

Wymiary temperamentu i przywiązania jako predyktory nieprawidłowości funkcjonowania osobowości według DSM-5

Temperament and attachment dimensions as predictors for impairments of personality functioning according to DSM-5

Małgorzata Machowicz¹, 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 study aimed to assess the role of temperament and attachment dimensions for personality pathology defined as impairments in self- and interpersonal functioning according to Criterion A of Section III of the DSM-5.

Method. The study was conducted in Poland with a group of 391 participants. The following measurement instruments were used: The Level of Personality Functioning Scale – Brief Form 2.0 (LPFS-BF 2.0), the Temperament Metadimensions Questionnaire (TMQ), the Attachment Style Questionnaire (ASQ), and the Experiences in Close Relationships – Revised (ECR-R).

Results. The joint estimation of temperament and attachment role in explaining impairments of personality functioning led to the following conclusions: (1) temperament explained impairments of self-functioning to a greater extent than impairments of interpersonal functioning; (2) temperamental “Reactivity” was more of a predictor of personality pathology than “Activity”; (3) adding attachment increased the magnitude of the explained variance of personality pathology; (4) attachment “Avoidance” explained impairments in interpersonal functioning to a greater extent, while attachment “Anxiety” explained impairments in self-functioning to a greater extent.

Conclusions. The impairments in personality functioning included in DSM-5 Criterion A are largely explained by two sets of variables: the more enduring and innate temperament and the attachment acquired through early interactions. Such a distinction is important from a clinical perspective, in which effective interactions can target those properties that can be modified and take into account those that are difficult or impossible to modify.

Słowa kluczowe: temperament, przywiązanie, zaburzenie osobowości

Key words: temperament, attachment, impairments of personality functioning

Wstęp

Osobowość człowieka kształtuje się na fundamentach pewnych wrodzonych, podstawowych właściwości, w toku interakcji ze środowiskiem, zwłaszcza środowiskiem społecznym [1]. W związku z tym predyktory patologii osobowości również można zlokalizować w tych dwóch głównych obszarach, jakimi są właściwości wrodzone oraz właściwości kształtowane w toku interakcji społecznych. Literatura przedmiotu nie dostarcza jednak wiedzy na temat udziału zmiennych z tych dwóch obszarów, analizowanych łącznie, w wyjaśnianiu patologii osobowości. Celem niniejszego artykułu jest wypełnienie tej luki. W prezentowanych badaniach: (1) patologię osobowości zdefiniowano jako nieprawidłowości funkcjonowania osobowości (*impairments of personality functioning*) zgodnie z kryterium A Sekcji III DSM-5 [2], (2) wrodzony fundament osobowości określono jako temperament, a (3) interakcje społeczne kluczowe dla patologii osobowości ujęto w ramy przywiązania.

Alternatywny Model Zaburzeń Osobowości (*Alternative Model for Personality Disorders* –; AMPD) opisany w Sekcji III DSM-5 [2] zawiera dwa komponenty: kryterium A dotyczące poziomu nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości oraz kryterium B różnicujące patologię osobowości za pomocą 25 dysfunkcyjnych cech osobowości. W naszym badaniu skupiamy się na kryterium A, które definiuje patologię osobowości jako nieprawidłowości funkcjonowania osobowości w dwóch obszarach: funkcjonowania intrapsychicznego (*self*) oraz interpersonalnego. Zaburzenia w funkcjonowaniu intrapsychicznym obejmują problemy z tożsamością (*identity*) i kierowaniem sobą (*self-direction*), natomiast nieprawidłowości w funkcjonowaniu interpersonalnym charakteryzują się deficytami w zakresie empatii (*empathy*) i bliskości (*intimacy*) [2].

