

Patologiczne cechy osobowości z ICD-11 a przywiązanie – porównanie 10 modeli wymiarów przywiązania

Pathological personality traits from ICD-11 and attachment – Comparison of 10 models of attachment dimensions

Anna Siczek¹, Jan Ciecuch^{1,2}

¹ Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

² University Research Priority Program Social Networks, University of Zurich

Summary

Aim. The aim of the study was to analyze the relationship between personality disorders according to the new ICD-11 dimensional approach and attachment. To do so, we examined ten models of attachment and employed seven questionnaires.

Method. The study was conducted online and involved a non-clinical group of $N = 391$ (68% women, 30% men, and 2% – people who marked the “gender – other” category, aged 16–65 years; $M = 24.91$; $SD = 7.8$). Attachment was measured using seven questionnaires, and the Polish adaptation of the PiCD Questionnaire was used to measure personality disorders according to ICD-11.

Results. The regression analysis revealed a consistent picture of the relationship between insecure attachment (regardless of model) and personality disorders. “Negative Affectivity” and “Disinhibition” are associated with Anxious attachment, while “Detachment” and “Dis-sociality” with Avoidant attachment. “Anankastia” showed only a sporadic association with attachment.

Conclusions. Attachment (according to theoretical models formed in childhood) is significantly related to personality disorders in adults. In the conducted study, a coherent picture of this relationship was obtained thanks to the use of many conceptualizations and operationalizations of attachment.

Słowa kluczowe: zaburzenia osobowości, ICD-11, przywiązanie

Key words: personality disorders, ICD-11, attachment

Wprowadzenie

Jako jeden z predyktorów zaburzeń osobowości wskazywane jest przywiązanie [1–5]. W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele modeli przywiązania i metod do mierzenia wyróżnianych w nich zmiennych, ale w badaniach używana jest zwykle jedna metoda, często w różnych raportach inna, w związku z czym wyniki bywają trudno porównywalne. Celem niniejszego artykułu jest przezwyciężenie tego ograniczenia i zastosowanie dużego zbioru modeli i metod pomiaru przywiązania, aby uzyskać całościowy obraz zależności, który nie zamyka się tylko w jednym modelu.

Nowa, 11. edycja klasyfikacji ICD [6], podobnie jak Sekcja III w DSM-5 [7], rezygnuje z kategoryjnego podejścia do zaburzeń osobowości i wprowadza ujęcie dymensionalne. Zgodnie z nim najpierw jest oceniane nasilenie zaburzenia, a następnie określa się jego profil za pomocą pięciu patologicznych cech-domen (opisanych w tab. 1), nazywanych Patologiczną Wielką Piątką przez analogię do tzw. Zdrowej Wielkiej Piątki.

Tabela 1. Charakterystyka patologicznych cech-domen w klasyfikacji zaburzeń osobowości według ICD-11 [26]

Cecha-domena	Podstawowa charakterystyka
Negatywny afekt	Tendencja do doświadczania szerokiego zakresu negatywnych emocji, z intensywnością i częstością nieproporcjonalną do sytuacji.
Izolacja	Tendencja do utrzymywania dystansu interpersonalnego (izolacja społeczna) oraz dystansu emocjonalnego (izolacja emocjonalna), manifestująca się w społecznym wycofaniu, obojętności na innych ludzi i izolowaniu się, w tym unikaniu zarówno relacji intymnych, jak i bliskich przyjaźni.
Dysocjalność	Tendencja do lekceważenia zobowiązań społecznych, konwencji oraz praw i uczuć innych; bezwzględność w osiągnięciu własnych celów.
Rozhamowanie	Trwała tendencja do lekkomyślnego działania, wynikającego z bezpośrednich (zewnętrznych lub wewnętrznych) bodźców, bez brania pod uwagę potencjalnie szkodliwych konsekwencji.
Anankastyczność	Odwierciedla silne skupienie na własnych sztywnych standardach doskonałości oraz/ lub dobra i zła, a także na kontrolowaniu własnego (oraz innych) zachowania w celu dostosowania (zapewnienia zgodności) do swoich, szczególnie określonych wzorców.

Badanie uwarunkowań zaburzeń osobowości w ujęciu dymensionalnym oznacza poszukiwanie predyktorów nasilenia patologicznych cech-domen i jest możliwe również w populacji nieklinicznej. Jednym z takich predyktorów jest przywiązanie [1–5].

Za prekursora teorii przywiązania uważa się Johna Bowlby'ego, według którego każdy posiada wewnętrzny model przywiązania, czyli schemat zachowań w relacjach interpersonalnych, który kształtuje się na podstawie relacji z figurą przywiązania (najczęściej matką), a następnie generalizuje na stosunki z innymi ludźmi [8, 9]. Możliwe jest ukształtowanie adaptacyjnego stylu przywiązania, zwanego stylem bezpiecznym. Jednak możliwe jest również ukształtowanie pozabezpiecznego stylu, gdy potrzeby niemowlęcia nie zostają zaspokojone. W literaturze przedmiotu istnieje wiele modeli, które szczególnie konceptualizują i operacjonalizują przywiązanie.

