zachowanie ich jednowymiarowego charakteru oraz były ich trafnymi i rzetelnymi wskaźnikami. Na tym etapie odrzucono 65 pozycji, a dla sześciu cech-aspektów nie uzyskano zadowalającego psychometrycznie pomiaru.

W trzecim etapie do inwentarza dodano 85 nowych pozycji, tak aby każda podskala miała przynajmniej 8 pozycji, a w wypadku owych sześciu niezwyfikowanych pomyslnie podskal – przynajmniej 10 pozycji. Tak powstała druga wersja kwestionariusza (liczącą w sumie 316 pozycji) zbadano 366 osób, które wypełniały cały kwestionariusz. W analizie danych najpierw zastosowano analogiczną procedurę jak w badaniu z etapu drugiego, a następnie przeprowadzono eksploracyjne analizy czynnikowe oddzielnie dla pozycji wszystkich cech-aspektów danej cechy-domeny. Analizy te, testujące strukturę cech-aspektów w ramach poszczególnych cech-domen oraz pozycji testowych w ramach każdej cechy-aspektu, doprowadziły do restrukturyzacji narzędzia/modelu. Wyniki analiz potwierdziły co prawda możliwość satysfakcjonującego psychometrycznie pomiaru 37 wstępnie zaproponowanych aspektów, ale zasugerowały potrzebę sprowadzenia ich do bardziej oszczędnego zestawu 25 aspektów. Zastosowanie używanego w całej analizie kryterium dobroci pozycji testowej w eksploracyjnej analizie czynnikowej (ładunek powyżej 0,5 w jednoczynnikowym rozwiązaniu dla wszystkich pozycji diagnostycznych danej cechy-aspektu) oraz redukcja pozycji w podskalach, które miały ich niepotrzebny nadmiar, doprowadziły do ukształtowania ostatecznej wersji narzędzia, z 220 pozycjami rzetelnie mierzącymi 25 cech-aspektów (od 4 do 14 pozycji na każdą podskalę).

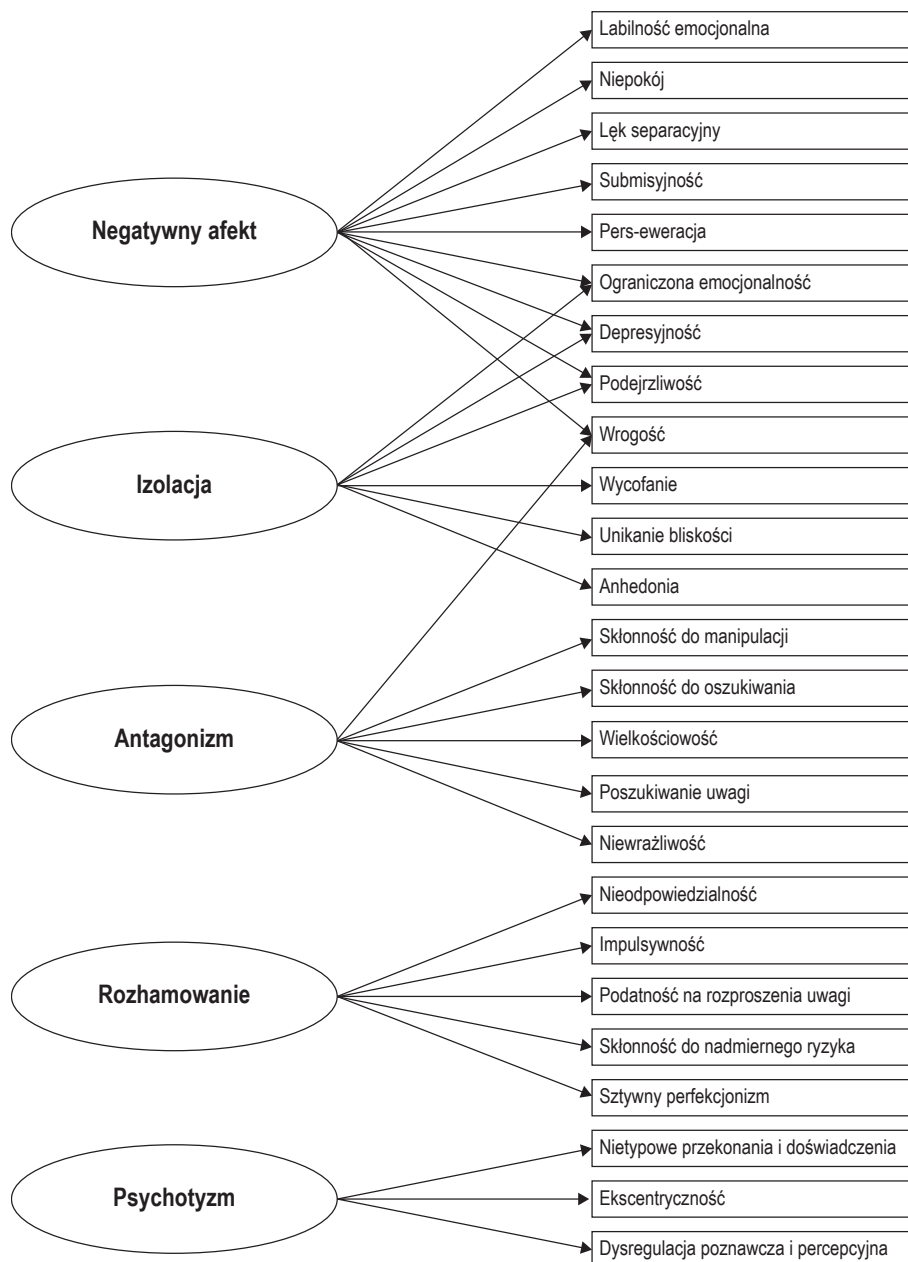
Celem ostatniego, czwartego etapu było zweryfikowanie i zbadanie właściwości ostatecznej wersji kwestionariusza w próbie reprezentatywnej dla populacji amerykańskiej (bez kryterium korzystania z usług profesjonalistów w zakresie zdrowia psychicznego). Zbadano on-line grupę 264 osób z panelu Knowledge Networks Panel. Oszacowano rzetelność podskal zarówno w ramach IRT, jak i klasyczną zgodność wewnętrzną. Współczynniki alfa Cronbacha mieściły się w ramach 0,72–0,96, z medianą $Me = 0,86$ dla 25 podskal oraz 0,84–0,96, z $Me = 0,95$ dla 5 skal głównych. Dla porównania w grupie badanej w etapie trzecim (osoby, które korzystały z pomocy profesjonalnej psychologa lub psychiatry) współczynniki wyniosły 0,73–0,95, z $Me = 0,88$ dla 25 podskal oraz 0,89–0,96, z $Me = 0,94$ dla 5 skal głównych.

Następnie porównano osoby badane w czwartym etapie (próba reprezentatywna) z osobami badanymi w etapach drugim i trzecim (osoby, które korzystały z profesjonalnej pomocy psychologa lub psychiatry). W wypadku 24 na 25 cech-aspektów wyższe wyniki stwierdzono wśród tych drugich; wyjątkiem była Ograniczona emocjonalność, która okazała się wyższa w próbie reprezentatywnej.

W końcu sprawdzono strukturę czynnikową wszystkich 25 cech-aspektów. Kryteria określające liczbę czynników (*Minimum Average Partial* – MAP oraz *Parallel Analysis Criteria*) wskazywały na rozwiązanie od trzech do sześciu czynników. Jednakże zgodnie z przyjętym nadrzędnym założeniem wyboru maksymalnej liczby interpretowalnych wymiarów zdecydowano się na rozwiązanie pięcioczynnikowe. Owych pięć czynników korespondowało z oczekiwanymi domenami, które ostatecznie nazwano: Negatywnym afektem (*Negative affectivity*), Izolacją (*Detachment*), Antagonizmem (*Antagonism*), Rozhamowaniem (*Disinhibition*) oraz Psychotyzmem (*Psychoticism*). W tym rozwiązaniu eksploracyjna analiza czynnikowa z rotacją obliminową (CF-Equamax) ujawniła generalnie zgodną z oczekiwaniami (pięcioczynnikową) strukturę 25 podskal kwestionariusza, chociaż kilka z nich ujawniło także ładunki krzyżowe o porównywalnej wielkości w jeszcze innym czynniku niż tylko ten oczekiwany. Ponadto stwierdzono zadowalające podobieństwo rozwiązań czynnikowych uzyskanych w grupie osób, które korzystały z profesjonalnej pomocy (dane z etapów drugiego i trzeciego) oraz w próbie reprezentatywnej (dane z etapu czwartego).

Zatem ostatecznie nowy model patologicznych cech osobowości – odzwierciedlony w strukturze Inwentarza Osobowości PID-5 – tworzy 25 cech-aspektów przyporządkowanych pięciu cechom-domenom tak, że każda z pięciu domen posiada od trzech (Psychotyzm) do dziewięciu (Negatywny afekt) aspektów. Pomimo że początkowo model był w pełni hierarchiczny (tzn. każda cecha-aspekt należała tylko do jednej z pięciu cech-domen [4]), ostatecznie cztery aspekty przyporządkowane zostały do dwóch domen – Depresyjność, Podejrzliwość i Ograniczona emocjonalność są jednocześnie aspektami Negatywnego afektu i Izolacji, a Wrogość jest aspektem Negatywnego afektu oraz Antagonizmu [1]. Stało się tak na podstawie wyników analizy czynnikowej, wskazującej, że aspekty te posiadają właściwości charakterystyczne dla więcej niż jednej domeny [4, 6]. Ponadto Sztwywny perfekcjonizm jest przyporządkowany Rozhamowaniu z odwróconym znakiem, a Ograniczona emocjonalność wchodzi w skład Izolacji z dodatnim biegunem, a w skład Negatywnego afektu – z ujemnym. Nazwy wszystkich cech-aspektów oraz ich ostateczne [por. 4, 7] przyporządkowanie

cechom-domenom przedstawiono na rycinie 1. Definicje wszystkich cech zaprezentowano w poprzednim artykule [3].



Rycina 1. Struktura Inwentarza Osobowości PID-5

Można więc przyjąć, że powstałe równoległe model patologicznych cech osobowości oraz narzędzie do jego pomiaru, czyli Inwentarz Osobowości PID-5, mają silne podstawy empiryczne i teoretyczne: zostały stworzone w ramach wstępnych założeń o hierarchicznej organizacji patologicznych cech osobowości, na którą składa się zestaw kilkudziesięciu cech-aspektów zorganizowanych w pięciu szerokich domenach obejmujących dysfunkcjonalne charakterystyki uwzględniane w literaturze psychiatrycznej. Model ten obejmować ma wszystkie kluczowe i najbardziej użyteczne klinicznie cechowate aspekty zaburzeń osobowości i koresponduje z wieloma innymi, wielowymiarowymi modelami opisującymi zarówno zaburzenia osobowości, jak i osobowość zdrową [por. np. 2, 5], stanowiąc tym samym płaszczyznę dla ich integracji. Przede wszystkim koresponduje on z modelem pięciu wymiarów psychopatologii osobowości PSY-5 (*Personality Psychopathology Five* [8]) oraz z dominującym w psychologii Pięcioczynnikowym Modelem Osobowości zdrowej (PMO [9, 10]), stanowiąc „kliniczne uzupełnienie” tego ostatniego.

