

## **Właściwości psychometryczne polskiej adaptacji Samoopisowej skali poziomu funkcjonowania osobowości według DSM-5 (LPFS-SR)**

### **Psychometric Evaluation of the Polish adaptation of a Self-Report Form of the DSM-5 Level of Personality Functioning Scale (LPFS-SR)**

Patryk Łakuta<sup>1</sup>, Jan Ciecuch<sup>1,2</sup>, Włodzimierz Strus<sup>1</sup>, Leslie C. Morey<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Instytut Psychologii

<sup>2</sup> University of Zurich, University Research Priority Program Social Networks

<sup>3</sup> Texas A&M University

#### **Summary**

**Aim.** This study examined psychometric properties of the Polish adaptation of a Self-Report Form of the DSM-5 Level of Personality Functioning Scale (LPFS-SR). It is a scale designed to measure general impairment, jointly with a detailed assessment of distinguished components of personality functioning characterized in terms of disturbances in self (identity and self-direction) and interpersonal (empathy and intimacy) functioning – Criterion A in the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders (AMPD).

**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 provide an evaluation of the criterion validity, Personality Inventory for DSM-5 (PID-5), Personality Inventory for ICD-11 (PiCD), Level of Personality Functioning Scale – Brief Form 2.0 (LPFS-BF 2.0), and Big Five Inventory-2 (BFI-2) were administered.

**Results.** Our data supported that identity, self-direction, intimacy, and empathy components of the LPFS-SR can be characterized by a single, global dimension of personality dysfunction, consistent with the assumption that DSM-5 Criterion A is a relatively homogeneous construct. The LPFS-SR showed good reliability estimates and demonstrated conceptually sound associations with the PD severity index and related measures of personality functioning. Moreover, all the LPFS-SR components manifested at least partial distinction from maladaptive personality traits (i.e., Criterion B in the DSM-5 AMPD).

**Conclusions.** These findings provide support for the validity of the Polish adaptation of the LPFS-SR as an operationalization of impairment in the core and common features of personality pathology described in the DSM-5 alternative model.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia osobowości, DSM-5, LPFS-SR

**Key words:** personality disorders, DSM-5, LPFS-SR

## Wstęp

Ocena poziomu funkcjonowania osobowości (*Level of Personality Functioning* – LPF) stanowi pierwszy krok w kierunku diagnozy i podstawowe kryterium (kryterium A) w ramach alternatywnego modelu zaburzeń osobowości (*Alternative Model for Personality Disorders* – AMPD), zamieszczonego w sekcji III DSM-5 [1]. Poziom funkcjonowania osobowości, koncepcyjnie oddzielony zarówno od kategorii zaburzeń, jak i patologicznych cech osobowości, zdefiniowano jako ogólny wymiar – kontinuum nasilenia wspólnego dla wszystkich zaburzeń osobowości. Aby wesprzeć klinicystów w konceptualizacji i przeprowadzeniu pełnej oceny zgodnie z kryterium A AMPD, w podręczniku DSM-5 zamieszczono *Skalę poziomu funkcjonowania osobowości* (*Levels of Personality Functioning Scale* – LPFS) wraz ze szczegółowymi charakterystykami wskaźników [1, s. 775–778]. LPFS jest jednak skalą służącą do oceny klinicznej, a nie narzędziem psychometrycznym. W ramach diagnozy przesiewowej zaburzeń osobowości czy w badaniach naukowych – w warunkach, w których potrzebne jest uzyskanie szybkiego oszacowania – możliwość skorzystania z kwestionariuszy samoopisowych (bądź skal szacunkowych typu *informant-report*) niewątpliwie stanowi znaczące usprawnienie.

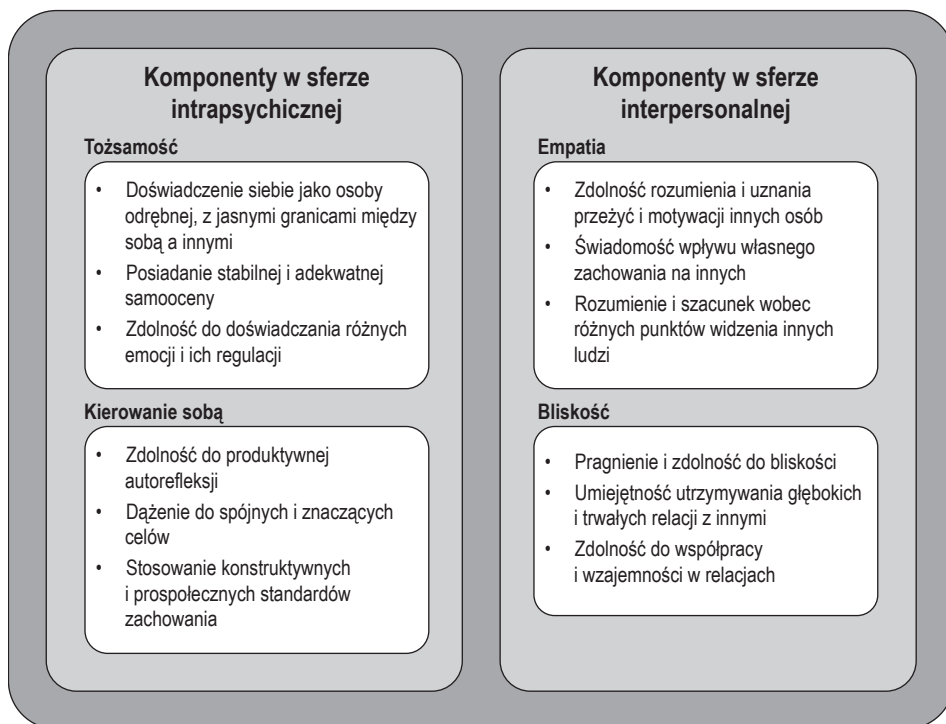
Jedną z propozycji bezpośredniej operacjonalizacji LPF, zgodnie z konceptualizacją zawartą w AMPD, jest 80-itemowy kwestionariusz samoopisowy LPFS-SR (*Level of Personality Functioning Scale – Self-Report*), opracowany przez członka grupy roboczej do spraw AMPD Lesliego C. Moreya [2]. Choć jak dotąd powstało już kilka instrumentów do pomiaru LPF [por. 3], LPFS-SR stanowi pierwsze narzędzie samoopisowe zapewniające pełną ocenę kluczowych wskaźników i charakterystyk ujętych w LPFS. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie danych dotyczących rzetelności i trafności polskiej adaptacji LPFS-SR [1].