We wcześniejszych modelach wyróżniano style przywiązania jako kategorie, które przypisywano diagnozowanemu człowiekowi [8–11]. Obecnie w rozumieniu przywiązania zaszła podobna zmiana jak w rozumieniu zaburzeń osobowości, czyli kategorie zostały zastąpione wymiarami, a diagnoza polega nie na przypisaniu do kategorii, ale na określeniu nasilenia wymiaru. W większości modeli wyróżniane są dwa wymiary pozabezpiecznego przywiązania: lęk i unikanie [12–16]. Przywiązaniowy lęk oznacza potrzebę bliskości, troskę o swoje relacje i obawę przed odrzuceniem, a także niepokój związany z możliwością otrzymania bliskości. Natomiast przywiązaniowe unikanie oznacza dyskomfort związany z bliskością, więc unikanie intymności i związków oraz trudności w byciu zależnym od innych i zaufaniu im.

W piśmiennictwie można też znaleźć modele, które w nieco inny sposób konceptualizują przywiązanie. Bartholomew [17] proponuje opis przywiązania za pomocą pozytywnego bądź negatywnego modelu siebie lub innych. W ten sposób wyróżnił cztery style: (1) bezpieczny (pozytywny model siebie i innych), (2) lękowy (negatywny model siebie i innych), (3) zaabsorbowany (negatywny model siebie, pozytywny model innych), (4) odrzucający (pozytywny model siebie, negatywny model innych). Bifulco i wsp. [16] w swoim modelu wyróżnili dwie zmienne: poszukiwanie bliskości (zachowania zależne lub nadmierne zbliżanie się do innych) oraz niepewność (poczucie dyskomfortu podczas bycia blisko innych, brak możliwości zaufania, złość lub ból związane z poczuciem bycia porzuconym). Z kolei Paetzold i wsp. [18] skupili się na przywiązaniu zdeorganizowanym, które może występować zarówno razem z lękiem, jak i unikaniem, definiując je jako styl przywiązania charakteryzujący się uczuciem niepokoju, lękiem przed partnerem, nieufnością wobec partnera, dezorientacją w kwestii relacji romantycznych, zachowaniami zbliżania się i unikania, niepewnością co do ról partnera i własnych w relacjach romantycznych oraz brakiem integracji i spójności psychicznej. W tabeli 2 zostały wymienione podstawowe modele wraz z kwestionariuszami do pomiaru wyróżnianych w nich zmiennych. Wszystkie te modele i narzędzia pomiaru zostały wykorzystane w niniejszym badaniu.

Tabela 2. Zestawienie modeli przywiązania z narzędziami do jego pomiaru

Autorzy modelu	Narzędzie pomiaru	Zmienne wyróżnione w modelu	Liczba itemów	Skala odpowiedzi
Paetzold, Rholes, Kohn (2015)	Adult Disorganized Attachment Scale (ADA) [18]	Przywiązanie zdeorganizowane (Deorganized attachment)	9	Od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 7 (zdecydowanie się zgadzam)
Feeney, Noller, Hanrahan (1994)	Attachment Style Questionnaire (ASQ) [13]	Unikanie (Avoidance)	16	Od 1 (całkowicie się nie zgadzam) do 6 (całkowicie się zgadzam)
		Lęk (Anxiety)	13	
Fraleay, Waller, Brennan (2000)	Experience in Close Relationships – Revised (ECR-R) [15]	Lęk (Anxiety)	18	Od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 7 (zdecydowanie się zgadzam)
		Unikanie (Avoidance)	18	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Bifulco, Mahon, Kwon, Moran, Jacobs (2003)	Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ) [16]	Niepewność (Insecurity)	12	Od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 5 (zdecydowanie się zgadzam)
		Poszukiwanie bliskości (Proximity-seeking)	10	
Collins (1996)	Revised Adult (RAAS) [19]	Lęk (Anxiety)	6	Od 1 (w ogóle nie jest to dla mnie typowe) do 5 (bardzo typowe dla mnie)
		Unikanie (Avoidance)	12	
	Relationship Scales Questionnaire (RSQ) [20]	Poleganie (Depend subscale)	6	Od 1 (zupełnie nie jak ja) do 5 (zupełnie jak ja)
		Lęk (Anxiety subscale)	6	
		Bliskość (Close subscale)	6	
Hazan, Shaver (1987)	Relationship Scales Questionnaire (RSQ) [20]	Przywiązanie bezpieczne (Secure)	5	Od 1 (zupełnie nie jak ja) do 5 (zupełnie jak ja)
		Przywiązanie lękowo-ambivalentne (Anxious/Ambivalent)	5	
		Przywiązanie unikające (Avoidant)	5	
Brennan i wsp. (1998); Simpson i wsp. (1992)	Relationship Scales Questionnaire (RSQ) [20]	Przywiązanie unikające (Avoidant)	8	Od 1 (zupełnie nie jak ja) do 5 (zupełnie jak ja)
		Przywiązanie lękowe (Anxiety)	5	
Feeney, Hohaus (2001)	Relationship Scales Questionnaire (RSQ) [20]	Przywiązanie unikające (Avoidant)	10	Od 1 (zupełnie nie jak ja) do 5 (zupełnie jak ja)
		Przywiązanie lękowe (Anxiety)	13	
Bartholomew (1990)	Trent Relationship Scales Questionnaire (TRS-Q) [21]	Przywiązanie bezpieczne (Secure)	10	Od 1 (zupełnie do mnie niepodobne) do 7 (bardzo do mnie podobne)
		Przywiązanie lękowe (Fearful)	10	
		Przywiązanie zaabsorbowane (Preoccupied)	10	
		Przywiązanie odrzucające (Dismissing)	10	
Scharfe (2015)	Trent Relationship Scales Questionnaire (TRS-Q) [21]	Lęk (Anxiety)	16	Od 1 (zupełnie do mnie niepodobne) do 7 (bardzo do mnie podobne)
		Dążenie-Unikanie (Approach-Avoidance)		