Hipotezy w badaniach własnych

W ramach badań nad polską adaptacją Inwentarza Osobowości PID-5 sformułowaliśmy następujące oczekiwania:

1. Rzetelność skal i podskal PID-5 okaże się satysfakcjonująca zarówno w grupie klinicznej, jak i nieklinicznej. Do weryfikacji tego oczekiwania posłużyła analiza współczynników alfa Cronbacha.
2. Trafność skal i podskal PID-5 okaże się satysfakcjonująca. Weryfikację tego oczekiwania przeprowadziliśmy na dwa sposoby. Po pierwsze, porównaliśmy testem istotności różnic grupę kliniczną (diagnoza zaburzenia osobowości) z grupą niekliniczną w zakresie 25 cech-aspektów oraz 5 cech-domen, oczekując wyższego nasilenia tych patologicznych cech w grupie klinicznej. Po drugie, opierając się na wyżej przedstawionych założeniach teoretycznych, przeprowadziliśmy analizę korelacji pięciu cech-domen kwestionariusza PID-5 oraz pięciu wymiarów psychopatologii osobowości modelu PSY-5 i oczekiwaliśmy spójnego wzorca relacji pomiędzy – odpowiednio – Negatywnym afektem, Izolacją, Antagonizmem, Rozhamowaniem i Psychotyzmem (model DSM-5) a Negatywną emocjonalnością, Introwersją, Agresywnością, Brakiem zahamowań oraz Psychotyzmem (PSY-5), potwierdzającego trafność zbieżną i różnicową pięciu ogólnych skal kwestionariusza PID-5. Dodatkowo przeprowadziliśmy analizę korelacji pomiędzy cechami mierzonymi PID-5 a „klasycznymi” skalami klinicznymi kwestionariusza MMPI-2 (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) – narzędzia o uznanych walorach diagnostycznych. Analiza ta miała charakter zasadniczo eksploracyjny, chociaż spodziewaliśmy się spójnego treściowo obrazu zależności. Ponadto sprawdziliśmy, na ile skale i podskale PID-5 są obciążone tendencjami zniekształcającymi pomiar kwestionariuszowy, przez zbadanie ich związków ze skalami kontrolnymi inwentarza MMPI-2. Zbadaliśmy także związki skal i podskal PID-5 z płcią i wiekiem, oczekując – na podstawie badań nad PMO osobowości zdrowej [por. 9] – wyższego nasilenia Negatywnego

afektu u kobiet, Antagonizmu u mężczyzn oraz ujemnych związków z wiekiem wszystkich negatywnych cech-domen, z wyjątkiem Izolacji.

Metoda

Grupa badana i procedura

W badaniu wzięły udział dwie grupy. Pierwsza grupa składała się z 1043 osób z populacji nieklinicznej, w wieku 16–86 lat ($M = 34,98$; $SD = 15,71$), w tym 54,5% kobiet. Wszystkie osoby wypełniły inwentarz PID-5, natomiast podgrupa 255 osób (w wieku $M = 30,73$; $SD = 11,86$; 60,0% kobiet) wypełniła także inwentarz MMPI-2. Badanie zostało przeprowadzone przez pomocników – studentów psychologii. Każdy pomocnik zapraszał do badania od 6 do 10 osób spośród swoich znajomych. Zasadność badania inwentarzem PID-5 próby nieklinicznej wynika z istoty podejścia dymensjonalnego zastosowanego w modelu DSM-5, które zakłada, że patologiczne cechy osobowości charakteryzują w różnym nasileniu każdą osobę.

Drugą grupę stanowiła próba kliniczna – 129 osób w wieku 18–63 lat ($M = 32,40$; $SD = 9,08$), w tym 67,4% kobiet. Wszystkie osoby badane korzystały z opieki psychologicznej lub psychiatrycznej, z czego 88 (68,2%) było pacjentami oddziałów psychiatrycznych, a 41 (31,8%) otrzymywało pomoc ambulatoryjnie (gabinet). Wszyscy badani mieli postawione rozpoznanie kliniczne, z czego 109 (84,5%) miało rozpoznanie zaburzenia osobowości, a 20 (15,5%) miało inną, niepsychotyczną diagnozę (m.in. epizody depresyjne, zaburzenia odżywiania), ze współwystępującymi cechami zaburzonej osobowości. Ponadto u zdecydowanej większości osób objawy zaburzenia osobowości współwystępowały z innymi objawami psychopatologicznymi (np. uzależnień). Wśród kategorii zaburzeń osobowości 60 osób (46,5% próby) miało postawioną diagnozę specyficznego zaburzenia osobowości (F60), w tym najczęściej osobowości z pogranicza (F60.3 – 28 osób; 21,7% grupy), innych określonych zaburzeń osobowości (F60.8 – 16; 12,4%; w tym 6 przypadków osobowości narcystycznej) i osobowości dysocjalnej (F60.2 – 13; 10,1%), a 14 osób (10,9%) miało diagnozę zaburzeń osobowości mieszanych i innych (F61), chociaż te ostatnie statystyki są niepełne z powodu znacznej liczby braków danych w protokołach, jeśli chodzi o konkretne rozpoznanie kategorii zaburzenia osobowości. Wszystkie osoby z tej grupy wypełniły inwentarz PID-5, natomiast podgrupa 86 osób (w wieku $M = 31,62$; $SD = 9,09$; 70,9% kobiet) wypełniła także inwentarz MMPI-2.

Zgodnie z rekomendacjami Komisji Etyki i Bioetyki UKSW, która zaakceptowała projekt badawczy, wszyscy uczestnicy badania zostali poinformowani o jego celu oraz podpisali świadomą zgodę na udział w nim. Wszyscy badani wypełniali kwestionariusze indywidualnie.

Narzędzia

Inwentarz Osobowości PID-5

Narzędzie służy do pomiaru zaproponowanego w DSM-5 modelu patologicznych cech osobowości. Autorami kwestionariusza są Krueger, Derringer, Markon, Watson i Skodol [4]. Kwestionariusz stosowany jest w wersji samoopisowej oraz w wersji do szacowania przez inną osobę, która dobrze zna osobę badaną lub przez klinicystę. Kwestionariusz składa się z 220 stwierdzeń, tworzących 25 podskal (od 4 do 14 pozycji na podskale), które mierzą patologiczne cechy-aspekty oraz 5 skal ogólnych (od 33 do 74 pozycji na skale), które badają nasilenie cech-domen. Zgodnie ze strukturą modelu niektóre pozycje testowe są wskaźnikami dwóch cech-domen (zob. ryc. 1). Odpowiedzi na pozycje testowe udzielane są na 4-punktowej skali Likerta: 0 – „Zdecydowanie nieprawdziwe lub bardzo często nieprawdziwe”; 1 – „Czasami lub w pewnym stopniu nieprawdziwe”; 2 – „Czasami lub w pewnym stopniu prawdziwe”; 3 – „Zdecydowanie prawdziwe lub bardzo często prawdziwe”. Taka konstrukcja skali odpowiedzi uzasadnia rekomendowane przez niektórych autorów [11] traktowanie średniej 2 punktów w skali mierzącej określoną patologiczną cechę jako progu wysokiego jej nasilenia, chociaż DSM-5 rekomenduje odniesienie do norm populacyjnych i/lub oceny klinicznej (np. popartej wywiadem).

Polską adaptację kwestionariusza przygotowali autorzy tego artykułu. Pozycje testowe z języka angielskiego zostały przetłumaczone przez nas z dbałością o teoretyczne i kliniczne znaczenie skal, których są wskaźnikami. Następnie dwóch tłumaczy języka angielskiego wykonało tłumaczenie zwrotne z języka polskiego na język angielski i oba tłumaczenia zostały przesłane do dwóch autorów wersji oryginalnej kwestionariusza – R. Kreugera i K. Markona. Z tym drugim z autorów uzgodniono ostateczną wersję pozycji testowych i uzyskano akceptację narzędzia. Prezentowane w tym artykule wyniki badań nad polską adaptacją inwentarza PID-5 dotyczą jego wersji samoopisowej.

Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości – 2 (MMPI-2)

Narzędzie to jest zrewidowaną wersją jednego z najpowszechniej stosowanych inwentarzy w diagnostyce klinicznej. MMPI-2 składa się z 567 stwierdzeń, w stosunku do których badani oceniają siebie poprzez wybór jednej z dwóch możliwości: „prawdziwe” albo „fałszywe”. Pozycję tę tworzy kilkadziesiąt skal, obok „klasycznych”, obecnych już w pierwszej wersji MMPI skal klinicznych: Hipochondrii (1 Hs; 32 pozycje), Depresji (2 D; 57), Histerii (3 Hy; 60), Psychopatii (Odchyleń psychopatycznych; 4 Pd; 50), Męskości-Kobiecości (5 Mf; 56), Paranoi (6 Pa; 40), Psychastenii (7 Pt; 48), Schizofrenii (8 Sc; 78), Hipomanii (9 Ma; 46) i Introwersji społecznej (0 Si; 69), m.in. także pięć skal psychopatologii osobowości według modelu PSY-5: Agresywności (18), Psychotyzmu (25), Braku zahamowań (29), Negatywnej emocjonalności/Neurotyczności (33) oraz Introwersji/Niskiej pozytywnej emocjonalności (34). Zastosowano polską adaptację MMPI-2 [12], a na potrzeby prezentowanych badań wykorzystano

wszystkie wymienione wyżej 15 skal oraz dodatkowo 5 skal kontrolnych: Skalę Korykcyjną (K; 30), Skalę Kłamstwa (L; 15), Skalę Odpowiedzi Rzadkich (F; 60), Skalę Pozytywnej Autoprezentacji (S; 50) oraz Skalę Wyolbrzymiania Symptomów (FBS; 43). Ich rzetelność mierzona współczynnikiem alfa Cronbacha w grupie nieklinicznej waha się w granicach 0,64–0,87 ($M = 0,74$) dla skal PSY-5, 0,66–0,92 ($M = 0,76$) dla 10 skal klinicznych oraz 0,51–0,88 ($M = 0,73$) dla skal kontrolnych, natomiast w grupie klinicznej mieści się w granicach 0,67–0,89 ($M = 0,78$) dla skal PSY-5, 0,57–0,93 ($M = 0,74$) dla 10 skal klinicznych oraz 0,65–0,86 ($M = 0,75$) dla skal kontrolnych.