Jako fundament osobowości w literaturze przedmiotu wskazuje się zwykle temperament, czyli biologicznie uwarunkowane dyspozycje do określonych reakcji emocjonalnych i behawioralnych [3, 4]. Owe wrodzone właściwości obejmują formalne charakterystyki zachowania takie jak: intensywność reakcji, szybkość przetwarzania, zakres podejmowanych aktywności, zapotrzebowanie na stymulację oraz dominujący nastrój [5]. Wprawdzie nie ma wielu badań dotyczących relacji między temperamentem a patologią osobowości, ale te, które przeprowadzono, sugerują istnienie takich związków. Okazało się, że patologia osobowości jest najbardziej prawdopodobna, gdy profil temperamentu łączy w sobie wysokie unikanie szkody (*harm avoidance*), niskie uzależnienie od nagrody (*reward dependence*) i wysokie poszukiwanie nowości (*novelty seeking*) z psychobiologicznego modelu temperamentu Cloningera [4, 6]. Problemem jest jednak to, że istnieje wiele modeli temperamentu, w których wyróżniane są różne wymiary, co utrudnia integrację wiedzy na temat związków temperamentu z innymi zmiennymi, w tym z zaburzeniami osobowości. W szeroko zakrojonych badaniach Ponikiewska i wsp. [7] poddali analizie osiem najczęściej używanych modeli temperamentu i wykazali, że wyróżniane w nich wymiary tworzą hierarchiczną strukturę z dwoma czynnikami wyższego rzędu na szczycie hierarchii. Z kolei Strus i wsp. [5] dowiedli, że te dwa ogólne wymiary są ściśle związane z aktywnością i reaktywnością z ich modelu, który jest reinterpretacją aktywności i reaktywności z Regulacyjnej

Teorii Temperamentu Strelaua [8]. W niniejszym badaniu zostanie uwzględniony zatem właśnie pomiar aktywności i reaktywności z modelu Strusa i wsp. [5], można je bowiem traktować jako najbardziej ogólne wymiary temperamentu, usytuowane ponad szczegółowymi wymiarami wyróżnianymi w rozmaitych modelach temperamentu.

Przywiązanie jest definiowane jako umysłowe reprezentacje siebie, innych oraz relacji interpersonalnych (tzw. wewnętrzne modele operacyjne), kształtujące się na bazie wczesnodziecięcych doświadczeń z opiekunami [9]. Modele te silnie wpływają na emocje, przekonania, postawy i zachowania jednostki oraz warunkują jakość wszystkich późniejszych relacji interpersonalnych, zwłaszcza zaś relacji romantycznych [10]. Istnieje kilka modeli przywiązania, ale w większości z nich wyróżnia się dwa pozabezpieczne wymiary przywiązania dorosłych: „Lęk” (*Anxiety*) oraz „Unikanie” (*Avoidance*). „Lęk” przywiązaniowy to obawa przed odrzuceniem, porzuceniem i byciem niekochanym, natomiast „Unikanie” przywiązaniowe to dyskomfort związany z bliskością, poszukiwanie niezależności, unikanie intymności i skrajne dystansowanie się od innych [11]. Badania empiryczne potwierdzają silny pozytywny związek między pozabezpiecznym przywiązaniem a patologią osobowości [12–18]. Okazało się, że nieprawidłowości w intrapsychoicznym i interpersonalnym funkcjonowaniu łączyły się z pozabezpiecznymi wzorcami przywiązania, natomiast niskie nasilenie pozabezpiecznych form przywiązania było związane z najzdrowszym poziomem funkcjonowania osobowości [15].

Badania własne

Dotychczasowe badania nie pozwalają ocenić, w jakim stopniu zmienne wrodzone (temperament) oraz te kształtowane w toku interakcji społecznych (przywiązanie) umożliwiają przewidywanie patologii osobowości, ponieważ koncentrowały się osobno albo na temperamencie, albo na przywiązaniu. Ponadto w wielu z nich stosowano kategoryjne ujęcie patologii osobowości [np. 4, 14] lub kategoryjne ujęcie przywiązania [14, 15]. Niniejsze badanie przezwycięża te ograniczenia przez (1) systematyczne stosowanie dymensjonalnego podejścia do patologii osobowości, przywiązania i temperamentu oraz (2) łączne badanie znaczenia temperamentu i przywiązania dla wyjaśnienia patologii osobowości. Celem projektu była odpowiedź na pytanie, czy i w jakim stopniu wymiary temperamentu i przywiązania dorosłych wyjaśniają nasilenie patologii osobowości w zakresie intrapsychoicznego oraz interpersonalnego funkcjonowania (kryterium A) opisanego w AMPD DSM-5 [2]. Spodziewaliśmy się, że (1) zarówno temperament, jak i przywiązanie przyczynią się do wyjaśnienia patologii osobowości oraz że (2) temperament będzie odgrywał większą rolę w wyjaśnianiu zaburzeń w funkcjonowaniu intrapsychoicznym, podczas gdy przywiązanie (jako komponent społeczny) będzie odgrywało większą rolę w wyjaśnianiu zaburzeń w funkcjonowaniu interpersonalnym. Aby zapewnić solidność naszych wyników, użyliśmy dwóch różnych modeli i miar przywiązania dorosłych, które zostaną omówione w podrozdziale *Zastosowane narzędzia*.