W LPFS [1, s. 775–778], czyli w skali służącej do oceny klinicznej przedstawionej w podręczniku DSM-5, istotę patologii osobowości zdefiniowano jako występowanie znaczących nieprawidłowości funkcjonowania osobowości w sferze *self*, nazywanej też sferą intrapersonalną (tj. w zakresie „tożsamości” i „kierowania sobą”), oraz w sferze interpersonalnej (tj. w zakresie „empatii” i „bliskości”). Dla definicyjnej precyzji warto dodać, że „tożsamość”, „kierowanie sobą”, „bliskość” oraz „empatia” nazywane są wymiennie komponentami funkcjonowania osobowości [3] albo funkcjami osobowości [2]. Skala ta służy zarówno do celów diagnozy zaburzeń osobowości (ZO), jak i monitorowania nasilenia zaburzenia [por. 4–6]. W LPFS zawarto łącznie 12 charakterystyk odnoszących się do czterech kluczowych funkcji (komponentów funkcjonowania) osobowości.

W sferze intrapsychicznej „tożsamość” scharakteryzowano jako doświadczenie siebie jako osoby o jasnych granicach między sobą a innymi, posiadanie stabilnej i adekwatnej samooceny oraz zdolność doświadczenia różnorodnych emocji i ich regulacji, natomiast „kierowanie sobą” określono jako dążenie do wytyczonych celów,

stosowanie konstruktywnych i prospołecznych standardów zachowania oraz zdolność autorefleksji. W sferze 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, natomiast „bliskość” określono jako pragnienie i zdolność do bliskości, umiejętność utrzymywania głębokich i trwałych relacji z innymi oraz zdolność do współpracy i wzajemności (por. rys.). Te cztery funkcje (komponenty funkcjonowania) osobowości wraz z wyróżnionymi charakterystykami podlegają indywidualnej ocenie po to, by wyznaczyć stopień ich upośledzenia i dokonać ogólnej oceny poziomu funkcjonowania osobowości.

Klinicysta dokonuje rozróżnienia w zakresie pięciu poziomów funkcjonowania osobowości, stwierdzając brak lub nieznaczne nieprawidłowości (tj. zdrowe, adaptacyjne funkcjonowanie – poziom 0), zauważalne nieprawidłowości (poziom 1), nieprawidłowości o stopniu umiarkowanym (poziom 2), dużym (poziom 3) bądź skrajnym (poziom 4). Ocena przeprowadzona na podstawie LPFS stanowi niezbędny element diagnozy w ramach AMPD [1], przy czym dla diagnozy ZO wymagane jest stwierdzenie co najmniej umiarkowanych nieprawidłowości funkcjonowania osobowości.



Rysunek. **Komponenty funkcjonowania osobowości wyróżnione w Skali poziomu funkcjonowania osobowości [por. 1]**

Według AMPD każde zaburzenie osobowości można najpełniej zdefiniować jako znaczące nieprawidłowości funkcjonowania osobowości (kryterium A) manifestujące się w charakterystycznej konfiguracji dysfunkcyjnych cech (kryterium B) [1]. Do oceny kryterium B – zestawu cech zawartych w AMPD – służy *Inwentarz osobowości PID-5 (Personality Inventory for DSM-5)* [7, 8]. Od niedawna dostępność samoopisowego narzędzia także do oceny kryterium A znacząco usprawniła pełne wykorzystanie modelu umieszczonego w sekcji III DSM-5. Opracowany przez Moreya [2] kwestionariusz LPFS-SR umożliwia ocenę wszystkich szczegółowych komponentów funkcjonowania osobowości w ramach AMPD, tj. funkcji osobowości w sferze intrapsychicznej (obejmujących „tożsamość” i „kierowanie sobą”) oraz interpersonalnej (obejmujących „bliskość” i „empatię”).

Wyniki badań nad LPFS-SR wskazują, że cechuje się on dobrą charakterystyką psychometryczną, m.in. wysoką zgodnością wewnętrzną, stabilnością czasową, wysoką (oczekiwaną) interkorelacją poszczególnych wymiarów oraz dobrą trafnością teoretyczną i kryterialną [2, 9]. Wysoka wzajemna korelacja czterech podskal odzwierciedlających cztery komponenty LPF, tj. „tożsamość”, „kierowanie sobą”, „bliskość” i „empatia” [1], oraz występowanie silnego czynnika ogólnego, wyjaśniającego 85,5% całkowitej wariancji LPFS-SR, wskazują na obecność jednorodnego konstruktów leżącego u podstaw tak mierzonych komponentów, który może być teoretycznie trafnie i rzetelnie mierzony [2, zob. także 9]. Kwestionariusz LPFS-SR jako ogólnodostępne narzędzie umożliwiający uzyskanie rzetelnego i trafnego markera nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości wykazuje zatem spory potencjał dzięki możliwości jego wykorzystania w praktyce klinicznej i badaniach naukowych.

