

Osobowość schizoidalna a dymensjonalna konceptualizacja zaburzeń osobowości według ICD-11

Sandra Nowak

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Wydział Psychologii i Kognitywistyki

<https://orcid.org/0000-0002-3907-7115>

Emilia Soroko¹

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Zakład Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej

<https://orcid.org/0000-0003-3527-1698>

Streszczenie

Cel: Współczesne badania naukowe i praktyka kliniczna w coraz większym stopniu uwzględniają dymensjonalne modele zaburzeń osobowości. Tendencja ta wymaga precyzyjnego wyjaśnienia relacji między tradycyjnymi sposobami konceptualizacji zaburzeń i nowymi propozycjami opartymi na wymiarach. Celem tego badania było określenie związku pomiędzy cechami osobowości schizoidalnej a elementami (krokami) diagnozy wg ICD-11 oraz określenie, w jakim stopniu osobowość schizoidalna jako konstrukt wymiarowy może być przewidywana (diagnozowana) na podstawie konceptualizacji ICD-11, takich jak nasilenie (*severity*) zaburzenia osobowości i patologiczne cechy.

Metoda: Badaną grupę stanowiło 176 osób w wieku 18–71 lat ($M = 28,3$; $SD = 10,3$; 83,5% kobiet). Do określenia poziomu patologicznych cech osobowości wykorzystano *Inwentarz osobowości dla ICD-11* (PiCD), natomiast do oceny poziomu nasilenia zaburzeń osobowości wykorzystano *Skalę osobowości i funkcjonowania interpersonalnego* (SIFS). *Kwestionariusz stylów charakteru* został wykorzystany do określenia poziomu schizoidalnego zaburzenia osobowości.

Wyniki: Wyniki analizy korelacji wskazują na istotne związki między schizoidalnym zaburzeniem osobowości (jako konstruktem wymiarowym) a skalami mierzącymi poziom nasilenia zaburzenia osobowości (tożsamość, samokierowanie, empatia, intymność) a poziomem

¹ Adres do korespondencji: soroko@amu.edu.pl.

cech patologicznych (z wyjątkiem anankastii). Wyniki analizy regresji krokowej pokazują, że pierwszy etap oceny zaburzeń osobowości według modelu ICD-11, czyli diagnoza stopnia nasilenia zaburzeń osobowości, wyjaśnia 41% osobowości schizoidalnej, a włączenie cech patologicznych (istotna okazała się tu cecha izolacji) podnosi ten odsetek do 54.

Konkluzja: Wyniki sugerują zbieżność między nowymi wymiarowymi konceptualizacjami zaburzeń osobowości i wcześniejszymi podejściami kategoriowymi oraz potrzebę przyszłych badań.

Słowa kluczowe: model dymensjonalny, schizoidalne zaburzenie osobowości, ICD-11, zaburzenia osobowości, *Skala osobowości i funkcjonowania interpersonalnego*, *Inwentarz osobowości dla ICD-11*

Na badania naukowe, a coraz częściej także praktykę kliniczną, wpływ mają dymensjonalne modele zaburzeń osobowości. Tendencja ta sprawia, że konieczne jest wyraźne wyartykułowanie przejść między znanymi sposobami konceptualizacji zaburzeń i nowymi propozycjami. Najważniejsze problemy w obszarze psychopatologii zaburzeń osobowości są następujące (bardziej szczegółowe omówienie: Hopwood i in., 2023):

1. Rozwój dymensjonalnych modeli psychopatologii w ogóle (np. hierarchiczna taksonomia psychopatologii, HiTOP – Kotov i in., 2021).
2. Konceptualizacja zaburzeń osobowości jako konstruktów wymiarowych (mierzonych ilościowo, często za pomocą samoopisu) (Cierpiałkowska i Pasikowski, 2004; Winarick i Bornstein, 2015).
3. Szeroka, oparta na dowodach zmiana w diagnozowaniu zaburzeń osobowości, wynikająca z wdrożenia hybrydowego alternatywnego modelu zaburzeń osobowości DSM-5 (Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, 2013) oraz 11. rewizji Międzynarodowej klasyfikacji chorób (ICD-11; World Health Organization, 2022), w której jest już pełnowymiarowe podejście do opisowej diagnozy klinicznej.

Współczesne klasyfikacje zaburzeń osobowości sięgają właśnie po rozwiązania dymensjonalne. Pierwszą klasyfikacją, która połączyła kategorie i dymensje w diagnozie zaburzeń osobowości, była klasyfikacja DSM-5, oferująca tzw. model alternatywny (AMPD, Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, 2013), a w 2022 roku pojawiła się w pełni dymensjonalna klasyfikacja zaburzeń osobowości w ICD-11. Ostatnia z nich opiera się w dużej mierze na tej pierwszej, co potwierdza imponująca liczba badań na temat tego, jak odnoszą się one do siebie pod względem wspólnej nozologii (np. Bach i in., 2020), procesu diagnostycznego i kompatybilności w diagnozowaniu (McCabe i Widiger, 2020; Zimmermann i in., 2022), a także implikacji terapeutycznych (Bach i Simonsen, 2021).

Diagnozowanie, zgodnie z DSM-5 AMPD (APA, 2013), obejmuje poziom funkcjonowania osobowości (poziom dysfunkcji) oraz model pięciu cech patologicznych. Poziom funkcjonowania osobowości (kryterium A) oceniany jest w dwóch obszarach: ja (tożsamość i samokierowanie) oraz interpersonalnym (empatia i intymność). Pięciodomenowy model cech (kryterium B) obejmuje negatywny afekt, izolację, antagonizm, rozhamowanie i psychotyczność. Dodatkowo

hybrydowa analiza obu aspektów może być wykorzystana do ustalenia jednego z sześciu wybranych typów zaburzeń osobowości. W ICD-11 (WHO, 2022) rozróżnienie między poziomem funkcjonowania osobowości jako istotą tych zaburzeń a następnie cechami jest podobne, ale nie występuje w ogóle diagnoza typu zaburzenia osobowości. Uszczegóławiając, klinicysta/klinicystka najpierw ocenia poziom głębokości zaburzeń osobowości (*severity level*) (od 0 – brak zaburzenia osobowości, 1 – trudności osobowościowe, 2 – łagodny, 3 – umiarkowany, 4 – ciężkie zaburzenie osobowości), a następnie może sprawdzić występowanie wyróżniających się cech (negatywna emocjonalność, izolacja, dyssocjalność, rozhamowanie i anankastia) oraz tzw. kwalifikatora wzorca borderline (diagnoza kategoryjalna borderline na podstawie zestawu kryteriów analogicznych do DSM-IV-TR). Poziom nasilenia 2 (*łagodny*) jest progiem zaburzeń osobowości, a stopień nasilenia jest jedynym obowiązkowym krokiem w ocenie zaburzeń osobowości zgodnie z ICD-11. Badania pokazują, że domeny cech patologicznych w ICD-11 i DSM-5 AMPD są porównywalne mimo zauważalnych różnic, takich jak anankastia w ICD-11 i psychotyzm w DSM-5 AMPD (Bach i wsp., 2017, 2022; Mulder, 2021).

Zmiana w konceptualizacji i diagnozowaniu zaburzeń osobowości wynika z braku dowodów empirycznych na istnienie dokładnych i możliwych do rozróżnienia typów zaburzeń osobowości (Hopwood i in., 2018; Trull i Widiger, 2022). Argumentami przemawiającymi za podejściem wymiarowym w ocenie zaburzeń osobowości są m.in. częste współwystępowanie kategorii diagnostycznych (typów osobowości) oraz wysoka heterogeniczność objawów wśród pacjentów z tym samym zdiagnozowanym typem (Bogaerts i in., 2021). Jednak kategoryjalne myślenie i podejmowanie decyzji są nadal uznawane za przydatne przez niektórych psychiatrów i psychologów klinicznych (Morey i Hopwood, 2020). Dla praktykujących klinicystów globalne i znaczące zmiany w sposobie klasyfikowania zaburzeń osobowości mogą stanowić wyzwanie, zwłaszcza teraz, na początku tego procesu (np. wymiarowa ocena zaburzeń osobowości w ICD-11), gdy rzeczywista użyteczność kliniczna nowych propozycji dopiero się kształtuje (Bornstein i Natoli, 2019). Stwarza to okazję do zbliżania badań naukowych i praktyki klinicznej, ale wymaga wrażliwości w tworzeniu przejść („mostów”) tak, aby to, co nowe, było refleksyjnie łączone z doświadczeniem i cennym dziedzictwem zdobytym do tej pory (np. Bastiaens i in., 2022; Tracy i in., 2021).