Material i metoda

Uczestnicy i procedura badania

Badanie przeprowadzono w grupie nieklinicznej $N = 391$ osób w Polsce (67,8% kobiet) w wieku od 16 do 65 lat ($M_{\text{wiek}} = 24,91$; $SD_{\text{wiek}} = 7,80$). Ponad połowę uczestników stanowiły osoby z wykształceniem średnim (57%), mieszkające w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców (57,3%), zatrudnione (58,8%) oraz będące w związku małżeńskim lub nieformalnym (57%). Dane zostały zebrane za pomocą ankiety internetowej. Wszyscy uczestnicy zostali zrekrutowani za pośrednictwem portali społecznościowych (np. Facebook, Instagram) i wyrazili zgodę na udział w badaniu. Badanie było dobrowolne i anonimowe oraz uzyskało zgodę Zespołu ds. Etyki Badań Naukowych w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.

Zastosowane narzędzia

Do pomiaru nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości zastosowano *Krótką Skalę Poziomu Funkcjonowania Osobowości LPFS-BF 2.0 (Level of Personality Functioning Scale – Brief Form 2.0 – LPFS-BF 2.0)* ([19], polska adaptacja [20]). Jest to 12-itemowe narzędzie samoopisowe oceniające nasilenie patologii osobowości według kryterium A z Sekcji III DSM-5 [2]. Składa się z dwóch podskal mierzących funkcjonowanie intrapsychiczne oraz interpersonalne. Uczestnicy są proszeni o ocenę pozycji na 4-stopniowej skali Likerta od 1 („zdecydowanie nieprawdziwe lub bardzo często nieprawdziwe”) do 4 („zdecydowanie prawdziwe lub bardzo często prawdziwe”).

Do pomiaru cech temperamentu wykorzystano *Kwestionariusz metawymiarów temperamentu (Temperament Metadimensions Questionnaire – TMQ)* [5]. Jest to narzędzie samoopisowe przeznaczone do oceny cech temperamentu wyróżnionych w modelu zaproponowanym przez Strusa i wsp. [5], będącym rekonceptualizacją podstawowych wymiarów temperamentu Strelaua na podstawie Kołowego Modelu Metacech Osobowości (*Circumplex of Personality Metatraits*) [21]. W naszym badaniu wykorzystaliśmy dwa metawymiary temperamentu: „Reaktywność” (*Reactivity*) i „Aktywność” (*Activity*). Pozycje oceniane są na 5-stopniowej skali Likerta od 1 („całkowicie nietrafnie mnie opisuje”) do 5 („całkowicie trafnie mnie opisuje”).

Do pomiaru przywiązania wykorzystano dwa narzędzia: *Zrewidowaną skalę doświadczeń w bliskich związkach (Experiences in Close Relationships – Revised – ECR-R)* ([11], polska adaptacja [22]) oraz *Kwestionariusz stylu przywiązania (Attachment Style Questionnaire – ASQ)* ([23], polska wersja została przygotowana do tego badania w porozumieniu z autorką). ECR-R składa się z 36 itemów ocenianych na 7-stopniowej skali Likerta od 1 („zdecydowanie się nie zgadzam”) do 7 („zdecydowanie się zgadzam”), natomiast ASQ składa się z 40 pozycji ocenianych na 6-stopniowej skali Likerta od 1 („całkowicie się nie zgadzam”) do 6 („całkowicie się zgadzam”). W badaniu wykorzystano dwa główne wymiary przywiązania – „Lęk” (*Anxiety*) i „Unikanie” (*Avoidance*) mierzone przez oba kwestionariusze.

