

BARBARA GAWDA¹
KATARZYNA CZUBAK
Instytut Psychologii
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

STYLE PRZYWIĄZANIA A CECHY ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI

Attachment styles and the traits of the personality disorders

Abstract

The literature points that attachment is key mechanism in the development of people. According to the attachment theory, the experience of neglect, abandonment and other early traumas have influence on forming the dysfunctions of emotions and personality pathology. The aim of this article is the verification of the thesis about relation between attachment style and personality disorders. The analysis of results of 155 participants has been conducted (persons in the similar age, similar educational level, similar number of females and males). The diagnosis of personality disorder was based on SCID-II (Structured Clinical Interview for Axis – II), and additionally confirmed by PDQ-4 Hyler Inventory. To examine the attachment style the Plopa's Attachment Styles Questionnaire and the Revised Experiences in Close Relationships Inventory (ECR-R designed by Fraley et al., 2000), were used. The multiple regression model was used to test whether attachment styles maybe the predictors for personality disorders. The current results partly support the Lyddon and Sherry' thesis. The main predictor for the relations between attachment and personality disorders is the anxious attachment style.

Key words: attachment styles, personality disorders, psychopathology

1. WPROWADZENIE

Bowlby, prekursor badań związanych z przywiązaniem, określił przywiązanie jako „pewną formę zachowania, które prowadzi osobę do osiągnięcia lub utrzymania bliskości do pewnej innej wyróżnionej i preferowanej jednostki, spostrzeganej zazwyczaj jako silniejszej i/lub mądrzejszej” (Bowlby, 1973, s. 292). Badania przebiegu spontanicznych kontaktów między matką a dzieckiem, przyczyniły się do wyodrębnienia pewnych wzorców przywiązania (Ainsworth i in., 1978). Styl bez-

¹ Adres do korespondencji: bgawda@wp.pl

pieczny sprzyja równowadze emocjonalnej, co sprawia, że osoby, u których taki styl dominuje są otwarte na przyjmowanie nowych informacji, a przez to bardziej podatne na uczenie się i zmianę. Natomiast u osób, u których dominują pozabezpieczne style przywiązania występuje zniekształcanie odbieranych informacji w kierunku zgodnym z głęboko zakorzenionymi przekonaniami, związanymi z własną bezwartościowością, zależnością i poczuciem braku zaufania (Cassidy, 1994). Istnieją koncepcje prezentujące tezę, że cztery dziecięce style przywiązania odpowiadają czterem stylom przywiązania u ludzi dorosłych (styl bezpieczny, zaabsorbowany, lękowy oraz odrzucający) (Bartholomew, Horowitz, 1991). Jednak pomimo iż teoria przywiązania zaowocowała jedną z największych liczb publikacji w historii psychologii, krytycy tego nurtu zgodnie podkreślają, że w publikacjach tych jest mało badań weryfikujących podstawowe tezy teorii przywiązania (Field, 1996). Słynne zaś badania Ainsworth z 1978 roku, do których wielokrotnie się nawiązuje, opierały się jedynie na pojedynczych eksperymentach trwających 20 minut i bardzo małej próbie badawczej (Berghaus, 2011).

Zwolennicy teorii przywiązania przekonują, iż pozabezpieczne wzory przywiązania prowadzą do rozwoju przeróżnych form patologii. Pozabezpieczne formy przywiązania doprowadzają do zniekształcenia percepcji, mechanizmów asymilacyjnych oraz podtrzymują sztywne przekonania, wpływają na interakcje interpersonalne (Cassidy, Shaver, 1999). Związki między przywiązaniem a psychopatologią można opisać na czterech płaszczyznach. Po pierwsze, formy przywiązania mają istotny wpływ na rozwój struktur poznawczo-afektywnych reprezentujących relację oraz utrwalenie tendencji do przeżywania określonych uczuć (Cassidy, 1994; Main, 1996). Poza tym wpływają na organizację neuronalną (LeDoux, 2000). Po trzecie, patologiczne zachowania przywiązaniowe stanowią podatny grunt dla rozwoju późniejszych zaburzeń (Main, 1996). I wreszcie, przywiązanie ma istotny wpływ na ukształtowanie procesów motywacyjnych i socjalizacji (Bateman, Fonagy, 2006; Greenberg, 1999).

Literatura z zakresu teorii przywiązania wskazująca na istnienie relacji pomiędzy stylami przywiązania a zaburzeniami emocjonalnymi i osobowości, podkreśla, iż szczególnie dysfunkcyjną rolę pełnią w tym procesie unikający i zdezorganizowany styl przywiązania (Connors, 1997; Gabbard, 2009; Rajewska-Rynkowska, 2005; Sroufe i in., 1999). Ostatecznie jednak wzorzec przywiązania nie jest bezpośrednią przyczyną rozwoju psychopatologii, lecz zależy ona od interakcji wielu czynników (Sroufe i in., 2000). Przywiązanie jest korelowane również z PTSD; styl przywiązania stwarza predyspozycje do kształtowania dysfunkcji emocjonalnych, w konsekwencji nie pozostaje bez wpływu na umiejętności radzenia sobie z PTSD (Mills, 2008).

Poszukiwanie relacji pomiędzy stylami przywiązania i dysfunkcjami osobowości jest logiczną konsekwencją paradygmatu teorii przywiązania, zgodnie z którym stabilne w czasie i wielokrotnie wzmacniane formy relacji ukształtowane we wczesnym dzieciństwie odgrywają kluczową rolę w ukształtowaniu relacji z innymi w późniejszych okresach rozwojowych (Bowlby, 1973, 1988). Zatem style przywiązania mają istotny wpływ na kształtowanie kompetencji interpersonalnych będących ważnym komponentem osobowości, takich jak łatwość nawiązywania

kontaktów, ich przejrzystość. O posiadaniu takich wyższych społecznych kompetencji w pewnej mierze decyduje ukształtowany bezpieczny styl przywiązania (Adamczyk, Pilarska, 2012). Styl przywiązania jest zatem istotnym czynnikiem oddziałującym na jakość relacji partnerskich (Jelińska, 2008; Liberska, Suwalska, 2011). Szczególnie dysfunkcjonalną rolę przypisuje się pozabezpiecznym wzorcom przywiązania, które sprzyjają rozwojowi zaburzeń afektywnych oraz uzależnień (Jelińska, 2008). Unikający styl przywiązania nie koresponduje z tendencją do podtrzymywania intymności, namiętności ani też zaangażowania w związku (Jurroszek i in., 2012). Co więcej, unikający styl przywiązania nie tylko sprzyja braku satysfakcji w związku, jest także istotnym predyktorem podejmowania prób samobójczych (Mandal, Zalewska, 2010).