W związku ze zmianą w podejściu do klasyfikacji zaburzeń osobowości ogólnym celem naszego badania było wzmocnienie refleksyjnego przejścia od cech zaburzeń osobowości z modelu kategoryjalnego do modelu wymiarowego zgodnie z ICD-11, co wymaga przetestowania empirycznego dla ustalenia jego użyteczności klinicznej. Cel zrealizowano na przykładzie schizoidalnego zaburzenia osobowości. Zbadaliśmy zakładane związki między cechami osobowości schizoidalnej a komponentami diagnozy ICD-11 i odpowiedzieliśmy na pytanie, w jakim stopniu osobowość schizoidalna jako konstrukt wymiarowy może być przewidywana na podstawie komponentów konceptualizacji ICD-11 (nasilenie zaburzenia osobowości i cechy nieprzystosowawcze). Było to pierwsze badanie, w którym pokazano związek między schizoidalnym zaburzeniem osobowości a komponentami oceny zaburzeń osobowości ICD-11.

Schizoidalne zaburzenie osobowości (SZO) charakteryzuje się „wszechobecnym wzorcem oderwania od relacji społecznych i ograniczonym zakresem wyrażania emocji w sytuacjach interpersonalnych” (APA, 1994, s. 638). Najczęstsze cechy, które pojawiały się w kryteriach SZO, to dystans, izolacja, chłód emocjonalny i brak aktywności skierowanej na uzyskanie przyjemności (Cheli i in., 2023). Zostało ono zaliczone do wiązki A i ma wspólne cechy ze schizotypowymi i paranoidalnymi zaburzeniami osobowości, czyli ekscentryczność czy dziwaczność. Częstość występowania w próbie społecznej wynosiła od 0,7 do 4,9% (Sansone i Sansone, 2011).

Schizoidalne zaburzenie osobowości jest rzadko diagnozowane i słabo zbadane naukowo, nie doczekało się opracowań, ale jednocześnie jest dość dobrze rozpoznawalne przez klinicystów i rozumiane jako poważne i złożone w swojej fenomenologii (Shedler i Westen, 2004; Thylstrup i Hesse, 2009). Przyczyna grzechu zaniedbania wobec tego zaburzenia może leżeć w izolacji (*detachment*) jako cesze, która może sprawiać, że osoby schizoidalne unikają udziału w badaniach i wizyt u psychologów (Cheli i in., 2023; Triebwasser i in., 2012). Dodatkowo problematyczne bywa odróżnienie schizoidalnego zaburzenia osobowości od innych zaburzeń osobowości, jak osobowości unikającej (Winarick i Bornstein, 2015) czy zaburzenia schizotypowego (Shedler i Westen, 2004), a nawet innych stanów, jak aleksytymia (Coolidge i wsp., 2013) czy schizofrenia, psychoza i autyzm (Booules-Katri i in., 2019; Cook i wsp., 2020).

Jednak, co istotne, terminu *schizoidalne zaburzenie osobowości* (*Schizoid Personality Disorder*, SPD), jako wyróżniony typ zaburzenia osobowości, używa się jedynie w DSM-5 (Sekcja II) oraz w ICD-10. W nowych klasyfikacjach wymiarowych, takich jak DSM-5 AMPD i ICD-11, typ schizoidalny nie został bezpośrednio uwzględniony, ale możliwe jest przedstawienie wielu jego cech w ramach propozycji wymiarowych. Chociaż kilka ostatnich badań empirycznych podziela pogląd, że SZO (schizoidalne zaburzenie osobowości) brakuje trafności konstruktu i że jego nieobecność w bardziej współczesnych klasyfikacjach jest uzasadniona (np. Triebwasser i in., 2012), to istnieje wystarczająco dużo dowodów, by zwrócić uwagę na zestaw zarówno cech, jak i opartych na teorii patomechanizmów, które leżą u podstaw symptomatologii SZO (Paap i in., 2022).

Po pierwsze, istnieje empiryczne wsparcie dla podstawowych wymiarów Wielkiej Piątki, które składają się na SZO (Widiger i in., 2002): niska ekstrawersja (ciepło, towarzyskość, asertywność, aktywność, poszukiwanie emocji, pozytywne emocje) oraz niska otwartość na doświadczenia. Wśród cech nieprzystosowawczych, które zostały zalecane do diagnozy schizoidalnego zaburzenia osobowości w DSM-5, znajdują się: wycofanie społeczne, oderwanie społeczne, unikanie intymności, ograniczona afektywność i anhedonia (Glover i in., 2012). Po drugie, wymiarowy model hierarchicznej taksonomii psychopatologii (HiTOP) (Kotov i in., 2021) proponuje rozgraniczenie SZO, które jest zgodne z wcześniejszymi wynikami. SZO jest reprezentowane w modelu HiTOP przez spektrum oderwania (*detachment*), obejmujące takie cechy, jak: anhedonia, depresyjność, unikanie intymności, podejrzliwość, wycofanie, pasywność interpersonalna, brak poczucia przynależności i niskie poszukiwanie uwagi (Carvalho i in., 2020). Po trzecie, interpersonalny model kołowy (*Interpersonal Circumplex Model*, IPC –

np. Gore i Pincus, 2013) wskazuje na dwuwymiarowy obraz funkcjonowania schizoidalnego, charakteryzującego się niskim poziomem ciepła i jednocześnie niską dominacją, łądując *zdystansowany-introwertyczny* kwadrant IPC (*niepewny-uległy* i *zimny-bezduszny*). W ramach tego modelu wzorce relacji SZO mogą być rozumiane (zgodnie z regułą komplementarności) jako odpowiedź na obraz innych jako zimnych i dominujących. Po czwarte, postawiono hipotezę, że SZO charakteryzuje się stylem przywiązania opartym na unikaniu (niskim poziomem lęku oraz nieco wyższym poziomem unikania), ale wyniki badań nie były jednoznaczne (Meyer i in., 2004). Udowodniono, że unikanie przywiązania jest wspólnym podstawowym wymiarem SZO i unikającego zaburzenia osobowości, podczas gdy lęk przed przywiązaniem jest specyficznie związany z unikającym zaburzeniem osobowości (Winarick i Bornstein, 2015). Po piąte, SZO nadal wydaje się klinicznie użytecznym konstruktem, który pozwala nie tylko na opis objawów (cech, zachowań), lecz także na zrozumienie patomechanizmów, np. w ramach podejść psychoanalitycznych i poznawczych (Winarick, 2020). Zgodnie z podejściem poznawczym obraz siebie u osób z SZO jest silnie związany z samotnością. Postrzegają one innych jako natrętnych i kontrolujących (Beck i in., 2004). Kluczowymi przekonaniem są m.in.: „Jestem inny... Jestem samotnikiem... Jestem nikiem...” (Winarick, 2020, s. 184). W podejściach psychodynamicznych natomiast uważa się, że objawy SZO są formacją obronną, która chroni przed bardziej bolesnymi i nadmiernie stymulującymi uczuciami (Akhtar, 1987). Osoby schizoidalne wycofują się, odłączają oraz izolują z powodu swoich rozszczepionych reprezentacji obiektów, które są projektowane na innych, co w konsekwencji prowadzi do postrzegania ich jako natrętnych lub przytłaczających. Według teorii Kernberga (Clarkin i in., 2013) SZO znajduje się na niskim lub średnim poziomie organizacji osobowości borderline, charakteryzującym się ogólną sztywnością osobowości, silną patologią tożsamości (rozproszoną tożsamością), rozszczepieniem, deficytami w testowaniu rzeczywistości i patologicznym funkcjonowaniem moralnym.

Podsumowując, podstawowe wymiary, takie jak niska empatia, anhedonia społeczna, wysoce ograniczona ekspresja emocjonalna i cechy oderwania/izolacji (Triebwasser i in., 2012; Winarick, 2020; Winarick i Bornstein, 2015) mogą okazać się ważniejsze w zrozumieniu problematyki schizoidalnej niż tradycyjna kategoria wyróżniania typu zaburzenia osobowości.