Wyniki

Analizy zostały przeprowadzone w programie IMP SPSS Statistics 28. W tabeli 1 przedstawiono podstawowe statystyki opisowe oraz współczynniki rzetelności wszystkich skal wykorzystanych w analizie.

Tabela 1. Statystyki opisowe i wskaźniki rzetelności skal TMQ, ASQ, ECR-R i LPFS-BF 2.0 wykorzystanych w badaniu (N = 391)

	M	SD	SKE	K	α
TMQ					
Aktywność	2,96	0,62	0,26	0,01	0,93
Reaktywność	3,48	0,78	-0,21	-0,37	0,96
ASQ					
Unikanie przywiązaniowe					
Lęk przywiązaniowy	3,46	0,80	-0,11	-0,10	0,87
ECR-R	3,80	0,99	-0,20	-0,50	0,88
Unikanie przywiązaniowe	3,29	1,12	0,27	-0,40	0,92
Lęk przywiązaniowy	3,58	1,34	0,02	-0,77	0,94
LPFS-BF 2.0	2,35	0,60	0	-0,16	0,82
Wynik ogólny	2,62	0,77	-0,13	-0,76	0,83
Funkcjonowanie intrapsychiczne	2,09	0,63	0,32	-0,27	0,70
Funkcjonowanie interpersonalne					

TMQ – Kwestionariusz metawymiarów temperamentu (Temperament Metadimensions Questionnaire); ASQ – Kwestionariusz stylu przywiązania (Attachment Style Questionnaire); ECR-R – Zrewidowana skala doświadczeń w bliskich związkach (Experiences in Close Relationships-Revised); LPFS-BF 2.0 – Krótka skala poziomu funkcjonowania osobowości 2.0 (Level of Personality Functioning Scale – Brief Form 2.0).

Przeprowadzono hierarchiczną analizę regresji wielokrotnej w celu oceny roli wymiarów temperamentu i przywiązania w wyjaśnianiu nieprawidłowości funkcjonowania osobowości oraz weryfikacji przyrostowego znaczenia przywiązania w wyjaśnianiu nieprawidłowości funkcjonowania osobowości obok temperamentu (płeć i wiek wyjaśniały jedynie 2% wariancji wyniku ogólnego w LPFS-BF 2.0, dlatego nie uwzględniono ich w prezentowanej analizie). W pierwszym kroku do analizy regresji wprowadzono podstawowe wymiary temperamentu, a następnie, w drugim kroku, podstawowe wymiary przywiązania. Krok drugi przeprowadzono dwukrotnie: ze skalami ASQ i ECR-R, aby uzyskać pewne i replikowane wyniki. Wyniki analizy regresji przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Hierarchiczna analiza regresji wielokrotnej: wymiary temperamentu i przywiązania jako predyktory nieprawidłowości funkcjonowania osobowości

Model	Predyktor	Skale LPFS-BF 2.0		
		Wynik ogólny	Funkcjonowanie intrapsychiczne	Funkcjonowania interpersonalne
		β	β	β
Krok 1	TMQ Aktywność	0,11*	0,13**	0,06
	TMQ Reaktywność	0,49***	0,57***	0,23***
Podsumowanie modelu: R^2_{adj}		0,26***	0,35***	0,05***
Krok 2a	TMQ Aktywność	0,16***	0,15***	0,11**
	TMQ Reaktywność	0,19***	0,28***	0,01
	ASQ Unikanie	0,31***	0,14***	0,42***
	ASQ Lęk	0,40***	0,43***	0,23***
Podsumowanie modelu: R^2_{adj}		0,54*** (***)	0,53*** (***)	0,32*** (***)
Krok 2b	TMQ Aktywność	0,13***	0,13***	0,09*
	TMQ Reaktywność	0,38***	0,47***	0,15**
	ECR-R Unikanie	0,36***	0,20***	0,44***
	ECR-R Lęk	0,20***	0,22***	0,11*
Podsumowanie modelu: R^2_{adj}		0,48*** (***)	0,47*** (***)	0,30*** (***)

Oznaczenie w nawiasie odnosi się do F zmiany.