Przywiązanie a zaburzenia osobowości

Pierwszą propozycję połączenia stylów przywiązania z zaburzeniami osobowości zgłosił już Bowlby [8, 9], który sugerował związek między przywiązaniem lękowym a osobowością zależną i histrioniczną oraz między przywiązaniem unikającym a osobowością narcystyczną i psychopatyczną. Obecnie dostępne są wyniki badań ukazujące korelacje patologii osobowości ze stylami pozabezpiecznymi [1, 4, 22, 23], a także pewne zróżnicowanie przywiązania między różnymi zaburzeniami osobowości. Levy i wsp. [2] potwierdzili związek między niepewnością a zaburzeniami osobowości (z wyjątkiem zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych) oraz związek osobowości *borderline* z unikającym, lękowym i zaabsorbowanym stylem przywiązania. Smith i South [5], podsumowując badania łączące przywiązanie i zaburzenia osobowości, zauważyły, że: (1) zaburzenia zależne, histrioniczne i paranoiczne częściej są związane z lękiem, (2) zaburzenia unikające, schizoidalne i antyspołeczne powiązane są z przywiązaniem unikającym, a (3) zaburzenia *borderline* wiążą się zarówno z lękiem, jak i z unikaniem. Z kolei w zakresie związków przywiązania z patologicznymi wymiarami osobowości w ujęciu dymensjonalnym DSM-5 wykazano związek przywiązania z różnymi cechami patologicznymi, a zwłaszcza przywiązania lękowego z „Negatywnym afektem” oraz związek unikania z „Izolacją” [3, 23]. Okazało się przy tym, że wymiary lęku i unikania mają odmienny wzorzec związków z zaburzeniami osobowości, co sugeruje, że jest to zmienna różnicująca te zaburzenia [24].

Badania dotyczące związków przywiązania z zaburzeniami osobowości – choć liczne – nie są jednak pozbawione ograniczeń. Przede wszystkim najwięcej badań dotyczyło związku między przywiązaniem rozumianym w sposób kategoryalny a zaburzeniami osobowości również rozumianymi w sposób kategoryalny [4, 23]. Jest to istotne ograniczenie, ponieważ dzisiaj zarówno przywiązanie, jak i zaburzenia osobowości zasadniczo są rozumiane w sposób dymensjonalny. W DSM-5 ujęcie dymensjonalne było zawarte w Sekcji III, prezentującej *Alternatywny Model Zaburzeń Osobowości*, a w ICD-11 [6] już całkowicie zrezygnowano z ujęcia kategoryalnego na rzecz dymensjonalnego. Dodatkowym ograniczeniem dotychczasowych badań było wykorzystywanie różnych konceptualizacji przywiązania, co uniemożliwia określenie, czy uzyskane wyniki są specyficzne dla danego modelu, czy też wskazują na ogólną prawidłowość.

Niniejsze badanie przewyżczyło opisane wyżej ograniczenia w następujący sposób: po pierwsze, zaburzenia osobowości są ujęte w sposób dymensjonalny, zgodnie z ICD-11 [6]; po drugie, zastosowano wiele różnych konceptualizacji i operacjonalizacji przywiązania, aby uzyskać weryfikację wyników między modelami.