Narzędzie to może być użyteczne szczególnie w praktyce klinicznej, umożliwiając rozbudowaną ocenę kluczowych nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości scharakteryzowanych w AMPD. Uzyskane wyniki mogą być pomocne m.in. w określeniu stopnia nasilenia patologii osobowości, wyznaczeniu najważniejszych obszarów nieprawidłowości funkcjonowania osobowości, a także w wyborze i planowaniu interwencji terapeutycznych. Poza tym jego stosowanie może ułatwić monitorowanie przebiegu i ocenę skuteczności leczenia. Warto zatem poszerzyć dostępność LPFS-SR i opracować jego różne wersje językowe.

### Hipotezy

Celem badania było opracowanie podstawowej charakterystyki psychometrycznej polskiej wersji LPFS-SR [2] – samoopisowego kwestionariusza do pomiaru komponentów funkcjonowania osobowości opisanych w kryterium A alternatywnego modelu wymiarowego zaburzeń osobowości w Sekcji III DSM-5 [1]. W prezentowanym badaniu dokonano oceny jego rzetelności oraz trafności teoretycznej i kryterialnej.

Kwestionariusz LPFS-SR został zaprojektowany w celu umożliwienia bezpośredniej oceny poszczególnych charakterystyk opisowych LPFS z DSM-5 [1], w której każdy wskaźnik ma reprezentować określony problem występujący na określonym poziomie jednego z czterech komponentów funkcjonowania osobowości. Tym samym, co warto podkreślić, konkretny problem ujawniający się na danym poziomie dysfunkcji

może nie występować na niższym/wyższym poziomie skali. Aby uwzględnić ten problem, Morey [2] opracował szczegółowy schemat ważenia pozycji LPFS-SR obejmujący dodatnie i ujemne wartości wag. Każda pozycja jest ważona zgodnie z właściwym dla niej poziomem dysfunkcji, według konceptualizacji zawartej w LPFS. Ten zabieg pozwala, by poszczególne itemy odnosiły się do różnych poziomów funkcjonowania osobowości, zachowując zróżnicowany zakres treściowy dla całego spektrum patologii osobowości i wykazując jednocześnie dbałość o te charakterystyki LPFS, które dotyczą zdrowego i adaptacyjnego funkcjonowania (szczegółowy opis w [2]).

Ze względu na taki sposób konstrukcji narzędzia i schemat ważenia pozycji, będące wyrazem starań o jak najwierniejszą operacjonalizację LPFS, konwencjonalne techniki analizy czynnikowej oparte na wynikach surowych poszczególnych pozycji nie pozwalają na adekwatną analizę struktury tak opracowanego narzędzia (szersze omówienie tej problematyki w [10]). W związku z tym ocenę struktury czynnikowej kwestionariusza przeprowadzono z wykorzystaniem analizy głównych składowych, bazując na wynikach czterech podskal LPFS-SR, zgodnie z podejściem statystycznym zastosowanym w oryginalnej pracy Moreya [2]. Postawiono hipotezę, że istnieje jeden dominujący czynnik ogólny, leżący u podstaw wszystkich komponentów LPFS-SR, odzwierciedlający globalny wymiar funkcjonowania osobowości.

W celu oszacowania trafności kwestionariusza LPFS-SR dokonaliśmy analizy związków korelacyjnych z teoretycznie powiązаныmi miarami funkcjonowania osobowości, zasadniczo mając na uwadze odtworzenie wzorców powiązań korelacyjnych odnotowanych w poprzednich badaniach [2, 9]. Do walidacji LPFS-SR wykorzystaliśmy i ogólne wskaźniki nasilenia dysfunkcji osobowości, i patologiczne cechy ujęte w modelu AMPD [1] oraz modelu ZO ICD-11 [11], a także wymiary zdrowej osobowości z modelu Wielkiej Piątki, wykazujące systematyczne powiązania z patologią osobowości (np. neurotyczność) [por. 12]. Uwzględnienie zarówno cech osobowości zdrowej, jak i cech nieadaptacyjnych ma tutaj szczególne znaczenie, ponieważ LPFS została zaprojektowana z zamysłem odzwierciedlenia charakterystyk należących do szerokiego spektrum funkcjonowania osobowości oraz możliwości uchwycenia nieprawidłowości, które są wspólne dla patologii osobowości w ogóle [1].

W ramach walidacji oczekiwaliśmy odrębnego wzorca powiązań w odniesieniu do mierzonych komponentów funkcjonowania osobowości LPFS [por. 1, s. 775–778]. W odniesieniu do komponentów funkcjonowania osobowości ze sfery *self* oczekiwaliśmy, że „tożsamość” będzie najsilniej skorelowana (tj.  $\geq 0,50$ ) z cechami obejmującymi „negatywny afekt” i „psychotyzm”, „kierowanie sobą” zaś wykaże najsilniejsze związki, oprócz „negatywnego afektu”, z „rozhamowaniem”, a także (choć w nieco mniejszym stopniu) z „niską sumiennością”. Jeśli chodzi o komponenty funkcjonowania osobowości ze sfery interpersonalnej oczekiwaliśmy, że „empatia” będzie najsilniej związana z „antagonizmem”/„dysocjalnością” oraz (w nieco mniejszym stopniu) z „niską ugodowością”, natomiast „bliskość” wykaże najsilniejsze związki z „izolacją”. W ramach analizy trafności kryterialnej uwzględniliśmy także związki LPFS-SR z inną ostatnio zaadaptowaną w Polsce miarą nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości – krótką skalą będącą alternatywą dla LPFS-SR, umożliwiającą ogólną ocenę poziomu funkcjonowania osobowości zgodnie z LPFS [13].