2. ZABURZENIA OSOBOWOŚCI A STYLE PRZYWIĄZANIA

Ze względu na to, iż zaburzenia osobowości to trwałe wzorce wewnętrznych doświadczeń i zachowań człowieka, odbiegające od norm i oczekiwań w ramach kultury, w której człowiek żyje (DSM-IV-TR, 2000), a ujawnianie się tych wzorców dotyczy przynajmniej dwu z następujących obszarów: poznawczego, afektywnego, interpersonalnego i kontroli impulsu, można z przekonaniem przyjąć, iż wzorce osobowości i przywiązania mogą pozostawać ze sobą w relacjach. Osoba przejawiająca zaburzenia osobowości doświadcza nieadaptacyjnych emocji, ma trudności w ich kontrolowaniu, w sposób zniekształcony odbiera i interpretuje siebie i innych, a także wchodzi w dysfunkcyjne relacje z innymi ludźmi (Fowler i in., 2007). Konsekwencjami takiego zaburzenia są głównie nieprawidłowe zachowania, utrudniające czy uniemożliwiające przystosowanie do środowiska społecznego, w tym do życia społecznego, przy jednoczesnym prawidłowym poziomie intelektualnym. Można zatem przyjąć, iż tego rodzaju zachowania mogą być powiązane z pozabezpiecznymi wzorcami przywiązania. Istnieją badania, które potwierdzają istnienie takich relacji. Na przykład przywiązanie lękowe wiąże się z paranoicznym, zależnym, borderline, unikającym i antyspołecznym zaburzeniem osobowości (Dacko, 2011). Unikowy styl przywiązania współwystępuje z narcystycznym zaburzeniem osobowości, w szczególności nasila narcyzm wielkościowy (Rohmann i in., 2012). Ponadto unikowy styl przywiązania koreluje z osobowością zależną, schizoidalną, paranoiczną, osobowością z pogranicza, oraz antyspołeczną (Dacko, 2011). Pomimo takich danych, nie mamy jednak wystarczających informacji na temat tego, w jakim stopniu poszczególne style przywiązania wyjaśniają nasilenie cech charakterystycznych dla poszczególnych zaburzeń osobowości.

Na podstawie literatury przedmiotu można sformułować pewne ogólne tezy odnośnie do relacji style przywiązania – zaburzenia osobowości. Jedną z takich propozycji jest model Lyddona i Sherry (2001), nie został on jednak w pełni potwierdzony w badaniach (Sherry, Lyddon, Henson, 2007). Jest to jedynie schemat opracowany na bazie teorii przywiązania i stylów osobowości określonych na podstawie DSM-IV (APA, 1994). Według Lyddona i Sherry (2001) zaabsorbowany wymiar przywiązania wiąże się z następującymi stylami osobowości: osobowością zależną, obsesyjno-kompulsywną oraz histrioniczną. Dla osobowości zależnej charakterystyczna jest niezdolność do samodzielnego działania i stałe poszukiwanie

opieki i wsparcia u innych ludzi (Beck, Freeman, Davis, 2005; Chojnacka, Ustjan, 2009). Zatem istnieje możliwość, iż zaabsorbowany styl przywiązania z taką osobowością się wiąże, gdyż jego istotą jest nagradzanie lojalności wobec rodziców, odrzucanie autonomii, zniechęcanie do niezależności (Gabbard, 2009). Z kolei osobowość obsesyjno-kompulsywną charakteryzuje pęd ku dążeniu do doskonałości oraz nadmiernie rozwinięta potrzeba kontrolowania otoczenia (Beck i in., 2005; Chojnacka, Ustjan, 2009). Podobnie zaabsorbowany styl przywiązania, polegający również na ciągłym ustanawianiu przez rodziców i opiekunów bardzo wysokich standardów i oczekiwań, przy surowym i konsekwentnym nagradzaniu dobrego zachowania i karaniu niewłaściwego, może utrwalić nadmierną potrzebę kontrolowania otoczenia (McWilliams, 2009). Z kolei główną cechą histrionicznego zaburzenia osobowości jest nadmierna potrzeba zwracania na siebie uwagi oraz emocjonalność (Carson, Butcher, Mineka, 2011). To zaburzenie może być powiązane z zaabsorbowanym stylem przywiązania, gdyż osoby przejawiające to zaburzenie doświadczyły kontaktu z pochłaniającym rodzicami (Lyddon, Sherry, 2001).

Zaabsorbowany i lękowy wzorzec przywiązania wiązany jest z osobowością unikającą w ujęciu Lyddona i Sherry (2001). Osoby przejawiające osobowość unikającą charakteryzują się niechęcią do nawiązywania kontaktów, introwersją oraz wzorcem skrajnie zahamowanych zachowań społecznych (Millon, Davis, 2005; Świtała, 2004). Osoby z tym zaburzeniem w dzieciństwie czuły się odrzucone przez rodziców lub opiekunów, dlatego też boją się związków i miłości (Connors, 1997). Kluczowym elementem osobowości unikającej jest lęk, co oznacza logiczne powiązanie z lękowym wzorcem przywiązania (Chorpita, Barlow, 1998). Z kolei lękowy wzorzec przywiązania wiązany jest z ukształtowaniem osobowości paranoicznej, której główną cechą jest podejrzliwość i nieufność względem otoczenia (Carson i in., 2011; Millon, Davis, 2005). Według ujęcia Blatta (1995) styl przywiązania, który z dużą precyzją prognozuje prawdopodobieństwo pojawienia się paranoicznego zaburzenia osobowości to styl unikająco-odrzucający, który został uznany za bliski introjekcyjnej linii rozwojowej. W dzieciństwie osób z osobowością paranoiczną było prawdopodobnie zaburzone poczucie skuteczności; dzieci były wielokrotnie poddawane władzy innych i poniżane (Blatt, 1995).

Dwa style przywiązania: lękowy i odrzucający wiązane są łącznie z trzema rodzajami zaburzonej osobowości: antyspołeczną, narcystyczną i schizotypową. Wspólną cechą tych zaburzeń jest negatywne wartościowanie innych, wartościowanie siebie natomiast waha się pomiędzy poziomem negatywnym a obronnie pozytywnym (Lyddon, Sherry, 2001). Osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości ustawicznie naruszają i lekceważą prawa innych ludzi fałszywym, agresywnym lub antyspołecznym zachowaniem (Carson i in., 2011; Millon, Davis, 2005). W tej grupie osób, można wnioskować o pewnym deprecjonowaniu przywiązania, który jest wiązany z lekceważeniem oraz pomniejszaniem znaczenia obiektu przywiązania lub też jakości relacji i doświadczeń z nim związanych (Lyddon, Sherry, 2001).

Z kolei dla narcystycznego zaburzenia osobowości charakterystyczne jest wyolbrzymione poczucie własnej wartości, brak zrozumienia dla uczuć innych osób oraz silne pragnienie podziwu (Rohmann i in., 2012). Kernberg postrzega osobowość narcystyczną jako swoistą strukturę obronną (Kernberg, 1979). Kohut uzna-

je, iż wielkościowe *self* staje się sposobem obrony przed okrucieństwem świata (za: Gościniak, 2005). Rodzice osób narcystycznych przeceniali prawdziwe możliwości swoich dzieci, a ponadto bardziej cenili ich osiągnięcia niż prawdziwe „ja” (Lyddon, Sherry, 2001). Duży wpływ na rozwój osobowości narcystycznej ma atmosfera nieustannego oceniania panująca w rodzinie (McWilliams, 2009). Dla schizotypowego zaburzenia osobowości charakterystyczne jest izolowanie się od kontaktów społecznych, zaburzenia poznawcze, percepcyjne oraz ekscentryczność (Beck i in., 2005). Źródłem podstawowego defektu osób ze schizotypowym zaburzeniem osobowości może być brak odpowiedniej opieki ze strony matki we wczesnym dzieciństwie, relacje z zimnymi i deprecjonującymi rodzicami (Kernberg, 1979).