Badanie własne

Celem badania było określenie związków między zaburzeniami osobowości a przywiązaniem, przy czym wykorzystano aktualnie wprowadzaną konceptualizację zaburzeń osobowości z ICD-11 [6] oraz aż 10 konceptualizacji przywiązania. Na podstawie przeglądu literatury przedmiotu oczekiwaliśmy, że patologiczne cechy

osobowości będą się wiązały z pozabezpiecznym przywiązaniem [1, 3, 4, 22, 23]. Na podstawie badań w ujęciu DSM5 [3] oczekiwaliśmy istotnych związków między: (1) „Negatywnym afektem” a lękiem, (2) „Izolacją” a unikaniem, (3) „Dyssocjalnością” a lękiem i unikaniem oraz (4) „Rozhamowaniem” a lękiem i unikaniem. „Anankastyczność” jest nową cechą wprowadzoną przez ICD-11 [6], zatem nie była uwzględniana w badaniach wykorzystujących DSM-5. Niemniej jednak, biorąc pod uwagę patologiczny charakter tej cechy, można oczekiwać jej związków z przywiązaniem pozabezpiecznym. W szczególności zaś ze względu na wysoko stawiane standardy i problemy z intymnością można oczekiwać związku „Anankastyczności” zarówno z przywiązaniem lękowym, jak i unikającym (5).

Material i metoda

Badanie zostało przeprowadzone za zgodą Zespołu ds. Etyki Badań Naukowych Instytutu Psychologii Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie (nr zgody: 02/2022 z dn. 10.02.22). Uczestniczyła w nim grupa 391 ochotników (68% kobiet, 30% mężczyzn i 2% osób, które zaznaczyły kategorię „płeć – inna”). Badani byli w wieku od 16 do 65 lat ($M = 24,91$; $SD = 7,8$). Respondenci byli rekrutowani za pomocą portali społecznościowych przez autorkę artykułu i jej współpracowników. Uczestnicy badania wypełniali kwestionariusze w wersji online w dwóch częściach – między pierwszą a drugą częścią badania był odstęp czasowy (ok. 2 tygodni). W celu zmniejszenia – początkowo bardzo dużej – rozbieżności w rozkładzie płci po pewnym czasie udostępniano kwestionariusz jedynie mężczyznom. Osoby, które wypełniły obie jego części, brały udział w losowaniu bonów prezentowych (oferowanych w ramach podziękowań za udział w badaniu).

Zaburzenia osobowości zostały zmierzone za pomocą *Inwentarza osobowości PiCD* (*Personality Inventory for ICD-11 – PiCD* [25]; polska adaptacja: Ciecuch i wsp. [26]). PiCD umożliwia pomiar pięciu patologicznych cech- domen („Negatywny afekt”, „Izolacja”, „Dyssocjalność”, „Rozhamowanie” i „Anankastyteczność”), omówionych w tabeli 1. Składa się z 60 itemów ocenianych na 5-stopniowej skali Likerta – od 1 („zdecydowanie nie zgadzam się z tym twierdzeniem”) do 5 („zdecydowanie zgadzam się z tym twierdzeniem”).

Podstawowe wymiary przywiązania zostały zmierzone za pomocą 7 kwestionariuszy, umożliwiających pomiar zmiennych wyróżnionych 10 modelach. Kwestionariusze ECR-R oraz RAAS zostały zaadaptowane do polskich warunków i miały już polskojęzyczną wersję [28, 29], natomiast pozostałe kwestionariusze zostały przetłumaczone przez nasz zespół badawczy. Zmienne, kwestionariusze oraz modele przedstawiono w tabeli 2. Wskaźniki rzetelności mierzonych zmiennych znajdują się w tabeli 3.

Wyniki

W tabeli 3 zamieszczono statystyki opisowe (średnia, odchylenie standardowe, skośność i kurtoza), a także wskaźniki alfa Cronbacha dla wszystkich zmiennych

przywiązania wykorzystanych w badaniu. Wszystkie analizy zostały przeprowadzone na wynikach surowych.

Tabela 3. Statystyki opisowe dla zmiennych przywiązania

Zmienna	M	Sd	Skośność	Kurtoza	alfa
(ADA) Przywiązanie zdeorganizowane [18]	2,55	1,16	0,80	0,17	0,86
(ASQ) Unikanie [13]	3,46	0,80	-0,11	-0,10	0,87
(ASQ) Lęk [13]	3,80	0,99	-0,20	-0,50	0,87
(ECRR) Lęk [15]	3,58	1,34	0,02	-0,77	0,91
(ECRR) Unikanie [15]	3,29	1,12	0,27	-0,40	0,92
(VASQ) Niepewność [16]	2,81	0,75	-0,04	-0,43	0,83
(VASQ) Poszukiwanie bliskości [16]	2,94	0,72	-0,12	-0,22	0,77
(RAAS) Lęk [19]	2,95	1,13	-0,05	-1,00	0,90
(RAAS) Unikanie [19]	2,84	0,76	-0,14	-0,42	0,85
(RSQ) Przywiązanie bezpieczne [11]	3,14	0,69	0,02	-0,08	0,41
(RSQ) Przywiązanie lękowo-ambiwalentne [11]	2,67	0,99	0,16	-0,78	0,77
(RSQ) Przywiązanie unikające [11]	2,82	0,96	-0,01	-0,67	0,75
(RSQ) Poleganie [19]	3,17	0,88	-0,09	-0,57	0,79
(RSQ) Lęk [19]	2,72	1,02	0,10	-0,88	0,82
(RSQ) Bliskość [19]	3,58	0,85	-0,33	-0,57	0,79
(RSQ) Przywiązanie unikające [12, 14]	2,72	0,76	0,20	-0,36	0,75
(RSQ) Przywiązanie lękowe [12, 14]	2,65	1,11	0,10	-0,99	0,85
(RSQ) Przywiązanie unikające [27]	3,06	0,69	0,17	-0,09	0,76
(RSQ) Przywiązanie lękowe [27]	2,92	0,95	-0,20	-0,85	0,91
(TRSQ) Przywiązanie bezpieczne [17]	4,18	0,74	0,08	-0,14	0,47
(TRSQ) Przywiązanie lękowe [17]	4,24	1,24	-0,29	-0,33	0,85
(TRSQ) Przywiązanie zaabsorbowane [17]	4,28	0,82	0,00	0,53	0,55
(TRSQ) Przywiązanie odrzucające [17]	4,05	0,98	0,02	0,35	0,76
(TRSQ) Lęk [21]	4,26	1,07	-0,28	-0,20	0,87
(TRSQ) Dążenie-Unikanie [21]	3,67	0,85	0,16	0,00	0,78