Dodatkowo poddano analizie jeszcze jedną kwestię. Obecnie w literaturze przedmiotu trwa debata na temat założeń leżących u podstaw kryterium A modelu AMPD, ożywiona na fali doniesień o miarach kryteriów A i B AMPD, pokazujących, że w dość wysokim stopniu się one pokrywają [3, 14–16; zob. również 10]. Zróżnicowanie kryteriów AMPD oraz weryfikacja, czy stanowią one odrębne, czy też pokrywające się zbiory informacji, to jedno z ważniejszych problemów wymagających dalszych badań i rozstrzygnięcia. Jako wkład do trwającej dyskusji przeprowadzono analizy w celu oszacowania stopnia pokrywania się zestawu patologicznych cech osobowości mierzonych przez PID-5 (kryterium B) ze wskaźnikami nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości mierzonymi przez LPFS-SR (kryterium A). Przeprowadzono serię analiz regresji o stałym zestawie predyktorów – uwzględniając pięć dysfunkcyjnych cech modelu AMPD. W testowanych modelach zmiennymi wyjaśnianymi były z kolei poszczególne komponenty funkcjonowania osobowości mierzone za pomocą LPFS-SR, aby w ten sposób oszacować stopień, w jakim konfiguracja patologicznych cech (kryterium B) umożliwia wyjaśnienie całkowitej wariancji poszczególnych komponentów mierzonych przez LPFS-SR (kryterium A).

## Metoda

### Osoby badane i procedura badania

Badanie miało charakter samoopisowy (w formie papier-ołówek), zostało przeprowadzone przy wsparciu przeszkolonych studentów psychologii. Grupa badana obejmowała łącznie 242 dorosłych z centralnej Polski (52,9% kobiet;  $M_{\text{wiek}} = 30,63$  roku;  $SD_{\text{wiek}} = 11,81$  roku). Każdy student badał od 8 do 10 osób spośród swoich dalekich krewnych lub znajomych. Udział w badaniu 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-SR (*Level of Personality Functioning Scale – Self Report*) [2] jest 80-itemowym narzędziem samoopisowym służącym do oceny nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości, zgodnie z opisem LPFS zawartym w AMPD DSM-5 [1]. LPFS-SR pozwala na ocenę czterech wyróżnionych w modelu komponentów funkcjonowania osobowości – „tożsamości”, „kierowania sobą”, „empatii” oraz „bliskości”. Na każdą z podskal składa się od 16 do 23 pozycji. Poszczególne itemy zostały opracowane tak, by odzwierciedlone zostało pełne spektrum funkcjonowania osobowości.

Polską translację wykonało dwóch współautorów niniejszego artykułu, podejmując starania, aby polska wersja itemów była: (1) możliwie bliska oryginalnej wersji angielskiej; (2) dopasowana do polskiego kontekstu kulturowego oraz (3) zgodna z charakterystyką teoretyczną LPFS.

Wyniki czterech podskal są sumowane w celu uzyskania globalnego wskaźnika nasilenia nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości. Co istotne, przed wylicze-



niem wyników każda pozycja jest ważona zgodnie z właściwym dla niej poziomem dysfunkcji określonym bezpośrednio w LPFS. Uwzględniając charakterystyki LPFS dotyczące zdrowego i adaptacyjnego funkcjonowania (poziomu 0) oraz charakterystyki dotyczące nieprawidłowości, pozycje LPFS-SR są ważone według następującego schematu: itemy odnoszące się do poziomu 0 funkcjonowania osobowości (tj. osobowość zdrowa) zyskują wagę  $-0,5$ ; itemy odnoszące się do poziomu 1 (tj. zauważalnych nieprawidłowości) zyskują wagę  $+0,5$ ; pozycje poziomu 2 (tj. umiarkowanego nasilenia nieprawidłowości) przyjmują wagę  $+1,5$ ; itemom poziomu 3 (tj. dużego nasilenia nieprawidłowości) przypisuje się wagę  $+2,5$ , a itemom poziomu 4 (tj. skrajnego nasilenia nieprawidłowości) – wagę  $+3,5$ . W prezentowanym badaniu raportowane są wyniki odnoszące się zarówno do wyniku ogólnego LPFS-SR, jak i wyników czterech podskal. Wszystkie analizy zostały przeprowadzone na wynikach uzyskanych po uprzednim zważeniu odpowiedzi zgodnie z przedstawionym schematem.

Kwestionariusz LPFS-BF 2.0 (*Level of Personality Functioning Scale – Brief Form 2.0*) [13, polska adaptacja: 17] jest 12-itemowym narzędziem samoopisowym umożliwiającym ocenę funkcjonowania osobowości zgodnie z LPFS z Sekcji III DSM-5 [1]. Narzędzie składa się z dwóch podskal mierzących funkcjonowanie intrapsychiczne 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”). LPFS-BF 2.0 wykazuje dobre właściwości psychometryczne.

Inwentarz osobowości PID-5 (*Personality Inventory for DSM-5*) [7, polska adaptacja: 8] jest 220-itemowym narzędziem samoopisowym służącym do pomiaru 25 patologicznych cech-aspektów przyporządkowanych następującym pięciu cechom- domenom wyróżnionym w AMPD (kryterium B) DSM-5: (1) „negatywny afekt”, (2) „izolacja”, (3) „antagonizm”, (4) „rozhamowanie” i (5) „psychotyzm” [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 właściwości psychometryczne.

Inwentarz osobowości PiCD (*Personality Inventory for ICD-11*) [18, polska adaptacja: 19] jest 60-itemowym narzędziem samoopisowym przeznaczonym do pomiaru pięciu szerokich domen osobowości modelu ZO ICD-11, tj.: (1) „negatywny afekt”, (2) „izolacja”, (3) „dysocjalność”, (4) „rozhamowanie” i (5) „anankastyczność” [11]. 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.