Wyniki

Rzetelność pomiaru, różnice płciowe i związki z wiekiem

Na wstępie analizie poddano rzetelność skal i podskal inwentarza PID-5 w grupie nieklinicznej i w grupie klinicznej (zob. tab. 1 i 2). Wartości współczynnika zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha w grupie nieklinicznej wahały się w granicach 0,88–0,95 ($M = 0,92$) dla skal głównych oraz 0,65–0,93 ($M = 0,80$) dla 25 podskal, natomiast w grupie klinicznej mieściły się w granicach 0,88–0,96 ($M = 0,94$) dla skal głównych oraz 0,72–0,94 ($M = 0,85$) dla 25 podskal. Nieco wyższe wskaźniki rzetelności stwierdzono w grupie klinicznej niż w grupie nieklinicznej (szczególnie na poziomie pomiaru cech-aspektów), gdzie w wypadku trzech podskal uzyskano współczynniki poniżej wartości 0,70 (choć powyżej 0,6; podskale te to: Ograniczona emocjonalność, Podejrzliwość i Nieodpowiedzialność). W grupie klinicznej wszystkie podskale ujawniły rzetelność powyżej 0,70, a w czterech przypadkach nawet powyżej 0,90. Rzetelność poszczególnych skal i podskal PID-5 okazała się zasadniczo porównywalna u kobiet i mężczyzn, chociaż w odniesieniu do kilku skal (Unikanie bliskości, Nieodpowiedzialność i Wielkościowość w grupie nieklinicznej oraz Nietypowe przekonania i doświadczenia, Dysregulacja poznawcza i percepcyjna, Lęk separacyjny, Labilność emocjonalna, Submisyjność i Skłonność do oszukiwania w grupie klinicznej) stwierdzono wyraźniejsze różnice ($>0,05$). Generalnie jednak uzyskane wyniki wskazują na zadowalającą rzetelność skal i podskal PID-5, nieco wyższą w grupie klinicznej niż w grupie nieklinicznej oraz wyraźnie wyższą niż w wypadku skal PSY-5 oraz klasycznych skal klinicznych z MMPI (por. tab. A w Aneksie).

Jeśli chodzi o różnice płciowe w nasileniu poszczególnych patologicznych cech-domen, to w grupie nieklinicznej kobiety ujawniły istotnie wyższy poziom Negatywnego afektu (największa różnica), mężczyźni zaś silniejszy Antagonizm i Rozhamowanie, natomiast na poziomie cech-aspektów największe, istotne różnice stwierdzono w wypadku Niepokoju i Labilności emocjonalnej (przewaga kobiet) oraz Niewrażliwości i Skłonności do nadmiernego ryzyka (przewaga mężczyzn). Z kolei w grupie klinicznej na poziomie cech-domen istotne różnice uzyskano tylko dla Negatywnego afektu i Izolacji, a na poziomie cech-aspektów największe różnice stwierdzono dla Labilności emocjonalnej i Niepokoju (w każdym przypadku wyższe nasilenie ujawniły kobiety). W końcu wiek okazał się ujemnie, choć słabo związany z nasileniem patologicznych cech osobowości. Najsilniejsze związki stwierdzono w kontekście Rozhamowania,

Sklonności do nadmiernego ryzyka i Ekscentryczności w grupie nieklinicznej oraz Negatywnego afektu, Depresyjności i Dysregulacji poznawczej i percepcyjnej w grupie klinicznej. Co ciekawe, jedyne dodatnie, istotne korelacje z wiekiem stwierdzono w wypadku Unikania bliskości (oraz Wycofania) w grupie nieklinicznej. Generalnie ujawnione relacje patologicznych cech z płcią i wiekiem korespondują z wynikami uzyskiwanymi dla PMO osobowości zdrowej [zob. 9].

Tabela 1. Rzetelność pomiaru (alfa Cronbacha) oraz relacje z płcią (test U Manna–Whitneya) i wiekiem (korelacje rho Spearmana) dla skal i podskal PID-5 w grupie nieklinicznej

Wyszczególnienie	alfa ogólnie	Kobiety (n = 567)			Mężczyźni (n = 473)			Różnice płciowe		Wiek (rho)
		alfa	M	SD	alfa	M	SD	Z	p	
NEGATYWNY AFEKT	0,93	0,93	1,27	0,37	0,92	1,09	0,33	-7,59	0,000	-0,10**
IZOLACJA	0,93	0,93	0,84	0,40	0,92	0,80	0,37	-1,20	0,230	0,02
ANTAGONIZM	0,95	0,94	0,76	0,40	0,95	0,89	0,44	-4,76	0,000	-0,23**
ROZHAMOWANIE	0,88	0,89	1,19	0,36	0,88	1,26	0,35	-3,35	0,001	-0,33**
PSYCHOTYZM	0,93	0,93	0,72	0,47	0,94	0,75	0,48	-0,96	0,336	-0,25**
Labilność emocjonalna	0,84	0,83	1,47	0,65	0,81	1,06	0,60	-9,65	0,000	-0,13**
Niepokój	0,90	0,89	1,51	0,72	0,89	1,04	0,65	-10,33	0,000	0,03
Lęk separacyjny	0,75	0,75	1,50	0,61	0,75	1,34	0,61	-4,20	0,000	0,04
Submisyjność	0,70	0,72	1,19	0,66	0,67	1,09	0,60	-2,61	0,009	0,05
Perseweratywność	0,77	0,77	1,00	0,53	0,77	0,91	0,50	-2,61	0,009	-0,12**
Wrogość	0,81	0,82	1,27	0,57	0,79	1,21	0,53	-1,44	0,150	-0,20**
Depresyjność	0,91	0,91	0,76	0,58	0,90	0,60	0,49	-4,43	0,000	-0,13**
Podejrzliwość	0,67	0,68	1,02	0,50	0,67	1,03	0,49	-0,09	0,929	-0,03
Ograniczona emocjonalność	0,65	0,63	0,84	0,47	0,65	1,01	0,48	-5,86	0,000	-0,01
Wycofanie	0,87	0,86	0,84	0,59	0,88	0,84	0,60	-0,12	0,906	0,09**
Unikanie bliskości	0,71	0,73	0,83	0,66	0,66	0,69	0,55	-2,82	0,005	0,29**
Anhedonia	0,73	0,74	0,84	0,48	0,72	0,80	0,45	-0,92	0,359	0,01
Sklonność do manipulacji	0,81	0,79	0,80	0,63	0,82	0,99	0,68	-4,49	0,000	-0,21**
Sklonność do oszukiwania	0,87	0,86	0,73	0,54	0,86	0,90	0,57	-4,96	0,000	-0,22**
Wielkościowość	0,78	0,75	0,64	0,54	0,81	0,77	0,61	-3,46	0,001	-0,08*
Poszukiwanie uwagi	0,89	0,89	0,91	0,65	0,89	1,02	0,66	-2,57	0,010	-0,12**
Niewrażliwość	0,86	0,82	0,38	0,36	0,87	0,59	0,47	-8,08	0,000	-0,19**
Nieodpowiedzialność	0,69	0,66	0,71	0,48	0,73	0,77	0,51	-1,77	0,077	-0,18**

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Impulsywność	0,81	0,81	1,04	0,65	0,80	0,92	0,61	-2,90	0,004	-0,15**
Podatność na rozpraszanie uwagi	0,85	0,85	1,03	0,58	0,86	0,94	0,59	-2,31	0,021	-0,17**
Skłonność do nadmiernego ryzyka	0,90	0,89	1,16	0,60	0,89	1,44	0,57	-7,75	0,000	-0,31**
Sztywny perfekcjonizm	0,85	0,86	1,20	0,62	0,84	1,16	0,57	-0,82	0,413	0,08'
Nietypowe przekonania i doświadczenia	0,75	0,74	0,67	0,52	0,76	0,66	0,52	-0,39	0,699	-0,04
Ekscentryczność	0,93	0,92	0,91	0,66	0,93	1,05	0,68	-3,47	0,001	-0,33**
Dysregulacja poznawcza i percepcyjna	0,82	0,81	0,54	0,46	0,84	0,48	0,44	-2,39	0,017	-0,20**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (istotność dwustronna); Z – wartość statystyki w teście U Manna–Whitneya (istotność dwustronna)

Tabela 2. Rzetelność pomiaru (alfa Cronbacha) oraz relacje z płcią (test U Manna–Whitneya) i wiekiem (korelacje rho Spearmana) dla skal i podskal PID-5 w grupie klinicznej

Wyszczególnienie	alfa ogólnie	Kobiety (n = 87)			Mężczyźni (n = 42)			Różnice płciowe		Wiek (rho)
		alfa	M	SD	alfa	M	SD	Z	p	
NEGATYWNY AFEKT	0,96	0,95	1,70	0,47	0,96	1,42	0,48	-3,28	0,001	-0,34**
IZOLACJA	0,96	0,96	1,37	0,54	0,96	1,19	0,56	-2,06	0,040	-0,28**
ANTAGONIZM	0,96	0,96	0,97	0,52	0,96	1,01	0,50	-0,59	0,553	-0,15
ROZHAMOWANIE	0,88	0,89	1,52	0,41	0,84	1,43	0,33	-1,27	0,203	-0,28**
PSYCHOTYZM	0,95	0,96	0,98	0,65	0,92	0,91	0,47	-0,30	0,767	-0,25**
Labilność emocjonalna	0,87	0,87	2,06	0,73	0,80	1,47	0,68	-4,23	0,000	-0,25**
Niepokój	0,89	0,88	2,09	0,70	0,88	1,59	0,72	-3,63	0,000	-0,23**
Lęk separacyjny	0,85	0,88	1,70	0,84	0,77	1,61	0,73	-0,81	0,419	-0,21'
Submisyjność	0,82	0,79	1,63	0,76	0,86	1,32	0,82	-1,90	0,057	-0,22'
Perseweratywność	0,83	0,83	1,33	0,66	0,82	1,28	0,64	-0,47	0,640	-0,20'
Wrogość	0,84	0,84	1,58	0,65	0,84	1,45	0,64	-1,17	0,242	-0,22'
Depresyjność	0,94	0,93	1,70	0,76	0,95	1,26	0,83	-2,93	0,003	-0,34**
Podejrzliwość	0,82	0,81	1,35	0,70	0,84	1,12	0,65	-1,86	0,063	-0,26**
Ograniczona emocjonalność	0,72	0,73	1,11	0,61	0,70	1,18	0,56	-0,51	0,611	-0,16
Wycofanie	0,89	0,88	1,29	0,68	0,91	1,28	0,76	-0,17	0,868	-0,10
Unikanie bliskości	0,78	0,77	1,03	0,76	0,80	0,74	0,70	-2,22	0,026	-0,04