Odrzucający wzorzec przywiązania jest wiązany z osobowością schizoidalną (Lyddon, Sherry, 2001), która charakteryzuje się utrwalonym wzorcem wycofania z relacji społecznych (Beck i in., 2005). Etiologia schizoidalnego zaburzenia osobowości związana jest zatem z patologizacją relacji z obiektem. Natomiast zdeorganizowany wzorzec przywiązania wiązany jest z osobowością typu *borderline*, dla której typową cechą jest niestabilność (Carson i in., 2011). U podłoża takich zachowań leży doświadczenie niestabilności, nieprzewidywalności oraz lęku traumatycznego (Dozier i in., 1999). Zauważono duży związek między pacjentami z rozpoznaniem osobowości z pogranicza a zaabsorbowaną i zdeorganizowaną kategorią więzi (Allen, 2001). Jednak w badaniach weryfikujących przedstawiony model jego autorzy nie uzyskali potwierdzenia istnienia związków pomiędzy stylami przywiązania a osobowością antyspołeczną, narcystyczną, obsesyjno-kompulsywną (Sherry i in., 2007).

3. PYTANIA BADAWCZE

Wobec braku jednoznacznej weryfikacji modelu Lyddona i Sherry (2001) celem niniejszych badań jest ustalenie stopnia związku pomiędzy stylami przywiązania i cechami typowymi dla zaburzeń osobowości. Przedstawione dane dotyczące powiązań zaburzeń osobowości i przywiązania upoważniają do sformułowania następujących pytań badawczych:

Czy istnieją (i na czym polegają) relacje pomiędzy stylami przywiązania i nasileniem cech charakterystycznych dla różnego rodzaju zaburzeń osobowości? W jakim stopniu style przywiązania wyjaśniają zmienność wyników w zakresie nasilenia cech zaburzeń osobowości? Założono na podstawie licznych przesłanek z literatury przedmiotu, iż istnieją związki pomiędzy przywiązaniem i nasileniem cech zaburzonej osobowości. Pozabezpieczne style przywiązania w znaczącym stopniu będą wyjaśniały zmienność wyników w zakresie zaburzeń osobowości. Na podstawie koncepcji Lyddona i Sherry (2001) można się spodziewać, iż lękowo-ambiwalentny styl przywiązania będzie wyjaśniał nasilenie cech osobowości zależnej i paranoicznej, zaś styl unikowy przywiązania – cechy osobowości schizotypowej, schizoidalnej. Styl zaabsorbowany będzie wiązał się cechami osobowości histrionicznej, unikającej, zależnej oraz obsesyjno-kompulsyjnej. Z kolei zarówno styl unikowy jak i lękowy będą miały związek z cechami osobowości narcystycznej i antyspołecznej.

Zmienna wyjaśniająca: style przywiązania określone na podstawie wyników Kwestionariusza Stylów Przywiązaniowych Plopy (2008) oraz kwestionariusza ECR-R (Fraley, Waller, Brennan, 2000). Przyjmują postaci stylu bezpiecznego, lękowo-ambivalentnego i unikowego oraz zaabsorbowanego na podstawie techniki ECR-R. Natomiast zmienne wyjaśniane (zależne) to nasilenie cech charakterystycznych dla poszczególnych zaburzeń osobowości określonych na podstawie wyników w SCID-II (First, Spitzer, Gibbon, Williams, 1997). Zatem będą to wyniki dla następujących zaburzeń osobowości: unikającej, zależnej, obsesyjno-kompulsyjnej, bierno-agresywnej, depresyjnej, paranoicznej, schizotypowej, schizoidalnej, histrionicznej, narcystycznej, z pogranicza, antyspołecznej.

4. METODA BADAŃ

4.1. OSOBY BADANE

Grupę badaną stanowiło 155 osób w zbliżonym wieku i o takim samym poziomie wykształcenia. Byli to studenci różnych kierunków studiów zarówno stacjonarnych jak i niestacjonarnych. Proporcje kobiet i mężczyzn w grupie były zbliżone; 85 kobiet i 70 mężczyzn. Średnia wieku dla kobiet wynosiła 21,75 lat ($SD=4,04$), zaś dla mężczyzn 22,37 ($SD=3,86$). Na podstawie wywiadu ustalono, iż osoby badane nie przejawiały przewlekłych chorób somatycznych ani też zaburzeń neuropsychiatrycznych.

Uznano, iż grupa nie-kliniczna jest właściwą do poszukiwania cech zaburzeń osobowości, albowiem istnieje wiele danych w literaturze przedmiotu, iż zaburzenia osobowości oraz znaczące nasilenie cech zaburzeń osobowości występuje w nie-klinicznych populacjach z dużą częstością (Sherry i in., 2007; Torgersen i in., 2001; Trzebińska, 2009). Nie ma podstaw do tego, aby zakładać, iż osoby przejawiające zaburzenia osobowości to tylko i wyłącznie osoby hospitalizowane. Najczęściej takie osoby nie są hospitalizowane, gdyż nie przejawiają znaczących zaburzeń funkcjonowania poznawczego ani fizjologicznego, a to co jest istotą zaburzeń osobowości, np. niewłaściwy wzorzec afektywny, nie jest podstawą do hospitalizowania. Taki wzorzec w znakomitej większości przypadków nie jest korygowany żadną formą terapii, chyba, że zaburzonej osobowości zaczynają towarzyszyć zaburzenia lękowe, nastroju, czy łamanie prawa. Zatem osoby z zaburzoną osobowością są liczne zarówno w populacji nie-klinicznej, jak w klinicznych (Torgersen i in., 2001).

4.2. TECHNIKI BADAWCZE

W badaniach wykorzystano następujące narzędzia:

1. Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych M. Plopy (2008) w celu diagnozy stylów przywiązania. Kwestionariusz składa się z 24 stwierdzeń, po 8 dla każdej ze skal. Osoba badana ustosunkowuje się na 7-stopniowej skali do każdego stwierdzenia. Możliwa jest diagnoza następujących stylów: bezpiecznego, lękowo-ambivalentnego i unikowego. Kwestionariusz opiera się na koncepcji i metodzie Adult Attachment Style Hazan i Shaver (1987). Właściwości psychometryczne Kwestionariusza jak trafność, zgodność wewnętrzną są dobre (Plopa,