Kwestionariusz BFI-2 (*Big Five Inventory-2*) [20] jest 60-itemowym narzędziem samoopisowym służącym do pomiaru cech modelu Wielkiej Piątki, tj.: (1) „neurotyczności”, (2) „ekstrawersji”, (3) „otwartości”, (4) „ugodowości” i (5) „sumienności”. Każda z cech mierzona jest za pomocą 12 itemów ocenianych na 5-stopniowej skali Likerta od 1 („zdecydowanie nie zgadzam się z tym stwierdzeniem”) do 5 („zdecydo-

wanie zgadzam się z tym stwierdzeniem”). Polska wersja BFI-2 była już stosowana w badaniach [m.in. 21] i cechuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi.

## Wyniki

Statystyki opisowe (średnie, odchylenia standardowe), wskaźniki rzetelności i interkorelacje podskal LPFS-SR zamieszczono w tabelach 1 i 2. Interkorelacje wyników podskal są dość wysokie ( $r_s > 0,53$ ). Przeprowadzona analiza głównych składowych na czterech skalach LPFS-SR ujawniła wartości własne dwóch pierwszych składowych głównych wynoszące odpowiednio 2,80 i 0,54. Pierwsza główna składowa objaśniała 70,0% całkowitej wariancji zmiennych. Uzyskane wyniki stanowią zatem wsparcie dla hipotezy o silnym czynniku ogólnym leżącym u podstaw komponentów LPFS-SR.

Oszacowane współczynniki rzetelności dla wyniku ogólnego i podskal LPFS-SR („tożsamość”, „kierowanie sobą”, „empatia” i „bliskość”) wskazują na zadowalające wartości, porównywalne z otrzymanymi w badaniach Moreya [2], a jedyne niewielkie odstępstwo zaobserwowano dla wyników podskali „empatii”.

Tabela 1. Statystyki opisowe i współczynniki rzetelności LPFS-SR

|                      | M      | SD    | $\alpha$ Cronbacha | $\omega$ McDonalda |
|----------------------|--------|-------|--------------------|--------------------|
| LPFS-SR wynik ogólny | 223,23 | 47,35 | 0,93               | 0,93               |
| Tożsamość            | 74,95  | 19,35 | 0,86               | 0,86               |
| Kierowanie sobą      | 49,40  | 13,99 | 0,86               | 0,86               |
| Empatia              | 37,89  | 8,91  | 0,67               | 0,70               |
| Bliskość             | 61,00  | 13,60 | 0,76               | 0,76               |

Analiza trafności LPFS-SR (tab. 2) wykazała spójne teoretycznie zależności korelacyjne z powiązаныmi miarami funkcjonowania osobowości. Wynik ogólny LPFS-SR, a także większość podskal uzyskały wysokie korelacje z ogólnym wskaźnikiem nasilenia patologii osobowości (mierzonym za pomocą kwestionariusza PID-5) oraz ogólnym poziomem nasilenia nieprawidłowości funkcjonowania osobowości (mierzonym za pomocą kwestionariusza LPFS-BF 2.0). W wypadku podskal LPFS-SR ze sfery *self* „tożsamość” była skorelowana przede wszystkim z „negatywnym afektem” (zarówno w pomiarze PID-5, jak i PiCD) oraz „psychotyzmem” ( $r_s > 0,50$ ), „kierowanie sobą” zaś z cechami obejmującymi, oprócz „negatywnego afektu”, „izolację” (PID-5), „psychotyzm” oraz – zgodnie z oczekiwaniami – „rozhamowanie” (PiCD). Podskala „kierowanie sobą” wykazała też istotny ujemny związek z „sumiennością” ( $r = -0,36$ ). W wypadku podskal LPFS-SR ze sfery interpersonalnej „empatia” okazała się najbardziej skorelowana z „antagonizmem” i „dysocjalnością”, a także z „niską ugodowością” ( $r = -0,33$ ). „Bliskość” była najbardziej powiązana z cechami obejmującymi „negatywny afekt” i „izolację”.



Tabela 2. Korelacje LPFS-SR z narzędziami walidacyjnymi

|   | LPFS-SR | Tożsamość | Kierowanie sobą | Empatia | Bliskość |
|---|---------|-----------|-----------------|---------|----------|
| LPFS-SR wynik ogólny                                | —       |           |                 |         |          |
| Tożsamość (LPFS-SR)                                 | 0,91    | —         |                 |         |          |
| Kierowanie sobą (LPFS-SR)                           | 0,86    | 0,74      | —               |         |          |
| Empatia (LPFS-SR)                                   | 0,74    | 0,53      | 0,54            | —       |          |
| Bliskość (LPFS-SR)                                  | 0,83    | 0,64      | 0,56            | 0,59    | —        |
| Wiek  | -0,03   | -0,17     | -0,04           | 0,16    | 0,09     |
| LPFS-BF 2.0 wynik ogólny                            | 0,75    | 0,75      | 0,69            | 0,46    | 0,53     |
| Funkcjonowanie intrapsychiczne (LPFS-BF 2.0)        | 0,66    | 0,73      | 0,63            | 0,29    | 0,43     |
| Funkcjonowanie interpersonalne LPFS-BF 2.0          | 0,64    | 0,56      | 0,56            | 0,54    | 0,50     |
| Nasilenie patologii osobowości (PID-5) <sup>1</sup> | 0,72    | 0,70      | 0,63            | 0,55    | 0,51     |
| Negatywny afekt (PID-5)                             | 0,73    | 0,75      | 0,62            | 0,43    | 0,57     |
| Izolacja (PID-5)                                    | 0,63    | 0,56      | 0,58            | 0,44    | 0,51     |
| Antagonizm (PID-5)                                  | 0,47    | 0,41      | 0,35            | 0,50    | 0,35     |
| Rozhamowanie (PID-5)                                | 0,25    | 0,27      | 0,32            | 0,18    | 0,04     |
| Psychotyzm (PID-5)                                  | 0,58    | 0,60      | 0,48            | 0,45    | 0,37     |
| Negatywny afekt (PiCD)                              | 0,59    | 0,65      | 0,47            | 0,27    | 0,48     |
| Izolacja (PiCD)                                     | 0,37    | 0,26      | 0,36            | 0,31    | 0,35     |
| Dyssocjalność (PiCD)                                | 0,35    | 0,26      | 0,23            | 0,48    | 0,29     |
| Rozhamowanie (PiCD)                                 | 0,45    | 0,46      | 0,48            | 0,29    | 0,24     |
| Anankastyczność (PiCD)                              | 0,15    | 0,09      | -0,01           | 0,16    | 0,28     |
| Neurotyczność (BFI-2)                               | 0,52    | 0,57      | 0,45            | 0,23    | 0,38     |
| Ekstrawersja (BFI-2)                                | -0,28   | -0,26     | -0,30           | -0,10   | -0,21    |
| Otwartość (BFI-2)                                   | -0,12   | -0,04     | -0,17           | -0,09   | -0,11    |
| Ugodowość (BFI-2)                                   | -0,29   | -0,25     | -0,22           | -0,33   | -0,23    |
| Sumienność (BFI-2)                                  | -0,33   | -0,37     | -0,36           | -0,23   | -0,09    |