Biorąc pod uwagę fakt usunięcia kategorii z diagnozy zaburzeń osobowości (w przypadku ICD-11 całkowicie), można się zastanawiać, jak przenieść myślenie kategoriale (oparte na wyróżnionych kryteriach) na dostępne w nowych klasyfikacjach wymiary. Jakie cechy nieadaptacyjne i poziom głębokości zaburzeń osobowości będą odpowiadać konkretnym typom zaburzeń? Chociaż takie prace zostały już wykonane, np. w hybrydowym modelu DSM-5 AMPD (z opcjonalną diagnostyką sześciu typów osobowości), wciąż istnieją znaczne luki. Po pierwsze, w modelu AMPD nie ma dostępnej kategorii typu schizoidalnego, więc nie mogła ona zostać przeanalizowana dla tego zaburzenia; po drugie, jak dotąd nie podjęto próby empirycznej weryfikacji użyteczności zarówno poziomu głębokości zaburzeń, jak i cech patologicznych (dwa pierwsze kroki w ocenie zaburzeń osobowości według ICD-11).

Cel badania

Badanie ma na celu stymulowanie refleksyjnego przejścia między cechami schizoidalnego zaburzenia osobowości – traktowanymi jako klinicznie użyteczny konstrukt wymiarowy – a dymensjonalnym modelem zaburzeń osobowości zgodnie z ICD-11. W pierwszej kolejności przetestowaliśmy hipotezy o dodatniej korelacji między izolacją (*detachment*) a niską empatią, intymnością i tożsamością, a nasileniem charakterystyk osobowości schizoidalnej. Następnie podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, czy zestaw cech patologicznych istotnie zwiększa trafność przyrostową w diagnozie osobowości schizoidalnej w stosunku do poziomu głębokości zaburzeń osobowości. W ten sposób naśladowaliśmy etapy postępowania diagnostycznego w ocenie zaburzeń osobowości wg ICD-11. Dodatkowo przetestowaliśmy model konkurencyjny, w którym najpierw wprowadzono cechy patologiczne, a w drugim etapie wskaźniki poziomu głębokości zaburzeń osobowości. Jest to zgodne z sugestiami niektórych badaczy mówiących, że cechy patologiczne mogą okazywać się ważniejsze w diagnozowaniu zaburzeń osobowości (np. Sleep i in., 2019). W związku z tym zapytaliśmy o przydatność podejść wymiarowych (poziomu głębokości zaburzenia i nasilenia patologicznych cech) w ocenie osobowości schizoidalnej zgodnie z wytycznymi zawartymi w ICD-11.

Metoda

Grupa badana składała się z ochotników/ochotniczek, którzy wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu. Łącznie zrekrutowano 176 osób w wieku od 18 do 71 lat ($M = 28,3$; $SD = 10,3$) z ogółu populacji, z czego 83,5% stanowiły kobiety, 14,8% mężczyźni, a 1,7% zidentyfikowało swoją płęć jako inną. Największy odsetek uczestników/czek mieszkał w dużych miastach o populacji przekraczającej 500 000 (64,8%) i posiadał wykształcenie średnie lub wyższe (83,5%). Większość uczestników/czek (38,6%) zadeklarowała zatrudnienie. Spośród wszystkich, 22,2% było pod opieką psychiatry, 25% korzystało z farmakoterapii w celu stabilizacji funkcjonowania psychicznego, a 23,9% aktualnie uczestniczyło w psychoterapii.

Badanie zostało przeprowadzone za pomocą ankiety w Google Forms, która została opublikowana na platformach społecznościowych, takich jak Facebook i Instagram. Metodą zbierania danych były kwestionariusze samoopisowe, wypełniane indywidualnie. Przed wypełnieniem uczestnicy/czki zostali w pełni poinformowani o celu badania i dobrowolnym uczestnictwie. Każdy uczestnik/czka udzielił/a pisemnej zgody na udział w badaniu. Sposób organizacji badania umożliwiał uczestnikom/czkom rezygnację, jeśli czuli/ły się niekomfortowo. Dodatkowo, opis badania zawierał adres e-mailowy do kontaktu w przypadku pytań lub wątpliwości dotyczących udziału w badaniu, a także informacje o możliwych negatywnych konsekwencjach badania (organizatorzy badania byli przygotowani do zaoferowania konsultacji telefonicznej z psychologiem).

Aby określić poziom cech patologicznych osobowości, wykorzystano Inwentarz Osobowości dla ICD-11 (PiCD) autorstwa Oltmansa i Widigera (2018) w polskiej

adaptacji Ciecucha, Łakuty i Strusa (Ciecuch i in., 2022). Kwestionariusz składa się z 60 pozycji, które tworzą następujące skale (współczynnik Cronbacha w naszym badaniu): negatywny afekt ($\alpha = 0,88$), rozhamowanie ($\alpha = 0,89$), izolacja ($\alpha = 0,83$), antagonizm ($\alpha = 0,86$) i anankastia ($\alpha = 0,8$). Oryginalna wersja narzędzia została uznana za trafną (Oltmanns i Widiger, 2018).

Aby ocenić poziom głębokości zaburzeń osobowości (poziom psychopatologii osobowości), wykorzystano Skalę Funkcjonowania Ja i Interpersonalnego (SIFS) autorstwa Gamache'a, Savarda, Leclerca i Coté (Gamache i in., 2019) w polskiej adaptacji Soroko, Ciecucha i Gamache (w recenzji). Kwestionariusz składa się z 24 pozycji, które tworzą następujące skale (α Cronbacha w naszym badaniu): tożsamość ($\alpha = 0,75$), samokierowanie ($\alpha = 0,54$), empatia ($\alpha = 0,76$) i intymność ($\alpha = 0,71$). Wszystkie podskale, z wyjątkiem samokierowania, mają akceptowalny współczynnik rzetelności. SIFS został opracowany jako część operacjonalizacji Kryterium A (poziom funkcjonowania osobowości); jest jednak metodą ważną klinicznie i dostosowaną do ram ICD-11 (Gamache i in., 2021).

Aby określić poziom schizoidalnego zaburzenia osobowości jako konstrukt wymiarowego, wykorzystano zrewidowany Kwestionariusz Stylów Charakteru (CSQ-R) (Cierpiałkowska i Pasikowski, 2004). Kwestionariusz odnosi się do kryteriów zaburzeń osobowości przedstawionych w DSM-IV-R, a tym samym także w podstawowym modelu DSM-5. W tym badaniu użyto jednej podskali, dotyczącej osobowości schizoidalnej, która składała się z 13 pozycji, odnoszących się do wzorców funkcjonowania poznawczego, wzorców reakcji afektywnych, wzorców funkcjonowania społecznego oraz wzorców kontroli impulsów. Rzetelność skali wynosiła α Cronbacha = 0,84, a trafność tego narzędzia jest akceptowalna (Cierpiałkowska i Pasikowski, 2004).

Metody analizy statystycznej obejmowały: opis statystyczny (np. średnia, odchylenie standardowe), analizę rzetelności (α Cronbacha), korelacji Pearsona, Spearmana oraz krokowej regresji liniowej.

Wyniki

Aby opisać zmienne używane w badaniu, określono takie właściwości, jak średnia, odchylenie standardowe, skośność i kurtoza, a normalność rozkładu testowano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Większość skal nie ma rozkładu normalnego, co jest powszechne przy badaniu problemów klinicznych w ogólnej próbie (patrz Tabela 1).