- 2008). W analizach wykorzystano trzy subskale mierzące style przywiązaniowe: bezpieczny, lękowo-ambiwalentny, unikowy. Zmienne miały postać ilościową.
2. Kwestionariusz ECR-R (Experiences in Close Relationships - Revised Questionnaire) do badania stylów przywiązania (narzędzie w wersji eksperymentalnej) – autorstwa Fraley i in., 2000. Składa się z dwu skal: przywiązanie lękowe oraz unikające. Na podstawie wyników w tych skalach określa się cztery style przywiązania: bezpieczny (niskie wyniki w obu skalach), zaabsorbowany (wysokie wyniki w skali przywiązania lękowego, niskie w zakresie unikającego), lękowo-unikający (wysokie wyniki w obu skalach), unikający (niskie wyniki w skali przywiązania lękowego, wysokie w zakresie unikającego) (instrukcja na podstawie Fraley i in., 2000). Kwestionariusz składa się z 36 stwierdzeń, po 18 dla każdej ze skal oraz daje możliwość udzielenia odpowiedzi na siedmiostopniowej skali od „całkowicie nie zgadzam się” do „całkowicie zgadzam się”. Wartości psychometryczne narzędzia są bardzo dobre (Sibley i in., 2005). Narzędzie to wykorzystano do pomiaru stylu przywiązania zaabsorbowanego, gdyż zastosowany Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych Płopy nie daje takiej możliwości. Jednak zmienna zaabsorbowany styl przywiązania ma postać zmiennej kategorialnej, gdyż określana jest na podstawie proporcji wyników w dwu skalach. Kwestionariusz ECR-R nie pozwala na ilościowy pomiar tej zmiennej. Z tego też względu, dokonano oddzielnie dla stylu zaabsorbowanego obliczeń statystycznych.
 3. Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości z osi II DSM-IV (SCID-II, First i in., 1997), w polskiej adaptacji (Zawadzki i in., 2010). Jest to narzędzie wystandaryzowane, pozwala na diagnozę 10 zaburzeń osobowości według DSM-IV, oraz dwu dodatkowych. Parametry psychometryczne tego narzędzia są odpowiednie (First i in., 1997; Zawadzki i in., 2010). W analizach wykorzystano 12 skal zaburzeń osobowości.
 4. Kwestionariusz Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ4) S.E. Hylera (1994) w celu potwierdzenia diagnozy cech różnego typu zaburzonej osobowości. W analizach statystycznych nie wykorzystywano wyników tego kwestionariusza. Zastosowanie jego miało charakter dodatkowy. Porównanie wyników w zakresie nasilenia cech zaburzonej osobowości w kwestionariuszu PDQ-4 oraz wyników w SCID-II miało na celu wzmocnienie diagnozy cech zaburzonej osobowości. Istotnie wyniki w SCID-II i w PDQ-4 Hylera okazały się zbieżne, co świadczy po pierwsze o wartości kwestionariusza Hylera w diagnozowaniu zaburzonej osobowości, a po drugie daje podstawę do twierdzenia, iż uzyskane rezultaty w niniejszych badaniach w odniesieniu do cech zaburzonej osobowości są wiarygodne. PDQ-4 jest narzędziem przesiewowym w diagnostyce różnicowej zaburzeń osobowości, znanym i stosowanym na świecie. Nie posiada polskiej adaptacji. Zgodność wewnętrzna kwestionariusza jest dobra (Guy i in., 1994). Nad przydatnością tego narzędzia przeprowadzono wiele klinicznych i nie-klinicznych badań. Kwestionariusz PDQ4 posiada wysoką wartość w badaniach selekcyjnych w zakresie diagnozy zaburzeń osobowości (Hunt, Andrews, 1992; Patrick i in., 1995).

4.3. ANALIZA STATYSTYCZNA

W celu wyjaśnienia relacji pomiędzy stylami przywiązania i nasileniem cech charakterystycznych dla poszczególnych typów zaburzonej osobowości wykonano wielozmianową analizę regresji. Założono na podstawie przesłanek wynikających z literatury przedmiotu, iż predyktorami są style przywiązania (styl bezpieczny, lękowo-ambiwalentny, unikowy), zaś zmiennymi zależnymi cechy zaburzonej osobowości (unikającej, zależnej, obsesyjno-kompulsyjnej, bierno-agresywnej, depresyjnej, paranoicznej, schizotypowej, schizoidalnej, histrionicznej, narcystycznej i borderline). Po sprawdzeniu rozkładu zmiennych i ich właściwości, stwierdzono, iż w większości ich rozkłady nie odbiegają od rozkładu normalnego. Zdecydowano, aby nie włączać do analizy regresji wyników w zakresie antyspołecznego zaburzenia osobowości, gdyż wyniki tej zmiennej istotnie odbiegały od rozkładu normalnego. Ponadto dokonano oddzielnie obliczeń dla stylu zaabsorbowanego, gdyż zmienna ta miała postać kategorialną. Zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji w celu wykazania różnic w zakresie nasilenia cech dla poszczególnych zaburzeń osobowości u osób charakteryzujących się różnymi stylami przywiązania: zaabsorbowanym i lękowo-unikającym. W tym przypadku style były określone na podstawie kwestionariusza ECR-R (Fraley i in., 2000). Zmienne (style przywiązania) miały postać kategorialną, wybrano dwa style, które hipotetycznie mogły mieć znaczenie w badanej relacji. Odrzucono styl unikowy, gdyż liczba osób przejawiających taki styl wynosiła 4, zatem była zbyt mała, aby włączyć ją w analizy statystyczne, zaś styl bezpieczny w postaci zmiennej kategorialnej wyłączono ze względu na to, iż był wzięty pod uwagę w analizie regresji, kiedy ta zmienna miała postać ilościową.

4.4. WYNIKI

Statystyki opisowe dla poszczególnych zmiennych zostały przedstawione w tabeli nr 1, zaś kluczowe dla niniejszego opracowania wyniki w tabeli nr 2. Z analizy regresji wynika, iż założony model obejmujący zmienne wyjaśniające style przywiązaniowe: bezpieczny, lękowo-ambiwalentny i unikowy, wyjaśniają istotny procent wariancji wyników w zakresie nasilenia cech typowych dla różnych rodzajów zaburzonej osobowości. Przywiązanie lękowo-ambiwalentne wyjaśnia 26% wariancji wyników w zakresie cech osobowości unikającej. Podobnie, przywiązanie lękowo-ambiwalentne i unikowe wyjaśniają 27% zmienności wyników w zakresie cech osobowości zależnej. Choć w tym przypadku wyższe wyniki w zakresie przywiązania lękowo-ambiwalentnego wiążą się z wyższym nasileniem cech osobowości zależnej ($\beta=0,53$, $p<0,001$), zaś wyższe wyniki w zakresie przywiązania unikowego z niższym nasileniem cech osobowości zależnej ($\beta=-0,29$, $p<0,05$). Przywiązanie lękowo-ambiwalentne wyjaśnia ponadto 9% wariancji wyników w zakresie cech osobowości obsesyjno-kompulsyjnej i 18% wariancji wyników w zakresie cech osobowości bierno-agresywnej. Kolejno styl lękowo-ambiwalentny wyjaśnia wspólnie z bezpiecznym stylem przywiązania 36% wariancji wyników w zakresie cech osobowości depresyjnej. Im wyższe wskaźniki w zakresie stylu lękowo-ambiwalentnego, tym wyższe nasilenie cech depresyjnych osobowości ($\beta=0,45$, $p<0,001$), zaś