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

Wszystkie modele regresji były istotne statystycznie. Oba wymiary temperamentu wyjaśniały 35% wariacji funkcjonowania intrapsychicznego i 5% wariacji funkcjonowania interpersonalnego. Po dodaniu wymiarów przywiązania w kroku 2 wszystkie zmienne wyjaśniały łącznie około połowy wariacji funkcjonowania intrapsychicznego (48–53%) i jedną trzecią wariacji funkcjonowania interpersonalnego (30–32%). Oba wymiary przywiązania z obu narzędzi były statystycznie istotnymi predyktorami, jednak „Lęk” przywiązaniowy był silniejszym predyktorem funkcjonowania intrapsychicznego, a „Unikanie” przywiązaniowe było silniejszym predyktorem funkcjonowania interpersonalnego.

Dyskusja

Prezentowane przez nas badanie pozwoliło na oszacowanie, w jakim stopniu wymiary temperamentu i wymiary przywiązania wspólnie wyjaśniają nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości opisane w kryterium A Sekcji III DSM-5 [2]. Wyniki

wykazały, że zarówno wymiary temperamentu, jak i wymiary przywiązania istotnie wyjaśniały patologię osobowości rozumianą jako zaburzenia funkcjonowania osobowości w dwóch sferach: intrapsychicznej i interpersonalnej.

Okazało się, że chociaż temperament miał znaczenie zarówno dla intrapsychicznego, jak i interpersonalnego funkcjonowania osobowości, jego rola w wyjaśnianiu funkcjonowania intrapsychicznego była dużo większa. Oznacza to, że temperament odpowiada w większym stopniu za nieprawidłowości w funkcjonowaniu intrapsychicznym, podczas gdy przywiązanie odpowiada w większym stopniu za nieprawidłowości w funkcjonowaniu interpersonalnym.

Z dwóch wymiarów temperamentu „Reaktywność” w większym stopniu niż „Aktywność” wyjaśniała nieprawidłowości funkcjonowania osobowości. Stało się tak dlatego, że model temperamentu, którego użyliśmy [5], został opracowany w celu integracji modelu Strelaua z Kołowym Modelem Metacech Osobowości [21], a temperamentalna „Reaktywność” odzwierciedla wymiar „Gamma-Minus/Dezintegracja” (z Kołowego Modelu Metacech Osobowości), stanowiący centrum patologii osobowości, co zostało już wykazane [25].

Wymiary przywiązania dodane do temperamentu znacząco zwiększyły wyjaśnioną wariację nieprawidłowości funkcjonowania osobowości. Zarówno „Lęk”, jak i „Unikanie” były istotnymi predyktorami tych nieprawidłowości, co sugeruje, że wczesne interakcje społeczne kształtujące przywiązanie są odpowiedzialne za patologię osobowości. Uzyskane wyniki potwierdzają i rozszerzają rozważania Ainsworth i Bowlby’ego [26] oraz są zgodne z dostępnymi dowodami na istnienie relacji między przywiązaniem dorosłych a patologią osobowości [12, 15, 16, 18]. Są także spójne z teoretycznymi modelami przywiązania i zaburzeń osobowości, w których i przywiązanie, i zaburzenia osobowości definiowane są jako zaburzenia w funkcjonowaniu interpersonalnym [17].

