

Anna Zajenkowska¹, Katarzyna Czajkowska-Łukasiewicz¹, Anna Włodarska¹,
Agnieszka Chrzczonowicz-Stępień², Iwona Nowakowska³, Jan Ciecuch⁴,
Ewa Topolewska-Siedzik⁴, Ewa Niezgodą⁵

Otrzymano: 04.01.2024
Zaakceptowano: 09.05.2024
Opublikowano: 24.07.2024

Czynniki związane z poziomem funkcjonowania osobowości oraz implikacje dla systemu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce

Factors related to the level of personality functioning and implications for the mental health
care system in Poland

¹Wydział Nauk o Człowieku, Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna, Warszawa, Polska

²Instytut Psychologii, Uniwersytet SWPS, Warszawa, Polska

³Instytut Psychologii, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa, Polska

⁴Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa, Polska

⁵Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic, Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego, Kraków, Polska

Adres do korespondencji: Anna Zajenkowska, Wydział Nauk o Człowieku, Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna, ul. Okopowa 59, 01-043 Warszawa, e-mail: zajenkowska@gmail.com

doi <https://doi.org/10.15557/PIPK.2024.0002>

ORCID iDs

1. Anna Zajenkowska <https://orcid.org/0000-0002-9413-1428>

2. Katarzyna Czajkowska-Łukasiewicz <https://orcid.org/0000-0001-5907-7668>

3. Agnieszka Chrzczonowicz-Stępień <https://orcid.org/0000-0001-5236-6387>

4. Iwona Nowakowska <https://orcid.org/0000-0001-7701-5612>

5. Jan Ciecuch <https://orcid.org/0000-0002-2291-8301>

6. Ewa Topolewska-Siedzik <https://orcid.org/0000-0001-8224-7469>

Streszczenie

Wprowadzenie i cel: Dane dotyczące zaburzeń osobowości są niejednoznaczne, szacuje się, że zaburzenia te mogą dotyczyć 6–30% światowej populacji. W Polsce brakuje aktualnych i precyzyjnych danych dotyczących ich występowania. Wynika to między innymi z trudności diagnostycznych. Aktualnie wprowadzane klasyfikacje chorób psychicznych uwzględniają dymensionalny charakter zaburzeń osobowości. Diagnoza dymensionalna skupia się między innymi na poziomie i rodzaju nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości, a nie na typie zaburzenia, co stanowi znaczącą zmianę w podejściu diagnostycznym. Aktualny projekt jest oparty na podejściu dymensionalnym i ma trzy podstawowe cele: 1) określenie możliwości wyróżnienia grup, które prezentują różne poziomy funkcjonowania osobowości; 2) przeanalizowanie różnic pomiędzy wyłonionymi grupami dotyczących zmiennych socjodemograficznych, doświadczeń związanych z leczeniem zaburzeń zdrowia psychicznego, traumatycznych przeżyć w dzieciństwie i adolescencji, a także samookaleczeń i zachowań samobójczych w ciągu życia; 3) przedstawienie perspektywy praktyków dotyczącej leczenia osób z trudnościami osobowościowymi i zaburzeniami osobowości w zależności od ich nasilenia. **Materiał i metody:** Badanie miało charakter kwestionariuszowy i zostało przeprowadzone przez panel badawczy na próbie reprezentatywnej ($N = 1030$). Poziom funkcjonowania osobowości był mierzony z użyciem samoopisowej Krótkiej Skali Poziomu Funkcjonowania Osobowości według DSM-5 (Level of Personality Functioning Scale–Brief Form 2.0, LPFS-BF 2.0). **Wyniki:** Wyniki wskazują na możliwość wyróżnienia trzech grup prezentujących różny poziom funkcjonowania osobowości, odnoszący się do głębokości zaburzenia funkcjonowania intrapsychoicznego i interpersonalnego. Grupy te różniły się istotnie pod względem zmiennych takich jak wiek, płeć, wykształcenie, wielkość miejsca zamieszkania, objawy depresyjne/lękowe oraz historia doświadczeń traumatycznych. **Wnioski:** Rezultaty badania mogą mieć istotne znaczenie dla rozwoju skutecznych strategii profilaktyki zdrowia psychicznego i dostosowanej opieki medycznej dla osób z trudnościami i zaburzeniami osobowości.

Słowa kluczowe: zaburzenia osobowości, mentalizacja, psychoterapia grupowa, LPFS-BF 2.0, diagnoza dymensionalna

Abstract

Introduction and objective: The data regarding personality disorders is ambiguous; it is estimated that their prevalence may range from 6% to 30%. In Poland, there is a lack of up-to-date and precise data on the occurrence of personality disorders, partly due to diagnostic difficulties. Currently implemented classifications of mental disorders take into account the dimensional nature of personality disorders. The project reported on below is based on the dimensional approach and has three main objectives. Firstly, it aims to determine the possibility of distinguishing groups that present different levels of personality functioning. Secondly, it seeks to analyse differences between the identified groups in terms of socio-demographic variables, experiences related to the treatment of mental health disorders, traumatic experiences in childhood and adolescence,

as well as self-harm and suicidal behaviours throughout life. The third goal is to present a practitioner's perspective on the treatment of individuals with personality difficulties and disorders depending on their severity. **Materials and methods:** The study was conducted by a research panel ($N = 1,030$; representative sample). The level of personality functioning was measured using the self-report Level of Personality Functioning Scale–Brief Form 2.0 according to DSM-5 (LPFS-BF 2.0). **Results:** The results indicated the possibility of distinguishing three groups presenting different levels of personality functioning. These groups differed significantly in variables including age, gender, education, size of place of residence, depressive/anxiety symptoms, and history of traumatic experiences. **Conclusions:** The findings of the study may have significant implications for the development of effective mental health prevention strategies and tailored medical care for individuals with personality difficulties and disorders.

Keywords: personality disorders, mentalisation, group psychotherapy, LPFS-BF 2.0, dimensional diagnosis

Najnowsze dane sugerują, że co druga osoba na świecie doświadczy przynajmniej raz w ciągu życia zaburzeń psychicznych (McGrath *et al.*, 2023). Przypuszczalnie jedną z istotnych przyczyn są zmiany cywilizacyjne, zwłaszcza osłabienie sieci i kontaktów społecznych, ale także stres doświadczany w życiu codziennym czy rozwój technologii (Hidaka, 2012; Walsh, 2011; World Health Organization, 2022). Można zakładać, że wzrost problemów psychicznych dotyczy także zaburzeń osobowości (ZO), chociaż dane dotyczące ich występowania na świecie nie są precyzyjne i wahają się od 6% do nawet 30% (Huang *et al.*, 2009; Torgersen, 2009).

W 2015 roku opublikowano dane dotyczące występowania zaburzeń psychicznych w Polsce (Kiejna *et al.*, 2015). Nie uwzględniały one jednak ZO. Jedną z przyczyn mogły być trudności diagnostyczne związane ze zbieraniem i analizą danych opierających się na kryteriach kategoryalnych dotyczących diagnozy ZO. Zgodnie z tradycyjnym, kategoryalnym podejściem ZO są bowiem traktowane ilościowo, jako oddzielne jednostki chorobowe, jakościowo różne od zdrowia psychicznego (Nowak, 2015). Równocześnie nie ma przekonujących danych naukowych, które wspierałyby kategoryalne podejście do diagnozy ZO ani sztywny podział na typy ZO (Clark, 2007; Hopwood *et al.*, 2017; Trull i Durrett, 2005; Widiger *et al.*, 2005). Wskazuje się również, że dychotomiczne kryteria diagnostyczne są artefaktami i nie znajdują odzwierciedlenia w praktyce klinicznej (Cramer *et al.*, 2010; Nowak, 2015).

Podejście kategoryalne stosowane w dotychczasowych klasyfikacjach nie pozwalało ujmować w statystykach osób z mniejszym nasileniem trudności osobowościowych (TO). Aktualne klasyfikacje chorób psychicznych (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5 oraz International Classification of Diseases, 11th Revision, ICD-11) uwzględniają dymensjonalny charakter ZO, którego jednym z kilku podstawowych elementów jest diagnoza poziomu nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości (Hualparuca-Olivera i Caycho-Rodríguez, 2023). Poziom funkcjonowania osobowości wiąże się ze strukturą *self* oraz relacji z innymi ludźmi, a nasilenie trudności w obu tych obszarach jest podstawą do wnioskowania o ZO (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2022). Diagnoza dymensjonalna uwzględnia z jednej strony

stopień ciężkości/głębokości ZO, a nie przede wszystkim typ zaburzenia, co było charakterystyczne dla dotychczasowego, kategoryalnego podejścia do diagnozy ZO. Ponadto poza poziomem ZO określa się także wiodące cechy lub wzorce osobowości (Sharp i Wall, 2021). Przykładem jest alternatywny model ZO (*alternative model of personality disorders*, AMPD) (Krueger i Markon, 2014) w sekcji III DSM-5, który składa się z kryterium A, związanego z poziomem nieprawidłowości w funkcjonowaniu osobowości, oraz kryterium B, odnoszącego się do profilu patologicznych cech (American Psychiatric Association, 2013; Krueger i Markon, 2014).

POMIAR GŁĘBOKOŚCI ZABURZENIA

Jednym z narzędzi służących do diagnozy osobowości jest Skala Poziomu Funkcjonowania Osobowości (Level of Personality Functioning Scale, LPFS), która opiera się na założeniu o kontinuum nasilenia ZO stanowiącym podstawę kryterium A w ramach AMPD (Krueger i Markon, 2014). LPFS jest skalą do oceny klinicznej, istota ZO rozumiana jest w tym przypadku jako trudności dotyczące sfery *self*, czyli intrapersonalnej, oraz sfery interpersonalnej. Na podstawie wyników uzyskanych na skali LPFS można wyróżnić różne poziomy funkcjonowania osobowości – od braku lub nieznacznych nieprawidłowości (tj. zdrowe, adaptacyjne funkcjonowanie; poziom 0), poprzez zauważalne nieprawidłowości (poziom 1), aż do nieprawidłowości na poziomie umiarkowanym (poziom 2), dużym (poziom 3) i skrajnym (poziom 4). Ocena z wykorzystaniem LPFS ma kluczowe znaczenie dla diagnozy ZO (do postawienia diagnozy wymagane jest stwierdzenie co najmniej umiarkowanych nieprawidłowości), może być także stosowana do monitorowania nasilenia zaburzenia (American Psychiatric Association, 2013). LPFS była punktem wyjścia konstrukcji różnych krótkich narzędzi psychometrycznych. Jednym z nich jest Krótka Skala Poziomu Funkcjonowania Osobowości – wersja 2.0 (Level of Personality Functioning Scale–Brief Form 2.0, LPFS-BF 2.0), umożliwiająca pomiar nasilenia nieprawidłowości funkcjonowania osobowości w dwóch sferach – intrapsychicznej (*self*) i interpersonalnej, zgodnie z wytycznymi dla diagnozy ZO w AMPD (Weekers *et al.*, 2019). Należy jednak podkreślić, że wynik liczbowy uzyskiwany z LPFS-BF 2.0 nie jest tożsamy z wynikiem w skali LPFS z DSM-5.