im niższe wyniki w zakresie stylu bezpiecznego, tym wyższe w zakresie depresyjnej osobowości ($\beta=-0,42$, $p<0,001$). Zbliżone rezultaty uzyskano w odniesieniu do cech osobowości paranoicznej; styl lękowo-ambivalentny i bezpieczny wyjaśniają 13% wariacji wyników w zakresie tego rodzaju osobowości. Wyższe wyniki w zakresie stylu lękowo-ambivalentnego i niższe w zakresie bezpiecznego współwystępują z wysokim nasileniem cech osobowości paranoicznej. Z kolei cechy osobowości schizotypowej wyjaśniane są głównie przez styl unikowy, jednak jedynie 5% wariacji wyników wyjaśniane jest przez model; im wyższe wyniki w zakresie stylu unikowego tym wyższe nasilenie cech schizotypowych osobowości. Osobowość schizoidalna wiąże się również z podwyższonym stylem unikowym i obniżonym stylem bezpiecznym; te zmienne wyjaśniają 27% wariacji wyników w zakresie cech osobowości schizoidalnej. Żadna ze zmiennych w założonym modelu nie wyjaśnia zmienności wyników w zakresie cech osobowości histrionicznej. Natomiast cechy osobowości narcystycznej są wyjaśniane jedynie przez nasilenie stylu lękowo-ambivalentnego (9% wariacji wyników). Łącznie styl bezpieczny i lękowo-ambivalentny wyjaśniają z kolei 28% wariacji wyników w zakresie cech osobowości z pogranicza. Im wyższe wyniki w zakresie stylu lękowo-ambivalentnego ($\beta=0,53$, $p<0,001$), i jednocześnie niższe w zakresie stylu bezpiecznego ($\beta=-0,27$, $p<0,05$), tym wyższe nasilenie cech osobowości typu borderline.

Tabela 1. Statystyki opisowe ($N=155$).

Zmienne	M	SD	Min.	Max.
Style przywiązania				
Styl bezpieczny	39,85	9,69	14	56
Styl lękowo-ambivalentny	26,62	11,20	8	55
Styl odrzucający	22,23	9,68	8	54
Cechy zab. osob. SCID-II				
Osob. unikająca	2,45	1,71	0	7
Osob. zależna	2,01	1,53	0	6
Osob. obsesyjno-kompulsyjna	3,85	1,70	0	8
Osob. bierno-agresywna	2,95	1,88	0	7
Osob. depresyjna	2,74	2,27	0	8
Osob. paranoiczna	2,55	1,80	0	7
Osob. schizotypowa	3,24	2,27	0	10
Osob. schizoidalna	2,04	1,44	0	6
Osob. histrioniczna	2,46	1,84	0	7
Osob. narcystyczna	4,68	2,90	0	14
Osob. borderline	5,08	3,15	0	14
Osob. antyspołeczna	2,40	5,79	0	10

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tabela 2. Wyniki regresji wielozmiennowej (N=155).

Cechy zab. os.	Preedyktory	Styl bezpieczny β	Styl lęk.- ambiwalentny β	Styl unikowy β	R	R^2	$F_{(3,151)}$
Os. unikająca		-0,20	0,38***	0,14	0,51	0,26	12,11***
Os. zależna		0,05	0,53***	-0,29*	0,52	0,27	12,62***
Os. obsesyjno-komp.		-0,04	0,22*	0,10	0,30	0,09	3,39*
Os. bierno-agresywna		-0,03	0,44***	-0,05	0,42	0,18	7,33***
Os. depresyjna		-0,42***	0,45***	-0,07	0,59	0,36	18,87***
Os. paranoiczna		-0,36***	0,28**	-0,20	0,36	0,13	5,08**
Os. schizotypowa		-0,09	-0,00	0,29*	0,23	0,05	1,95
Os. schizoidalna		-0,34**	-0,17	0,25*	0,52	0,27	12,71***
Os. histrioniczna		0,14	0,13	-0,10	0,23	0,05	1,93
Os. narcystyczna		-0,18	0,25*	-0,03	0,30	0,09	3,44*
Os. borderline		-0,27*	0,43***	-0,01	0,53	0,28	13,36***

¹ Wyniki dotyczące osobowości antyspołecznej nie zostały wzięte pod uwagę w modelu regresji ze względu na rozkład zmiennej istotnie odbiegający od normalnego.

* – istotne na poziomie $p < 0,05$

** – istotne na poziomie $p < 0,01$

*** – istotne na poziomie $p < 0,001$

Kolejno postanowiono sprawdzić czy styl zaabsorbowany różnicuje nasilenie cech charakterystycznych dla poszczególnych badanych typów osobowości zaburzonej. Zmienna styl zaabsorbowany miała postać kategoryjną, dlatego też dokonano porównania nasilenia cech typowych dla zaburzonych osobowości u osób cechujących się stylem zaabsorbowanym i lękowo-unikającym (określonych na podstawie wyników kwestionariusza ECR-R). Pomimo pozornego zróżnicowania nie wykazano żadnych istotnych różnic pomiędzy nasileniem poszczególnych cech zaburzeń osobowości u osób przejawiających styl zaabsorbowany i lękowo-unikający.

Tabela 3. Porównanie nasilenia cech charakterystycznych dla różnych rodzajów zaburzonej osobowości u osób przejawiających zaabsorbowany styl przywiązania ($N=21$) oraz lękowy styl przywiązania ($N=26$). Wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji.

Cechy zab. osob.	Style	Styl lęk.- Ambiwalentny M (SD)	Styl zaabsorbowany M (SD)	$F_{(1,153)}$
Os. unikająca		4,00 (1,81)	3,23 (1,82)	0,10 ns
Os. zależna		2,62 (1,53)	2,38 (1,85)	1,37 ns
Os. obsesyjno-komp.		4,10 (1,89)	3,85 (1,91)	0,17 ns
Os. bierno-agresywna		3,43 (1,56)	3,50 (1,77)	0,58 ns
Os. depresyjna		4,90 (1,89)	3,54 (2,24)	0,14 ns
Os. paranoiczna		3,29 (1,76)	2,88 (1,53)	1,59 ns
Os. schizotypowa		4,00 (2,64)	3,46 (2,30)	0,01 ns
Os. schizoidalna		3,39 (1,65)	1,77 (1,01)	3,10 ns
Os. histrioniczna		2,29 (1,30)	2,58 (2,21)	2,93 ns
Os. narcystyczna		5,19 (2,63)	5,08 (2,88)	0,20 ns
Os. borderline		7,14 (3,79)	5,73 (2,92)	2,25 ns

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, ns – nieistotne statystycznie