LPFS-SR – Level of Personality Functioning Scale – Self Report; LPFS-BF 2.0 – Level of Personality Functioning Scale – Brief Form 2.0; PID-5 – Personality Inventory for DSM-5; PiCD – Personality Inventory for ICD-11; BFI-2 – Big Five Inventory-2. Współczynniki korelacji większe niż 0,12 są istotne statystycznie ( $p < 0,05$ ).

<sup>1</sup> Wynik ogólny (sumaryczny) PID-5.

Aby oszacować stopień pokrywania się patologicznych cech-domen osobowości mierzonych za pomocą PID-5 (kryterium B) oraz poszczególnych komponentów funk-

cjonowania osobowości mierzonych za pomocą LPFS-SR (kryterium A), przeprowadziliśmy serię analiz regresji (tab. 3). W każdej analizie zestaw predyktorów stanowiło pięć dysfunkcyjnych cech mierzonych za pomocą PID-5, zmiennymi wyjaśnianymi zaś były kolejno poszczególne komponenty funkcjonowania osobowości mierzone za pomocą LPFS-SR. Okazało się, że cechy z kryterium B wyjaśniały łącznie od 33% do 61% całkowitej wariancji komponentów z kryterium A, przy średniej wartości skorygowanego współczynnika  $R^2$  wynoszącej 0,44. „Negatywny afekt” i „izolacja” były cechami, które pozwalały na istotną predykcję w wypadku większości komponentów funkcjonowania osobowości z kryterium A. „Negatywny afekt” jako istotny predyktor „tożsamości”, „kierowania sobą” i „bliskości” wyjaśniał za każdym razem największą część wariancji tych komponentów. „Izolacja” stanowiła istotny czynnik predykcyjny dla „kierowania sobą”, „empatii” i „bliskości”. „Antagonizm” był istotnym predyktorem „empatii” i „bliskości”, natomiast „rozhamowanie” dla „tożsamości” i „kierowania sobą”. „Psychotyzm” stanowił istotny czynnik predykcyjny jedynie w wypadku komponentu „tożsamość”.

Tabela 3. Analiza regresji. Cechy osobowości mierzone za pomocą PID-5 jako predyktory komponentów funkcjonowania osobowości mierzonych za pomocą LPFS-SR

|                   | Kryterium A (LPFS): Komponenty i ogólny poziom funkcjonowania osobowości w pomiarze LPFS-SR |                 |         |          |         |
|-------------------|---|-----------------|---------|----------|---------|
|                   | Tożsamość   | Kierowanie sobą | Empatia | Bliskość | LPFS-SR |
|                   | $\beta$   | $\beta$         | $\beta$ | $\beta$  | B       |
| Negatywny afekt   | 0,63***   | 0,41***         | 0,01    | 0,36***  | 0,49*** |
| Izolacja          | 0,01  | 0,26***         | 0,26*** | 0,23**   | 0,20**  |
| Antagonizm        | -0,08   | -0,07           | 0,37*** | 0,16*    | 0,06    |
| Rozhamowanie      | 0,14**  | 0,25***         | -0,05   | -0,10    | 0,09*   |
| Psychotyzm        | 0,22***   | 0,05            | 0,11    | -0,03    | 0,12*   |
| Skorygowane $R^2$ | 0,61  | 0,48            | 0,33    | 0,35     | 0,59    |

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

## Dyskusja

W ramach alternatywnego modelu zaburzeń osobowości w DSM-5 kryterium A wymaga oszacowania stopnia nieprawidłowości funkcjonowania osobowości na podstawie oceny klinicznej z wykorzystaniem LPFS [1, s. 775–778]. LPFS opiera się na założeniu, że dla wszystkich patologii osobowości nieprawidłowości dotyczą upośledzenia funkcjonowania w sferze intrapsychicznej (w zakresie „tożsamości” i „kierowania sobą”) oraz w sferze interpersonalnej (w zakresie „empatii” i „bliskości”). W przedstawionym badaniu dokonaliśmy oceny właściwości psychometrycznych polskiej adaptacji LPFS-SR – *Samoopisowej skali poziomu funkcjonowania osobowości* według DSM-5 [2], umożliwiającej ocenę ogólnego stopnia nieprawidłowości oraz ocenę wyodrębnionych komponentów funkcjonowania osobowości.