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Anhedonia	0,82	0,82	1,42	0,64	0,83	1,38	0,65	-0,46	0,647	-0,19'
Skłonność do manipulacji	0,82	0,82	0,96	0,75	0,80	1,15	0,75	-1,46	0,143	-0,08
Skłonność do oszukiwania	0,90	0,91	0,92	0,70	0,85	0,99	0,62	-0,85	0,396	-0,12
Wielkościowość	0,76	0,76	0,66	0,60	0,78	0,69	0,59	-0,38	0,704	-0,07
Poszukiwanie uwagi	0,92	0,92	1,21	0,82	0,91	1,33	0,76	-1,06	0,289	-0,03
Niewrażliwość	0,87	0,85	0,59	0,48	0,90	0,63	0,57	-0,10	0,922	-0,08
Nieodpowiedzialność	0,75	0,76	1,22	0,70	0,75	1,27	0,66	-0,66	0,512	-0,20'
Impulsywność	0,88	0,88	1,59	0,76	0,85	1,22	0,75	-2,61	0,009	-0,21'
Podatność na rozpraszanie uwagi	0,86	0,87	1,57	0,71	0,84	1,37	0,64	-1,42	0,155	-0,21'
Skłonność do nadmiernego ryzyka	0,91	0,92	1,52	0,71	0,87	1,42	0,58	-0,81	0,417	-0,19'
Sztywny perfekcjonizm	0,85	0,84	1,36	0,66	0,87	1,27	0,71	-0,37	0,711	-0,07
Nietypowe przekonania i doświadczenia	0,83	0,86	0,68	0,71	0,67	0,67	0,49	-0,78	0,437	-0,05
Ekscentryczność	0,94	0,95	1,32	0,83	0,90	1,28	0,64	-0,16	0,870	-0,22'
Dysregulacja poznawcza i percepcyjna	0,86	0,89	0,81	0,65	0,72	0,67	0,42	-0,66	0,509	-0,32''

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (istotność dwustronna); Z – wartość statystyki w teście U Manna–Whitneya (istotność dwustronna)

Rozkłady wszystkich skal głównych, a także zdecydowanej większości podskal PID-5 nie odbiegały od krzywej rozkładu normalnego zarówno w grupie nieklinicznej, jak i klinicznej (zob. tab. 4). Wyjątkiem są podskale Niewrażliwości, Depresyjności i Dysregulacji poznawczej i percepcyjnej (w obu grupach) oraz Nietypowych przekonań i doświadczeń (w grupie klinicznej).

Interkorelacje skal

Wszystkie cechy-domeny okazały się istotnie dodatnio związane ze sobą zarówno w grupie nieklinicznej, jak i w grupie klinicznej, choć w tej drugiej korelacje były ogólnie wyższe. Najsilniejsze związki z pozostałymi cechami-domenami ujawniły Negatywny afekt oraz Psychotyzm, najwyższą korelację zaś stwierdzono dla Negatywnego afektu oraz Izolacji, co jednak nie dziwi, biorąc pod uwagę, że połowa cech-aspektów tej drugiej należy także do tej pierwszej. Generalnie związki pomiędzy cechami-domenami mierzonymi przez PID-5 okazały się umiarkowanie silne, co wraz z dodatnim charakterem tych relacji oraz ogólnym ich wzorcem wskazuje na istnienie raportowanej w literaturze przedmiotu struktury cech wyższego rzędu czy też patologicznych metacech osobowości (tendencje internalizacyjne i eksternalizacyjne) z ogólnym czynnikiem patologii osobowości włącznie [2, 13–15].

Tabela 3. Interkorelacje skal głównych inwentarza PID-5 w grupie nieklinicznej (powyżej przekątnej $N = 1043$) i klinicznej (poniżej przekątnej $N = 129$)

	Negatywny afekt	Izolacja	Antagonizm	Rozhamowanie	Psychotyzm
Negatywny afekt		0,64	0,40	0,21	0,60
Izolacja	0,76		0,30	0,12	0,50
Antagonizm	0,56	0,32		0,47	0,54
Rozhamowanie	0,43	0,38	0,54		0,42
Psychotyzm	0,67	0,56	0,52	0,52	

Współczynniki korelacji r Pearsona; wszystkie korelacje są istotne statystycznie na poziomie $p < 0,001$ (istotność jednostronna)

Trafność: różnice pomiędzy grupą kliniczną i niekliniczną

Zgodnie z oczekiwaniami w grupie klinicznej stwierdzono istotnie wyższe niż w grupie nieklinicznej nasilenie niemal wszystkich badanych PID-5 patologicznych cech osobowości. Osoby z grupy klinicznej ujawniły wyższe nasilenie wszystkich pięciu cech-domen oraz 23 z 25 cech-aspektów, a w zdecydowanej większości przypadków różnice te były istotne na poziomie $p < 0,001$. Na poziomie cech-domen największe różnice stwierdzono w zakresie Negatywnego afektu, Izolacji oraz Rozhamowania, a na poziomie cech-aspektów największe różnice stwierdzono w poziomie Depresyjności, Anhedonii, Niepokoju, Labilności emocjonalnej oraz Nieodpowiedzialności i Podatności na rozpraszenie uwagi. Jedynie w kontekście Wielkościowości oraz Nietypowych przekonań i doświadczeń różnice okazały się nieistotne (co przypuszczalnie można tłumaczyć specyfiką próby klinicznej, jeśli chodzi o dominujące rodzaje zaburzeń osobowości). Ponadto w grupie klinicznej zauważyć można większe zróżnicowanie w zakresie nasilenia patologicznych cech niż w grupie nieklinicznej. Warto podkreślić, że skale i podskale PID-5 nie tylko okazały się bardziej rzetelne, ale także lepiej różnicowały (trafniej) grupy kliniczne od grup nieklinicznych w porównaniu ze skalami PSY-5 oraz (biorąc pod uwagę ich liczbę i związaną z tym wartość informacyjną) skalami klinicznymi z MMPI-2 (por. tab. A w Aneksie).

Tabela 4. Statystyki opisowe i wyniki testu istotności różnic pomiędzy grupami kliniczną i niekliniczną w zakresie skal i podskal inwentarza PID-5

Wyszczególnienie	Grupa niekliniczna (n = 1043)						Grupa kliniczna (n = 129)						Z	p
	Min.	Max.	Skośność	Kurtoza	M	SD	M	SD	Min.	Max.	Skośność	Kurtoza		
NEGATYWNY AFEKT	0,31	2,30	0,25	-0,24	1,18	0,37	1,61	0,49	0,45	2,61	-0,07	-0,66	-9,28	0,000
IZOLACJA	0,04	2,24	0,48	0,03	0,82	0,39	1,31	0,55	0,04	2,52	0,00	-0,76	-9,56	0,000
ANTAGONIZM	0,04	2,75	0,68	0,67	0,82	0,43	0,99	0,51	0,06	2,57	0,47	-0,13	-3,52	0,000
ROZHAMOWANIE	0,28	2,39	0,27	0,24	1,22	0,35	1,49	0,39	0,59	2,37	0,03	-0,54	-7,30	0,000
PSYCHOTYZM	0,00	2,70	0,55	-0,19	0,73	0,47	0,96	0,60	0,00	2,82	0,71	0,23	-3,95	0,000
Labilność emocjonalna	0,00	3,00	0,19	-0,47	1,28	0,66	1,86	0,76	0,00	3,00	-0,38	-0,56	-8,11	0,000
Niepokój	0,00	3,00	0,28	-0,72	1,29	0,73	1,93	0,74	0,11	3,00	-0,35	-0,75	-8,41	0,000
Lęk separacyjny	0,00	3,00	-0,18	-0,52	1,43	0,61	1,67	0,80	0,00	3,00	-0,29	-0,75	-3,80	0,000
Submisyjność	0,00	3,00	0,17	-0,43	1,14	0,63	1,53	0,79	0,00	3,00	-0,07	-0,55	-5,53	0,000
Perseweratywność	0,00	3,00	0,13	-0,38	0,96	0,52	1,31	0,65	0,00	2,78	0,07	-0,79	-5,71	0,000
Wrogość	0,00	2,90	0,21	-0,28	1,24	0,56	1,54	0,65	0,10	3,00	-0,04	-0,50	-5,00	0,000
Depresyjność	0,00	2,86	1,10	1,18	0,69	0,54	1,55	0,81	0,00	3,00	-0,17	-1,09	-11,17	0,000
Podejrzliwość	0,00	2,71	0,28	-0,08	1,02	0,49	1,28	0,69	0,00	2,86	0,09	-0,75	-4,12	0,000
Ograniczona emocjonalność	0,00	2,71	0,41	0,10	0,92	0,48	1,13	0,59	0,00	2,57	0,14	-0,62	-4,05	0,000
Wycofanie	0,00	3,00	0,69	0,03	0,84	0,59	1,28	0,71	0,00	2,80	0,11	-0,68	-6,89	0,000
Unikanie bliskości	0,00	2,83	0,56	-0,48	0,77	0,62	0,94	0,75	0,00	3,00	0,99	0,39	-2,05	0,020
Anhedonia	0,00	3,00	0,65	0,61	0,82	0,47	1,41	0,64	0,00	2,88	-0,02	-0,67	-9,89	0,000
Skłonność do manipulacji	0,00	3,00	0,62	-0,04	0,88	0,66	1,02	0,75	0,00	2,80	0,32	-0,72	-1,95	0,026
Skłonność do oszukiwania	0,00	2,90	0,65	0,09	0,80	0,56	0,94	0,68	0,00	2,90	0,50	-0,62	-1,87	0,031
Wielkościowość	0,00	3,00	0,80	0,36	0,70	0,57	0,67	0,59	0,00	2,33	0,79	-0,20	-0,70	0,243
Poszukiwanie uwagi	0,00	3,00	0,53	-0,16	0,96	0,65	1,25	0,80	0,00	3,00	0,34	-0,76	-3,73	0,000
Niewrażliwość	0,00	2,79	1,31	2,15	0,47	0,43	0,60	0,51	0,00	2,50	1,09	1,38	-2,66	0,004
Nieodpowiedzialność	0,00	2,86	0,71	0,46	0,74	0,49	1,23	0,68	0,00	3,00	0,20	-0,52	-8,08	0,000
Impulsywność	0,00	2,83	0,49	-0,30	0,99	0,63	1,47	0,77	0,00	3,00	-0,03	-0,82	-6,80	0,000
Podatność na rozpraszanie uwagi	0,00	2,78	0,35	-0,32	0,99	0,59	1,51	0,69	0,00	2,89	-0,03	-0,70	-7,89	0,000
Skłonność do nadmiernego ryzyka	0,00	2,93	0,19	-0,34	1,28	0,60	1,49	0,67	0,21	2,93	0,15	-0,66	-3,25	0,001
Sztywny perfekcjonizm	0,00	2,90	0,17	-0,46	1,18	0,59	1,33	0,68	0,00	3,00	0,27	-0,30	-2,20	0,014