IMPLIKACJE POZIOMU FUNKCJONOWANIA OSOBOWOŚCI DLA LECZENIA I CEL PROJEKTU

Niezgoda i wsp. (2020) z Oddziału Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic (OLZON) Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie, jednego z ośrodków podejmujących się leczenia pacjentów/pacjentek z zaburzeniami osobowości, informują, że „brak konkretnych danych oraz fragmentaryczne traktowanie zagadnień zdrowia psychicznego – zawężenie problemów psychicznych tylko do wybranych rozpoznań z tzw. pierwszej osi wg DSM-IV, w tym pominięcie problematyki zaburzeń osobowości przyczynia się do tego, że obszar tych zaburzeń jest marginalizowany i np. przy finansowaniu leczenia w dalszym ciągu umieszczany jest obok zaburzeń nerwicowych” (s. 2).

Jednocześnie jednak osoby z TO i ZO generują wysokie koszty dla systemu państwowego (Sveen *et al.*, 2023). Może to być związane między innymi z wysoką absencją w pracy, trudnościami w podejmowaniu opieki nad dziećmi i hospitalizacjami, np. na skutek prób samobójczych. TO i ZO często współwystępują z innymi zaburzeniami psychicznymi (Newton-Howes *et al.*, 2010), np. z depresją (Köhne i Isvoranu, 2021; Newton-Howes *et al.*, 2006). Dodatkowo występowanie ZO znacząco pogarsza rokowania w przebiegu wielu zaburzeń zdrowia psychicznego (Beard *et al.*, 2007; Newton-Howes *et al.*, 2008), a także obniża jakość życia w większym stopniu niż inne zaburzenia (Cramer *et al.*, 2007). Dlatego należy dążyć do epidemiologicznych badań dotyczących występowania ZO. Dzięki temu można będzie zaprojektować adekwatne programy profilaktyki ZO. Długofalowym celem byłoby natomiast stworzenie systemu opieki psychiatrycznej i psychoterapeutycznej przeznaczonego dla grupy pacjentów/pacjentek z TO i ZO.

Pełna diagnoza ZO wymaga pogłębionego wywiadu klinicznego, LPFS-BF 2.0 może dostarczyć natomiast informacji na temat stopnia nasilenia patologii osobowości (Weekers *et al.*, 2019). W związku z tym na podstawie tego narzędzia nie jesteśmy w stanie stwierdzić, że jakaś osoba/grupa prezentuje duże, przeciętne czy małe zaburzenia struktury osobowości. Możemy jednak stwierdzić, że osoby/grupy uzyskujące różne wyniki w tej skali prezentują odmienny poziom w zakresie funkcjonowania osobowości. Dymensjonalny charakter ZO nie określa dokładnego punktu odcięcia, który wskazywałby, że struktura zaburzenia jest bardziej lub mniej nasiloną, czy punktu, który definitywnie świadczyłby o psychopatologii.

Reasumując, w aktualnym projekcie: 1) skupiliśmy się na oszacowaniu liczby i wielkości grup w Polsce prezentujących różne poziomy funkcjonowania osobowości – w oparciu o kwestionariusz LPFS-BF 2.0, który jest rekomendowany do oceny zakresu dysfunkcji i stopnia nasilenia ZO i został zaklasyfikowany do rekomendowanego standardowego zestawu narzędzi do badania ZO, ustanowionego w celu ułatwienia pomiaru efektów leczenia pacjentów z ZO

na całym świecie (Prevolnik Rupel *et al.*, 2021); 2) przeanalizowaliśmy różnice pomiędzy wyłonionymi grupami dotyczące zmiennych socjodemograficznych, doświadczeń związanych z leczeniem zaburzeń zdrowia psychicznego, traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa i adolescencji oraz samookaleczeń i zachowań samobójczych w ciągu życia; 3) zwróciliśmy uwagę na kwestie profilaktyki ZO oraz przedstawiliśmy perspektywę praktyków dotyczącą leczenia osób z TO i ZO w zależności od ich nasilenia, pamiętając o tym, że wyniki uzyskane za pomocą LPFS 2.0 nie pozwalają na diagnozę poziomu zaburzenia.

METODA

Osoby badane

Zrekrutowanych zostało $N = 1030$ uczestników w wieku 18–65 lat ($M = 42,39$; $SD = 13,06$); 541 (52,5%) kobiet i 489 (47,5%) mężczyzn. Próba została dobrana tak, aby odzwierciedlać strukturę populacji Polski pod względem płci, wieku, wielkości miejsca zamieszkania oraz wykształcenia według danych Głównego Urzędu Statystycznego (2022). Trzysta osiemdziesięciu trzech respondentów (37,2%) mieszkało na wsi, 213 (20,7%) – w mieście do 49 999 mieszkańców, 121 (11,7%) – w mieście 50 000–99 999 mieszkańców, 182 (17,7%) – w mieście 100 000–499 999 mieszkańców, 131 (12,7%) – w mieście z co najmniej 500 000 mieszkańców. Trzydziestu czterech respondentów (3,3%) miało wykształcenie podstawowe, 31 (3%) – gimnazjalne, 222 (21,6%) – zawodowe, 360 (35%) – średnie, 39 (3,8%) było studentami uczelni wyższych, 337 (32,7%) miało wykształcenie wyższe, 7 (0,7%) zadeklarowało inne wykształcenie. Pięćset dziewiętnastu (50,4%) respondentów było w związku małżeńskim, 181 (17,6%) – w niesformalizowanym związku, 233 (22,6%) nie pozostawało w związku, 25 (2,4%) było owdowiałych, a 71 (6,9%) po rozwodzie. Pięciu (0,5%) uczestników wybrało opcję „inna sytuacja” jako status ich związku.

Procedura

Badanie miało charakter kwestionariuszowy i zostało przeprowadzone przez panel badawczy ReaktorOpinii*. Uczestnicy byli zarejestrowanymi wcześniej użytkownikami panelu. Ankietę można było wypełnić na dowolnym urządzeniu z dostępem do internetu. Uczestnicy przed przystąpieniem do wypełniania badania zapoznawali się z jego opisem, w tym celami, byli również poinformowani o jego anonimowym i dobrowolnym charakterze, jak również prawie do rezygnacji w dowolnej chwili bez konieczności podawania powodu oraz bez konsekwencji. Ze względu na charakter badania i jego tematykę ostatni ekran ankiety zawierał informacje kontaktowe do telefonów zaufania związanych ze zdrowiem psychicznym. Po ukończeniu ankiety uczestnicy otrzymywali wynagrodzenie w formie punktów, które następnie mogli wymienić na nagrody oferowane przez panel badawczy.

Narzędzia

Poziom funkcjonowania osobowości

Poziom funkcjonowania osobowości był mierzony z użyciem samoopisowej LPFS-BF 2.0 (Weekers *et al.*, 2019) w adaptacji Łakuty i wsp. (2023). Narzędzie składa się z 12 pozycji, które tworzą dwie podskale: funkcjonowanie intrapsychiczne i funkcjonowanie interpersonalne. Uczestnicy odpowiadali, do jakiego stopnia zgadzają się z każdym ze stwierdzeń kwestionariusza na 4-stopniowej skali Likerta od 1 (zdecydowanie nieprawdziwe lub bardzo często nieprawdziwe) do 4 (zdecydowanie prawdziwe lub bardzo często prawdziwe). Im wyższy wynik w danej skali, tym głębsze problemy w danej domenie funkcjonowania, ale na podstawie wyników w tym narzędziu nie można oszacować, czy mamy do czynienia z zaburzeniem. Wyniki ogólne obliczane były jako średnie pozycji składających się na daną podskale, zgodnie z kluczem do narzędzia. Dla celów odniesienia wyników do norm obliczono również wyniki ogólne w postaci sumy pozycji składających się na daną podskale, zgodnie z kluczem do narzędzia. W badaniu własnym α Cronbacha wynosiła 0,88 dla skali funkcjonowania intrapsychicznego i 0,80 dla skali funkcjonowania interpersonalnego.

Zmienne socjodemograficzne

Zmienne socjodemograficzne były mierzone z użyciem ankiety własnej konstrukcji. Wzięto pod uwagę pytania o płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny oraz miejsce zamieszkania.

Doświadczenia traumatyczne w dzieciństwie i adolescencji

Seria pytań ankietowych (Gawęda *et al.*, 2020) dotyczyła doświadczeń traumatycznych w wieku dziecięcym i nastoletnim i zawierała pytania o doświadczenia przemocy emocjonalnej, fizycznej i seksualnej. Badani mogli udzielić odpowiedzi „tak” lub „nie”, lub też pominąć pytanie.

Samookaleczenia i zachowania samobójcze

Seria pytań ankietowych (Gawęda *et al.*, 2020) dotyczyła zachowań samookaleczeniowych i samobójczych w ciągu życia. Badani mogli udzielić odpowiedzi „tak” lub „nie”, lub też pominąć pytanie.

Strategia analityczna

Analizy danych dokonano z użyciem oprogramowania IBM SPSS 29 (IBM, 2023). Przeprowadzono dwustopniową

analizę skupień (omówienie metody oraz jej ograniczeń w: Kent *et al.*, 2014) na podskalach narzędzia LPFS-BF 2.0, używając wystandaryzowanych (metoda standaryzacji: do *Z-scores*) wyników ogólnych. Następnie wykonano analizę częstości dotyczącą poszczególnych zmiennych socjodemograficznych i związanych z doświadczeniami traumatycznymi w ramach wyodrębnionych skupień. Część wykorzystanych w tym artykule danych była analizowana w innych artykułach (Zajenkowska *et al.*, 2024). Prezentowane tutaj analizy i wnioski są nowe i nie były nigdzie publikowane.