W celu weryfikacji postawionych hipotez została przeprowadzona analiza regresji, gdzie patologiczne cechy z ICD-11 były zmienną wyjaśnianą, a wymiary przywiązania z danego modelu – zmiennymi wyjaśniającymi. Wyniki analizy regresji dla wszystkich modeli przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Wyniki analizy regresji (współczynniki beta) – patologiczne cechy osobowości wyjaśniane zmiennymi z różnych modeli przywiązania

Modele i zmienne	Negatywny afekt	Rozhamowanie	Izolacja	Dyssocjalność	Anankastyczność
(ASQ) Feeney, Noller, Hanrahan, 1994					
Płeć	0,11* (0,13*)	-0,07 (-0,06)	-0,16** (-0,19**)	-0,15* (-0,17**)	0,01 (0,00)
(ASQ) Lęk	0,62**	0,25**	0,12*	-0,14*	0,09
(ASQ) Unikanie	0,01	-0,05	0,56**	0,27**	0,17*
Model summary:	0,41	0,05	0,42	0,08	0,04
(ECRR) Fraley, Waller, Brennan, 2000					
Płeć	0,14* (0,13*)	-0,06 (-0,06)	-0,15* (-0,19**)	-0,15* (-0,17**)	0,02 (0,00)
(ECRR) Lęk	0,45**	0,21**	0,08	0,00	0,08
(ECRR) Unikanie	0,04	0,03	0,43**	0,20**	0,11
Model summary:	0,23	0,04	0,25	0,06	0,02
(RAAS) Collins, 1996					
Płeć	0,15** (0,13*)	-0,06 (-0,06)	-0,15** (-0,19**)	-0,15* (-0,17**)	0,01 (0,00)
(RAAS) Lęk	0,42**	0,21**	-0,01	-0,05	0,09
(RAAS) Unikanie	0,18**	0,02	0,56**	0,22**	0,13*
Model summary:	0,29	0,05	0,34	0,06	0,03
(RSQ) Hazan, Shaver, 1987					
Płeć	0,17** (0,13*)	-0,05 (-0,06)	-0,15** (-0,19**)	-0,15* (-0,17**)	0,02 (0,00)
(RSQ) Przywiązanie lękowo-ambivalentne	0,35**	0,24**	0,04	0,00	0,04
(RSQ) Przywiązanie unikające	0,11	0,06	0,30**	0,28**	0,14*
(RSQ) Przywiązanie bezpieczne	-0,18*	0,00	-0,24**	0,09	-0,06
Model summary:	0,26	0,06	0,28	0,07	0,03

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

(RSQ) Collins, 1996					
Płeć	0,16** (0,13*)	-0,04 (-0,06)	-0,14* (-0,19**)	-0,15* (-0,17**)	0,02 (0,00)
(RSQ) Lęk	0,33**	0,28**	0,08	-0,04	0,02
(RSQ) Poleganie	0,31**	-0,09	0,17*	0,16*	0,17*
(RSQ) Bliskość	-0,02	-0,13*	-0,40**	-0,11*	-0,06
Model summary:	0,31	0,07	0,31	0,07	0,04
(RSQ) Brennan i wsp., 1998; Simpson i wsp., 1992					
Płeć	0,15** (0,13*)	-0,06 (-0,06)	-0,15** (-0,19**)	-0,15* (-0,17**)	0,02 (0,00)
(RSQ) Przywiązanie lękowe	0,46**	0,26**	0,12*	0,00	0,06
(RSQ) Przywiązanie unikające	0,15*	0,03	0,46**	0,20**	0,16*
Model summary:	0,28	0,07	0,29	0,06	0,03
(RSQ) Feeney, Hohaus, 2001					
Płeć	0,15** (0,13*)	-0,06 (-0,06)	-0,17** (-0,19**)	-0,16* (-0,17**)	0,01 (0,00)
(RSQ) Przywiązanie lękowe	0,57**	0,25**	0,30**	0,07	0,15*
(RSQ) Przywiązanie unikające	-0,01	-0,03	0,34**	0,18**	0,10
Model summary:	0,33	0,06	0,27	0,06	0,03
(TRSQ) Scharfe, 2015					
Płeć	0,17** (0,13*)	-0,05 (-0,06)	-0,123* (-0,19**)	-0,17** (-0,17**)	0,02 (0,00)
(TRSQ) Lęk	0,52**	0,23**	0,61**	0,03	0,18**
(TRSQ) Dążenie-Unikanie	-0,04	0,07	0,60**	0,19**	0,03
Model summary:	0,31	0,07	0,37	0,03	0,02
(TRSQ) Bartholomew, 1990					
Płeć	0,15** (0,13*)	-0,05 (-0,06)	-0,12* (-0,19**)	-0,15* (-0,17**)	0,01 (0,00)
(TRSQ) Przywiązanie bezpieczne	-0,10	0,04	-0,16*	0,04	0,00
(TRSQ) Przywiązanie lękowe	0,49**	0,28**	0,43**	-0,07	0,10