4.5. DYSKUSJA

Niniejsze wyniki badań jedynie częściowo potwierdzają istnienie związku stylu przywiązania z cechami charakterystycznymi dla poszczególnych zaburzeń osobowości. Model Lyddona i Sherry (2001) nie został w pełni zweryfikowany pozytywnie. Podobnie zresztą weryfikacja dokonana przez samych autorów tego modelu nie przyniosła potwierdzenia wszystkich jego założeń (Sherry i in., 2007). Rezultaty były podobne do aktualnych; na przykład okazało się, iż bezpieczny styl przywiązania koreluje negatywnie z większością rodzajów zaburzonej osobowości. W niniejszych badaniach stwierdzono, iż największy procent zmienności wyników jest wyjaśniany przez styl lękowo-ambiwalentny. I tak, ten styl przywiązania wiąże się z nasileniem cech osobowości unikającej, zależnej, obsesyjno-kompulsyjnej, depresyjnej, paranoicznej, narcystycznej oraz borderline. Zbliżone rezultaty uzyskali Sherry, Lyddon i Henson (2007) w badaniach, w których łącznie styl lękowy i zaabsorbowany istotnie korelowały z nasileniem cech osobowości zależnej, unikającej, paranoicznej, borderline. Obecna weryfikacja nie potwierdziła jednak istotnej roli stylu zaabsorbowanego jako predyktora dla cech zaburzeń osobowości. Aktualnie nie potwierdzono także relacji pomiędzy stylami przywiązania i histrionicznymi cechami zaburzonej osobowości. Ten rodzaj zaburzenia należy do grupy A zaburzeń dziwaczno-ekscentrycznych według DSM-IV (1994), i być może w mniejszym stopniu jest powiązany z wzorcami przywiązania. Dacko (2011) również nie uzyskała istotnej korelacji w odniesieniu do tego zaburzenia i stylów przywiązania.

Relacja pomiędzy unikowym stylem przywiązania i cechami zaburzenia schizoidalnego oraz schizotypowego została wykazana zarówno w aktualnych badaniach, jak i podjętych przez Sherry i zespół w 2007 roku. Mogłoby to wskazywać, iż źródłem podstawowego defektu u osób ze schizotypowym zaburzeniem osobowości, jakim jest niezdolność do tworzenia relacji jest wzorzec przywiązania utrwalony we wczesnym dzieciństwie, bądź że cechy tego zaburzenia osobowości przyczyniają się do trudności w zakresie nawiązywania kontaktów interpersonalnych (Dacko, 2011; Lyddon, Sherry, 2001). Sherry, Lyddon i Henson (2007) z kolei nie potwierdzili związków pomiędzy stylami przywiązania i osobowością antyspołeczną, narcystyczną oraz obsesyjno-kompulsyjną. Ponadto ciekawa i spójna w obu badaniach jest wykazana relacja pomiędzy stylem unikowym przywiązania i osobowością zależną; tutaj związek ma postać dodatnią. Oznacza to, iż zmniejszone unikanie współwystępuje z nasileniem cech osobowości zależnej. Jednak w innych badaniach cechy osobowości zależnej pozytywnie korelowały ze stylem unikowym przywiązania (Dacko, 2011). Można zatem uznać, iż nadal istnieje wiele niejasności w obszarze relacji style przywiązania – zaburzenia osobowości.

Z przedstawionych rezultatów wynika, iż największa zmienność cech zaburzonej osobowości wiąże się z lękowo-ambiwalentnym stylem przywiązania. Zatem zarówno w przypadku osobowości unikającej, zależnej, obsesyjno-kompulsyjnej, bierno-agresywnej, depresyjnej, paranoicznej, narcystycznej, jak i z pogranicza, mechanizm lękowy odgrywa kluczową rolę. Mechanizm ten konstituuje styl lękowo-ambiwalentny przywiązania. Trudno nie zgodzić się w tym kontekście ze stanowiskiem Freuda, iż lęk odgrywa kluczową rolę w wszystkich formach psychopatologii (Freud, 1917/1992). Doświadczenie strachu, lęku, napięcia, konfliktów w relacjach z obiektem, owocuje ukształtowaniem lęku jako cechy, który jest esencjalnym komponentem lękowo-ambiwalentnego stylu przywiązania. Lęk jako cecha to dyspozycja lub motyw, który czyni jednostkę podatną na postrzeganie niegroźnych sytuacji jako zagrażające, a także reagowanie na te sytuacje w sposób nieproporcjonalny stanami lęku (Wrześniewski i in., 2002). Spielberger wiąże to z negatywnymi doświadczeniami z wczesnego dzieciństwa (ibid.). Ogólnie osoby cechujące się wysokim poziomem lęku osobowościowego są mniej zadowolone z siebie, stosują strategie samoobwiniania i autodeprecjacji (Öhman, 2005). Pomiędzy lęk pełni kluczowe i konstruktywne funkcje w rozpoznawaniu zagrożenia, podejmowaniu różnych działań naprawczych i ochronnych, to jednak zbyt duże proporcje lęku w doświadczeniach osobniczych mogą doprowadzić do dysfunkcjonalnych zachowań. Nadmiar lęku jest przyczyną ukształtowania się różnych form psychopatologii (ibid.). Dysfunkcyjny wpływ lęku na rozwój osobowości zgodnie z poznawczą koncepcją lęku opiera się na jego wielokierunkowym oddziaływaniu na system poznawczo-afektywny (Öhman i in., 2000). Działa on dezorganizująco na proces uwagi, percepcji, przetwarzania informacji, zachowanie człowieka, komunikację z otoczeniem oraz reakcje fizjologiczne (Boals, Klein, 2005). Osoby cechujące się wysokim poziomem lęku osobowościowego postrzegają sytuacje jako bardziej zagrażające niż czynią to inni ludzie (Öhman i in., 2000). Modyfikują percepcję rzeczywistości w taki sposób, iż nacechowują różne bodźce negatywną walencją emocjonalną, koncentrują się na bodźcach negatywnych (mechanizm

stronniczości uwagi [Dewitte i Houwer, 2008]). W takiej sytuacji dochodzi do automatycznego przeniesienia uwagi na bodźce negatywne, czy też na bodźce zagrożające, a interpretacje znaczenia afektywnego tych bodźców są nacechowane negatywnie (Gawda, 2007, 2012). Konsekwencjami tego jest poczucie niejednoznaczności, niepewności czy nieklarowności. Postrzeganie rzeczywistości w efekcie staje się bardziej lękowe. W każdym zaburzeniu osobowości z tych, które korelowały z lękowo-ambiwalentnym stylem przywiązania, taki mechanizm lękowy w jakimś stopniu został ukształtowany. Należą one do grupy zaburzeń obawowo-lękowych, czyli tzw. grupy C według DSM-IV (1994), co oznacza iż opisany mechanizm jest wkomponowany w ich strukturę.