WYNIKI

W celu oceny kształtu rozkładu wyników analizowanych skal we wszystkich próbach wzięto pod uwagę analizę wartości skośności i kurtozy, test Shapiro–Wilka oraz histogramy. Wartości skośności i kurtozy mieszczą się w przedziale $[-1; 1]$, co sugeruje, że rozkład wyników nie odbiega znacząco od normalnego. Jednak wartość statystyki testu Shapiro–Wilka była istotna w przypadku wszystkich analiz, co sugeruje, że rozkłady wyników odbiegają od rozkładu normalnego. Analiza histogramów wskazuje, że rozkłady zmiennych charakteryzują się wysoką częstością wyników najniższych i dużą prawoskośnością, co w konsekwencji oznacza, że skale słabo różnicują osoby o wynikach niskich, a umożliwiają dokładne rozróżnienie wyników wysokich i bardzo wysokich. Jest to sytuacja typowa dla skal przeznaczonych do oceny aspektów psychopatologicznych.

Analiza skupień

Przy opisie standaryzowanych wyników zastosowana została konwencja: $<-0,5; 0,5>$ – średni wynik, $<-1,0; -0,5>$ – relatywnie niski wynik, $<0,5; 1,0>$ – relatywnie wysoki wynik, wynik mniejszy niż $-1,0$ – niski wynik, wynik większy niż $1,0$ – wysoki wynik.

Analiza wykazała istnienie trzech skupień, miara sylwetki = 0,50, proporcja wielkości grup = 2,22. Pierwsze skupienie składało się z 347 uczestników badania (33,7%), bayesowskie kryterium informacyjne (*Bayesian information criterion*, BIC) = 1454,63; drugie skupienie – z 471 uczestników (45,7%), Δ BIC = -570,21; trzecie skupienie – z 212 uczestnikami (20,6%), Δ BIC = -242,21. Tab. 1 prezentuje niestandaryzowane i standaryzowane średnie i odchylenia standardowe dla zmiennych użytych do analizy skupień w poszczególnych wyodrębnionych skupieniach.

Skupienie	Funkcjonowanie intrapsychiczne (głębokość zaburzenia)		Funkcjonowanie interpersonalne (głębokość zaburzenia)	
	<i>M (SD)</i> niestandaryzowane	<i>M (SD)</i> standaryzowane	<i>M (SD)</i> niestandaryzowane	<i>M (SD)</i> standaryzowane
1	1,23 (0,27)	-0,99 (0,35)	1,37 (0,30)	-1,03 (0,48)
2	2,08 (0,46)	0,11 (0,59)	2,15 (0,34)	0,22 (0,55)
3	3,08 (0,42)	1,39 (0,55)	2,75 (0,45)	1,19 (0,72)

M – średnia; *SD* – standard deviation, odchylenie standardowe.

Tab. 1. Średnie i odchylenia standardowe w podskalach LPFS w wyodrębnionych skupieniach

Zmienna	Wartość	Skupienie		
		1 (N) n = 347	2 (P) n = 471	3 (W) n = 212
Podstawowe dane demograficzne				
Płeć	Kobieta	164 (47,3%)	252 (53,5%)	125 (59,0%)
	Mężczyzna	183 (52,7%)	219 (46,5%)	87 (41,0%)
Wiek		19–65 (M = 45,51; SD = 11,79)	18–65 (M = 42,18; SD = 13,37)	18–64 (M = 37,71; SD = 12,94)
Wykształcenie	Podstawowe	8 (2,3%)	19 (4,0%)	7 (3,3%)
	Gimnazjalne	10 (2,9%)	11 (2,3%)	10 (4,7%)
	Zawodowe	100 (28,8%)	82 (17,4%)	40 (18,9%)
	Średnie	120 (34,6%)	167 (35,5%)	73 (34,4%)
	W trakcie studiów wyższych	3 (0,9%)	21 (4,5%)	15 (7,1%)
	Wyższe	105 (30,3%)	166 (35,2%)	66 (31,1%)
	Inne	1 (0,3%)	5 (1,1%)	1 (0,5%)
Stan cywilny	Kawaler/panna	43 (12,4%)	108 (22,9%)	82 (38,7%)
	W związku małżeńskim	210 (60,5%)	241 (51,2%)	68 (32,1%)
	W związku partnerskim	62 (17,9%)	76 (16,1%)	43 (20,3%)
	Wdowiec/wdowa	15 (4,3%)	7 (1,5%)	3 (1,4%)
	Rozwiedziony/rozwiedziona	16 (4,6%)	40 (8,5%)	15 (7,1%)
	Inny	2 (0,6%)	2 (0,4%)	1 (0,5%)
Miejsce zamieszkania	Wieś	125 (36,0%)	172 (36,5%)	86 (40,6%)
	Miasto – mniej niż 49 999 mieszkańców	72 (20,7%)	102 (21,7%)	39 (18,4%)
	Miasto – 50 000–99 999 mieszkańców	35 (10,1%)	62 (13,2%)	24 (11,3%)
	Miasto – 100 000–499 999 mieszkańców	68 (19,6%)	80 (17,0%)	34 (16,0%)
	Miasto – co najmniej 500 000 mieszkańców	47 (13,5%)	55 (11,7%)	29 (13,7%)
Województwo zamieszkania	Dolnośląskie	26 (7,5%)	42 (8,9%)	10 (4,7%)
	Kujawsko-pomorskie	26 (7,5%)	22 (4,7%)	13 (6,1%)
	Lubelskie	20 (5,8%)	32 (6,8%)	15 (7,1%)
	Lubuskie	6 (1,7%)	10 (2,1%)	2 (0,9%)
	Łódzkie	16 (4,6%)	32 (6,8%)	14 (6,6%)
	Małopolskie	24 (6,9%)	40 (8,5%)	21 (9,9%)
	Mazowieckie	40 (11,5%)	57 (12,1%)	26 (12,3%)
	Opolskie	11 (3,2%)	13 (2,8%)	8 (3,8%)
	Podkarpackie	22 (6,3%)	32 (6,8%)	15 (7,1%)
	Podlaskie	14 (4,0%)	6 (1,3%)	5 (2,4%)
	Pomorskie	20 (5,8%)	26 (5,5%)	11 (5,2%)
	Śląskie	43 (12,4%)	58 (12,3%)	24 (11,3%)
	Świętokrzyskie	8 (2,3%)	10 (2,1%)	8 (3,8%)
	Warmińsko-mazurskie	15 (4,3%)	21 (4,5%)	14 (6,6%)
	Wielkopolskie	39 (11,2%)	54 (11,5%)	17 (8,0%)
	Zachodniopomorskie	14 (4,0%)	14 (3,0%)	9 (4,2%)
	Brak danych	3 (0,9%)	2 (0,4%)	0 (0,0%)
Diagnozy psychiatryczne				
Rodzaj diagnozy w ciągu życia	Niepełnosprawność intelektualna	4 (1,2%)	4 (0,8%)	7 (3,3%)
	Zaburzenia lękowe	13 (3,7%)	19 (4,0%)	38 (17,9%)
	Depresja	7 (2,0%)	27 (5,7%)	45 (21,2%)
	Choroba afektywna dwubiegunowa	0 (0,0%)	1 (0,2%)	7 (3,3%)
	Schizofrenia lub inne zaburzenia psychotyczne	0 (0,0%)	1 (0,2%)	3 (1,4%)
	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	1 (0,3%)	2 (0,4%)	7 (3,3%)
	Nadużywanie/uzależnienie od substancji psychoaktywnych (np. środki nasenne, narkotyki)	0 (0,0%)	1 (0,2%)	1 (0,5%)
	Nadużywanie/uzależnienie od alkoholu	1 (0,3%)	4 (0,8%)	4 (1,9%)
	Zaburzenia odżywiania	0 (0,0%)	3 (0,6%)	8 (3,8%)
	Zaburzenia osobowości	1 (0,3%)	4 (0,8%)	9 (4,2%)
	Inne	2 (0,6%)	3 (0,6%)	3 (1,4%)
	Odmowa odpowiedzi	0 (0,0%)	2 (0,4%)	1 (0,5%)