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

(TRSQ) Przywiązanie zaabsorbowane	0,22**	0,03	-0,16**	-0,027	0,06
(TRSQ) Przywiązanie odrzucające	-0,19**	-0,03	0,19**	0,30**	0,07
Model summary:	0,33	0,06	0,46	0,08	0,02
(ADA) Paetzold, Rholes, Kohn, 2015					
Płeć	0,16** (0,13*)	-0,03 (-0,06)	-0,16** (-0,19**)	-0,13* (-0,17**)	0,01 (0,00)
(ADA) Przywiązanie zdeorganizowane	0,28**	0,27**	0,33**	0,31**	0,06
Model summary:	0,09	0,07	0,14	0,12	-0,00
(VASQ) Bifulco, Mahon, Kwon, Moran, Jacobs, 2003					
Płeć	0,15** (0,13*)	-0,06 (-0,06)	-0,13* (-0,19**)	-0,14* (-0,17**)	0,02 (0,00)
(VASQ) Niepewność	0,46**	0,24**	0,59**	0,28**	0,17**
(VASQ) Poszukiwanie bliskości	0,28**	0,19**	-0,18**	-0,40	-0,03
Model summary:	0,29	0,08	0,42	0,10	0,02

Skróty nazw kwestionariuszy są wyjaśnione w tabeli 2.

W nawiasach zamieszczono wskaźniki beta w regresji, w której zmienną wyjaśniającą była tylko płeć. Istotność * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Okazało się, że „Negatywny afekt” i „Rozhamowanie” najlepiej są wyjaśniane przez skale lęku z różnych modeli, a „Izolacja” i „Dyssocjalność” przez skale unikające z różnych modeli. Jednak w drugim wypadku zdarzają się wyjątki, gdzie lęk i unikanie w podobnym stopniu wyjaśniają „Izolację”, co może być związane z różnicami w konceptualizacji przywiązania w różnych modelach. Z kolei „Anankastyczność” zasadniczo nie jest przewidywana przez przywiązanie, a jeżeli związki między nimi występują, to na dość niskim poziomie. W wypadku modeli, w których wyróżniane są inne zmienne niż lęk i unikanie, patologiczne wymiary osobowości (oprócz „Anankastyczności”): (1) mają istotny związek z przywiązaniem zdeorganizowanym, mierzonym kwestionariuszem ADA; (2) Niepewność z modelu VASQ jest związana z wszystkimi cechami patologicznymi i w każdym wypadku bardziej niż oszukiwanie bliskości (wprawdzie w „Negatywnym afekcie” i „Rozhamowaniu” wyszły też istotne dodatnie związki z potrzebą bliskości, jednak są to wymiary silniej łączące się z lękiem, więc jest to zgodne z definicją, wedle której osoba z przywiązaniem lękowym potrzebuje bliskości, ale się jej obawia).

Dyskusja

Badanie dotyczyło związku między zaburzeniami osobowości a przywiązaniem. Istotą badania było wykorzystanie dymensjonalnego ujęcia zaburzeń osobowości ICD-11 [6] oraz aż 10 modeli przywiązania. Większość dotychczasowych badań dotyczących związków przywiązania z zaburzeniami osobowości ujmowała je w sposób kategoryjny, a jedyne badania w ujęciu dymensjonalnym były oparte na DSM-5 [3, 4, 23]. Nasze badanie po raz pierwszy ukazuje związek przywiązania z zaburzeniami osobowości w ujęciu ICD-11 [6]. Wykorzystanie dużej liczby modeli i narzędzi do pomiaru przywiązania pozwoliło na uzyskanie wyników, które nie są ograniczone do jednego modelu, ale replikowane między modelami.