Pomimo iż uzyskano istotnie wyższe statystyki dla stylu lękowo-ambiwalentnego przywiązania w odniesieniu do niektórych cech zaburzeń osobowości, nie można uznać, iż styl ten wyjaśnia zróżnicowanie i specyfikę poszczególnych rodzajów zaburzeń osobowości. Wzorec przywiązania to kategoria bardzo ogólna, co prawda w jakimś stopniu konstytuuje schematy kognitywno-afektywne (Blatt, 1995; Gawda, 2012), ale też jest zbyt ogólny aby przewidywać na jego podstawie konkretny rodzaj zaburzonej osobowości. Trudno bowiem byłoby wyjaśnić w jaki sposób jeden styl lękowo-ambiwalentny odpowiada za zróżnicowanie zaburzeń osobowości nawet w obrębie grupy C, obawowo-lękowych zaburzeń osobowości. Najprawdopodobniej mechanizm lękowy ma charakter niespecyficzny i jako taki właśnie uczestniczy w konstytuowaniu zaburzeń osobowości. Nie ma prostej zależności pomiędzy stylami przywiązania i zaburzeniami osobowości. Nie ma też charakteru przyczynowo-skutkowego pomiędzy tymi właściwościami (Berghaus, 2011). Konstytuowanie się zaburzenia osobowości uwarunkowane jest wieloma czynnikami wchodzącymi w różnorodne interakcje. W analizie przyczyn zaburzeń osobowości bierze się pod uwagę różnorodną etiologię: biologiczne uwarunkowania, ewolucyjne, społeczne (np. Jakubik, 2003). Wzorec przywiązania jest jednym z wielu elementów, który może w jakiś sposób współdeterminować kształtowanie się mechanizmów zaburzeń osobowości. Jednak nie ma podstaw do tego, aby przypisywać mu tak fundamentalną rolę, jak zakładają niektórzy teoretycy, np. Lyddon i Sherry (2001). Teoria przywiązania kładzie nacisk na znaczenie więzi dla rozwoju człowieka, nie doceniając znaczenia innych czynników (Harris, 1998). W świetle uzyskanych wyników rola więzi w genezie zaburzeń osobowości wydaje się przeceniona. Krytycy teorii przywiązania podkreślają, iż zwolennicy tego nurtu ignorują wpływ wielu innych czynników biorących udział w modelowaniu zachowań, na przykład rolę rówieśników, środowiska, czynników genetycznych czy biologicznych (Field, 1996; Harris, 1998). Ponadto krytykuje się, iż zakres zachowań przypisywanych poszczególnym stylom przywiązania opisany został na bazie pierwotnego wzoru przywiązania typowego dla wczesnego dzieciństwa i nie uwzględniono w tym opisie zmiennych rozwojowych. Nie wiadomo zatem, w jaki sposób wzór ten kształtuje się w kolejnych fazach rozwojowych, ani też jakie zawiera komponenty. Brak takiego szczegółowego opisu z uwzględnieniem cech typowych dla kolejnych faz rozwoju człowieka w znaczący sposób ogranicza wartość wyjaśniającą całego modelu (Field, 1996). Nie ma bowiem żadnych podstaw aby wnioskować o zachowaniach osób z różnych faz rozwojowych w oparciu o typowy wzorec za-

chowania dla wczesnego dzieciństwa (Berghaus, 2011). Niejasne zatem relacje pomiędzy wczesnym modelem więzi a późniejszymi formami więzi czynią podstawowe założenia teorii przywiązania bardzo wątpliwymi (ibid.). Według niektórych krytyków teoria ta jest zbyt ogólna, próbuje wyjaśnić wszystko – a w efekcie nie wyjaśnia zbyt wiele (ibid.). Bardzo poważnym jej mankamentem jest to, iż właściwie nie przeprowadzono gruntownej empirycznej weryfikacji jej założeń (Field, 1996).

Na uzyskane rezultaty w niniejszych badaniach mogły mieć wpływ także pewne ograniczenia związane z zastosowanymi technikami badawczymi. O ile diagnoza cech osobowości wydaje się dość trafna, potwierdzona bowiem została dwiema technikami, a wyniki w tym zakresie były spójne, o tyle diagnoza stylów przywiązania może budzić zastrzeżenia. Wykorzystano kwestionariusz ECR-R (Fraley i in., 2000) w celu diagnozy stylu zaabsorbowanego. Jednak określenie tego stylu opiera się na wynikach dwu skal i zmienna w efekcie przyjmuje postać kategoryjną. U podłoża zasad obliczania wyników leży założenie, iż jedna osoba może charakteryzować się tylko jednym stylem z czterech diagnozowanych przy pomocy ECR-R. To wydaje się dość dyskusyjne, ponieważ jest mało prawdopodobne, aby u jednej osoby występował tylko jeden styl przywiązania. Raczej należałoby oczekiwać, iż u osoby występuje zróżnicowane nasilenie różnych stylów przywiązania. Oznacza to, iż istnieje możliwość, że procedura określania stylu przywiązania w kwestionariuszu ECR-R mogła mieć wpływ na charakter uzyskanych rezultatów. Być może w celu pełnej weryfikacji związku pomiędzy stylami przywiązania i zaburzeniami osobowości należałoby wziąć pod uwagę inne techniki pomiaru przywiązania.

BIBLIOGRAFIA

- Adamczyk, K., Pilarska, A. (2012). Attachment style, relationship status, gender, and relational competence among young adults. *Polish Psychological Bulletin*, 43(2), 59-69.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allen, J.G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. New York: Wiley.
- Barlow, D.H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and the disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 11, 1247-1263.
- B Bartholomew, K., Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bateman, A.I, Fonagy, F. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. A practical guide*. Oxford: University Press.
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D. (2005). *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Berghaus, B.J. (2011). A new look at attachment theory and adult attachment behavior. *Behaviorology Today*, 14(2), 3-10.

- Blatt, S.J. (1995). Representational structures in psychopathology. W: D. Cicchetti, S.T. Toth (red.), *Representation, emotion and cognition in developmental psychopathology* (s.1-33). Rochester: University of Rochester Press.
- Boals, A. Klein, K. (2005). Word use in emotional narratives about failed romantic relationships and subsequent mental health. *Journal of Language and Social Psychology, 24(3)*, 252-268.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol.1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988/2005). *A secure base. Clinical Applications of Attachment Theory*. London and New York: Routledge Classics.
- Carson, R.C., Butcher, J.N., Mineka, S. (2011). *Psychologia zaburzeń. Człowiek we współczesnym świecie, vol.1*. Gdańsk: GWP.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*, 2-3, 228-49.
- Cassidy, J., Shaver, P.R. (red.)(1999). *Handbook of Attachment. Theory. Research and Clinical applications*. London: The Guilford Press.
- Chojnacka, A., Ustajan, D. (2009). Zaburzenia osobowości: opis zjawiska. W: E. Trzebińska (red.), *Szaleństwo bez utraty rozumu. Z badań nad zaburzeniami osobowości* (s.17-34). Warszawa: Academica.
- Chorpita, B.F., Barlow, D.H. (1998). The Development of Anxiety. The Role of Control in the Early Environment. *Psychological Bulletin 124, 1*, 3-21.
- Connors, M.E. (1997). The renunciation of love: Dismissive attachment and its treatment. *Psychoanalytic Psychology, 14(4)*, 475-493.
- Dacko, M. (2011). Zaburzenia osobowości a styl przywiązania u osób w bliskich związkach partnerskich. *Current Problems of Psychiatry, 12(4)*, 428-432.
- Dewitte, M., Houwer De, J. (2008). Adult attachment and attention to positive and negative emotional face expression, *Journal of Research in Personality, 42*, 498-505.
- Dozier, M., Stovall, K.C., Albus, K.E. (1999). Attachment and psychopathology in Adulthood. W: J. Cassidy, P.R. Shaver (red.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (s.497-519). New York, London: The Guilford Press.
- DSM-IV-TR. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: APA.
- DSM-IV. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: APA. 231.
- Field, T. (1996). Attachment and separation in young children. *Annual Review of Psychology, 47*, 541-562.
- First, M. B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B. (1997) *The Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) – Clinical Version*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fowler, K.A., O'Donohue, W.T., Lilienfeld, S.O. (2007). Personality disorders in perspectives. W: W.T. O'Donohue, K.A. Fowler, S.O. Lilienfeld (red.), *Personality Disorders. Toward the DSM-V* (s. 1-20). Los Angeles: Sage.