18 Tab. 2. Dane socjodemograficzne w podziale na skupienia

Zaburzenia psychiczne w rodzinie				
Diagnoza zaburzeń psychiatrycznych lub psychicznych u członka rodziny	Ojca	3 (0,9%)	14 (3,0%)	14 (6,6%)
	Matki	14 (4,0%)	23 (4,9%)	22 (10,4%)
	Rodzeństwa	17 (4,9%)	16 (3,4%)	10 (4,7%)
	Dziadków	7 (2,0%)	7 (1,5%)	3 (1,4%)
	Ciotki lub wuja	11 (3,2%)	25 (5,3%)	16 (7,5%)
	Innej osoby z rodziny	8 (2,3%)	22 (4,7%)	14 (6,6%)
Rodzaj diagnozy psychiatrycznej u członka rodziny	Zaburzenia lękowe	9 (2,6%)	23 (4,9%)	13 (6,1%)
	Depresja	23 (6,6%)	42 (8,9%)	26 (12,3%)
	Choroba afektywna dwubiegunowa	7 (2,0%)	10 (2,1%)	6 (2,8%)
	Schizofrenia lub inne zaburzenia psychotyczne	14 (4,0%)	28 (5,9%)	17 (8,0%)
	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	1 (0,3%)	1 (0,2%)	6 (2,8%)
	Nadużywanie/uzależnienie od substancji psychoaktywnych (np. środki nasenne, narkotyki)	0 (0,0%)	2 (0,4%)	4 (1,9%)
	Nadużywanie lub uzależnienie od alkoholu	6 (1,7%)	13 (2,8%)	10 (4,7%)
	Zaburzenia odżywiania	1 (0,3%)	7 (1,5%)	2 (0,9%)
	Zaburzenia osobowości	6 (1,7%)	4 (0,8%)	0 (0,0%)
	Inne zaburzenia	1 (0,3%)	5 (1,1%)	4 (1,9%)
	Odmowa odpowiedzi	1 (0,3%)	8 (1,7%)	3 (1,4%)
	Leczenie własnych zaburzeń zdrowia psychicznego			
Korzystanie z usług specjalistów w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie	Psycholog	17 (4,9%)	64 (13,6%)	45 (21,2%)
	Psychiatra	13 (3,7%)	39 (8,3%)	47 (22,2%)
	Psychoterapeuta	12 (3,5%)	25 (5,3%)	23 (10,8%)
Nurt psychoterapii, z której osoba korzystała	Poznawczo-behawioralna	4 (1,2%)	6 (1,3%)	8 (3,8%)
	Psychodynamiczna/psychoanalityczna	3 (0,9%)	6 (1,3%)	4 (1,9%)
	Systemowa lub dowolna rodzinna	3 (0,9%)	9 (1,9%)	8 (3,8%)
	Inny	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (1,4%)
	Nieznany	3 (0,9%)	8 (1,7%)	3 (1,4%)
Przyjmowanie leków w związku z problemami zdrowia psychicznego w ciągu życia	Przeciwdepresyjne	24 (6,9%)	59 (12,5%)	62 (29,2%)
	Przeciwłękowe	10 (2,9%)	42 (8,9%)	32 (15,1%)
	Przeciwpowrotne	1 (0,3%)	4 (0,8%)	6 (2,8%)
	Nasenne	12 (3,5%)	34 (7,2%)	34 (16,0%)
	Stabilizatory nastroju (np. Depakine)	5 (1,4%)	11 (2,3%)	15 (7,1%)
	Inne	1 (0,3%)	2 (0,4%)	3 (1,4%)
Doświadczenia traumatyczne z dzieciństwa i adolescencji				
Odsetek odpowiedzi twierdzących na pytania	Gdy byłeś dzieckiem lub nastolatkiem, czy kiedykolwiek czułeś, że jesteś emocjonalnie zaniedbywany (np. bycie pozostawionym samemu, zbyt mało okazywania uczuć) przez rodziców lub rodzeństwo?	88 (25,4%)	201 (42,7%)	127 (59,9%)
	Gdy byłeś dzieckiem lub nastolatkiem, czy kiedykolwiek czułeś, że jesteś emocjonalnie nadużywany (np. umniejszanie, dokuczanie, obrzucanie wyzwiskami, słowne groźby, niesprawiedliwe karanie) przez rodziców lub rodzeństwo?	64 (18,4%)	145 (30,8%)	99 (46,7%)
	Czy gdy byłeś dzieckiem lub nastolatkiem, doświadczałeś przemocy psychicznej (np. przezwiska, dokuczanie) lub fizycznej (np. szarpanie, pobicie) ze strony rówieśników?	92 (26,5%)	210 (44,6%)	118 (55,7%)
	Gdy byłeś dzieckiem lub nastolatkiem, czy kiedykolwiek miałeś jakieś niechciane doświadczenia seksualne?	24 (6,9%)	55 (11,7%)	27 (12,7%)
	Czy kiedykolwiek ktoś zmuszał Cię lub przekonywał do stosunku seksualnego wbrew Twojej chęci przed wiekiem 17 lat?	15 (4,3%)	28 (5,9%)	15 (7,1%)
	Czy przypominasz sobie jakieś nieprzyjemne doświadczenia seksualne, które miały miejsce przed 17. rokiem życia z dorosłym krewnym lub inną osobą, np. nauczycielem?	21 (6,1%)	31 (6,6%)	21 (9,9%)
Zachowania samookaleczeniowe i samobójcze				
Odsetek odpowiedzi twierdzących na pytania	Czy kiedykolwiek w swoim życiu rozważałeś/łaś odebranie sobie życia (np. myślałeś/łaś, że nie warto żyć)?	47 (13,5%)	139 (29,5%)	123 (58,0%)
	Czy kiedykolwiek w swoim życiu podejmowałeś/łaś plan, aby odebrać sobie życie (np. myślałeś/łaś, jak możesz odebrać sobie życie)?	28 (8,1%)	70 (14,9%)	81 (38,2%)
	Czy kiedykolwiek w swoim życiu podejmowałeś/łaś próbę odebrania sobie życia?	10 (2,9%)	22 (4,7%)	27 (12,7%)
	Czy w ostatnich 12 miesiącach rozważałeś/łaś odebranie sobie życia?	4 (1,2%)	32 (6,8%)	41 (19,3%)
	Czy kiedykolwiek umyślnie uszkadzałeś/łaś lub okaleczałeś/łaś swoje ciało?	21 (6,1%)	43 (9,1%)	58 (27,4%)
	Czy kiedy się okaleczałeś/aś, miałeś/aś myśli samobójcze?	10 (2,9%)	25 (5,3%)	49 (23,1%)
W przypadku stanu cywilnego respondenci mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.				

Tab. 2. Dane socjodemograficzne w podziale na skupienia (cd.)

Zmienna	Wartość	Porównywana para skupień					
		1 (N) vs 2 (P)		1 (N) vs 3 (W)		2 (P) vs 3 (W)	
Podstawowe dane demograficzne							
		χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>
Płeć biologiczna	Kobieta/Mężczyzna	3,11	0,078	7,21	0,007	1,76	0,184
Wykształcenie	Podstawowe	1,87	0,171	0,50	0,479	0,21	0,644
	Gimnazjalne	0,24	0,625	1,29	0,257	2,78	0,095
	Zawodowe	15,03	<0,001	6,94	0,008	0,21	0,645
	Średnie	0,07	0,796	0,00	0,971	0,07	0,796
	W trakcie studiów wyższych	9,06	0,003	16,29	<0,001	2,01	0,157
	Wyższe	2,24	0,134	0,05	0,828	1,10	0,294
Stan cywilny	Inne	1,64 ^b	0,200	0,12 ^b	0,724	0,58 ^b	0,445
	Kawaler/panna	14,74	<0,001	52,38	<0,001	18,06	<0,001
	W związku małżeńskim	7,06	0,008	42,59	<0,001	21,51	<0,001
	W związku partnerskim	0,43	0,513	0,50	0,478	1,75	0,186
	Wdowiec/wdowa	6,14	0,013	3,57	0,059	0,01 ^a	0,943
	Rozwiedziony/rozwiedziona	4,72	0,030	1,53	0,217	0,40	0,529
Miejsce zamieszkania	Inny	0,10 ^b	0,758	0,03 ^b	0,869	0,01 ^b	0,931
	Wieś	0,02	0,884	1,16	0,282	1,02	0,313
	Miasto – mniej niż 49 999 mieszkańców	0,10	0,754	0,46	0,499	0,95	0,330
	Miasto – 50 000–99 999 mieszkańców	1,81	0,179	0,21	0,645	0,45	0,502
	Miasto – 100 000–499 999 mieszkańców	0,92	0,338	1,12	0,291	0,09	0,759
	Miasto – co najmniej 500 000 mieszkańców	0,64	0,424	0,00	0,964	0,54	0,461
Województwo zamieszkania	Dolnośląskie	0,53	0,466	1,69	0,195	3,67	0,056
	Kujawsko-pomorskie	2,88	0,090	0,38	0,540	0,64	0,423
	Lubelskie	0,36	0,551	0,39	0,534	0,02	0,893
	Lubuskie	0,16	0,688	0,58 ^b	0,448	1,18 ^a	0,278
	Łódzkie	1,72	0,189	1,03	0,310	0,01	0,927
	Małopolskie	0,69	0,407	1,59	0,208	0,36	0,549
	Mazowieckie	0,06	0,802	0,07	0,793	0,00	0,952
	Opolskie	0,12	0,731	0,15	0,702	0,50	0,478
	Podkarpackie	0,07	0,796	0,12	0,734	0,02	0,893
	Podlaskie	6,38	0,012	1,13	0,289	1,09 ^a	0,298
	Pomorskie	0,02	0,881	0,08	0,773	0,03	0,859
	Śląskie	0,00	0,973	0,14	0,705	0,14	0,712
	Świętokrzyskie	0,03	0,861	1,02	0,312	1,55	0,213
	Warmińsko-mazurskie	0,01	0,925	1,39	0,238	1,38	0,239
	Wielkopolskie	0,01	0,920	1,51	0,219	1,86	0,172
Zachodniopomorskie	0,68	0,409	0,02	0,903	0,73	0,394	
Diagnozy psychiatryczne							
		χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>
Rodzaj diagnozy w ciągu życia	Niepełnosprawność intelektualna	0,19 ^b	0,663	3,15 ^a	0,076	5,55 ^a	0,018
	Zaburzenia lękowe	2,64	0,104	44,99	<0,001	36,88	<0,001
	Depresja	6,92	0,009	57,56	<0,001	37,22	<0,001
	Choroba afektywna dwubiegunowa	0,74 ^b	0,390	11,60 ^b	<0,001	12,06 ^a	<0,001
	Schizofrenia lub inne zaburzenia psychotyczne	0,74 ^b	0,390	4,94 ^b	0,026	3,63 ^b	0,057
	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	0,10 ^b	0,750	8,47 ^b	0,004	9,31 ^a	0,002
	Nadużywanie/uzależnienie od substancji psychoaktywnych (np. środki nasenne, narkotyki)	0,74 ^b	0,390	1,64 ^b	0,200	0,34 ^b	0,562
	Nadużywanie/uzależnienie od alkoholu	1,04 ^b	0,309	3,79 ^b	0,051	1,36 ^a	0,244
	Zaburzenia odżywiania	2,22 ^b	0,136	13,28 ^b	<0,001	9,08 ^a	0,003
	Zaburzenia osobowości	1,04 ^b	0,309	11,73 ^a	<0,001	9,03 ^a	0,003
	Inne	0,01 ^b	0,913	1,04 ^b	0,307	1,02 ^b	0,313
	Odmowa odpowiedzi	1,48 ^b	0,224	1,64 ^b	0,200	0,01 ^b	0,931
Zaburzenia psychiczne w rodzinie							
		χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>
Diagnoza zaburzeń psychiatrycznych lub psychicznych u członka rodziny	Ojca	4,36	0,037	14,70	<,001	4,90	0,027
	Matki	0,33	0,564	8,79	0,003	7,17	0,007
	Rodzeństwa	1,16	0,281	0,01	0,922	0,70	0,404
	Dziadków	0,34	0,563	0,27 ^a	0,602	0,01 ^a	0,943
	Ciotki lub wuja	2,17	0,141	5,49	0,019	1,30	0,254
	Innej osoby z rodziny	3,16	0,075	6,43	0,011	1,09	0,296

Tab. 3. Porównania międzygrupowe pod względem zmiennych demograficznych i dotyczących diagnoz/leczenia psychiatrycznego oraz doświadczeń traumatycznych