Badanie potwierdziło systematyczny związek pozabezpiecznych stylów przywiązania – lęku i unikania – z patologicznymi wymiarami zaburzeń osobowości z wyjątkiem „Anankastyczności”. „Anankastyczność” wiąże się z nasiloną kontrolą zachowań oraz tendencjami obsesyjno-kompulsywnymi, co może mieć mniejszy związek z relacjami i zachowaniami interpersonalnymi, przez co nie ujawniły się istotne powiązania ze stylami przywiązania. Levy i wsp. [2] ukazali związek między pozabezpiecznym przywiązaniem a zaburzeniami osobowości, z wyjątkiem zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego, co jest zbieżne z naszymi wynikami.

Zgodnie z hipotezami „Negatywny afekt” był silnie związany z lękiem, a „Izolacja” z unikaniem. Dodatkowo wykazano, że „Rozhamowanie” silniej łączy się z lękiem, a „Dyssocjalność” z unikaniem. W ten sposób dwa główne wymiary pozabezpiecznego przywiązania różnicują dwie pary patologicznych wymiarów osobowości: lęk jest raczej predyktorem „Negatywnego afektu” i „Rozhamowania”, a unikanie „Izolacji” i „Dyssocjalności”. W każdej z wymienionych par patologicznych cech związek jednej z cech z przywiązaniem jest bardziej intuicyjny i replikujący dotychczasowe wyniki. Z kolei związek drugiej cechy z przywiązaniem jest mniej oczywisty, a tym samym ranga tego wyniku empirycznego wydaje się większa, w szczególności biorąc pod uwagę replikację między wieloma modelami i narzędziami, które zostały użyte w badaniu.

Jeśli chodzi o znaczenie przywiązaniowego lęku dla zaburzeń osobowości, to jego korelacja z „Negatywnym afektem” jest tym pierwszym rodzajem związku – teoretycznie i intuicyjnie oczekiwanym oraz replikującym dotychczasowe doniesienia z badań. „Negatywny afekt”, podobnie jak lęk, łączy się z niestabilnością emocjonalną oraz uczuciem niepokoju [11, 25]. Osoby z przywiązaniem lękowym doświadczają negatywnych emocji związanych zarówno z lękiem o utratę relacji, jak i z lękiem przed relacją [15]. Drugą cechą wyraźnie powiązaną z lękiem jest „Rozhamowanie”. Oznacza to, że zachowania impulsywne, lekkomyślne, podejmowane bez oglądania się na możliwe konsekwencje (czyli zachowania związane z „Rozhamowaniem” z ICD-11), które można odbierać nawet jako zachowania brawurowe, w gruncie rzeczy mogą być manifestacją właśnie przywiązaniowego lęku. Okazuje się zatem, że przywiązaniowy lęk może leżeć u podłoża nie tylko tendencji do doświadczania negatywnych emocji, ale również zachowań eksternalizacyjnych (w tym aspekcie eksternalizacji, który dotyczy zachowań ryzykownych, lekkomyślnych i impulsywnych).

Przy poszukiwaniu znaczenia przywiązaniowego unikania dla zaburzeń osobowości ustalono, że jego związek z „Izolacją” jest analogiczny do związku lęku z „Negatywnym afektem”, czyli jest teoretycznie i intuicyjnie oczekiwany oraz replikujący dotychczasowe doniesienia z badań. „Izolacja” wprost zawiera elementy unikania relacji i intymności [25], co jednocześnie jest istotą przywiązaniowego unikania [11]. Drugą cechą wiążącą się wyraźnie z unikaniem jest „Dyssocjalność”, definiowana przez ICD-11 jako lekceważenie zobowiązań społecznych, konwencji oraz praw i uczuć innych, a także bezwzględność w osiąganiu własnych celów. „Dyssocjalność” z ICD-11 odpowiada skrajnie niskiej „Ugodowości” z modelu Wielkiej Piątki, podczas gdy „Izolacja” odpowiada skrajnie niskiej „Ekstrawersji”. Uzyskane wyniki oznaczają, że unikanie przywiązaniowe może być podłożem szerokiego spektrum problemów w relacjach społecznych: zarówno tych związanych z trudnościami z wejściem w relacje, nieśmiałością (co jest właściwe „Izolacji”), jak i tych związanych z nieugodowością, lekceważeniem innych, a nawet agresją.

Wykorzystanie w badaniu wielu modeli ujawniło pewne odstępstwa od przedstawionego wyżej wzorca, które mogą być pochodną różnic w konceptualizacji i operacjonalizacji zmiennych w różnych modelach, ale nie dotyczą istoty tego wykrytego wzorca. Największym bowiem odstępstwem jest podobny związek „Izolacji” i z lękiem, i z unikaniem, mierzonymi za pomocą RSQ i TRSQ. Zatem do replikowalnego wzorca związku „Izolacji” z unikaniem dochodzi jeszcze jej związek z lękiem, co jednak nie niweluje roli unikania.

Zaprezentowane badanie nie jest wolne od ograniczeń. Zostały w nim wykorzystane jedynie narzędzia samoopisowe, a badanie przeprowadzono na ochotnikach z populacji ogólnej z jednego kraju – Polski. W przyszłych badaniach warto uwzględnić również inne metody pomiaru (np. opis przez obserwatora), grupę kliniczną oraz kontekst międzykulturowy.