Model diagnozy wg ICD-11 (ciężkość zaburzeń osobowości i cechy patologiczne) a cechy osobowości schizoidalnej

Aby sprawdzić hipotezę, że osobowość schizoidalna jako konstrukt wymiarowy jest związana z wyższym poziomem głębokości zaburzeń osobowości, zastosowano jednostronną korelację *rho*-Spearmana. Zgodnie z oczekiwaniami stwierdzono

umiarkowaną dodatnią korelację między wymiarem osobowości schizoidalnej a izolacją ($\rho = 0,59$; $p < 0,001$). Znotowano również niskie dodatnie korelacje pomiędzy wymiarem osobowości schizoidalnej i innymi patologicznymi cechami, tj. dysocjalnością ($\rho = 0,25$; $p < 0,01$), negatywną afektywnością ($\rho = 0,30$; $p < 0,001$) i rozhamowaniem ($\rho = 0,17$; $p < 0,05$). Nie zauważono związku z anankastią ($\rho = 0,14$; $p > 0,05$). Potwierdzono hipotezę mówiącą o związkach między wymiarem osobowości schizoidalnej a głębokością zaburzeń osobowości, z najwyższymi wynikami dla zaburzeń intymności ($\rho = 0,54$; $p < 0,001$), tożsamości ($\rho = 0,47$; $p < 0,001$), empatii ($\rho = 0,39$; $p < 0,001$) i samokierowania ($\rho = 0,29$; $p < 0,001$). Wyniki te sugerują, że osoby z wyższym poziomem charakterystyk osobowości schizoidalnej mają tendencję do wykazywania bardziej poważnych zaburzeń w funkcjonowaniu ja i interpersonalnym, szczególnie w zakresie trudności z intymnością, tożsamością i empatią, jak również tendencję do przejawiania izolacji, a także do pozostałych patologicznych cech osobowości.

Tabela 1

Statystyki opisowe dla zmiennych użytych w badaniu (N = 176)

Zmienna	M	SD	Min.	Max	Skośność	Kurtoza	W Shapiro-Wilka	p do testu Shapiro-Wilka
CSQ Osobowość schizoidalna	31,70	9,84	13,00	53,00	0,18	-0,69	0,98	0,01
SIFS Tożsamość	1,91	0,81	0,00	4,00	0,18	-0,51	0,99	0,07
SIFS Samokierowanie	1,57	0,70	0,00	3,60	0,27	-0,17	0,98	0,04
SIFS Empatia	1,00	0,70	0,00	3,67	1,35	2,19	0,89	< 0,001
SIFS Intymność	1,13	0,73	0,00	3,00	0,64	-0,25	0,95	< 0,001
PiCD Negatywna afektywność	39,20	9,77	15,00	60,00	-0,17	-0,49	0,99	0,14
PiCD Rozhamowanie	26,90	9,15	13,00	58,00	0,84	0,47	0,95	< 0,001
PiCD Izolacja	27,90	8,87	12,00	58,00	0,37	-0,08	0,98	0,02
PiCD Dysocjalność	23,20	7,79	12,00	53,00	1,32	1,97	0,90	< 0,001
PiCD Anankastia	40,40	7,70	17,00	56,00	-0,33	-0,08	0,99	0,08

Poziom głębokości zaburzeń osobowości i patologiczne cechy jako predyktory osobowości schizoidalnej

Aby określić użyteczność diagnozowania właściwości osobowości schizoidalnej na podstawie wymiarów zaproponowanych w diagnostycznym modelu zaburzeń

osobowości ICD-11, zastosowano regresję krokową, gdzie zmienną wyjaśnianą był wymiar osobowości schizoidalnej (CSQ Schizoid). Predyktorami były zestawy wskaźników głębokości zaburzeń osobowości w pierwszym kroku (SIFS) oraz zestaw cech patologicznych (PiCD) w drugim kroku (zob. tabele 2 i 3). Kolejność wprowadzania zmiennych odzwierciedla sposób, w jaki zaburzenia osobowości są diagnozowane zgodnie z ICD-11. Pierwszy model, w którym wymiary poziomu głębokości zaburzeń osobowości są predyktorami, wyjaśnia 36% wariancji charakterystyk osobowości schizoidalnej i model ten jest istotny statystycznie ($F(4,171) = 26,10; p < 0,001$). W tym modelu wszystkie aspekty głębokości zaburzeń osobowości, z wyjątkiem samokierowania, były istotnymi predyktorami, a problemy z intymnością wykazywały najbardziej znaczący związek. Drugi model zawierał dodatkowy krok włączenia patologicznych cech osobowości w celu przewidzenia powagi osobowości schizoidalnej. Model ten wyjaśniał 53% wariancji tej zmiennej i był statystycznie istotny ($F(9, 166) = 23,40; p < 0,001$), a także różnił się istotnie od pierwszego modelu ($\Delta R^2 = 0,18; F(5, 166) = 13,60; p < 0,001$). Istotnymi predyktorami w tym modelu były zaburzenia intymności, tożsamości, empatia, izolacja i anankastia.

W alternatywnym rozwiązaniu, w którym cechy patologiczne wprowadzono jako pierwsze, a wskaźniki poziomu głębokości zaburzeń osobowości w drugim kroku, również uzyskano wyniki pokazujące istotność statystyczną pierwszego kroku i istotne różnice między modelami (Krok 1: Skorygowane $R^2 = 0,44; F(5,170) = 28,6; p < 0,001; \Delta R^2 = 0,10; F(4, 166) = 9,70; p < 0,001$). Zestaw cech patologicznych wyjaśniał 44% wariancji właściwości osobowości schizoidalnej, czyli więcej niż wskaźniki poziomu głębokości zaburzeń osobowości. Negatywna afektywność ($beta = 0,27; t = 3,96; p < 0,001$) i oderwanie ($beta = 0,59; t = 9,75; p < 0,001$) były istotnymi predyktorami charakterystyk osobowości schizoidalnej.

Tabela 2

Krokowa analiza regresji, gdzie zmienną wyjaśnianą był wymiar osobowości schizoidalnej (N = 176), krok 1

Model 1 (krok 1): skorygowane $R^2 = 0,36; F(4,171) = 26,10; p < 0,001$							
Predyktor	B	SE	95% L.CI	95% U.CI	beta	t	p
Stała	18,96	1,69	15,63	22,29		11,24	<0,001
SIFS Tożsamość	3,99	0,90	2,22	5,76	0,33	4,44	<0,001
SIFS Samokierowanie	-1,83	1,08	-3,95	0,29	-0,13	-1,70	0,09
SIFS Empatia	2,03	1,02	0,02	4,04	0,14	1,99	0,05
SIFS Intymność	5,25	1,01	3,25	7,25	0,39	5,18	<0,001

Adnotacja. SE – błąd standardowy; L.CI – dolna granica przedziału ufności; U.CI – górna granica przedziału ufności; B – współczynnik regresji niestandardyzowany; beta – współczynnik regresji standardyzowany. Przetestowane założenia do analizy regresji: dystans Cooka ($M = 0,01; Md = 0,002; SD = 0,02; \min. = 0, \max = 0,12$), kolinearność (VIF był niższy niż 1,60), autokorelacje ($DW = 2,05; p = 0,74; \text{autokorelacja} = -0,03$), test normalności (Shapiro-Wilk = 0,99; $p = 0,76$).

Tabela 3

Krokowa analiza regresji, gdzie zmienną wyjaśnianą był wymiar osobowości schizoidalnej (N = 176), krok 1 i 2

Model 2 (krok 1 i 2): skorygowane $R^2 = 0,54$; $F(9,166) = 23,40$; $p < 0,001$							
Predyktor	B	SE	95% L.CI	95% U.CI	beta	t	p
Stała	-0,70	4,30	-9,19	7,78		-0,16	0,87
SIFS Tożsamość	2,50	0,99	0,55	4,44	0,21	2,53	0,01
SIFS Samokierowanie	-1,30	1,09	-3,44	0,85	-0,09	-1,19	0,23
SIFS Empatia	2,25	0,97	0,34	4,15	0,16	2,33	0,02
SIFS Intymność	3,64	0,98	1,71	5,57	0,27	3,72	<0,001
PiCD Negatywna afektywność	0,05	0,08	-0,12	0,22	0,05	0,59	0,55
PiCD Rozhamowanie	0,07	0,09	-0,12	0,26	0,07	0,75	0,46
PiCD Izolacja	0,44	0,07	0,30	0,58	0,40	6,22	<0,001
PiCD Dysocjalność	-0,07	0,09	-0,24	0,10	-0,05	-0,77	0,44
PiCD Anankastia	0,21	0,10	0,02	0,41	0,17	2,15	0,03

Adnotacja. SE – błąd standardowy; L.CI – dolna granica przedziału ufności; U.CI – górna granica przedziału ufności; B – współczynnik regresji niestandardyzowany; *beta* – współczynnik regresji standaryzowany. Przetestowane założenia do analizy regresji: dystans Cooka ($M = 0,01$; $Md = 0,002$; $SD = 0,02$; $\min. = 0$, $\max = 0,14$), kolinearność (VIF w każdym przypadku niższy niż 2,88), autokorelacje (DW = 2,11; $p = 0,43$; autokorelacja = -0,077), test normalności rozkładu (Shapiro-Wilk = 0,99; $p = 0,97$).