Rodzaj diagnozy psychiatrycznej u członka rodziny	Zaburzenia lękowe	2,79	0,095	4,36	0,037	0,46	0,499
	Depresja	1,43	0,232	5,23	0,022	1,83	0,177
	Choroba afektywna dwubiegunowa	0,01	0,916	0,38 ^a	0,536	0,32 ^a	0,572
	Schizofrenia lub inne zaburzenia psychotyczne	1,50	0,221	3,99	0,046	1,02	0,312
	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	0,05 ^b	0,828	6,88 ^b	0,009	9,88 ^b	0,002
	Nadużywanie/uzależnienie od substancji psychoaktywnych (np. środki nasenne, narkotyki)	1,48 ^b	0,224	6,59 ^b	0,010	3,59 ^b	0,058
	Nadużywanie lub uzależnienie od alkoholu	0,94	0,333	4,23	0,040	1,72	0,190
	Zaburzenia odżywiania	2,96 ^b	0,085	1,06 ^b	0,304	0,33 ^a	0,565
	Zaburzenia osobowości	1,28 ^a	0,258	3,71 ^b	0,054	1,81 ^b	0,178
	Inne zaburzenia	1,64 ^b	0,200	3,79 ^b	0,051	0,77 ^a	0,382
Odmowa odpowiedzi	3,65 ^a	0,056	2,35 ^b	0,125	0,07 ^a	0,785	
Leczenie własnych zaburzeń zdrowia psychicznego							
		χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>
Korzystanie z usług specjalistów w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie	Psycholog	16,91	<0,001	35,58	<0,001	6,36	0,012
	Psychiatra	6,90	0,009	46,62	<0,001	25,63	<0,001
	Psychoterapeuta	1,58	0,208	12,25	<0,001	6,87	0,009
Nurt psychoterapii, z której osoba korzystała	Poznawczo-behawioralna	0,02 ^a	0,876	4,30 ^a	0,038	4,55 ^a	0,033
	Psychodynamiczna/psychoanalityczna	0,31 ^a	0,579	1,11 ^b	0,292	0,38 ^a	0,537
	Systemowa lub dowolna rodzinna	1,51	0,219	5,77 ^a	0,016	2,09	0,149
	Inny	n/d	n/d	4,94 ^b	0,026	6,69 ^b	0,010
Przyjmowanie leków w związku z problemami zdrowia psychicznego w ciągu życia	Nieznanym	1,05 ^a	0,306	0,38 ^b	0,540	0,07 ^a	0,785
	Przeciwdepresyjne	6,90	0,009	50,40	<0,001	28,03	<0,001
	Przeciwlękowe	12,23	<0,001	28,25	<0,001	5,77	0,016
	Przeciwpowikłowe	1,04 ^b	0,309	6,88 ^b	0,009	3,98 ^a	0,046
	Nasenne	5,32	0,021	27,58	<0,001	12,68	<0,001
	Stabilizatory nastroju (np. Depakine)	0,83	0,361	12,11	<0,001	8,97	0,003
Inne	0,10 ^b	0,750	2,35 ^b	0,125	1,97 ^b	0,160	
Doświadczenia traumatyczne z dzieciństwa i adolescencji							
		χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>
Odsetek odpowiedzi twierdzących na pytania	Gdy byłeś dzieckiem lub nastolatkiem, czy kiedykolwiek czułeś, że jesteś emocjonalnie zaniedbywany (np. bycie pozostawionym samemu, zbyt mało okazywania uczuć) przez rodziców lub rodzeństwo?	26,41	<0,001	67,67	<0,001	18,03	<0,001
	Gdy byłeś dzieckiem lub nastolatkiem, czy kiedykolwiek czułeś, że jesteś emocjonalnie nadużywany (np. umniejszanie, dokuczanie, obrzucanie wyzwiskami, słowne groźby, niesprawiedliwe karanie) przez rodziców lub rodzeństwo?	16,11	<0,001	51,75	<0,001	16,59	<0,001
	Czy gdy byłeś dzieckiem lub nastolatkiem, doświadczałeś przemocy psychicznej (np. przezwiska, dokuczanie) lub fizycznej (np. szarpanie, pobicie) ze strony rówieśników?	28,24	<0,001	48,72	<0,001	7,57	0,006
	Gdy byłeś dzieckiem lub nastolatkiem, czy kiedykolwiek miałeś jakieś niechciane doświadczenia seksualne?	5,16	0,023	5,45	0,020	0,17	0,676
	Czy kiedykolwiek ktoś zmuszał Cię lub przekonywał do stosunku seksualnego wbrew Twojej chęci przed wiekiem 17 lat?	1,07	0,302	2,02	0,155	0,34	0,562
	Czy przypominasz sobie jakieś nieprzyjemne doświadczenia seksualne, które miały miejsce przed 17. rokiem życia z dorosłym krewnym lub inną osobą, np. nauczycielem?	0,09	0,761	2,89	0,089	2,38	0,123
Zachowania samookaleczeniowe i samobójcze							
		χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>
Odsetek odpowiedzi twierdzących na pytania	Czy kiedykolwiek w swoim życiu rozważałeś/łaś odebranie sobie życia (np. myślałeś/łaś, że nie warto żyć)?	28,92	<0,001	123,08	<0,001	50,46	<0,001
	Czy kiedykolwiek w swoim życiu podejmowałeś/łaś plan, aby odebrać sobie życie (np. myślałeś/łaś, jak możesz odebrać sobie życie)?	8,90	0,003	76,72	<0,001	46,28	<0,001
	Czy kiedykolwiek w swoim życiu podejmowałeś/łaś próbę odebrania sobie życia?	1,71	0,191	21,13	<0,001	14,68	<0,001
	Czy w ostatnich 12 miesiącach rozważałaś odebranie sobie życia?	15,08	<0,001	59,42	<0,001	24,63	<0,001
	Czy kiedykolwiek umyślnie uszkadzałeś/łaś lub okaleczałeś/łaś swoje ciało?	2,63	0,105	49,58	<0,001	38,34	<0,001
	Czy kiedy się okaleczałeś/aś, miałeś/aś myśli samobójcze?	2,95	0,086	58,10	<0,001	48,46	<0,001

^a W tabeli krzyżowej 25% komórek miało liczebność oczekiwaną mniejszą niż 5.

^b W tabeli krzyżowej 50% komórek miało liczebność oczekiwaną mniejszą niż 5.

Tab. 3. Porównania międzygrupowe pod względem zmiennych demograficznych i dotyczących diagnoz/leczenia psychiatrycznego oraz doświadczeń traumatycznych (cd.)

Dodatkowo opracowane zostały normy dla skali LPFS-BF 2.0 w oparciu o skalę centylową oraz tenową (zob. Materiał uzupełniający, tab. 5S, 6S).

Skupienie 1 zostało nazwane skupieniem o niskich wynikach w skali LPFS-BF 2.0 (skupienie N) ze względu na relatywnie niskie wyniki w podskalach funkcjonowania intrapsychnicznego i funkcjonowania interpersonalnego. W odniesieniu do norm wynik ogólny skali LPFS mieścił się w przedziale 12–20 (7.–33. centyl, 32.–46. ten). Skupienie 2 zostało nazwane skupieniem o przeciętnych wynikach w skali LPFS-BF 2.0 (skupienie P) ze względu na średni wynik w skali funkcjonowania intrapsychnicznego i interpersonalnego. W odniesieniu do norm wynik ogólny skali LPFS zawierał się w przedziale 20–30 (33.–77. centyl, 46.–57. ten). Skupienie 3 zostało nazwane skupieniem o wysokich wynikach w skali LPFS-BF 2.0 (skupienie W) ze względu na wysoki wynik w skali funkcjonowania zarówno intrapsychnicznego, jak i interpersonalnego. W odniesieniu do norm wynik ogólny skali LPFS zawierał się w przedziale 31–47 (81.–100. centyl, 59.–83. ten). Istnieje największe prawdopodobieństwo, że w tej grupie znajdują się osoby z niezdiagnozowanymi ZO, choć na podstawie przeprowadzonych badań trudno oszacować skalę obecności tych osób. Test *H* Kruskala–Wallisa oraz *post hoc U* Manna–Whitneya wskazały, że w przypadku obu podskal LPFS wszystkie skupienia różniły się w sposób istotny statystycznie na poziomie istotności $p < 0,001$. Należy jednak mieć na uwadze, iż wysoki, przeciętny i niski poziom odnoszą się tylko do danej grupy badawczej, gdzie wszystkie trzy profile różnią się. Nie oznacza to jednak, że przynależące do nich osoby badane generalnie prezentują wysoki, niski bądź przeciętny poziom funkcjonowania osobowości.

Szczegółowy opis zmiennych demograficznych, doświadczeń w leczeniu zaburzeń zdrowia psychicznego, doświadczeń traumatycznych z dzieciństwa i adolescencji oraz zachowań samookaleczeniowych/samobójczych w ciągu życia w podziale na skupienia znajduje się w tab. 2.

W celu sprawdzenia istotności różnic między skupieniami pod względem charakterystyk demograficznych oraz danych dotyczących diagnoz i leczenia psychiatrycznego, a także doświadczeń traumatycznych przeprowadzono testy porównań parami. Wszystkie skupienia różniły się istotnie ze względu na wiek; w skupieniu N znaleźli się najstarsi respondenci (porównanie N i P; $U = 69\,966,00$; $p < 0,001$; porównanie N i W; $U = 24\,246,00$; $p < 0,001$), natomiast w skupieniu P – respondenci starsi niż w W ($U = 40\,386,00$; $p < 0,001$). Dla pozostałych zmiennych przeprowadzono testy χ^2 – porównania parami. Szczegółowe wyniki testów przedstawia tab. 3.

Poniżej na podstawie szczegółowych danych zawartych w tab. 2 i 3 zostaną omówione najważniejsze wyniki porównań międzygrupowych.

Po pierwsze proporcja kobiet w stosunku do mężczyzn jest większa w grupie W niż N. W grupie N występuje wyższa proporcja osób z wykształceniem zawodowym niż w grupie P i W. W grupie W występuje natomiast wyższa proporcja osób będących w trakcie studiów wyższych niż w grupach P i N.

W grupie W występuje najwyższa proporcja kawalerów i pańien (osób niebędących w związku), a w grupie P – wyższa niż w grupie N. W grupie N natomiast wyższa jest proporcja osób w związku małżeńskim niż w grupie P, a w grupie P – wyższa niż w W.

W grupie W znajduje się wyższa proporcja osób z diagnozą zaburzeń lękowych niż w grupach N i P. W grupie W występuje również wyższa proporcja osób z diagnozą depresji niż w grupie P, a w grupie P – wyższa niż w N.