LPFS-SR jest ogólnodostępnym narzędziem, zaprojektowanym jako próba wiernej operacjonalizacji LPFS zawartej w DSM-5 (tj. kryterium A AMPD) [1]. W toku analiz wykazaliśmy, że LPFS-SR charakteryzuje się dobrymi wskaźnikami rzetelności oraz wykazuje spójne koncepcyjnie zależności korelacyjne ze wskaźnikami ogólnego nasilenia patologii osobowości i z teoretycznie powiązаныmi miarami funkcjonowania osobowości. Dodatkowo poszczególne podskale LPFS-SR wykazywały (częściową) odrębność od dysfunkcyjnych cech osobowości (tj. kryterium B w AMPD), wspierając ich postrzeganie jako dwóch równie istotnych zbiorów informacji na temat patologii osobowości. Przeprowadzone analizy wykazały także, że u podstaw komponentów funkcjonowania osobowości ujętych przez LPFS-SR, tj. „tożsamości”, „kierowania sobą”, „bliskości” i „empatii”, leży jeden silny czynnik ogólny – w zgodzie z założeniem, że struktura tego konstrukt (kryterium A) ma stosunkowo jednorodny charakter.

Dane zebrane na temat trafności LPFS-SR wskazują, że zarówno wynik ogólny, jak i wyniki podskal wykazują spójne teoretycznie zależności korelacyjne z miarami kryterialnymi, w tym z ogólnym wskaźnikiem nasilenia patologii osobowości (PID-5) oraz ogólnym poziomem nieprawidłowości funkcjonowania osobowości (LPFS-BF 2.0). W odniesieniu do podskal LPFS-SR „tożsamość” wykazywała najsilniejsze zależności korelacyjne przede wszystkim z cechami obejmującymi „negatywny afekt” i „psychotyzm”; podskala „kierowanie sobą” zaś wykazywała powiązania z cechami obejmującymi, oprócz „negatywnego afektu”, „izolację” (PID-5), „psychotyzm” i „rozhamowanie” (PiCD). W odniesieniu do nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości w wymiarze interpersonalnym „empatia” okazała się najbardziej skorelowana z „antagonizmem” i „dysocjalnością”, natomiast „bliskość” była najbardziej powiązana z cechami obejmującymi „negatywny afekt” i „izolację”.

Warto przy tym zauważyć, że wyniki LPFS-SF wykazały mniej spójny wzorzec powiązań korelacyjnych z cechami osobowości modelu AMPD DSM-5 niż cechami modelu ZO według ICD-11 mierzonymi inwentarzem PiCD. Ma to związek z ograniczeniami trafności różnicowej PID-5, czyli inwentarza do pomiaru cech modelu DSM-5 [7, 8; zob. także dane z metaanaliz w: 22, 23]. Jest to wyraźnie widoczne zwłaszcza w odniesieniu do trzech najbardziej problematycznych domen PID-5, czyli „negatywnego afektu”, „izolacji” i „rozhamowania”. Niemniej na rzecz trafności pomiaru LPFS-SF wskazują także zaobserwowane zależności korelacyjne z cechami zdrowej Wielkiej Piątki, co jest o tyle istotne, że LPFS została zaprojektowana z zamysłem odzwierciedlenia charakterystyk należących do szerokiego spektrum funkcjonowania osobowości – od zdrowej do zaburzonej. Analizy wykazały między innymi, że „tożsamość” w największym stopniu wiąże się z „neurotyzmem”, „kierowanie sobą” z „niską sumiennością”, a „empatia” z „niską ugodowością”. W większości powiązania te osiągnęły średnie wielkości współczynników, co jest uzasadnione, biorąc pod uwagę dokonywanie analiz zbieżności między spektrum kluczowych nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości a wachlarzem cech osobowości zdrowej.

Dodatkowego omówienia wymagają także korelacje LPFS-SR z narzędziem mierzącym zbliżone konstrukty, czyli LPFS-BF 2.0. Skale „empatia” i „bliskość”, zgodnie z oczekiwaniami teoretycznymi, wykazywały silniejsze powiązania korelacyjne ze skalą „funkcjonowanie interpersonalne” (LPFS-BF 2.0) niż ze skalą „funkcjonowanie

intrapSYchiczne” (LPFS-BF 2.0), natomiast skale „tożsamość” i „kierowanie sobą” korelowały silniej ze skalą „funkcjonowanie intrapSYchiczne” (LPFS-BF 2.0) niż ze skalą „funkcjonowanie interpersonalne” (LPFS-BF 2.0). Zaobserwowano również wysokie korelacje skali „funkcjonowanie interpersonalne” (LPFS-BF 2.0) ze skalami „tożsamość” i „kierowanie sobą” (odpowiednio: 0,56 i 0,56). Korelacje te, choć wysokie, wciąż pozostają niższe od spodziewanych istotnie wyższych korelacji dla skali „funkcjonowanie intrapSYchiczne” (LPFS-BF 2.0). Dotyczy to zarówno skali „tożsamość” ( $r = 0,73$ ), jak i „kierowanie sobą” ( $r = 0,63$ ).

Warto przy tej okazji zwrócić uwagę, że komponent interpersonalny LPFS nie powinien być postrzegany jako odrębny i niezależny od komponentu intrapSYchicznego, lecz przedstawiający reprezentację siebie w relacji do innych (*self-in-relation-to-others*). Oba aspekty są silnie ze sobą powiązane [por. 1, s. 772; zob. także 24]. Nie należy zatem oczekiwać wyraźnego zróżnicowania wzorca korelacji dla wymienionych komponentów.