Dyskusja

Ogólnym celem badania było usprawnienie refleksyjnego przejścia między właściwościami charakterystycznymi dla schizoidalnego zaburzenia osobowości, które są znane klinicystom, a wymiarowym modelem zaburzeń osobowości według ICD-11, który wymaga przetestowania w celu ustalenia jego użyteczności klinicznej. Dzięki przeprowadzonym analizom zbadaliśmy, które elementy konceptualizacji ICD-11 odnoszą się do osobowości schizoidalnej.

Po pierwsze, rozpoczęliśmy od testowania hipotez dotyczących pozytywnej korelacji między izolacją (*detachment*) oraz niskim poziomem empatii, intymności, tożsamości i samokierowania a wymiarem osobowości schizoidalnej. Wyniki wykazały istotne korelacje między skalami mierzącymi poziom głębokości zaburzeń osobowości, poziom cech patologicznych (z wyjątkiem anankastii) a zaburzeniem osobowości schizoidalnej traktowanym jako konstrukt wymiarowy. Korelacje między negatywnym afektem, antagonizmem i izolacją są zgodne z najbardziej podkreślanymi w literaturze właściwościami osobowości schizoidalnej (Winarick, 2020). Zaobserwowaliśmy umiarkowane dodatnie korelacje między osobowością schizoidalną a izolacją oraz niskie korelacje między osobowością schizoidalną a dysocjalnością i negatywnym afektem. Izolacja jest często

identyfikowana jako centralna cecha osób schizoidalnych i wiąże się z wycofaniem społecznym (Glover i in., 2012). Badania w ramach tzw. paradygmatu Wielkiej Piątki wykazały, że zaburzenie osobowości schizoidalnej charakteryzuje się niską ekstrawersją (głównie niską serdecznością, towarzyskością, asertywnością, aktywnością, poszukiwaniem wrażeń, pozytywnymi emocjami), która jest cechą przeciwstawną do izolacji, a także niską otwartością na doświadczenia (uczucia vs. aleksytymia) oraz brakiem jawnych potrzeb afiliacyjnych (Widiger i in., 2002; Winarick i Bornstein, 2015). Badając związki między 6 domenami cech (negatywna afektywność, izolacja, antagonizm, rozhamowanie, anankastia, psychotyczność) a 10 znanymi kategoriami zaburzeń osobowości z sekcji II DSM-5, Bach i współpracownicy (2020), w badaniu podobnym do naszego, stwierdzili, że zaburzenie osobowości schizoidalnej było pozytywnie związane z izolacją ($r = 0,28$). Ponadto inne badania sugerują, że osoby schizoidalne niechętnie uczestniczą w terapii, nie nawiązują nowych relacji i czasami są obojętne wobec relacji społecznych (Triebwasser i in., 2012), preferując samotne aktywności (Carvalho i in., 2020). Izolacja może mieć komponent konstytucjonalny (wrodzony/biologiczny), ale także utrwalany przez doświadczenie w formie wzorców relacyjnych lub modeli przywiązania. W naszym badaniu te aspekty są nierozróżnialne od siebie, a emocjonalne i społeczne konsekwencje oderwania są podobne do problemów z intymnością i empatią (zob. dalej). Na przykład zaburzenie osobowości schizoidalnej wiąże się z niedostateczną ekspresją schematu emocjonalnego, a mianowicie tendencją do unikania wyrażania emocji (Edwards i in., 2022), co przyczynia się do mniejszego zaangażowania w relacje międzyludzkie. Ponadto izolacja może przejawiać się jako unikanie relacji interpersonalnych motywowane strachem przed zawstydzeniem lub upokorzeniem, lękiem i poczuciem nieadekwatności (Shedler i Westen, 2004).

W naszym badaniu osobowość schizoidalna była pozytywnie związana z negatywną afektywnością, dysocjalnością i rozhamowaniem. Podobne wyniki uzyskali Bach i współpracownicy (2020) we wspomnianym badaniu dla antagonizmu (odpowiadającego dysocjalności, 0,22), ale przeciwnie (niskie, choć istotne) dla negatywnej afektywności (-0,18) i nieistotne dla rozhamowania (0,06). U osób schizoidalnych pewien stopień braku zainteresowania innymi ludźmi może być związany z bezdusznnością i niską empatią, co może podwyższać wyniki w zakresie dysocjalności. Niespójność w związkach z negatywną afektywnością i rozhamowaniem może wynikać z charakterystyki próby – w badaniu Bacha i współpracowników (2020) próba liczyła kilka tysięcy osób i była zróżnicowana, a nasza próba obejmowała osoby o stosunkowo wysokim poziomie funkcjonowania, u których osobowość schizoidalna może być nieco bardziej związana z dystresem niż sztywnym wzorcem funkcjonowania. Warto również rozważyć kontinuum manifestacji SZO – od osób bardziej zaabsorbowanych i zamkniętych w sobie, być może nawet pragnących bliskości, do osób odciętych i zdystansowanych (*niepewny-uległy* i *zimny-bezduszny*) (Gore i Pincus, 2013).

Zaobserwowaliśmy istotne korelacje między osobowością schizoidalną a wszystkimi aspektami nasilenia głębokości zaburzeń osobowości, z umiarkowanymi pozytywnymi korelacjami dla problemów z intymnością, empatią i tożsamością oraz niskimi korelacjami dla samokierowania. Wyniki te znajdują

potwierdzenie w innych badaniach. Ogólnie rzecz biorąc, trudności z intymnością w zaburzeniach schizoidalnych mogą być związane z tendencją do oderwania (jak wspomniano wcześniej), która uniemożliwia tworzenie bliskich relacji (Shedler i Westen, 2004) i nasila unikanie intymności (Glover i in., 2012; Triebwasser i in., 2012). Przywiązanie unikowe jest również często wskazywane jako cecha charakterystyczna osobowości schizoidalnej, szczególnie w zakresie rozumienia bezpieczeństwa, które jest przypisane tylko sobie, a pomija znaczących innych (West i in., 1994; Winarick i Bornstein, 2015). Przywiązanie unikowe może także przejawiać się jako bierność interpersonalna (Carvalho i in., 2020), która z powodu braku komunikowania trudności przez te osoby może być mylona z brakiem problemów psychologicznych lub brakiem motywacji do leczenia (Thylstrup i Hesse, 2009). Zmniejszona zdolność do empatycznej reakcji może wiązać się z trudnościami w zakresie wzajemności społecznej (Winarick i Bornstein, 2015). Literatura wskazuje też na ograniczoną empatię (lub nawet jej brak) jako istotną cechę zaburzenia osobowości schizoidalnej (np. Wolff 1995, za: Smith, 2006). Pozytywny związek między SZO jako konstruktem wymiarowym a zaburzeniami tożsamości był również oczekiwany zarówno na podstawie istniejących badań empirycznych, jak i teorii zaburzeń osobowości. W teorii relacji z obiektem Kernberg (2016) wskazał na centralną rolę zaburzeń tożsamości w zaburzeniach osobowości i umieścił zaburzenie schizoidalne na niskim poziomie osobowości borderline. Implikuje to poważnie zaburzoną tożsamość, ale także prymitywne mechanizmy obronne, problemy z intymnością i niekiedy też obecność przejściowych zakłóceń w testowaniu rzeczywistości. Rozróżniając zaburzoną tożsamość (zakres problemów związanych z tożsamością, np. normatywnych okresów niepewności i nieciągłości czy poważnych trudności powodujących dystres lub opóźnienie rozwojowe) od bardziej nasilonego braku tożsamości (uczucia nieistnienia, wewnętrznej pustki i poczucia fragmentacji), Bogaerts i współpracownicy (2021) stwierdzili istotne związki między SZO a brakiem tożsamości ($\beta = 0,35$) i zaburzoną tożsamością ($\beta = 0,17$), sugerując tym samym silną patologię tożsamości w tym zaburzeniu. W naszym badaniu wszystkie wymiary określające poziom patologii osobowości (głębokość zaburzeń osobowości) korelowały pozytywnie z zaburzeniem schizoidalnym jako konstruktem wymiarowym. Wyniki potwierdzają oczekiwanie, że wymiar „głębokość zaburzeń osobowości” (*severity of personality disorders*) jest kluczowy dla oceny globalnego funkcjonowania osobowości i może być uznany za ważny predyktor współistniejącej i przyszłej dysfunkcji (por. Hopwood i in., 2011).