W grupie W występuje wyższa proporcja osób, których ojcowie posiadali diagnozy zaburzeń psychiatrycznych lub psychicznych, niż w grupie P, a w grupie P – wyższa niż w N. W grupie W znajduje się również wyższa proporcja osób, których matki posiadały diagnozy zaburzeń psychiatrycznych lub psychicznych, niż w grupach P i N.

W grupie W znajduje się wyższa proporcja osób korzystających z usług psychologa lub psychiatry niż w grupie P, a w grupie P – wyższa niż w N. W grupie W występuje również wyższa proporcja osób korzystających z usług psychoterapeuty/psychoterapeutki niż w grupach P i N.

W grupie W występuje wyższa proporcja osób zażywających w ciągu życia leki przeciwdepresyjne, przeciwłękowe, nasenne niż w grupie P, a w grupie P – wyższa niż N. W grupie W znajduje się również wyższa proporcja osób zażywających stabilizatory nastroju niż w grupach P i N.

W grupie W znajduje się także wyższa proporcja osób z doświadczeniami emocjonalnego zaniedbania, nadużywania przez rodziców lub rodzeństwo, przemocy rówieśniczej niż w grupie P, a w grupie P – wyższa niż w grupie N. Ponadto w grupie N znajduje się istotnie mniejsza proporcja osób z niechcianymi doświadczeniami seksualnymi w dzieciństwie lub adolescencji niż w grupach P i W.

W grupie W występuje wyższa proporcja osób, które w ciągu życia rozważały samobójstwo, podejmowały plany samobójcze, rozważały samobójstwo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, niż w grupie P, a w grupie P – wyższa niż w grupie N. Ponadto w grupie W znajduje się wyższa proporcja osób, które mają za sobą próbę samobójczą, umyślne okaleczanie ciała oraz myśli samobójcze podczas incydentów okaleczania ciała, niż w grupach P i N.

OMÓWIENIE

Na podstawie naszego badania wyłoniliśmy trzy profile badanych o różnym nasileniu wyników w skali LPFS-BF 2.0, zatem – jak można domniemywać – o różnym poziomie funkcjonowania osobowości: o niskim poziomie wyników w LPFS-BF 2.0, zatem stosunkowo wysokim poziomie funkcjonowania osobowości (N, 33,7%), o średnim poziomie wyników w skali LPFS-BF 2.0, zatem – jak można oczekiwać – stosunkowo przeciętnym poziomie funkcjonowania osobowości (P, 45,7%), oraz o wysokim poziomie wyników w LPFS-BF 2.0, zatem o najniższym w badanej grupie poziomie funkcjonowania osobowości (W, 20,6%), przy czym na podstawie przeprowadzonych badań nie można określić, ile osób w wyróżnionym skupieniu ma ZO.

Jednocześnie na podstawie danych dotyczących socjodemograficznych czynników możemy zauważyć, że w przypadku profili P i W pojawiają się zmienne wskazujące na nieprawidłowości funkcjonowania w zakresie osobowości. Osoby z grupy W znacznie częściej w porównaniu z osobami z grupy N deklarowały zaburzenia depresyjne i/lub lękowe. Ponadto w grupach P i W pojawiły się osoby deklaruujące chorobę afektywną dwubiegunową lub schizofrenię czy też zaburzenia odżywiania. W grupie N takich osób w ogóle nie było. Osoby z grup P i W częściej niż osoby z grupy N informowały także o diagnozie dotyczącej zdrowia psychicznego członków rodziny (np. matki, ojca). Wyższa częstotliwość leczenia u specjalistów (np. psychoterapeutów/psychoterapeutek czy psychiatrów/psychiaterek) pojawiała się w przypadku osób z grup P i W, które częściej deklarowały korzystanie z takiej formy wsparcia czy leczenia.

Jeden z istotniejszych wyników wskazuje na to, że traumy relacyjne, doświadczenie przemocy w okresie dzieciństwa i adolescencji, jak również przemoc seksualna (ale w mniejszym nasileniu) były znacznie częściej deklarowane przez osoby przynależące do grup P i W niż N. Ponadto grupa W wyróżniała się najwyższym odsetkiem raportowanych samookaleczeń i zachowań samobójczych. W świetle uzyskanych wyników wydaje się to najpoważniejszą konsekwencją zaburzenia funkcjonowania osobowości.

Perspektywa praktyków – profilaktyka oraz leczenie psychoterapeutyczne dotyczące trudności osobowościowych i zaburzeń osobowości

Z analizy naszych wyników wynika, że w populacji ogólnej można wyróżnić grupy różniące się poziomem funkcjonowania osobowości, a tym samym związane z czynnikami predysponującymi (czynnikami ryzyka) do TO bądź ZO. W grupie W aż 58% osób rozważało odebranie sobie życia, a 38% podejmowało plan, aby odebrać sobie życie (Tab. 2). Równocześnie w żadnej z tych grup nie dominowała deklarowana w ankiecie diagnoza ZO, a uczestnicy przede wszystkim zgłaszali diagnozy zaburzeń depresyjnych i lękowych. Nie jest to zaskakujące, bowiem objawy te często współwystępują z ZO (Brandes i Bienvenu., 2006). Część badaczy wskazuje, że farmakoterapia może być bardziej skuteczna, gdy równolegle w procesie leczenia podejmie się psychoterapię skupioną nie tylko na objawach depresyjnych, ale także ZO (np. Bozzatello *et al.*, 2020; Stoffers-Winterling *et al.*, 2021). Biorąc pod uwagę uzyskane wyniki, byłoby wskazane zaprojektowanie usystematyzowanego profilaktycznego programu wsparcia w zakresie funkcjonowania osobowości począwszy od okresu adolescencji, w którym osobowość dynamicznie się kształtuje i rozwija. Kontynuacja badań i analiza rozpowszechnienia ZO w Polsce powinna być kolejnym krokiem. Ponadto istotne jest zadbanie o programy leczenia dla osób z diagnozą TO i ZO. Działania te powinny być prowadzone w ścisłej współpracy naukowców z praktykami. Szczególnie ważna jest ewaluacja skuteczności

stosowanych form oddziaływań. Takich zakrojoną na szeroką skalę projektów w Polsce jeszcze nie ma, dlatego w dalszej części artykułu przedstawiamy doświadczenia kliniczne z dwóch ośrodków w Polsce zajmujących się leczeniem ambulatoryjnym i szpitalnym, które w pewnym sensie korespondują ze zróżnicowaniem grup zidentyfikowanych w omówionym powyżej badaniu. Są to ośrodki: Centrum Terapii Dialog oraz Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic w Szpitalu Klinicznym im. dr. Józefa Babińskiego. Mamy nadzieję, że zapoznanie się z programami psychoterapeutycznymi oferowanymi pacjentom z TO i ZO w przedstawionych ośrodkach przyczyni się do powstawania w przyszłości projektów badawczych nastawionych na analizę mechanizmów zmiany w zakresie funkcjonowania osobowości.

Doświadczenia związane z leczeniem psychoterapeutycznym dla osób z umiarkowanym poziomem zaburzeń osobowości – leczenie ambulatoryjne

W 2023 Centrum Terapii Dialog powołało pilotażowy program dedykowany pacjentom/pacjentkom z TO i ZO w stopniu lekkim i umiarkowanym. Schemat leczenia oferowany takim osobom polega na procesie konsultacyjnym, udziale w psychoedukacyjnym treningu rozwijającym mentalizację oraz na udziale w grupie psychoterapeutycznej prowadzonej w nurcie psychoanalitycznym (analiza grupowa). Tego typu leczenie opiera się na aktualnych wynikach badań w zakresie TO i ZO (Karterud, 2024). Dwuetapowy proces leczenia – trening mentalizacyjny, a następnie analiza grupowa – jest związany z czynnikami leczącymi w przypadku ZO. Modyfikacja nieadaptacyjnych schematów poznawczych oraz rozwój mentalizacji dostarczają „narzędzi” do lepszego poznania siebie, poprawy relacji z innymi i rozwoju wglądu (Karterud, 2024; Karterud i Bateman, 2010). Z kolei podstawą psychoterapii psychodynamicznej/psychoanalitycznej jest analiza nieświadomych procesów przeniesieniowych, która daje pozytywne efekty w przypadku ZO (Johansson *et al.*, 2010). Dzięki interpretacji przeniesienia może wzrosnąć poziom wglądu, co z kolei prowadzi do lepszego funkcjonowania interpersonalnego i rozwoju refleksyjności (Gabbard i Westen, 2003; McGlashan i Miller, 1982; Messer i McWilliams, 2007; Strachey, 1934 – 1981). Równolegle w procesie leczenia są zbierane dane dotyczące zmian w zakresie objawów (np. depresyjnych), ale także w zakresie postrzegania siebie i relacji z innymi ludźmi, zarówno od pacjentów/pacjentek, jak i psychoterapeutów/psychoterapeutek zaangażowanych w proces leczenia. Dzięki temu można poddać analizie proces zmian zachodzących w trakcie leczenia na poziomie przetwarzania informacji społecznych. **Konsultacje** – na ogół odbywają się trzy konsultacje, podczas których zbierany jest wywiad dotyczący sytuacji zgłoszenia, problemów w przeszłości, historii życia. Pacjent/pacjentka wypełnia także baterię testów oraz przygotowuje esej, w którym opisuje swoją motywację do leczenia. Po konsultacjach specjalista/specjalistka decydują, jaka forma leczenia będzie najbardziej adekwatna, np. trening mentalizacyjny

i następnie psychoterapia grupowa. Czasami oferowana jest psychoterapia indywidualna, np. u pacjentów/pacjentek z bardzo nasilonym lękiem społecznym, aktywnym uzależnieniem czy samouszkodzeniami. Generalnie następuje to wtedy, gdy objawy są na tyle silne, że znacznie zaburzają umiejętność podejmowania refleksji i introspekcji, a dodatkowo próg frustracji pacjenta jest bardzo niski.

Psychoedukacyjny trening mentalizacyjny – ma na celu zbudowanie wiedzy na temat mentalizacji, rozwinięcie mentalizacji oraz wzmocnienie motywacji do leczenia. Motywacja jest bardzo ważnym czynnikiem skuteczności psychoterapii (Yalom i Leszcz, 2006). Mentalizacja z kolei to aktywność umysłowa, która umożliwia spostrzeganie, uświadamianie sobie i interpretowanie ludzkiego zachowania (swojego oraz innych osób) w kategoriach intencjonalnych stanów umysłowych (Bodecka-Zych *et al.*, 2021; Coates, 2006). Mentalizacja wiąże się także z elastycznym i bezustannym interpretowaniem sygnałów emocjonalnych płynących od innych oraz z regulowaniem własnych emocji (Bateman i Fonagy, 2004).