Rozszerzeniem omówionych analiz były analizy regresyjne przeprowadzone w celu oszacowania stopnia pokrywania się patologicznych cech-domen osobowości mierzonych za pomocą PID-5 (kryterium B) oraz poszczególnych komponentów funkcjonowania osobowości mierzonych za pomocą LPFS-SR (kryterium A). Łącznie cechy z kryterium B pozwalały na wyjaśnienie od 33% do 61% całkowitej wariancji komponentów z kryterium A, które w związku z tym wykazują przynajmniej częściową niezależność od dysfunkcyjnych cech osobowości. Wyniki te stanowią zatem dodatkowy wkład do toczącej się debaty na temat założeń leżących u podstaw AMPD, głównie zaś kryterium A [zob. 3]. Niemniej, biorąc pod uwagę, że konceptualnie różnice między nieprawidłowym funkcjonowaniem osobowości a dysfunkcyjnymi cechami wydają się dość niewyraźne [3, 10, 14–16], potrzeba zdecydowanie więcej pogłębionych badań, aby określić stopień odrębności tych konstruktów (i ich trafności przyrostowej). Problemy koncepcyjne dotyczące istoty patologii osobowości oraz właściwych metod diagnozowania zaburzeń osobowości wymagają jeszcze wielu intensywnych badań teoretycznych i empirycznych. Ma to znaczenie zwłaszcza dla zapewnienia solidnej podstawy pojęciowej pozwalającej na odróżnienie patologii osobowości od innych form problemów ze zdrowiem psychicznym.

Podsumowując, podczas gdy w AMPD DSM-5 kryterium B wraz z zestawem dysfunkcyjnych cech dostarcza ważnych jednostek opisu dla przejawów patologii osobowości, dokonanie oceny w ramach kryterium A i stwierdzenie nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania osobowości stanowi kluczowy warunek rozpoznania ZO. W ramach prezentowanego badania dokonaliśmy oszacowania podstawowych właściwości psychometrycznych polskiej wersji kwestionariusza LPFS-SR [2] jako operacjonalizacji skali nieprawidłowości funkcjonowania osobowości przygotowanej dla kryterium A AMPD DSM-5 [1]. Kwestionariusz LPFS-SR został zaprojektowany z zamysłem zapewnienia bezpośredniej oceny poszczególnych charakterystyk zawartych w LPFS w DSM-5, w której każdy wskaźnik ma reprezentować określony problem występujący na danym poziomie funkcjonowania osobowości. Uzyskane przez nas wyniki potwierdzają satysfakcjonującą rzetelność i trafność polskiej adaptacji LPFS-SR. Dane zebrane w ramach analiz walidacyjnych wskazują na koncepcyjnie

spójne związki korelacyjne LPFS-SR z różnymi miarami funkcjonowania osobowości. Narzędzie to oferuje zatem możliwość uzyskania rzetelnego i trafnego oszacowania nieprawidłowości funkcjonowania osobowości w praktyce klinicznej i badaniach naukowych.

Ze względu na ograniczenia niniejszego badania przyszłe badania powinny zadbać o pogłębioną weryfikację trafności LPFS-SF, m.in. z użyciem klinicznej oceny na bazie LPFS zamieszczonej w DSM-5, a także z zastosowaniem innych miar kryterialnych opartych na danych z wywiadu lub danych uzyskanych od informatorów (*informant-reported data*). Ponadto warto, by przyszłe badania zostały przeprowadzone w próbach klinicznych.

### Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – 5th edition*. Washington, D.C.: APA; 2013.
2. Morey LC. *Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM-5 Level of Personality Functioning Scale*. Psychol. Assess. 2017; 29(10): 1302–1308.
3. Sharp C, Wall K. *DSM-5 level of personality functioning: Refocusing personality disorder on what it means to be human*. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2021; 17(1): 313–337.
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. 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.
8. 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.
9. Hopwood CJ, Good EW, Morey LC. *Validity of the DSM-5 Levels of Personality Functioning Scale-Self Report*. J. Pers. Assess. 2018; 100(6): 650–659.
10. Morey LC. *Thoughts on the assessment of the DSM-5 alternative model for personality disorders: Comment on Sleep et al. (2019)*. Psychol. Assess. 2019; 31(10): 1192–1199.
11. World Health Organization. *ICD-11, the 11th Revision of the International Classification of Diseases*. <https://icd.who.int/en> (dostęp: 20.07.2021).
12. Widiger TA, McCabe GA. *The Alternative Model of Personality Disorders (AMPD) from the perspective of the Five-Factor Model*. Psychopathology 2020; 53(3–4): 149–156.
13. 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*. Personal. Ment. Health 2019; 13(1): 3–14.

14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. Łakuta P, Ciecuch J, Strus W, Hutsebaut J. *Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Validity and reliability of the Polish adaptation*. Psych. Pol. 2022:1-14, <https://doi.org/10.12740/pp/onlineFirst/145912>.
18. 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.
19. 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(Online first), 1-18.
20. Soto CJ, John OP. *The next Big Five Inventory (BFI-2): Developing and assessing a hierarchical model with 15 facets to enhance bandwidth, fidelity, and predictive power*. J. Pers. Soc. Psychol. 2017; 113(1): 117–143.
21. Kłowski M, Ciecuch J, Strus W. *The Polish adaptation of the Five-Factor Obsessive-Compulsive Inventory – Short Form (FFOCI-SF): A preliminary study*. Health Psychol. Rep. 2019; 7(2): 165–175.
22. Watters CA, Bagby RM. *A meta-analysis of the five-factor internal structure of the Personality Inventory for DSM-5*. Psychol. Assess. 2018; 30(9): 1255–1260.
23. Watters CA, Bagby RM, Sellbom M. *Meta-analysis to derive an empirically based set of personality facet criteria for the alternative DSM-5 model for personality disorders*. Personal. Disord. 2019; 10(2): 97–104.
24. 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.

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: 29.09.2021  
Otrzymano po poprawie: 5.10.2021  
Przyjęto do druku: 5.10.2021