Po drugie, sprawdziliśmy, czy zestaw cech patologicznych znacząco zwiększa precyzję diagnozy osobowości schizoidalnej, uwzględniając poziom głębokości zaburzeń osobowości. Wyniki pokazują, że pierwszy krok oceny zaburzeń osobowości według ICD-11, diagnozujący poziom nasilenia (intymność, tożsamość i empatia były istotne w tym modelu), znacząco wiązał się z wymiarem schizoidalnym. Najsilniejszym predyktorem w tym modelu była intymność. Intymność wydaje się złożonym aspektem funkcjonowania interpersonalnego, zależnym od zdolności do wywoływania empatii i integracji tożsamości. Ogólnie obserwacja, że im poważniejsze są zaburzenia osobowości, tym bardziej dana osoba jest schizoidalna, wydaje się zgodna z kwestią traktowania kryterium nasilenia jako

globalnej (podstawowej) dysfunkcji obecnej we wszystkich zaburzeniach osobowości (Bach i in., 2021, 2022; Morey i in., 2022). Dodanie uznania cech patologicznych, jak izolacja (*detachment*) w naszym przypadku, zwiększa trafność predykcji modelu do 54% wyjaśnionej wariancji. Jest to również argument za włączeniem cech patologicznych do oceny osobowości i nieomijaniem tego kroku w rutynowej ocenie (co wydaje się szczególnie ważne, gdyż podjęcie się diagnozowania cech nie jest obowiązkowym krokiem w ocenie zaburzeń osobowości według ICD-11). Dodaje to specyficznego kolorytu do rozpoznania poziomu głębokości zaburzeń osobowości poprzez zwrócenie uwagi na podstawowe cechy schizoidalne (np. Bach i in., 2022). Brak znaczenia aspektu samokierowania w przewidywaniu zaburzenia schizoidalnego wydaje się uzasadniony i jest zgodny z brakiem korelacji między tymi konstruktami. Natomiast zanik korelacji między dysocjalnością a osobowością schizoidalną oraz pojawienie się anankastii jako istotnego predyktora (po braku korelacji między zmiennymi traktowanymi oddzielnie) sugeruje bardziej złożoną wzajemną relację między badanymi zmiennymi. Prawdopodobne jest, że związki pomiędzy tymi zmiennymi są albo nieliniowe, albo występują efekty pośredniczące, których nasze badanie nie mogło uchwycić.

Mimo że kroki diagnostyczne według ram ICD-11 rozpoczynają się od oceny głębokości zaburzeń osobowości, a diagnozowanie cech patologicznych jest opcjonalne, nasze badanie pokazuje ważną rolę patologicznych cech w prawidłowym diagnozowaniu charakterystyk schizoidalnych (szczególnie izolacji i negatywnej afektywności). Dokładniej mówiąc, model regresji krokowej, w którym cechy zostały wprowadzone w pierwszym kroku, mógł przewidzieć więcej (44% vs 38%) wyjaśnionej wariancji cech schizoidalnych niż w przypadku odwrotnych kroków. Znaczącą rolę patologicznych cech (raczej niż poziomu zaburzenia osobowości) w wyjaśnianiu funkcjonowania osób z zaburzeniami osobowości podkreślają również inni badacze. Na przykład Sleep i Lynam (2022) wskazują, że cechy patologiczne są dobrze dostosowane do uchwycenia nasilenia dysfunkcji i niosą więcej klinicznie użytecznych informacji niż poziom głębokości zaburzeń osobowości. Autorzy sugerują nawet rozwiązanie z odwróconą kolejnością kroków diagnostycznych w ramach AMPD DSM-5 i ICD-11 (Sleep i in., 2021). Jednak bliższe spojrzenie na przejawy izolacji i zaburzenia intymności pokazuje na podzielane przez nie konsekwencje interpersonalne i oczywiste współwystępowanie kliniczne. Izolację definiuje się jako wycofanie społeczne i unikanie intymności (Bach i First, 2018). Ta cecha ma związek z przywiązaniem unikowym, prowadzącym do słabszej intymności (Siczek i Ciecuch, 2023). Wyniki naszych badań sugerują, że nie należy wykluczać żadnego z dwóch kroków (nasilenia i cech patologicznych) ze względu na ich empiryczną zbieżność. Jednocześnie zauważona zbieżność konstruktów wskazuje na potrzebę naukowego badania, jakie mechanizmy psychologiczne leżą u podstaw podobnych manifestacji (izolacja i zaburzenia intymności).

Jeśli odniesiemy nasze wyniki dotyczące kwestii predykcyjnej dwóch kroków diagnostycznych wg ICD-11 (mianowicie poziomu głębokości zaburzeń osobowości i zestawu patologicznych cech) do dylematu powstałego przy analizie relacji między kryteriami A i B w DSM AMPD (wysoki stopień pokrywania się obu kryteriów, np. Widiger i in., 2019), nasze badanie sugeruje, że te dwa aspekty

diagnozy osobowości prawdopodobnie nie są redundantne, lecz komplementarne (zob. więcej, np. dyskusję w: Sharp i Wall, 2021). Pozostaje jednak pytanie, jakie czynniki poza tymi zaproponowanymi przez ICD-11 mogłyby wnieść wkład w diagnozę zaburzenia osobowości schizoidalnej.

Podsumowanie

1. Zaburzenie osobowości schizoidalnej, traktowane jako konstrukt wymiarowy, koreluje ze wszystkimi wymiarami głębokości zaburzeń osobowości (obszar ja i interpersonalny), jak również z izolacją i w mniejszym stopniu z innymi cechami (dysocjalność, negatywna afektywność, rozhamowanie); dla negatywnej afektywności nasze wyniki nie były zgodne z innymi badaniami.
2. Przy diagnozowaniu zaburzenia schizoidalnego rozsądne jest postępowanie poprzez najpierw zdiagnozowanie nasilenia głębokości zaburzeń osobowości (szczególnie poziomu zaburzeń w empatii, intymności i tożsamości), a następnie zwrócenie uwagi na izolację jako cechę patologiczną. Ta rekomendacja wiąże się zarówno z konstrukcją sposobu postępowania diagnostycznego wg ICD-11, jak i względami klinicznymi. Nasze badanie nie zaprzeczyło tej rekomendacji, ale pokazało również, że z empirycznego punktu widzenia diagnozowanie cech dezadaptacyjnych, głównie izolacji i negatywnej afektywności w pierwszym kroku, również sprzyja skutecznej diagnozie właściwości osobowości schizoidalnej.
3. Zaburzenie osobowości schizoidalnej, jako konstrukt wymiarowy, jest jednocześnie wyjaśniane przez jeszcze inne czynniki (ok. 46%), których nie rozpoznajemy na podstawie naszego badania. Dlatego w dalszych badaniach warto czerpać z psychologicznych teorii osobowości schizoidalnej i szerzej przyglądać się użyteczności klinicznej systemów klasyfikacji wymiarowej.