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Nietypowe przekonania i doświadczenia	0,00	2,63	0,74	0,13	0,67	0,52	0,68	0,65	0,00	3,00	1,07	0,76	-0,74	0,231
Ekscentryczność	0,00	3,00	0,48	-0,54	0,97	0,67	1,30	0,77	0,00	3,00	0,25	-0,75	-4,59	0,000
Dysregulacja poznawcza i percepcyjna	0,00	2,92	1,04	0,93	0,51	0,45	0,77	0,59	0,00	2,83	1,02	1,07	-4,85	0,000

Z – wartość statystyki w teście *U* Manna–Whitneya (istotność jednostronna)

Trafność: związki z modelem PSY-5 i skalami klinicznymi z MMPI-2

Tabele 5 i 6 zawierają współczynniki korelacji pomiędzy skalami i podskalami inwentarza PID-5 a skalami PSY-5 oraz skalami klinicznymi i kontrolnymi inwentarza MMPI-2 odpowiednio w grupie nieklinicznej oraz klinicznej. Jeśli chodzi o relacje cech-domen PID-5 oraz wymiarów PSY-5 mierzonych MMPI-2, to uzyskany obraz związków jest generalnie zgodny z oczekiwaniami, szczególnie w grupie nieklinicznej, gdzie można mówić o potwierdzonej trafności zbieżnej i różnicowej skal PID-5. Korelacje odpowiadających sobie skal były najwyższe i wyraźnie wyższe (poza korelacją Antagonizmu z PID-5 oraz Braku zahamowań PSY-5) niż pozostałe. W grupie klinicznej nie uzyskano jednak tak klarownego obrazu. Główny problem to (zbyt) wysokie korelacje Negatywnej emocjonalności PSY-5 ze wszystkimi pięcioma cechami-domenami PID-5 oraz zbyt wysoka korelacja Braku zahamowań PSY-5 z Antagonizmem i zbyt niska z Rozhamowaniem z PID-5. Generalnie jednak w grupie klinicznej związki skal i podskal PID-5 ze wszystkimi wykorzystanymi w analizie skalami MMPI-2 okazały się dużo silniejsze i mniej zróżnicowane niż w grupie nieklinicznej.

Analiza korelacji ujawniła dużą liczbę silnych i umiarkowane silnych związków pomiędzy skalami i podskalami PID-5 a skalami klinicznymi MMPI-2. Otrzymany obraz korelacji jest spójny i uzasadniony znaczeniem poszczególnych skal. Jeśli chodzi o cechy-domeny, to w grupie nieklinicznej Negatywny afekt najsilniejszy związek wykazał z Psychastenią, Izolacja – z Introwersją społeczną, Antagonizm i Rozhamowanie z Hipomanią, a Psychotyzm ze Schizofrenią. W grupie klinicznej Negatywny afekt i Izolacja okazały się najsilniej powiązane z Psychastenią i ze Schizofrenią, Antagonizm z Hipomanią, Rozhamowanie ze Schizofrenią, która z kolei najsilniej była związana z Psychotyzmem. Ogólnie, patrząc od strony cech-domen, najsilniej ze skalami klinicznymi MMPI-2 korelował Negatywny afekt, najslabiej – Antagonizm i Rozhamowanie, natomiast spośród skal klinicznych MMPI-2 najsilniej z cechami-domenami PID-5 korelowały Psychastenia i Schizofrenia, najslabiej zaś Męskość-Kobiecość i Histeria.

Na poziomie cech-aspektów najsilniej ze skalami klinicznymi MMPI-2 w obu grupach okazały się związane Depresyjność (szczególnie wysoko z Psychastenią, Schizofrenią, Depresją i Odchyleniami psychopatycznymi) oraz Niepokój (szczególnie wysoko z Psychastenią, Depresją i Hipochondrią). Ponadto w grupie nieklinicznej najwyższe związki ($r > 0,5$) stwierdzono jeszcze pomiędzy Depresyjnością a Hipo-

chondrią, Niepokojem a Introwersją społeczną, Dysregulacją poznawczą i percepcyjną a Schizofrenią i Psychastenią oraz pomiędzy Labilnością emocjonalną i Psychastenią, a także między Wycofaniem i Introwersją społeczną. Natomiast w grupie klinicznej najwyższe związki ($r > 0,6$) odnotowano jeszcze pomiędzy Niepokojem a Schizofrenią, Podejrzliwością a Schizofrenią i Paranoją, Wycofaniem a Introwersją społeczną, Anhedonią a Depresją, a także pomiędzy Dysregulacją poznawczą i percepcyjną oraz Ekscentrycznością a Schizofrenią.

Zasadniczo powyższe wyniki potwierdzają trafność inwentarza PID-5, a wyraźnie silniejsze i mniej zróżnicowane związki uzyskane w grupie klinicznej wydają się łączyć z bardziej nasilonym występowaniem w tej grupie patologicznych cech osobowości oraz niejednorodnością rozpoznań klinicznych u wchodzących w jej skład osób, co z kolei wiąże się ze zjawiskiem współwystępowania cech i objawów klinicznych znajdującym swój wyraz w koncepcji patologicznych metacech osobowości i idei ogólnego czynnika psychopatologii osobowości [2, 13–15].

Jeśli chodzi o obciążenie inwentarza PID-5 tendencjami zniekształcającymi pomiar kwestionariuszowy, to najwyższe korelacje ze skalami kontrolnymi inwentarza MMPI-2 ujawniły skala i podskale Negatywnego afektu, najniższe zaś skale i podskale Antagonizmu i Rozhamowania. Przy czym najsilniejszymi związkami były ujemne korelacje ze skalami Pozytywnej Autoprezentacji oraz Korekcyjną; Skala Kłamstwa ujawniła natomiast związki najsłabsze (i generalnie słabe, szczególnie w grupie nieklinicznej). Wyniki te, a także podobny obraz związków skal i podskal inwentarza PID-5 ze skalami kontrolnymi jak ze skalami klinicznymi MMPI-2 wydają się zasadniczo świadczyć na korzyść inwentarza PID-5, chociaż uzasadniają także zachowanie ostrożności w interpretacji skali Negatywnego afektu oraz niektórych jej podskal, np. Depresyjności i Niepokoju, czy Labilności emocjonalnej w grupach nieklinicznych oraz Podejrzliwości i Perseweraacji w grupach klinicznych.

Tabela 5. Korelacje (r Pearsona) pomiędzy skalami i podskalami inwentarza PID-5 a skalami PSY-5 oraz skalami klinicznymi i kontrolnymi inwentarza MMPI-2 w grupie nieklinicznej ($N = 255$)

	NEGE	INTR	AGRR	DISC	PSYC	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si	K	F	L	S	FBS
Wyszczególnienie																				
NEGATYWNY AFEKT	0,72	0,37	-0,03	-0,03	0,34	0,54	0,59	0,34	0,54	0,39	0,43	0,70	0,54	0,23	0,49	-0,55	0,21	-0,21	-0,61	0,49
IZOLACJA	0,44	0,57	-0,02	-0,03	0,37	0,48	0,53	0,27	0,49	0,17	0,40	0,55	0,54	0,12	0,60	-0,39	0,34	-0,04	-0,40	0,45
ANTAGONIZM	0,19	-0,02	0,45	0,43	0,35	0,09	-0,05	0,04	0,32	-0,13	0,27	0,20	0,34	0,48	-0,07	-0,20	0,26	-0,18	-0,29	-0,05
ROZHAMOWANIE	0,19	-0,05	0,28	0,49	0,29	0,14	0,01	0,09	0,36	-0,15	0,29	0,26	0,36	0,45	-0,14	-0,15	0,28	-0,14	-0,24	0,08
PSYCHOTYZM	0,38	0,13	0,20	0,28	0,54	0,37	0,24	0,22	0,48	0,11	0,45	0,54	0,60	0,53	0,19	-0,35	0,36	-0,10	-0,44	0,32
Labilność emocjonalna	0,67	0,20	-0,01	-0,08	0,24	0,40	0,49	0,23	0,43	0,43	0,38	0,61	0,42	0,20	0,35	-0,54	0,07	-0,23	-0,57	0,37
Niepokój	0,69	0,37	-0,18	-0,21	0,23	0,50	0,60	0,31	0,39	0,46	0,30	0,61	0,39	0,05	0,55	-0,47	0,11	-0,16	-0,51	0,49
Lęk separacyjny	0,37	0,08	-0,06	-0,04	0,14	0,23	0,29	0,11	0,16	0,25	0,14	0,33	0,20	0,09	0,21	-0,30	0,04	-0,09	-0,31	0,22
Submisyjność	0,26	0,28	-0,13	-0,11	0,03	0,21	0,29	0,12	0,25	0,17	0,13	0,30	0,23	0,05	0,36	-0,18	0,00	-0,12	-0,25	0,19
Perseweratywność	0,39	0,15	0,00	0,03	0,28	0,34	0,30	0,21	0,32	0,18	0,24	0,44	0,38	0,24	0,27	-0,35	0,14	-0,16	-0,39	0,27
Wrogość	0,50	0,19	0,24	0,22	0,25	0,29	0,25	0,13	0,38	0,07	0,28	0,40	0,39	0,31	0,19	-0,40	0,18	-0,22	-0,48	0,15
Depresyjność	0,54	0,50	-0,05	-0,02	0,38	0,53	0,60	0,38	0,57	0,32	0,50	0,64	0,60	0,19	0,50	-0,39	0,37	-0,06	-0,41	0,55
Podjeżliwość	0,45	0,24	0,14	0,13	0,36	0,39	0,30	0,17	0,43	0,02	0,35	0,43	0,39	0,21	0,32	-0,40	0,20	-0,14	-0,47	0,31
Ograniczona emocjonalność	0,01	0,22	0,09	0,10	0,19	0,08	0,06	-0,06	0,14	-0,19	0,15	0,13	0,25	0,10	0,23	-0,11	0,21	0,06	-0,07	0,06
Wycofanie	0,23	0,51	-0,07	-0,08	0,21	0,28	0,38	0,08	0,26	0,10	0,21	0,35	0,32	-0,03	0,57	-0,28	0,16	-0,03	-0,29	0,24
Unikanie bliskości	0,08	0,28	-0,07	-0,19	0,06	0,14	0,14	0,09	0,04	0,07	0,02	0,06	0,08	-0,09	0,28	-0,07	0,08	0,06	-0,03	0,14
Anhedonia	0,35	0,51	-0,03	0,00	0,27	0,43	0,48	0,30	0,42	0,15	0,31	0,46	0,46	0,10	0,46	-0,26	0,30	-0,05	-0,29	0,37
Słonność do manipulacji	-0,04	-0,16	0,39	0,37	0,16	-0,06	-0,20	-0,02	0,13	-0,16	0,10	-0,05	0,11	0,31	-0,24	0,01	0,12	-0,09	-0,07	-0,16
Słonność do oszukiwania	0,10	0,03	0,27	0,37	0,22	0,06	-0,01	0,05	0,24	-0,10	0,17	0,14	0,22	0,32	-0,03	-0,13	0,15	-0,22	-0,21	-0,11
Wielkośćowość	0,07	-0,19	0,37	0,26	0,35	-0,02	-0,14	-0,05	0,13	-0,10	0,21	0,10	0,22	0,38	-0,11	-0,11	0,22	-0,05	-0,16	-0,04