W zgodzie z rezultatami dotychczasowych badań nad przywiązaniem i zaburzeniami funkcjonowania osobowości z DSM-5 (kryterium A) [15] w naszym badaniu wykazaliśmy, że wymiary przywiązania różnicowały nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości. „Lęk” przywiązaniowy w większym stopniu wyjaśniał trudności w funkcjonowaniu intrapsychicznym, podczas gdy „Unikanie” przywiązaniowe w większym stopniu wyjaśniało nieprawidłowości w funkcjonowaniu interpersonalnym. Wyniki te są spójne teoretycznie, ponieważ „Lęk” przywiązaniowy odnosi się do obawy przed odrzuceniem i związaną z nią niepewnością co do siebie i innych ludzi [11], natomiast nieprawidłowości funkcjonowania intrapsychicznego dotyczą problemów z tożsamością i kierowaniem sobą, które łączą się z niestabilną samooceną i niską zdolnością regulacji emocji [2]. Z kolei „Unikanie” przywiązaniowe wiąże się z dyskomfortem, jaki sprawia bliskość, unikaniem intymności, bliskich relacji i zależności od innych ludzi [27], a trudności w funkcjonowaniu interpersonalnym również dotyczą problemów z intymnością, bliskością oraz z budowaniem głębokich i trwałych więzi, wynikających głównie z deficytów w zakresie empatii [2].

Podsumowując, przeprowadzone badania wykazały, że zarówno biologiczne predyspozycje ujęte w ramy temperamentu, jak i jakość wczesnodziecięcych doświadczeń z opiekunami i wykształcone w ich toku przywiązanie, są istotnymi predyktorami

patologii osobowości człowieka. Uzyskane przez nas wyniki niosą ze sobą istotne implikacje kliniczne. Przywiązanie – nabyte w toku interakcji społecznych – wydaje się podatniejsze na modyfikacje niż raczej trudno modyfikowalny temperament [1, 3]. W związku z tym może być korzystne systematyczne włączanie oceny przywiązania pacjenta oraz wdrożenie interwencji opartych na przywiązaniu do programu leczenia w wypadku zaburzeń osobowości. Wiedza o przywiązaniu może dostarczyć ważnych informacji na temat podejścia pacjenta do leczenia oraz wyposaża klinicystę w strategie, które mógłby stosować, aby zmniejszyć opór pacjenta i uzyskać jak najkorzystniejsze wyniki leczenia. Praca nad przywiązaniem i budowanie bezpiecznego związku, jakim jest sojusz terapeutyczny, może pomóc pacjentowi przepracować bolesne wydarzenia z przeszłości i zreorganizować wewnętrzne modele siebie i innych, a co za tym idzie – poprawić funkcjonowanie osobowości. Badania potwierdzają, że aktywacja systemu przywiązania i restrukturalizacja wewnętrznych modeli operacyjnych przyczynia się do pewnych modyfikacji cech osobowości stanowiących podstawę zaburzeń osobowości [28].

Pomimo mocnych stron prezentowane badanie nie jest wolne od ograniczeń. Zostało ono przeprowadzone na próbie pochodzącej z jednego kraju, zrekrutowanej przez portale społecznościowe takie jak Facebook i Instagram, składającej się z ochotników i nadreprezentowanej przez kobiety, a także z wykorzystaniem wyłącznie miar samoopisowych. W związku z tym możliwość uogólnienia naszych ustaleń powinna zostać zweryfikowana w dalszych badaniach w innych populacjach, krajach i kulturach oraz z użyciem innych miar. Chociaż model dymensjonalny DSM-5 [2] uzasadnia badanie zaburzeń osobowości również w populacji ogólnej, przyszłe badania warto przeprowadzić także w próbach klinicznych.

Piśmiennictwo

1. Hagekull B, Bohlin G. *Early temperament and attachment as predictors of the Five Factor Model of personality*. *Attach. Hum. Dev.* 2003; 5(1): 2–18.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – 5th edition*. Washington, D.C.: APA; 2013.
3. Karterud SW, Kongerslev MT. *A temperament-attachment-mentalization-based (TAM) theory of personality and its disorders*. *Front. Psychol.* 2019; 10: 518.
4. Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. *Temperament, character, and personality disorders: Etiologic, diagnostic, treatment issues*. *Acta Psychiatr. Scand.* 2002; 106(3): 189–195.
5. Strus W, Ponikiewska K, Ciecuch J. *Reactivity and Activity as dimensions capturing both energetic and temporal aspects of behavior: Towards a reconceptualization of Jan Strelau's basic temperament dimensions based on the Circumplex of Personality Metatraits*. *Pers. Individ. Dif.* 2022; 188: 111434.
6. Cloninger CR, Svrakic DM. *Personality disorders*. W: Fatemi SH, Clayton PJ. red. *The medical basis of psychiatry*. Cham, Switzerland/New York, NY: Springer Nature/Humana Press; 2008. S. 471–483.