Ograniczenia badania

Jednym z głównych ograniczeń przeprowadzonego badania jest nierównomierna reprezentacja płci w naszej próbie. Mimo starannego doboru uczestników 83,5% badanych stanowiły kobiety. Tak znaczna różnica w proporcji płci może wpływać na możliwość uogólnienia naszych wyników na szerszą populację, szczególnie mężczyzn. Cechy psychologiczne i występowanie zaburzeń psychicznych mogą różnić się w badanej próbie między płciami, co może wpływać na interpretację wyników. Ponadto w badaniu uczestniczyła dobrowolna próba ogólna, więc patologia osobowości nie mogła równomiernie rozłożyć się na wszystkich poziomach, dlatego w przyszłych badaniach niezbędna byłaby próba kliniczna. Dane zebraliśmy w badaniu internetowym, w którym motywacja do uczestnictwa ani pochodzenie społeczno-ekonomiczne nie mogły być szczegółowo monitorowane. Wiemy jednak, że próba była stosunkowo młoda i dobrze wykształcona. Ponadto uzyskaliśmy niską rzetelność w podskali Samokierowania SIFS, co było

również widoczne w nieistotnych, ale nadal negatywnych korelacjach z osobowością schizoidalną; zatem analizy z użyciem tej podskali należy traktować z ostrożnością. Operacjonalizacja wymiaru głębokości patologii osobowości za pomocą *Self and Interpersonal Functioning Scale* (SIFS) mogła również stanowić ograniczenie. Chociaż SIFS można uznać za wystarczająco dobrą operacjonalizację nasilenia w ramach ICD-11, fakt, że została stworzona na podstawie DSM-5 AMPD, ma konsekwencje w postaci jedynie pośredniego odniesienia do potencjalnych fizycznych konsekwencji samookaleczenia lub krzywdzenia innych, podczas gdy model ICD-11 wyraźnie podkreśla ryzyko krzywdy wobec siebie lub innych jako marker głębokości patologii osobowości (np. Bach i Anderson, 2020). Ponadto chociaż sprawdzono najważniejsze założenia, analiza regresji została zastosowana pomimo rozkładów niespełniających założenia normalności dla kilku zmiennych (choć skośność i kurtoza są akceptowalne), więc powinniśmy traktować wyniki jako wymagające replikacji w dalszych badaniach. Jeśli chodzi o użyteczność kliniczną, nasze badanie mówi o diagnozie według ICD-11, ale dokonanej za pomocą narzędzi samoopisowych (które są zalecane, ale nie są ani wymagane, ani domyślne) i bez decydowania, w jakie progi głębokości zaburzeń wpada diagnoza poszczególnej osoby badanej oraz które cechy patologiczne zostały oznaczone jako dobrze opisujące uczestników. Dlatego nasze badanie tylko do pewnego stopnia przypomina postępowanie diagnostyczne ICD-11 (*de facto* jest nawet „bardziej” wymiarowe), ale nadal ma tę zaletę, że 1) odzwierciedla kroki procedury diagnostycznej według ICD-11 i 2) dostarcza informacji o powiązaniach między podejściami kategoryjnymi a wymiarowymi w konceptualizacji oraz diagnozowaniu zaburzeń osobowości.

Bibliografia

- Akhtar, S. (1987). Schizoid personality disorder: A synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features. *American Journal of Psychotherapy*, 41(4), 499–518. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1987.41.4.499>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* (wyd. 4). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (wyd. 5). American Psychiatric Association.
- Bach, B., Anderson, J. L. (2020). Patient-Reported ICD-11 Personality Disorder Severity and DSM-5 Level of Personality Functioning. *Journal of Personality Disorders*, 34(2), 231–249. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_393
- Bach, B., Brown, T. A., Mulder, R. T., Newton-Howes, G., Simonsen, E., Sellbom, M. (2021). Development and initial evaluation of the ICD-11 personality disorder severity scale: PDS-ICD-11. *Personality and Mental Health*, 15(3), 223–236. <https://doi.org/10.1002/pmh.1510>
- Bach, B., First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*, 18(1), artykuł 351. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>

- Bach, B., Kerber, A., Aluja, A., Bastiaens, T., Keeley, J. W., Claes, L., Fossati, A., Gutierrez, F., Oliveira, S. E. S., Pires, R., Riegel, K. D., Rolland, J.-P., Roskam, I., Sellbom, M., Somma, A., Spanemberg, L., Strus, W., Thimm, J. C., Wright, A. G. C., Zimmermann, J. (2020). International Assessment of DSM-5 and ICD-11 Personality Disorder Traits: Toward a Common Nosology in DSM-5.1. *Psychopathology*, 53(3–4), 179–188. <https://doi.org/10.1159/000507589>
- Bach, B., Kramer, U., Doering, S., di Giacomo, E., Hutsebaut, J., Kaera, A., De Panfilis, C., Schmahl, C., Swales, M., Taubner, S., Renneberg, B. (2022). The ICD-11 classification of personality disorders: A European perspective on challenges and opportunities. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(1), artykuł 12. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00182-0>
- Bach, B., Sellbom, M., Kongerslev, M., Simonsen, E., Krueger, R. F., Mulder, R. (2017). Deriving ICD-11 personality disorder domains from dsm-5 traits: Initial attempt to harmonize two diagnostic systems. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(1), 108–117. <https://doi.org/10.1111/acps.12748>
- Bach, B., Simonsen, S. (2021). How does level of personality functioning inform clinical management and treatment? Implications for ICD-11 classification of personality disorder severity. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(1), 54–63. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000658>
- Bastiaens, T., Bogaerts, A., Luyckx, K., Smits, D., Claes, L. (2022). A person-centered perspective on the combined DSM-5 AMPD/ICD-11 personality model: Utility, relationship with the categorical personality disorder model, and capacity to differentiate between levels of identity functioning. *Frontiers in Psychiatry*, 13, artykuł 1006842. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1006842>
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford.
- Bogaerts, A., Luyckx, K., Bastiaens, T., Kaufman, E. A., Claes, L. (2021). Identity Impairment as a Central Dimension in Personality Pathology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 43(1), 33–42. <https://doi.org/10.1007/s10862-020-09804-9>
- Booules-Katri, T.-M., Pedreño, C., Navarro, J.-B., Pamias, M., Obiols, J. E. (2019). Theory of Mind (ToM) Performance in High Functioning Autism (HFA) and Schizotypal-Schizoid Personality Disorders (SSPD) Patients. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(8), 3376–3386. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04058-1>
- Bornstein, R. F., Natoli, A. P. (2019). Clinical utility of categorical and dimensional perspectives on personality pathology: A meta-analytic review. *Personality Disorders*, 10(6), 479–490. <https://doi.org/10.1037/per0000365>
- Carvalho, L. de F., Salvador, A. P., Gonçalves, A. P. (2020). Development and Preliminary Psychometric Evaluation of the Dimensional Clinical Personality Inventory – Schizoid Personality Disorder Scale. *Avaliação Psicológica*, 19(3), 289–297. <https://doi.org/10.15689/ap.2020.1903.16758.07>
- Cheli, S., Chiarello, F., Cavalletti, V. (2023). A Psychotherapy Oriented by Compassion and Metacognition for Schizoid Personality Disorder: A Two Cases Series. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 53(1), 61–70. <https://doi.org/10.1007/s10879-022-09566-3>

- Cieciuch, J., Łakuta, P., Strus, W., Oltmanns, J. R., Widiger, T. (2022). Assessment of personality disorder in the ICD-11 diagnostic system: Polish validation of the Personality Inventory for ICD-11. *Psychiatria Polska*, 56(6), 1185–1202. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/138563>
- Cierpiałkowska, L., Pasikowski, T. (2004). *Kwestionariusz stylów charakteru. Wersja poprawiona* [niepublikowany maszynopis]. Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
- Clarkin, J., Fonagy, P., Gabbard, G. (2013). *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości* (wyd. 1). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Cook, M. L., Zhang, Y., Constantino, J. N. (2020). On the Continuity Between Autistic and Schizoid Personality Disorder Trait Burden: A Prospective Study in Adolescence. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(2), 94–100. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001105>
- Coolidge, F. L., Estey, A. J., Segal, D. L., Marle, P. D. (2013). Are alexithymia and schizoid personality disorder synonymous diagnoses? *Comprehensive Psychiatry*, 54(2), 141–148. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.07.005>
- Edwards, E., Leahy, R., Snyder, S. (2022). Patterns of emotional schema endorsement and personality disorder symptoms among outpatient psychotherapy clients. *Motivation and Emotion*, 47(2), 412–422. <https://doi.org/10.1007/s11031-022-10000-3>
- Gamache, D., Savard, C., Leclerc, P., Côté, A. (2019). Introducing a short self-report for the assessment of DSM–5 level of personality functioning for personality disorders: The Self and Interpersonal Functioning Scale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(5), 438–447. <https://doi.org/10.1037/per0000335>
- Gamache, D., Savard, C., Leclerc, P., Payant, M., Berthelot, N., Côté, A., Faucher, J., Lampron, M., Lemieux, R., Mayrand, K., Nolin, M.-C., Tremblay, M. (2021). A Proposed Classification of ICD-11 Severity Degrees of Personality Pathology Using the Self and Interpersonal Functioning Scale. *Frontiers in Psychiatry*, 12, artykuł 628057. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.628057>
- Glover, N. G., Crego, C., Widiger, T. A. (2012). The clinical utility of the Five Factor Model of personality disorder. *Personality Disorders*, 3(2), 176–184. <https://doi.org/10.1037/a0024030>
- Gore, W. L., Pincus, A. L. (2013). Dependency and the five-factor model. W: *Personality disorders and the five-factor model of personality* (wyd. 3, s. 163–177). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13939-011>
- Hopwood, C. J., Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Widiger, T. A., Althoff, R. R., Ansell, E. B., Bach, B., Bagby, R. M., Blais, M. A., Bornovalova, M. A., Chmielewski, M., Cicero, D. C., Conway, C., De Clercq, B., De Fruyt, F., Docherty, A. R., Eaton, N. R., Edens, J. F., [...] Zimmermann, J. (2018). The time has come for dimensional personality disorder diagnosis. *Personality and Mental Health*, 12(1), 82–86. <https://doi.org/10.1002/pmh.1408>
- Hopwood, C. J., Malone, J. C., Ansell, E. B., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Pinto, A., Markowitz, J. C., Shea, M. T., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., Morey, L. C. (2011). Personality assessment in DSM-5: Empirical support for rating