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Poszukiwanie uwagi	0,04	-0,24	0,40	0,27	0,19	-0,06	-0,17	-0,03	0,12	-0,02	0,11	0,01	0,11	0,36	-0,25	-0,06	0,10	-0,08	-0,08	-0,11
Niewrażliwość	0,05	0,12	0,36	0,39	0,33	0,07	-0,07	0,04	0,30	-0,29	0,25	0,15	0,33	0,39	0,02	-0,10	0,33	-0,06	-0,17	-0,02
Nieodpowiedzialność	0,33	0,16	0,10	0,27	0,29	0,27	0,19	0,18	0,43	0,03	0,32	0,39	0,41	0,34	0,14	-0,30	0,25	-0,17	-0,37	0,18
Impulsywność	0,42	0,00	0,26	0,26	0,25	0,29	0,14	0,16	0,35	0,07	0,32	0,36	0,37	0,36	0,02	-0,35	0,18	-0,18	-0,41	0,20
Podatność na rozpraszenie uwagi	0,44	0,18	-0,07	0,06	0,22	0,33	0,34	0,22	0,33	0,19	0,22	0,49	0,38	0,18	0,27	-0,34	0,13	-0,17	-0,37	0,31
Skłonność do nadmiernego ryzyka	-0,05	-0,26	0,45	0,57	0,28	-0,04	-0,24	-0,08	0,17	-0,35	0,18	0,03	0,21	0,49	-0,35	0,02	0,25	-0,04	-0,08	-0,09
Sztynny perfekcjonizm	0,29	0,03	0,07	-0,14	0,14	0,21	0,14	0,07	0,04	0,14	0,07	0,23	0,14	0,07	0,21	-0,28	-0,01	-0,04	-0,27	0,17
Nietypowe przekonania i doświadczenia	0,28	0,01	0,16	0,19	0,51	0,31	0,18	0,22	0,36	0,13	0,39	0,39	0,44	0,42	0,06	-0,26	0,29	-0,01	-0,33	0,29
Ekscentryczność	0,28	0,10	0,23	0,32	0,39	0,26	0,14	0,10	0,41	0,03	0,34	0,43	0,48	0,48	0,15	-0,31	0,25	-0,13	-0,40	0,19
Dysregulacja poznawcza i percepcyjna	0,41	0,19	0,07	0,15	0,51	0,40	0,33	0,30	0,42	0,16	0,44	0,57	0,59	0,40	0,26	-0,31	0,40	-0,08	-0,37	0,40

Współczynniki korelacji wyższe niż 0,10 są istotne na poziomie $p < 0,05$ (istotność jednostronna).

Wyjaśnienie skrótów: NEGE = Skala Negatywnej Emocjonalności; INTR = Skala Introwersji; AGRR = Skala Agresywności; DISC = Skala Braku Zahamowań; PSYC = Skala Psychotyzmu; Hs = Skala Hipoochondrii; D = Skala Depresji; Hy = Skala Histerii; Pd = Skala Odchyleń Psychopatycznych; Mf = Skala Męskości-Kobiecości; Pa = Skala Paranoi; Pt = Skala Psychastenii; Sc = Skala Schizofrenii; Ma = Skala Hipomanii; Si = Skala Introwersji Społecznej; K = Skala Korekcyjna; L = Skala Kłamstwa; F = Skala Odpowiedzi Rzadkich; S = Skala Pozytywnej Autoprezentacji; FBS = Skala Wyolbrzymiania Symptomów

Tabela 6. Korelacje (r Pearsona) pomiędzy skalami i podskalami inwentarza PID-5 a skalami PSY-5 oraz skalami klinicznymi i kontrolnymi inwentarza MMPI-2 w grupie klinicznej ($N = 86$)

Wyszególnienie	NEGE	INTR	AGRR	DISC	PSYC	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si	K	F	L	S	FBS
NEGATYWNY AFEKT	0,76	0,34	0,23	0,25	0,46	0,61	0,55	0,29	0,66	0,19	0,58	0,74	0,77	0,53	0,51	-0,68	0,41	-0,40	-0,72	0,49
IZOLACJA	0,60	0,57	0,00	-0,03	0,41	0,55	0,64	0,25	0,58	0,09	0,49	0,70	0,70	0,21	0,65	-0,53	0,42	-0,25	-0,51	0,55
ANTAGONIZM	0,41	-0,09	0,44	0,59	0,26	0,19	0,04	0,05	0,33	-0,04	0,24	0,31	0,42	0,55	0,05	-0,42	0,14	-0,47	-0,49	-0,03
ROZHAMOWANIE	0,41	0,11	0,27	0,36	0,25	0,26	0,18	0,08	0,39	-0,08	0,34	0,38	0,46	0,40	0,22	-0,29	0,30	-0,23	-0,35	0,19
PSYCHOTYZM	0,49	0,18	0,29	0,28	0,62	0,56	0,34	0,32	0,55	0,04	0,55	0,56	0,70	0,56	0,25	-0,55	0,54	-0,34	-0,52	0,41
Labilność emocjonalna	0,57	0,13	0,33	0,21	0,38	0,45	0,34	0,22	0,50	0,21	0,50	0,53	0,57	0,51	0,24	-0,52	0,31	-0,29	-0,54	0,35
Niepokój	0,66	0,44	0,06	-0,07	0,37	0,62	0,67	0,33	0,53	0,35	0,51	0,69	0,65	0,31	0,53	-0,56	0,32	-0,29	-0,58	0,57
Lęk separacyjny	0,46	0,09	0,11	0,30	0,28	0,32	0,27	0,21	0,35	0,06	0,44	0,43	0,42	0,37	0,24	-0,37	0,22	-0,21	-0,45	0,26
Submisyjność	0,42	0,25	-0,05	-0,06	0,03	0,26	0,32	-0,01	0,34	0,13	0,16	0,40	0,41	0,11	0,41	-0,34	0,18	-0,30	-0,30	0,26
Perseweratywność	0,55	0,18	0,15	0,28	0,32	0,42	0,33	0,18	0,50	0,08	0,32	0,52	0,59	0,47	0,32	-0,57	0,26	-0,42	-0,60	0,24
Wrogość	0,58	0,07	0,50	0,54	0,32	0,34	0,22	0,14	0,40	-0,02	0,30	0,44	0,47	0,52	0,23	-0,50	0,20	-0,42	-0,58	0,12
Depresyjność	0,64	0,45	0,08	0,10	0,38	0,59	0,60	0,32	0,64	0,18	0,51	0,73	0,73	0,38	0,55	-0,56	0,41	-0,33	-0,57	0,56
Podjeżliwość	0,59	0,36	0,19	0,12	0,63	0,53	0,46	0,15	0,55	0,05	0,62	0,58	0,67	0,36	0,49	-0,61	0,53	-0,16	-0,60	0,50
Ograniczona emocjonalność	0,20	0,19	0,04	0,02	0,17	0,18	0,26	0,07	0,20	-0,03	0,12	0,26	0,26	0,04	0,25	-0,21	0,13	-0,17	-0,20	0,20
Wycofanie	0,46	0,59	-0,07	-0,09	0,28	0,39	0,52	0,13	0,37	-0,04	0,35	0,54	0,51	0,02	0,61	-0,39	0,30	-0,15	-0,37	0,38
Unikanie bliskości	0,17	0,30	-0,13	-0,31	0,08	0,14	0,26	0,04	0,12	0,04	0,12	0,23	0,21	-0,12	0,34	-0,14	0,17	0,04	-0,06	0,20
Anhedonia	0,43	0,60	-0,17	-0,07	0,23	0,43	0,62	0,31	0,52	0,09	0,35	0,57	0,53	0,07	0,55	-0,30	0,27	-0,24	-0,31	0,47
Skłonność do manipulacji	0,15	-0,25	0,44	0,46	0,12	0,03	-0,18	-0,06	0,17	-0,13	0,10	0,10	0,21	0,46	-0,14	-0,25	0,03	-0,39	-0,32	-0,16

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Sklonność do oszukiwania	0,31	-0,09	0,35	0,52	0,20	0,11	-0,05	-0,01	0,28	-0,06	0,15	0,21	0,32	0,43	0,00	-0,34	0,12	-0,37	-0,39	-0,09
Wielkość uwagi	0,11	-0,20	0,45	0,36	0,27	0,12	-0,02	0,06	0,14	-0,05	0,22	0,12	0,25	0,45	-0,14	-0,25	0,10	-0,25	-0,28	-0,02
Poszukiwanie uwagi	0,22	-0,19	0,25	0,43	0,03	0,04	-0,07	0,03	0,13	0,07	0,09	0,11	0,19	0,38	-0,07	-0,21	-0,01	-0,33	-0,28	-0,09
Niewrażliwość	0,46	0,10	0,23	0,46	0,30	0,22	0,19	0,06	0,39	-0,05	0,27	0,39	0,46	0,43	0,24	-0,39	0,21	-0,47	-0,45	0,04
Nieodpowiedzialność	0,46	0,26	0,20	0,31	0,24	0,38	0,32	0,24	0,43	0,01	0,34	0,49	0,53	0,29	0,32	-0,31	0,32	-0,39	-0,41	0,28
Impulsywność	0,57	0,24	0,22	0,32	0,31	0,22	0,24	0,03	0,52	0,11	0,41	0,43	0,49	0,39	0,29	-0,41	0,29	-0,15	-0,45	0,12
Podatność na rozpraszenie uwagi	0,52	0,42	0,06	0,10	0,35	0,51	0,56	0,32	0,50	0,06	0,43	0,60	0,60	0,27	0,50	-0,41	0,37	-0,35	-0,46	0,43
Sklonność do nadmiernego ryzyka	0,10	-0,27	0,33	0,40	0,15	0,02	-0,19	-0,14	0,13	-0,20	0,12	0,03	0,17	0,43	-0,14	-0,16	0,17	-0,08	-0,19	-0,08
Szytwny perfekcjonizm	0,27	0,06	0,11	0,16	0,25	0,27	0,19	0,09	0,29	0,09	0,21	0,25	0,32	0,29	0,11	-0,36	0,23	-0,23	-0,38	0,07
Nietypowe przeżycia i doświadczenia	0,28	0,03	0,37	0,27	0,62	0,37	0,10	0,22	0,39	0,02	0,47	0,31	0,49	0,49	0,06	-0,41	0,44	-0,21	-0,39	0,22
Ekscentryczność	0,43	0,19	0,16	0,24	0,46	0,50	0,32	0,22	0,51	0,04	0,47	0,53	0,62	0,48	0,26	-0,47	0,43	-0,31	-0,47	0,37
Dysregulacja poznawcza i percepcyjna	0,52	0,20	0,30	0,23	0,59	0,56	0,41	0,39	0,51	0,05	0,51	0,58	0,70	0,50	0,29	-0,54	0,55	-0,35	-0,48	0,45