Psychoedukacyjny trening mentalizacyjny opiera się na programie *mentalisation-based treatment* (MBT), który został stworzony przez Batemana i Fonagy'ego (2013 – Bateman i Fonagy, 2016). Program ten był początkowo stosowany głównie w pracy z pacjentami/pacjentkami z ZO typu borderline (*borderline personality disorder*, BPD), ale aktualnie specjaliści wykorzystują go do pracy z osobami z różnym nasileniem i specyfiką ZO (Bodecka-Zych *et al.*, 2021).

Psychoterapia grupowa – prowadzona w nurcie psychoanalitycznym (np. analiza grupowa) (Karterud, 2024) daje możliwość doświadczenia siebie w relacji z innymi. Psychoanalityczne podejście opiera się między innymi na analizie relacji przeniesieniowej. W toku socjalizacji ludzie nabywają wzorce relacji, które są internalizowane. W toku pracy grupowej, podczas interakcji z jej uczestnikami/uczestniczkami oraz osobą prowadzącą grupę pacjenci/pacjentki odkrywają nieadaptacyjne i często nieuświadomione wzorce swojego funkcjonowania. Matryca wzajemnych interakcji w grupie staje się źródłem informacji o tym, jak przeżywane są relacje społeczne. Dzięki temu pacjenci/pacjentki mogą poznać najczęściej stosowane przez siebie mechanizmy obronne, zbadać, jak bardzo utrudniają im funkcjonowanie społeczne i emocjonalne. Ponadto dzięki interpretacjom, które łączą historię życia pacjentów/pacjentek z ich sytuacją bieżącą oraz z tym, co dzieje się w grupie, pacjenci/pacjentki nabywają wgląd pozwalający im zrozumieć swoje trudności i wprowadzać zmiany w funkcjonowaniu (Burlingame *et al.*, 2001; Pawlik, 2008).

Doświadczenia związane z leczeniem psychoterapeutycznym dla osób z głębokim poziomem zaburzeń osobowości – szpitalne leczenie psychoterapeutyczne

W przypadku pacjentów/pacjentek z TO i ZO adekwatną formą leczenia jest terapia grupowa (Karterud *et al.*, 2003), zazwyczaj są to grupy prowadzone w nurcie

psychodynamicznym bądź poznawczo-behawioralnym (Karterud *et al.*, 1998). Co ciekawe, ośrodki praktykujące leczenie w oparciu zarówno o modele poznawczo-behawioralne, jak i psychodynamiczne korzystają z psychoanalitycznej konceptualizacji problemów pacjentów/pacjentek (Gabbard, 2015; Karterud *et al.*, 2003) – w Polsce Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic w Szpitalu Klinicznym im. dr. Józefa Babińskiego. Generalnie praca z pacjentami/pacjentkami z TO i ZO ze względu na stosowanie przez nich/nie prymitywnych mechanizmów obronnych, np. częstych projekcji, ale też rozgrywanie w działaniu emocjonalnych sytuacji wymaga współpracy zespołu i psychodynamicznego/psychoanalitycznego, wglądowego rozumienia (Gabbard, 2015).

Pacjenci/pacjentki korzystający z leczenia w Oddziale Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic w Szpitalu Klinicznym im. dr. Józefa Babińskiego to grupa o wysokim nasileniu cech psychopatologicznych, u których ciężkość objawów i głębokość zaburzeń funkcjonowania znacznie utrudniają leczenie w warunkach ambulatoryjnych. W czasie prowadzonego leczenia psychoterapią wglądową często wzrasta ryzyko przejściowego nasilania się autodestrukcyjnych zachowań (np. samouszkodzeń), szczególnie w jego początkowej fazie. Sytuacja taka stwarza realne zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta/pacjentki oraz niejednokrotnie prowadzi do przerywania leczenia. W związku z tym bardzo często kluczowe znaczenie dla efektywnego leczenia pacjenta/pacjentki ma struktura, jaką daje oddział szpitalny, zapewniający bezpieczną przestrzeń do podejmowania interwencji psychoterapeutycznych. Innym bardzo ważnym aspektem i jednocześnie źródłem trudności w pracy z tą grupą pacjentów są pierwotne mechanizmy obronne oparte na rozszczepieniu oraz projekcyjnej identyfikacji. Aby móc je dostrzec, a następnie podjąć odpowiednie interwencje terapeutyczne, niezbędna jest ścisła współpraca całego zespołu leczącego.

Oddział Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic w Szpitalu Klinicznym im. dr. Józefa Babińskiego bazuje na trzech głównych metodach pracy z pacjentami/pacjentkami, tj. psychoterapii psychoanalitycznej, społeczności terapeutycznej oraz pielęgniarstwie psychospołecznym.

Psychoterapia psychoanalityczna indywidualna i grupowa – łączenie obu form pozwala uniknąć pewnych ograniczeń zarówno pracy indywidualnej, jak i grupowej. Z jednej strony każda indywidualna terapia może sprzyjać alienacji i przesadnej koncentracji na świecie wewnętrznym. Pacjenci/pacjentki z ZO często mają poczucie, że nie mogą odnaleźć porozumienia ze zwyczajnym, otaczającym ich światem ani uchwycić rządzących nim reguł. Wtedy jedynym wyjściem bywa oparcie swojej tożsamości na idealizacji faktu bycia „innym”. Problemem jest tu także – wynikający często z traumy – brak poczucia własnej wartości i szacunku do siebie, zastępowany poczuciem wyjątkowości. Indywidualny kontakt w gabinecie, w którym cała uwaga terapeuty/terapeutki skupiona jest na pacjencie/pacjencie, może nie sprzyjać zmianom w tym obszarze. Z drugiej

strony rozpoznanie własnych trudności jest konieczne, by choćby zacząć nad nimi panować. To proces bolesny, pełen doświadczenia wstydu, upokorzenia oraz poczucia winy i trudno pomyśleć, by mógł się odbywać inaczej niż w intymności gabinetu terapeuty/terapeutki.

Społeczność terapeutyczna – ważnym elementem pracy społeczności są codzienne, czterdziestopięciminutowe zebrania, w czasie których omawia się funkcjonowanie pacjentów/pacjentek oraz bieżące problemy, z którymi boryka się społeczność. Biorą w nich udział pacjenci/pacjentki, terapeuci/terapeutki społeczności, będące na dyżurze pielęgniarki oraz stażyści, ponadto raz w tygodniu dołączają kierowniczka/kierownik oddziału i pielęgniarka/pielęgniarski oddziałowa/oddziałowy. Praca społeczności omawiana jest podczas zebrań zespołu terapeutycznego – psychiatrów/psychiaterek, terapeutów/terapeutek oraz pielęgniarek/pielęgniarzy. Dostarcza ona bardzo ważnych informacji o funkcjonowaniu poszczególnych pacjentów/pacjentek. Doświadczenie pokazuje, że ukrywanie informacji, powstające pomiędzy niektórymi osobami tajemnicie negatywnie wpływają na funkcjonowanie społeczności i blokują terapię. Dzieje się tak, ponieważ takie postawy odwracają cele, jakie zakłada leczenie terapeutyczne, tj. pomoc w rozwiązywaniu problemów. Czasami bywa też tak, że tworzenie się takich tajemnic jest sposobem na wyrażenie skrywanej złości do personelu. W takiej sytuacji podobnie – możliwość zrozumienia i omówienia takiego procesu pozwala odblokować przepływ informacji. Pacjenci/pacjentki są też zachęceni, aby wносить na zebrania społeczności wszystkie ważne dla ich funkcjonowania w oddziale sprawy, a w szczególności informacje o myślach i zamiarach samobójczych, autoagresji oraz przekroczeniach regulaminu (łamanie abstynencji, zakazu kontaktów intymnych lub reguł dotyczących przepustek).

Pielęgniarstwo psychospołeczne – każdy pacjent/pacjentka leczony/leczona jest przez tzw. team terapeutyczny, w którego skład wchodzi psychoterapeuta/psychoterapeutka i pielęgniarka/pielęgniarski. Pary te regularnie omawiają pracę z pacjentami/pacjentkami. Pacjent/pacjentka przy przyjęciu, zapoznając się z regulaminem oddziału, jest informowany o otwartym przepływie informacji pomiędzy członkami zespołu oraz o powodach, dla których oddział funkcjonuje w taki sposób. Natomiast wszyscy członkowie zespołu, łącznie ze stażystami, są zobligowani do poufności. Otwarty przebieg informacji ma szczególne znaczenie dla pracy zespołu terapeutycznego.

Praca w zespole pozwala lepiej radzić sobie ze skutkami projekcji i rozzszczepienia często stosowanymi przez pacjentów/pacjentki. Zdarza się, że pacjent/pacjentka doświadczający/doświadczająca głębokich ZO przypisuje poszczególnym członkom zespołu terapeutycznego różne odszczepione części swojego wewnętrznego świata. Rola teamu i, szerzej, zespołu polega na dostrzeżeniu i próbie zintegrowania tych „obszarów”, czyli opisaniu pacjentowi/pacjentce w sposób bezpieczny i możliwy do przyjęcia treści, które wcześniej budziły w nim/niej lęk i cierpienie. Stanowi

to początek procesu zmian w myśleniu, przeżywaniu, a stopniowo także w zachowaniu.