Piśmiennictwo

1. Levy KN. *The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder*. Dev. Psychopathol. 2005; 17(4): 959–986.
2. Levy KN, Johnson BN, Clouthier TL, Scala JW, Temes CM. *An attachment theoretical framework for personality disorders*. Can. Psychol. 2015; 56(2): 197–207.
3. Rosa-Mendes M, Pires R, Ferreira AS. *Personality traits of the alternative DSM-5 model and the attachment dimensions in Portuguese adults*. Pers. Individ. Differ. 2019; 143: 21–29.
4. Pad RA, Okut H, Zackula R, Matthew M, Huprich SK. *Understanding the relationship between personality pathology and attachment style in the context of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders*. Pers. Ment. Health 2021; 16(3): 163–179.
5. Smith MS, South SC. *Call to arms: Research directions to substantiate a unified model of attachment and personality pathology*. Soc. Personal. Psychol. Compass. 2021; 15(11): e12644.
6. World Health Organization. *ICD-11, the 11th Revision of the International Classification of Diseases*. 2020. <https://icd.who.int/en> (dostęp: 10.12.2022).
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – 5th Edition*. Washington, DC: APA; 2013.

8. Bowlby J. *Attachment and loss: Separation*, t. 2. New York: NY: Basic Books; 1973.
9. Bowlby J. *The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory*. Br. J. Psychiatry 1977; 130(3): 201–210.
10. Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford: Erlbaum; 1978.
11. Hazan C, Shaver P. *Romantic love conceptualized as an attachment process*. J. Pers. Soc. Psychol. 1987; 52(3): 511–524.
12. Simpson JA, Rholes WS, Nelligan JS. *Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles*. J. Pers. Soc. Psychol. 1992; 62(3): 434–446.
13. Feeney JA, Noller P, Hanrahan M. *Assessing adult attachment*. W: Sperling MB, Berman WH. red. *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*. New York: Guilford Press; 1994. S. 128–152.
14. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. *Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview*. W: Simpson JA, Rholes WS. red. *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford; 1998. S. 46–76.
15. Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. *An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment*. J. Pers. Soc. Psychol. 2000; 78(2): 350–365.
16. Bifulco A, Mahon J, Kwon JH, Moran PM, Jacobs C. *The Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ): An interview-based measure of attachment styles that predict depressive disorder*. Psychol. ed.. 2003; 33(6): 1099–1110.
17. Bartholomew K. *Avoidance of intimacy: An attachment perspective*. J. Soc. Pers. Relatsh. 1990; 7(2): 147–178.
18. Paetzold RL, Rholes WS, Kohn JL. *Disorganized attachment in adulthood: Theory, measurement, and implications for romantic relationships*. Rev. Gen. Psychol. 2015; 19(2): 146–156.
19. Collins NL. *Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior*. J. Pers. Soc. Psychol. 1996; 71(4): 810–832.
20. Griffin DW, Bartholomew K. *Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment*. J. Pers. Soc. Psychol. 1994; 67(3): 430–445.
21. Scharfe E. *Measuring what counts: Development of a new four-category measure of adult attachment*. Pers. Relatsh. 2015; 23(1): 4–22.
22. Bakermans-Kranenburg MJ, IJzendoorn van MH. *The first 10,000 adult attachment interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups*. Attach. Hum. Dev. 2009; 11(3): 223–263.
23. Fossati A, Krueger RF, Markon KE, Borroni S, Maffei C, Somma A. *The DSM-5 alternative model of personality disorders from the perspective of adult attachment: A study in community-dwelling adults*. J. Nerv. Ment. Dis. 2015; 203(4): 252–258.
24. MacDonald K, Berlow R, Thomas ML. *Attachment, affective temperament, and personality disorders: A study of their relationships in psychiatric outpatients*. J. Affect. Disord. 2013; 151(3): 932–941.
25. 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.
26. 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. 2022; 56(6): 1185–1202.

27. Feeney JA, Hohau L. *Attachment and spousal caregiving*. Pers. Relatsh. 2001; 8(1): 21–39.
28. Lubiewska K, Głogowska K, Mickiewicz E, Izdebski P, Wiśniewski C. *Skala Experience in Close Relationships-Revised: Struktura, rzetelność oraz skrócona wersja skali w polskiej próbie*. Psychol. Roz. 2016; 21(1): 49–63.
29. Adamczyk K. *Właściwości psychometryczne polskiej wersji językowej skali do pomiaru stylu przywiązania w dorosłości the Revised Adult Attachment Scale (RAAS)*. Przegl. Psych. 2012; 55(3): 253–269.

Adres: Jan Ciecich
e-mail: janciecich@gmail.com

Otrzymano: 18.02.2023
Zrecenzowano: 25.03.2023
Otrzymano po poprawie: 19.04.2023
Przyjęto do druku: 8.05.2023