Współczynniki korelacji wyższe niż 0,18 są istotne na poziomie $p < 0,05$ (istotność jednostronna). Wyjaśnienie skrótów skal – patrz tabela 5

Dyskusja

Zaproponowany przez DSM-5 w Sekcji III alternatywny, hybrydowy system diagnozy zaburzeń osobowości jest obiecującą próbą przezwyciężenia ograniczeń diagnozy kategorialnej, integracji kategorialnego i dymensjonalnego podejścia do diagnozy zaburzeń osobowości i zbudowania pomostu pomiędzy badaniami nad osobowością zdrową i zaburzoną. Kluczowy element tego systemu – model patologicznych cech osobowości, zoperacjonalizowany w Inwentarzu Osobowości PID-5 – w pewnym stopniu zdążył już spełnić pokładane w nim nadzieje. Z jednej strony ujawnił spójne związki z dominującym w psychologii PMO osobowości zdrowej [por. np. 16–19], co potwierdziliśmy także w badaniach polskich z wykorzystaniem PID-5 [6]. Z drugiej strony koresponduje z modelem pięciu wymiarów psychopatologii osobowości PSY-5, wykazuje spójny wzorzec związków ze skalami klinicznymi MMPI-2, różnicuje grupy kliniczne (z diagnozą zaburzenia osobowości) i niekliniczne, co stwierdzono w prezentowanym wyżej badaniu, w którym inwentarz PID-5 (i tym samym model DSM-5) ujawnił także swoją przewagę w zakresie rzetelności skal oraz różnicowania grup klinicznych i nieklinicznych w porównaniu ze skalami PSY-5 i skalami klinicznymi z MMPI-2. Ponadto model ten pozwala na lepszą niż PMO predykcję kategorii zaburzeń osobowości (wszystkich dziesięciu sklasyfikowanych w DSM-IV-TR [6]). Wśród cech-aspektów modelu DSM-5 najwyższą wartość prognostyczną zaburzeń osobowości w naszych wcześniejszych badaniach ujawniły: Niepokój, Anhedonia, Wycofanie, Wrogość, Sztywny perfekcjonizm oraz Dysregulacja poznawcza i percepcyjna [6].

Powyzsze wnioski wskazują w równym stopniu i na wartość modelu DSM-5, i na trafność inwentarza PID-5, za pomocą którego badania te były prowadzone. Polska adaptacja PID-5 wykazała się zadowalającą rzetelnością, szczególnie wysoką w próbach klinicznych, oraz trafnością. Potwierdzono również jej trafność czynnikową [6]. Uzyskane przez nas wyniki korespondują z raportowanymi zarówno dla wersji oryginalnej [4], jak i dla adaptacji przeprowadzonych w innych krajach. PID-5 adaptowano bowiem już w wielu innych językach, m.in. holenderskim [20], niemieckim [21] i włoskim [22]. W zdecydowanej większości tych badań uzyskiwano dane wskazujące na rzetelność i trafność (strukturalną oraz zbieżną i różnicową) PID-5, tak w próbach klinicznych [np. 19–21, 23], jak i nieklinicznych [np. 17, 22, 24, 25]. Dane te potwierdzają, że PID-5 jest satysfakcjonującą operacjonalizacją modelu patologicznych cech osobowości, wskazując jednocześnie na obiecującą wartość naukową samego modelu DSM-5.

Przytoczone wyniki dotychczasowych badań nie zmieniają jednak faktu, że hybrydowy system diagnozy i zbudowany w jego ramach model patologicznych cech osobowości to propozycje młode i potrzeba dalszych badań nad ich weryfikacją empiryczną i – przede wszystkim – użytecznością kliniczną. Nie można wykluczyć, że w przyszłości różne ich elementy będą modyfikowane, np. kryterium progu wysokiego nasilenia cech [por. 1, 11, 26], klucz przyporządkowujący układy patologicznych cech kategoriom specyficznych zaburzeń osobowości [por. 6, 25–28], sposób przyporządkowania cech-aspektów cechom-domenom [por. 4, 7], a nawet liczba

cech-aspektów [por. 10, 29]. Jednakże już w tym momencie alternatywny system diagnozy i dymensjonalny model cechowy DSM-5 są propozycją na tyle interesującą teoretycznie i zweryfikowaną empirycznie, że wydają się zasługiwać na uwagę także klinicystów praktyków.

W tym praktycznym kontekście warto podkreślić, że model patologicznych cech pozwala nie tylko na diagnozę kategorii specyficznego zaburzenia osobowości na podstawie wystąpienia określonej konstelacji wysoko nasilonych cech-aspektów (tzw. diagnoza hybrydowa). Model ten umożliwia bowiem również diagnozowanie uwzględnionych w Sekcji III DSM-5 zaburzeń PD-TS (*Personality Disorders – Trait Specified*), a więc zaburzeń osobowości określonych przez cechę. Kategoria ta wydaje się szczególnie interesująca, ponieważ może ujmować bardzo wiele różnych „postaci” zaburzonej osobowości, związanych z wysokim nasileniem pojedynczych cech-aspektów, jak też różnych ich konfiguracji. Nawet w wypadku diagnozy określonej kategorii zaburzenia specyficznego stwierdzenie występowania innych (niewymaganych przez kryteria diagnostyczne) cech-aspektów może służyć jako specyfikator (*specifier*) tego zaburzenia, wzbogacając obraz kliniczny [1]. Model cechowy pozwala również na opis mieszanych albo atypowych przypadków zaburzenia osobowości.

Ponadto DSM-5 [1] rekomenduje ocenę patologicznych cech osobowości także w sytuacji występowania innego zaburzenia psychicznego lub w sytuacji, gdy zaburzenie osobowości występuje na poziomie subklinicznym (*subthreshold*; gdy niespełnione są wszystkie wymogi kryteriów A lub B). Wiedza, jaką daje profil patologicznych cech osobowości tworzy bowiem bogaty informacyjny obraz, który może być bardzo użyteczny w planowaniu terapii i przewidywaniu kierunku przebiegu wielu innych zaburzeń psychicznych, nie tylko zaburzeń osobowości. Wspólnie z innymi zmiennymi (np. historia rodziny, próby samobójcze, zażywanie leków) profil patologicznych cech osobowości może stanowić ważny element ogólnej oceny klinicznej (pozwalając dookreślić np. czynniki ryzyka przemocy czy samouszkodzeń) oraz decyzji i rekomendacji odnośnie rodzaju terapii i leczenia.

Uzyskanie w badaniu profilu patologicznych cech osobowości umożliwia całościowy, wielowymiarowy opis indywidualnej struktury (zaburzenia) osobowości jednostki. Według APA [1] kliniczna użyteczność wielowymiarowego, hierarchicznego modelu patologicznych cech z Sekcji III DSM-5 leży w jego możliwościach jednoczesnego uwzględnienia wielu obszarów osobowości u każdego pacjenta (pięć szerokich domen), zamiast koncentracji na znalezieniu jednej i tylko jednej, optymalnej etykiety diagnostycznej. Takie podejście kliniczne przypomina kompleksowy system oceny w medycynie klinicznej, gdzie pomimo konkretnych skarg pacjenta dotyczących symptomów związanych z jakimś układem jego organizmu badaniu podlegają także inne układy, aby nie został przeoczony żaden z czynników istotnych dla diagnozy, a więc takich, które mogłyby wpłynąć na efektywność interwencji. Podobnie przebiega zastosowanie modelu patologicznych cech DSM-5: wstępna ocena wszystkich pięciu ogólnych cech-domen osobowości – czyli uniwersalnych wymiarów obejmujących całościowo strukturę osobowości – jest następnie pogłębianą charakterystyką składających się na nie cech-aspektów wraz z opisem przejawów tych domen i aspektów, które są wysoko nasilone u osoby badanej. W pewnych okolicznościach (ograniczenia czasowe lub inne)

akceptowalną możliwością kliniczną jest przeprowadzenie wyłącznie ogólnej oceny (*general assesment*), a więc oceny ograniczonej tylko do poziomu pięciu cech-domen (autorzy PID-5 stworzyli nawet skróconą wersję inwentarza z 25 pozycjami). Opcja ta może być stosowana w sytuacji, gdy potrzebna jest jedynie ogólna charakterystyka osobowości pacjenta. Niemniej gdy celem diagnozy osobowościowych problemów pacjenta jest ich terapia i leczenie, bardzo ważne jest zastosowanie szczegółowej oceny klinicznej (*detailed clinical assesment*), czyli oceny zarówno cech-domen, jak i wszystkich 25 cech-aspektów, i to najlepiej na podstawie danych zebranych nie tylko z samoopisu pacjenta, ale także pochodzących z szacowania jego cech przez inną osobę, która dobrze pacjenta zna (np. małżonka, który wypełnia PID-5 w wariantcie szacowania przez drugą osobę). Należy bowiem podkreślić, że PID-5 jest narzędziem nie tylko samoopisowym (*self-report*), ale posiada także wersję do szacowania przez drugą osobę (*informant-report*), która jednak dotychczas była znacznie rzadziej testowana empirycznie [por. 1, 30].

Co niezwykle ważne, model patologicznych cech osobowości pozwala również na opis osób zdrowych (niezaburzonych), a w przypadku zaburzenia osobowości lub innego zaburzenia psychicznego może on uwzględniać także zasoby pacjenta czy też adaptacyjne aspekty jego osobowości. Stwierdzenie niskiego poziomu jakichś cech-domen lub cech-aspektów może wskazywać na obecność np. ekstrawersji, stabilności emocjonalnej, ugodowości, sumienności albo klarowności myślenia, a to z kolei może w znacznym stopniu łagodzić efekty zaburzenia, ułatwiając radzenie sobie i proces zdrowienia także w przypadku traumatycznych urazów lub chorób somatycznych [1].