7. Ponikiewska K, Strus W, Ciecuch J. *Revealing the hierarchical structure of temperamental constructs distinguished in eight theories*. Acta Psychol. (Amst.). 2022; 226: 103557.
8. Strelau J. *Temperament as a regulator of behavior: After fifty years of research*. Clinton Corners, NY: Eliot Werner Publications; 2008.
9. Bowlby J. *Attachment and loss, t. 2: Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books; 1973.
10. Hazan C, Shaver PR. *Romantic love conceptualized as an attachment process*. J. Pers. Soc. Psychol. 1987; 52(3): 511–524.
11. 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.
12. 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*. J. Nerv. Ment. Dis. 2015; 203(4): 252–258.
13. Levy K. *The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder*. Dev. Psychopathol. 2005; 17(4): 959–986.
14. Levy KN, Johnson BN, Clouthier TL, Scala JW, Temes CM. *An attachment theoretical framework for personality disorders*. Can. Psychol. 2015; 56(2): 197–207.
15. Pad RA, Okut H, Zackula R, Macaluso M, Huprich SK. *Understanding the relationship between personality pathology and attachment style in the context of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders*. Personal. Ment. Health 2021; 16(3): 1–17.
16. Rosa-Mendes M, Pires R, Ferreira AS. *Personality traits of the alternative DSM-5 model and the attachment dimensions in Portuguese adults*. Pers. Individ. Dif. 2019; 143: 21–29.
17. Smith MS, South SC. *Insecure attachment and personality pathology: Concurrent assessment and longitudinal modeling*. Personal Disord. 2022; Advance online publication.
18. Radetzki P, Wrath A, McWilliams L, Olson T, Adams S, Souza D i wsp. *Exploring the relationship between attachment and pathological personality trait domains in an outpatient psychiatric sample*. J. Nerv. Ment. Dis. 2023; 211(1): 46–53.
19. Weekers LC, Hutsebaut J, Kamphuis JH. *The Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Update of a brief instrument for assessing level of personality functioning: The Level of Personality Functioning Scale – Brief Form 2.0*. Personal. Ment. Health 2019; 13(1): 3–14.
20. Łakuta P, Ciecuch J, Strus W, Hutsebaut J. *Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Validity and reliability of the Polish adaptation*. Psychiatr. Pol. 2023; 57(2): 247–260.
21. Strus W, Ciecuch J. *The Circumplex of Personality Metatraits and the HEXACO model: Toward refinement and integration*. J. Pers. 2021; 89(4): 803–818.
22. Lubiewska K, Głogowska K, Mickiewicz K, Wojtynkiewicz E, Izdebski P, Wiśniewski C. *Skala Experience in Close Relationships-Revised: Struktura, rzetelność oraz skrócona wersja skali w polskiej próbie*. Psychologia Rozwojowa 2016; 21(1): 49–63.
23. 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.
24. Bernerth JB, Aguinis H. *A critical review and best-practice recommendations for control variable usage*. Pers. Psychol. 2015; 69(1): 229–283.
25. Strus W, Łakuta P, Ciecuch J. *Anankastia or Psychoticism? Which one is better suited for the fifth trait in the pathological Big Five: Insight from the Circumplex of Personality Metatraits perspective*. Front. Psychiatry 2021; 12: 648386.

26. Ainsworth MS, Bowlby J. *An ethological approach to personality development*. Am. Psychol. 1991; 46(4): 333–341.
27. Mikulincer M, Shaver PR. *An attachment perspective on psychopathology*. World Psychiatry 2012; 11(1): 11–15.
28. Scott LN, Levy KN, Pincus AL. *Adult attachment, personality traits, and borderline personality disorder features in young adults*. J. Pers. Disord. 2009; 23(3): 258–280.

Adres: Jan Ciecuch
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
e-mail: janciecuch@gmail.com

Otrzymano: 11.02.2023
Zrecenzowano: 20.03.2023
Otrzymano po poprawie: 27.05.2023
Przyjęto do druku: 24.06.2023