PODSUMOWANIE

W obliczu współczesnych wyzwań społecznych i zdrowotnych: wojen i kryzysów oraz intensywnego rozwoju technologicznego badanie TO i ZO staje się kluczowym obszarem, wymagającym szczególnego zainteresowania i inwestycji. Ze względu na obecność, ale i na potencjalny wzrost liczby ZO istnieje pilna potrzeba zgłębienia i zrozumienia tych trudności, zwłaszcza w kontekście leczenia. W badaniu empirycznym wykazaliśmy istnienie zróżnicowanych pod względem funkcjonowania osobowości profili, które współwystępują z czynnikami ryzyka (np. zachowania samookaleczeniowe i samobójcze) związanymi z ZO. Należy jednak pamiętać, że grupa badawcza nie była próbą kliniczną. Dalsze badania powinny zweryfikować poziom funkcjonowania osobowości przede wszystkim w reprezentatywnej populacji klinicznej. W związku z tym regularne psychologiczne badania pacjentów/pacjentek zgłaszających się do leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego oraz gromadzenie i analiza danych powinny stać się w Polsce normą. Równocześnie jednym z głównych ograniczeń aktualnego projektu jest brak grupy osób najgłębiej zaburzonych. Prawdopodobnie są to pacjenci/pacjentki, którzy kwalifikują się do leczenia środowiskowego i często nie są uwzględnieni w badaniach panelowych ze względu na trudności z dostępem do nich (np. trudności technologiczne). W rezultacie wyniki mogą nie odzwierciedlać pełnego spektrum zaburzeń psychicznych, zwłaszcza tych o większym nasileniu. Brak pełnej reprezentatywności próby może być także związany z błędem autoselekcji (*self-selection bias*). Osoby, które decydują się wziąć udział w badaniach psychologicznych, mogą prezentować np. wyższe nasilenie ZO lub depresyjnych w porównaniu z populacją ogólną, poszukując w takich badaniach wsparcia psychologicznego (Kaźmierczak *et al.*, 2023).

Przyszłe badania nie powinny ograniczać się do badań panelowych, ponadto poza głębokością zaburzeń wskazane byłoby uwzględnienie w nich również różnych typów osobowości. Równocześnie warto zwrócić uwagę, iż obecne klasyfikacje diagnostyczne, takie jak DSM-5 czy ICD-11, nie obejmują wszystkich aspektów ZO. Przykładowo narcyzm wrażliwy, pomimo swojej istotności klinicznej, nie znajduje pełnego odzwierciedlenia w obecnych systemach klasyfikacyjnych.

Ważne jest też, że w przeprowadzonym badaniu grupa uczestników z ZO przyjmowała leki przeciwdepresyjne i/lub przeciwłękowe. W związku ze współwystępowaniem ZO z zaburzeniami depresyjnymi czy lękowymi istnieje uzasadniona potrzeba uwzględnienia ZO w kontekście badań klinicznych i farmakoterapii stanów lękowych oraz depresji. W tym kontekście zasadne jest zainicjowanie praktyki oceny głębokości zaburzenia oraz jego wpływu na skuteczność farmakoterapii.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Źródło finansowania

Badanie było częściowo finansowane z grantu Narodowego Centrum Nauki (UMO 2021/42/E/HS6/00018).

Wkład autorów

Koncepcja i projekt badania: AZ, KCL, AW, ACS. Gromadzenie i/lub zestawianie danych: AZ, AW. Analiza i interpretacja danych: AZ, IN, JC, ETS. Napisanie artykułu: AZ, KCL, AW, ACS, EN. Krytyczne recenzowanie artykułu: AZ, KCL, AW, ACS. Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu: AZ.

Piśmiennictwo

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). American Psychiatric Association, Washington DC 2013.
- Bateman A, Fonagy P: MBT-Introductory group (MBT-I). In: Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide. Online edn, Oxford Academic, 1 June 2016, Oxford 2016.
- Bateman AW, Fonagy P: Psychotherapy of Borderline Personality Disorder: Mentalisation Based Treatment. Oxford University Press, Oxford 2004.
- Beard JR, Heathcote K, Brooks R et al.: Predictors of mental disorders and their outcome in a community based cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 623–630.
- Bodecka-Zych M, Jakubowska A, Zajenkowska A: Psycho-educational training with elements of mentalization and the role it plays in reducing hostility among inmates. *Educational Psychology* 2021; 62: 101–115.
- Bozzatello P, Rocca P, De Rosa ML et al.: Current and emerging medications for borderline personality disorder: is pharmacotherapy alone enough? *Expert Opin Pharmacother* 2020; 21: 47–61.
- Brandes M, Bienvenu OJ: Personality and anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2006; 8: 263–269.
- Burlingame GM, Fuhrman A, Johnson JE: Cohesion in group psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2001; 38: 373–379.
- Clark LA: Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annu Rev Psychol* 2007; 58: 227–257.
- Coates SW: Foreword. In: Allen JG, Fonagy P (eds.): *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester 2006: xv–xvii.
- Cramer AO, Waldorp LJ, van der Maas HL et al.: Comorbidity: a network perspective. *Behav Brain Sci* 2010; 33: 137–150; discussion 150–193.
- Cramer V, Torgersen S, Kringlen E: Socio-demographic conditions, subjective somatic health, Axis I disorders and personality disorders in the common population: the relationship to quality of life. *J Pers Disord* 2007; 21: 552–567.
- Gabbard GO: *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015.
- Gabbard GO, Westen D: Rethinking therapeutic action. *The International Journal of Psychoanalysis* 2003; 84: 823–841.
- Gawęda Ł, Pionke R, Krężolek M et al.: The interplay between childhood trauma, cognitive biases, psychotic-like experiences and depression and their additive impact on predicting lifetime suicidal behavior in young adults. *Psychol Med* 2020; 50: 116–124.

- Główny Urząd Statystyczny: *Rocznik Demograficzny 2022*. 2022. Available from: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2022,3,16.html>.
- Hidaka BH: Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. *J Affect Disord* 2012; 140: 205–214.
- Hopwood CJ, Good EW, Morey LC: Levels of Personality Functioning Scale Self-Report validation. *J Pers Assess* 2017. DOI: 10.31234/osf.io/6w9sx.
- Hualparuca-Olivera L, Caycho-Rodríguez T: Diagnostic accuracy of severity measures of ICD-11 and DSM-5 personality disorder: clarifying the clinical landscape with the most up-to-date evidence. *Front Psychiatry* 2023; 14: 1209679.
- Huang Y, Kotov R, de Girolamo G et al.: DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2009; 195: 46–53.
- Johansson P, Høglend P, Ulberg R et al.: The mediating role of insight for long-term improvements in psychodynamic therapy. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78: 438–448.
- Karterud S: *Group Analysis: A Modern Synthesis*. Taylor & Francis, 2024.
- Karterud S, Bateman AW: *Mentalization-Based Therapy: Manual*. Department for Personality Psychiatry, Oslo University Hospital, Oslo 2010.
- Karterud S, Pedersen G, Bjordal E et al.: Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network. *J Pers Disord* 2003; 17: 243–262.
- Karterud S, Pedersen G, Friis S et al.: The Norwegian network of psychotherapeutic day hospitals. *Therapeutic Communities* 1998; 19: 15–28.
- Kaźmierczak I, Zajenkowska A, Rogoza R et al.: Self-selection biases in psychological studies: personality and affective disorders are prevalent among participants. *PLoS One* 2023; 18: e0281046.
- Kent P, Jensen RK, Kongsted A: A comparison of three clustering methods for finding subgroups in MRI, SMS or clinical data: SPSS TwoStep Cluster analysis, Latent Gold and SNOB. *BMC Med Res Methodol* 2014; 14: 113.
- Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T et al.: Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska. *Psychiatr Pol* 2015; 49: 15–27.
- Köhne ACJ, Isvoranu AM: A network perspective on the comorbidity of personality disorders and mental disorders: an illustration of depression and borderline personality disorder. *Front Psychol* 2021; 12: 680805.
- Krueger RF, Markon KE: The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2014; 10: 477–501.
- Lakuta P, Ciecuch J, Strus W et al.: Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: validity and reliability of the Polish adaptation. *Psychiatr Pol* 2023; 57: 247–260.
- McGlashan TH, Miller GH: The goals of psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 377–388.
- McGrath JJ, Al-Hamzawi A, Alonso J et al.; WHO World Mental Health Survey Collaborators: Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *Lancet Psychiatry* 2023; 10: 668–681.
- Messer SB, McWilliams N: Insight in psychodynamic therapy: theory and assessment. In: Castonguay LG, Hill CE (eds.): *Insight in Psychotherapy*. American Psychological Association, 2007: 9–29.
- Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T: Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 13–20.
- Newton-Howes G, Tyrer P, Anagnostakis K et al.: The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45: 453–460.

- Newton-Howes G, Tyrer P, North B et al.: The prevalence of personality disorder in schizophrenia and psychotic disorders: systematic review of rates and explanatory modelling. *Psychol Med* 2008; 38: 1075–1082.
- Niezgoda E, Wieczorek A, Biernacka E et al.: The model of therapy in the Personality Disorder and Neurosis Unit. *Psychoter* 2020; 195: 61–77.
- Nowak K: Dymensjonalne podejście do zaburzeń osobowości – osobowość w DSM-5. *Psychiatria* 2015; 12: 99–103.
- Pawlik J (ed.): *Psychoterapia analityczna: procesy i zjawiska grupowe*. Wydawnictwo Psychologii i Kultury „Eneteia”, 2008.
- Prevolnik Rupel V, Jagger B, Fialho LS et al.: Standard set of patient-reported outcomes for personality disorder. *Qual Life Res* 2021; 30: 3485–3500.
- Sharp C, Wall K: DSM-5 level of personality functioning: Refocusing personality disorder on what it means to be human. *Annu Rev Clin Psychol* 2021; 17: 313–337.
- Stoffers-Winterling J, Völlm B, Lieb K: Is pharmacotherapy useful for treating personality disorders? *Expert Opin Pharmacother* 2021; 22: 393–395.
- Strachey J (1934): The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. In: Langs R (ed.): *Classics in Psychoanalytic Technique*. Aronson, Northvale, NJ 1981: 361–378.
- Sveen CA, Pedersen G, Ulvestad DA et al.: Societal costs of personality disorders: a cross-sectional multicenter study of treatment-seeking patients in mental health services in Norway. *J Clin Psychol* 2023; 79: 1752–1769.
- Torgersen S: The nature (and nurture) of personality disorders. *Scand J Psychol* 2009; 50: 624–632.
- Trull TJ, Durrett CA: Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1: 355–380.
- Walsh R: Lifestyle and mental health. *Am Psychol* 2011; 66: 579–592.
- Weekers LC, Hutsebaut J, Kamphuis JH: The Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: update of a brief instrument for assessing level of personality functioning. *Personal Ment Health* 2019; 13: 3–14.
- Widiger TA, Simonsen E, Krueger R et al.: Personality disorder research agenda for the DSM-V. *J Pers Disord* 2005; 19: 315–338.
- World Health Organization: *World mental health report: transforming mental health for all*. World Health Organization, Geneva 2022.
- Yalom I, Leszcz M: *Psychoterapia grupowa: teoria i praktyka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
- Zajenkowska A, Nowakowska I, Ciecuch J et al.: Towards the understanding of the core of general personality disorder factor: g-PD and its relation to hostile attributions. *Dev Psychopathol* 2024: 1–9.