W opisanych powyżej zastosowaniach modelu patologicznych cech, a szczególnie w kontekście jego walorów dla ogólnej oceny klinicznej (w tym w innych zaburzeniach psychicznych) oraz dla prognozy i planowania terapii, kluczowy jest jednak jeszcze jeden element. Model patologicznych cech stanowi bowiem podstawę kryterium B w alternatywnym systemie diagnozy DSM-5, kryterium A zaś tego systemu przewiduje ocenę funkcjonowania osobowości w sferze „ja” (tożsamość i kierowanie sobą) oraz w sferze interpersonalnej (empatia i bliskość) za pomocą Skali Poziomu Funkcjonowania Osobowości (*Level of Personality Functioning Scale – LPFS* [1, 3]). Ocena ta jest podstawowa (choć zarazem wstępna) dla diagnozy, a nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania osobowości uznane zostało za konstytuujące rdzeń psychopatologii osobowości. Dlatego dopiero połączenie oceny poziomu funkcjonowania osobowości (LPFS) z pomiarem nasilenia patologicznych cech (PID-5) pozwoli na kompleksową charakterystykę osobowości jednostki i realizację całego hybrydowego systemu diagnozy DSM-5. Prace nad przekładem skali LPFS na język polski dobiegają końca.

Aneks

Tabela A. Rzetelność pomiaru (alfa Cronbacha) oraz różnice pomiędzy grupami niekliniczną i kliniczną w zakresie skal PSY-5 oraz skal klinicznych inwentarza MMPI-2

Wyszczególnienie	Grupa niekliniczna (n = 255)			Grupa kliniczna (n = 86)			Z	p
	alfa	M	SD	M	SD	alfa		
NEGE	0,87	15,59	6,89	21,85	6,88	0,89	-6,69	0,000
INTR	0,73	12,84	4,76	18,29	6,12	0,83	-6,97	0,000
AGRR	0,64	8,62	2,99	7,80	3,34	0,67	-1,97	0,024
DISC	0,69	13,06	4,27	12,62	4,26	0,68	-0,40	0,345
PSYC	0,79	6,69	4,00	7,91	4,71	0,83	-2,07	0,019
Hs	0,85	9,38	5,85	15,97	6,26	0,85	-7,83	0,000
D	0,70	23,20	6,02	32,49	6,33	0,72	-9,85	0,000
Hy	0,67	22,11	6,01	30,37	5,32	0,57	-9,59	0,000
Pd	0,67	20,12	5,65	28,44	5,64	0,67	-9,77	0,000
Mf	0,66	27,87	6,49	31,43	5,49	0,61	-4,53	0,000
Pa	0,68	11,71	4,60	16,65	4,57	0,63	-7,86	0,000
Pt	0,91	18,09	9,63	30,00	10,25	0,93	-8,30	0,000
Sc	0,92	19,92	12,27	35,14	14,10	0,93	-8,06	0,000
Ma	0,70	19,63	5,68	20,58	5,06	0,63	-1,40	0,082
Si	0,86	30,13	9,64	39,41	10,86	0,89	-6,73	0,000
K	0,70	12,69	4,55	11,57	4,54	0,73	-2,10	0,018
F	0,88	7,27	6,83	13,30	7,69	0,84	-7,14	0,000
L	0,51	3,91	2,17	3,36	2,46	0,65	-2,34	0,010
S	0,78	20,79	7,24	17,28	8,25	0,86	-3,72	0,000
FBS	0,77	13,33	5,73	21,29	5,23	0,66	-9,61	0,000

Z – wartość statystyki w teście U Manna–Whitneya (istotność jednostronna).

Wyjaśnienie skrótów: NEGE = Skala Negatywnej Emocjonalności; INTR = Skala Introwersji; AGRR = Skala Agresywności; DISC = Skala Braku Zahamowań; PSYC = Skala Psychotyzmu; Hs = Skala Hipochondrii; D = Skala Depresji; Hy = Skala Histerii; Pd = Skala Odchyleń Psychopatycznych; Mf = Skala Męskości-Kobiecości; Pa = Skala Paranoi; Pt = Skala Psychastenii; Sc = Skala Schizofrenii; Ma = Skala Hipomanii; Si = Skala Introwersji Społecznej; K = Skala Korekcyjna; L = Skala Kłamstwa; F = Skala Odpowiedzi Rzadkich; S = Skala Pozytywnej Autoprezentacji; FBS = Skala Wyolbrzymiania Symptomów

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – 5th Edition*. Washington, D.C.: APA; 2013.
2. Krueger RF, Eaton NR, Clark LA, Watson D, Markon KE, Derringer J i wsp. *Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5*. J. Pers. Disord. 2011; 25(2): 170–191.
3. 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. ONLINE FIRST Nr 98. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/86477>
4. 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.
5. Widiger TA, Simonsen K. *Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground*. J. Pers. Disord. 2005; 19(2): 110–130.
6. Strus W, Rowiński T, Ciecich J, Kowalska-Dąbrowska M, Czuma I, Żechowski C. *Patologiczna Wielka Piątka: próba zbudowania pomostu pomiędzy psychiatryczną klasyfikacją zaburzeń a cechowym modelem osobowości zdrowej*. Roczniki Psychologiczne. 2017; 20(2): 429–450.
7. Widiger TA, Costa PT, Gore WL, Crego C. *Five Factor Model and personality disorder research*. W: Widiger TA, Costa PT. red. *Personality disorders and the Five-Factor Model of personality*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2013. S. 75–100.
8. Harkness AR, McNulty JL, Ben-Porath YS. *The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Constructs and MMPI-2 scales*. Psychol. Assess. 1995; 7(1): 104–114.
9. McCrae RR, Costa PT. *Osobowość dorosłego człowieka*. Kraków: Wydawnictwo WAM; 2005.
10. Widiger TA, Costa PT. *Personality disorders and the Five-Factor Model of personality*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2013.
11. Samuel DB, Hopwood CJ, Krueger RF, Thomas KM, Ruggero CJ. *Comparing methods for scoring personality disorder types using maladaptive traits in DSM-5*. Assessment. 2013; 20(2): 353–361.
12. Buther JN, Graham JR, Ben-Porath YS, Tellegen A, Dahlstrom WG. *MMPI-2 – Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości – 2. Podręcznik stosowania, oceny i interpretacji. Wersja Zrewidowana (Polska normalizacja: Brzezińska U, Koć-Januchta M, Stańczak J)*. Warszawa: PTP; 2012.
13. Krueger RF, DeYoung CG. *The RDoC initiative and the structure of psychopathology*. Psychophysiology. 2016; 53(3): 351–354.
14. Strus W, Ciecich J. *Poza wielką piątkę – przegląd nowych modeli struktury osobowości*. Polskie Forum Psychologiczne. 2014; 19(1): 17–49.
15. Wright AGC, Thomas KM, Hopwood CJ, Markon KE, Pincus AL, Krueger RF. *The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits*. J. Abnorm. Psychol. 2012; 121(4): 951–957.
16. De Fruyt F, De Clercq B, De Bolle M, Wille B, Markon KE, Krueger RF. *General and maladaptive traits in a five-factor framework for DSM-5 in a university student sample*. Assessment. 2013; 20(3): 295–307.
17. Griffin SA, Samuel DB. *A closer look at the lower-order structure of the Personality Inventory for DSM-5: Comparison with the Five-Factor Model*. Personal. Disord. 2014; Advance online publication.
18. Thomas KM, Yalch MM, Krueger RF, Wright AG, 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.

19. Quilty LC, Ayeerst L, Chmielewski M, Pollock BG, Bagby RM. *The psychometric properties of the Personality Inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 Field Trial sample*. Assessment. 2013; 20(3): 362–369.
20. Bastiaens T, Claes L, Smits D, De Clercq B, De Fruyt F, Rossi G i wsp. *The construct validity of the Dutch Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders (PID-5) in a clinical sample*. Assessment. 2016; 23(1): 42–51.
21. Zimmermann J, Altenstein D, Krieger T, Holtforth MG, Pretsch J, Alexopoulos J i wsp. *The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: Findings from two German-speaking samples*. J. Pers. Disord. 2014; 28(4): 518–540.
22. Fossati A, Krueger RF, Markon KE, Borroni S, Maffei C. *Reliability and validity of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults*. Assessment. 2013; 20(6): 689–708.
23. Few LR, Miller JD, Rothbaum AO, Meller S, Maples J, Douglas P i wsp. *Examination of the Section III DSM-5 Diagnostic System for Personality Disorders in an Outpatient Clinical Sample*. J. Abnorm. Psychol. 2013; 122(4): 1057–1069.
24. De Clercq B, De Fruyt F, De Bolle M, Van Hiel A, Markon KE, Krueger RF. *The hierarchical structure and construct validity of the PID-5 trait measure in adolescence*. J. Pers. 2014; 82(2): 158–169.
25. Hopwood CJ, Thomas KM, Markon KE, Wright AGC, Krueger RF. *DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders*. J. Abnorm. Psychol. 2012; 121(2): 424–432.
26. Morey LC, Skodol AE. *Convergence between DSM-IV-TR and DSM-5 Diagnostic Models for Personality Disorder: Evaluation of Strategies for Establishing Diagnostic Thresholds*. J. Psychiatr. Pract. 2013; 19(3): 179–193.
27. Bach B, Markon K, Simonsen E, Krueger RF. *Clinical utility of the DSM-5 alternative model of personality disorders: Six cases from practice*. J. Psychiatr. Pract. 2015; 21(1): 3–25.
28. Yam WH, Simms LJ. *Comparing criterion – and trait-based personality disorder diagnoses in DSM-5*. J. Abnorm. Psychol. 2014; 123(4): 802–808.
29. Gore WL, Pincus AL. *Dependency and the Five Factor Model*. W: Widiger TA, Costa PT. red. *Personality disorders and the Five-Factor Model of personality*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2013. S. 163–177.
30. Markon KE, Quilty LC, Bagby RM, Krueger RF. *The development and psychometric properties of an informant-report form of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)*. Assessment. 2013; 20(3): 370–383. Doi: 1073191113486513.

Adres: Włodzimierz Strus
Instytut Psychologii UKSW,
01-938 Warszawa, ul. Wóycickiego 1/3 bud. 14.
e-mail: w.strus@uksw.edu.pl

Otrzymano: 13.11.2017
Zrecenzowano: 17.02.2018
Otrzymano po poprawie: 5.03.2018
Przyjęto do druku: 11.03.2018