- Fraley, R.C., Waller, N.G., Brennan, K.A. (2000). An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350-365.
- Freud, S. (1917/1992). *Wstęp do psychoanalizy*. Warszawa: PWN.
- Gabbard, G.O. (2009). *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Gawda, B. (2007). Lęk osobowościowy a bogactwo narracji o uczuciach – hipoteza o wpływie lęku na rozwój reprezentacji afektywnych. *Psychologia Rozwojowa*, 12, 4, 65-75.
- Gawda, B. (2012). Associations between anxiety and love scripts. *Psychological Reports*, 111, 1, 293-303.
- Gościniak, J. (2005). Podstawowe pojęcia psychologii self Heinza Kohuta. W: L. Cierpiałkowska, J. Gościniak (red.), *Współczesna psychoanaliza. Modele konfliktu i deficytu* (s. 89-111). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Greenberg, M.T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. W: J. Cassidy, P.R. Shaver (red.), *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications* (s. 469-519). London: The Guilford Press.
- Guy L.S., Poythress, N.G., Douglas, K.S., Skeem J.L., Edens, J.F. (2008) Correspondence Between Self-Report and Interview – Based Assessments of Antisocial Personality Disorder. *Psychological Assessment*, vol. 20, no. 1, 47-54.
- Harris, J.R. (1998). *The nurture assumption: Why children turn out the way they do*. New York: Free Press.
- Hazan, C., Shaver, P. (1987) Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hunt, C., Andrews, G. (1992). Measuring Personality Disorders: The Use of Self-Report Questionnaires. *Journal of Personality Disorders*, 6, 2, 125-133.
- Hyer, S.E.(1994). *Personality Questionnaire, PDQ-4*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Jakubik, A. (2003). *Zaburzenia osobowości*. Warszawa: PZWL.
- Jelińska, M. (2008). Style przywiązania a rozwój osobowy dzieci i młodzieży – szanse i zagrożenia. W: M. Jankowska, M. Ryś (red.), *W trosce o wewnętrzną wolność osoby* (s. 121-129). Warszawa: UKSW.
- Johnson, J.G., Bornstein, R.F. (1992). Utility of the Personality Diagnostic Questionnaire- Revised in A Nonclinical Population. *Journal of Personality Disorders*, 6, 4, 450-457.
- Juroszek, W., Haberla, O., Kubeczko, W. (2012). Zależności pomiędzy stylami przywiązania a intymnością, namiętnością i zaangażowaniem u narzeczonych. *Fides et Ratio*, 2(10), 89-101.
- Kernberg, O.F. (1979). Two reviews of the literature on borderlines: An assessment. *Schizophrenia Bulletin*, 5, 53-58.
- LeDoux, J.E (2000). *Mózg emocjonalny. Tajemnicze podstawy życia emocjonalnego*. Poznań: Media Rodzina.
- Liberska, H. Suwalska, D. (2011). Styl przywiązania a relacje partnerskie we wczesnej dorosłości. *Psychologia Rozwojowa*, 16(1), 25-39.

- Lyddon, W.J., Sherry, A. (2001). Developmental Personality Styles: An Attachment Theory Conceptualization of Personality Disorders. *Journal of Counseling and Development*, 79, 405-414.
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 2, 237-243.
- Mandal, E., Zalewska, K. (2010). Psychiczna kobiecość i męskość, poczucie własnej atrakcyjności, style przywiązania, style radzenia sobie i strategie autoprezentacji u kobiet podejmujących próby samobójcze. *Psychiatria Polska*, 44, 327-339.
- McWilliams, N. (2009). *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: GWP.
- Millon, T., Davis, R. (2005). *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Mills, J. (2008). Attachment deficits, personality structure, and PTSD. *Psychoanalytic Psychology*, 25(2), 380-395.
- Öhman, A., (2005). Strach i lęk z perspektywy ewolucyjnej, poznawczej i klinicznej. W: M. Lewis i J.M. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji* (s. 719-745). Gdańsk: GWP.
- Öhman, A., Flykt, A., Lundqvist, D. (2000). Unconscious emotion: Evolutionary perspectives, psychophysiological data, and neuropsychological mechanisms. W: R. Lane, L. Nadel (red.), *The cognitive neuroscience of emotion* (s. 296-327). New York: Oxford University Press.
- Patrick, J., Links, P., Van Reekum, R., Mitton, M. J. E. (1995). Using the PDQ-R BPD Scale as a brief screening measure in the differential diagnosis of Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9, 3, 266-274.
- Plopa, M. (2008). *Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych*. Warszawa: PTP.
- Rajewska-Rynkowska, K. (2005). Przywiązanie i trauma a psychopatologia. W: L. Cierpiałkowska, J. Gościński (red.), *Współczesna psychoanaliza. Modele konfliktu i deficytu* (s. 223-246). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Rohmann, E., Neumann, E., Herner, M.J., Bierhoff, H-W. (2012). Grandiose and vulnerable narcissism. Self-construct, attachment, and love in romantic relationships. *European Psychologist*, 17(4), 279-290.
- Sherry, A., Lyddon, W.J., Henson, R.K. (2007). Adult attachment and developmental personality styles: an empirical study. *Journal of Counseling Development*, 85, 337-348.
- Sibley, C.G., Fischer, R., Liu, J.H. (2005). Reliability and validity of the Revised Experiences in Close relationships (ECR-R) Self – report measure of adult romantic attachment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(11), 1524-1536.
- Sroufe, L.A., Duggal, S., Weinfield, N., Carlson, E. (2000). Relationships, development and Psychopathology. W: A.J. Sameroff, M. Lewis, S.M. Miller (red.), *Handbook of developmental Psychopathology* (s. 1-17). New York: Kluwer Academic Press.

- Sroufe, L.A., Carlson, E.A., Levy, A.K., Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11, 1-13.
- Świtała, J. (2004). Osobowość unikająca. W: L. Cierpiałkowska (red.), *Psychologia zaburzeń osobowości. Wybrane zagadnienia* (s. 233-262). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 6, 590-596.
- Trzebińska, E. (red.) (2009). *Szaleństwo bez utraty rozumu. Z badań nad zaburzeniami osobowości*. Warszawa: Academica.
- Wrześniewski, K., Sosnowski, T., Matusik, D. (2002). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Zawadzki, B., Popiel, A., Pragłowska, E. (2010). *Ustrukturalizowany Wywiad Kliniczny do Badania Zaburzeń Osobowości z osi II DSM-IV*. Warszawa: PTP.