- severity, style, and traits. *Journal of Personality Disorders*, 25(3), 305–320. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.3.305>
- Hopwood, C. J., Morey, L. C., Markon, K. E. (2023). What is a psychopathology dimension? *Clinical Psychology Review*, 106, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102356>
- Kernberg, O. F. (2016). What is Personality? *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 145–156. <https://doi.org/10.1521/pedi.2106.30.2.145>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Hallquist, M. N., Latzman, R. D., Mullins-Sweatt, S. N., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Waldman, I. D., Waszczuk, M. A., Wright, A. G. C. (2021). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Quantitative Nosology Based on Consensus of Evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17(1), 83–108. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304>
- McCabe, G. A., Widiger, T. A. (2020). A comprehensive comparison of the ICD-11 and DSM-5 section III personality disorder models. *Psychological Assessment*, 32(1), 72–84. <https://doi.org/10.1037/pas0000772>
- Meyer, B., Pilkonis, P. A., Beevers, C. G. (2004). What's in a (neutral) face? Personality disorders, attachment styles, and the appraisal of ambiguous social cues. *Journal of Personality Disorders*, 18(4), 320–336. <https://doi.org/10.1521/pedi.2004.18.4.320>
- Morey, L. C., Good, E. W., Hopwood, C. J. (2022). Global personality dysfunction and the relationship of pathological and normal trait domains in the DSM-5 alternative model for personality disorders. *Journal of Personality*, 90(1), 34–46. <https://doi.org/10.1111/jopy.12560>
- Morey, L. C., Hopwood, C. J. (2020). Brief Report: Expert Preferences for Categorical, Dimensional, and Mixed/Hybrid Approaches to Personality Disorder Diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 34(Supplement C), 124–131. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_398
- Mulder, R. T. (2021). ICD-11 Personality Disorders: Utility and Implications of the New Model. *Frontiers in Psychiatry*, 12, artykuł 655548. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.655548>
- Oltmanns, J. R., Widiger, T. A. (2018). A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: The personality inventory for ICD-11. *Psychological Assessment*, 30(2), 154–169. <https://doi.org/10.1037/pas0000459>
- Paap, M. C. S., Heltne, A., Pedersen, G., Germans Selvik, S., Frans, N., Wilberg, T., Hummelen, B. (2022). More is more: Evidence for the incremental value of the SCID-II/SCID-5-PD specific factors over and above a general personality disorder factor. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(2), 108–118. <https://doi.org/10.1037/per0000426>
- Sansone, R. A., Sansone, L. A. (2011). Personality disorders: A nation-based perspective on prevalence. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(4), 13–18.
- Sharp, C., Wall, K. (2021). DSM-5 Level of Personality Functioning: Refocusing Personality Disorder on What It Means to Be Human. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 313–337. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-105402>

- Shedler, J., Westen, D. (2004). Refining personality disorder diagnosis: Integrating science and practice. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1350–1365. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1350>
- Siczek, A., Ciecuch, J. (2023). Patologiczne cechy osobowości z ICD-11 a przywiązanie – porównanie 10 modeli wymiarów przywiązania. *Psychiatria Polska*, 319, 1–13. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/165975>, <https://doi.org/10.5167/uzh-254077>
- Sleep, C., Lynam, D. R., Miller, J. D. (2021). Personality impairment in the DSM-5 and ICD-11: Current standing and limitations. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(1), 39–43. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000657>
- Sleep, C. E., Lynam, D. R. (2022). The problems with Criterion A: A comment on Morey et al. (2022). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(4), 325–327. <https://doi.org/10.1037/per0000585>
- Sleep, C. E., Lynam, D. R., Widiger, T. A., Crowe, M. L., Miller, J. D. (2019). An evaluation of DSM-5 Section III personality disorder Criterion A (impairment) in accounting for psychopathology. *Psychological Assessment*, 31(10), 1181–1191. <https://doi.org/10.1037/pas0000620>
- Smith, A. (2006). Cognitive Empathy and Emotional Empathy in Human Behavior and Evolution. *The Psychological Record*, 56(1), 3–21. <https://doi.org/10.1007/BF03395534>
- Soroko, E., Ciecuch, J., Gamache, D. (w druku). Validation of the Polish Self and Interpersonal Functioning Scale (SIFS-PL) in Community and Clinical Samples. *Current Issues of Personality Psychology*.
- Thylstrup, B., Hesse, M. (2009). “I am not Complaining” – Ambivalence Construct in Schizoid Personality Disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 63(2), 147–167. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2009.63.2.147>
- Tracy, M., Tiliopoulos, N., Sharpe, L., Bach, B. (2021). The clinical utility of the ICD-11 classification of personality disorders and related traits: A preliminary scoping review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(9), 849–862. <https://doi.org/10.1177/000486742111025607>
- Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P., Siever, L. J. (2012). Schizoid personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 6(26), 919–926.
- Trull, T., Widiger, T. (2022). Dimensional models of personality: The five-factor model and the DSM-5. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(15), 135–146.
- West, M., Rose, M. S., Sheldon-Keller, A. (1994). Assessment of Patterns of Insecure Attachment in Adults and Application to Dependent and Schizoid Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 8(3), 249–256. <https://doi.org/10.1521/pedi.1994.8.3.249>
- Widiger, T. A., Bach, B., Chmielewski, M., Clark, L. A., DeYoung, C., Hopwood, C. J., Kotov, R., Krueger, R. F., Miller, J. D., Morey, L. C., Mullins-Sweatt, S. N., Patrick, C. J., Pincus, A. L., Samuel, D. B., Sellbom, M., South, S. C., Tackett, J. L., Watson, D., Waugh, M. H., [...] Thomas, K. M. (2019). Criterion A of the AMPD in HiTOP. *Journal of Personality Assessment*, 101(4), 345–355. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1465431>
- Widiger, T. A., Trull, T. J., Clarkin, J. F., Sanderson, C., Costa Jr., P. T. (2002). A description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality.

- W: *Personality disorders and the five-factor model of personality* (wyd. 2, s. 89–99). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10423-006>
- Winarick, D. J. (2020). Schizoid Personality Disorder. W: *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (s. 181–185). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119547181.ch294>
- Winarick, D. J., Bornstein, R. F. (2015). Toward resolution of a longstanding controversy in personality disorder diagnosis: Contrasting correlates of schizoid and avoidant traits. *Personality and Individual Differences*, 79, 25–29. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.026>
- World Health Organization (WHO). (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/>
- Zimmermann, R., Steppan, M., Zimmermann, J., Oeltjen, L., Birkhölzer, M., Schmeck, K., Goth, K. (2022). A DSM-5 AMPD and ICD-11 compatible measure for an early identification of personality disorders in adolescence-LoPF-Q 12-18 latent structure and short form. *PLOS ONE*, 17(9), e0269327. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269327>