Psihološka obzorja / Horizons of Psychology, 13, 3, 119-138 (2004)
© Društvo psihologov Slovenije 2004, ISSN 1318-1874
Strokovni empirično-raziskovalni prispevek

Vprašalnik motenj osebnosti: razvoj in preliminarna raziskava

*Emil Benedik**
Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje

Povzetek: Prispevek opisuje razvoj vprašalnika za motnje osebnosti (VMO), ki smo ga sestavili na podlagi kriterijev za motnje osebnosti iz DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), Beckove teorije bazičnih zmotnih prepričanj (Beck in Freeman, 1990) in psihoanalitičnih teorij temeljnih osebnostnih struktur. Usmerili smo se predvsem na doživljanje sebe in drugih ljudi, kar je po omenjenih teorijah značilno za specifične tipe osebnosti. Prav tako je naš pogled na osebnostne motnje širši: ni omejen na aktualne osebnostne tipe po DSM-IV, predvidevamo dimenzionalno razporeditev motenj. Vprašalnik sestavlja 213 postavk v dvanajstih kliničnih lestvicah (za histrionične, obsesivno-kompulzivne, izogibajoče se, pasivno-agresivne, odvisnostne, depresivne, narcisistične, mejne, antisocialne, paranoidne, shizoidne in shizotipske osebnostne motnje) in lestvico iskrenosti. Glede na teorijo osebnostnih organizacij (Kernberg, 1986) in druge psihoanalitične teorije, smo posamezne lestvice razdelili v štiri skupine: nevrotične (histrionične, obsesivno kompulzivne, izogibajoče se, pasivno-agresivne motnje), depresivne (depresivne in odvisnostne motnje), mejne (narcisistične, mejne in antisocialne motnje) in psihotične motnje (paranoidne, shizoidne in shizotipske motnje). V raziskavi je sodelovalo 215 zdravih odraslih oseb (brez psihiatrične diagnoze) in 415 odraslih oseb s psihiatrično diagnozo. Zastopana sta bila oba spola. Notranja konsistentnost in diskriminativna veljavnost posameznih lestvic je zadovoljiva, odkrivamo pa precejšnjo medsebojno povezanost. Veljavnost smo preverjali z osebnostnim vprašalnikom PDQ-4 (Personality Diagnostic Questionnaire; Hyler, 1994) in s primerjavo rezultatov med zdravimi udeleženci raziskave ter psihiatričnimi bolniki različnih diagnostičnih skupin. Rezultati so večinoma v skladu s pričakovanji in podpirajo izhodiščno teorijo o povezavi različnih osebnostnih organizacij s specifičnimi psihičnimi motnjami V nadaljevanju nas čaka še obsežnejša validacija vprašalnika s faktorsko analizo.

Ključne besede: motnje osebnosti, merjenje, mere osebnosti, psihodiagnostika

The Questionnaire of Personality Disorders (VMO): Construction and preleminary research

Emil Benedik
Psychiatric Clinic Begunje, Begunje, Slovenia

Abstract: The article describes the development of the self-report Questionnaire of Personality Disorders (VMO), which was constructed on the basis of DSM-IV classification for personality disorders (American Psychiatric Association, 1994), Beck's theory of dysfunctional cognitive schemas (Beck and Freeman, 1990) and psychoanalytic theories of basic personality structures. We focused on the basic experiencing

**Naslov / address: Dr. Emil Benedik, spec. klin. psih., Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje 55, 4275 Begunje, Slovenija, e-mail: emil.benedik@g-kabel.si*

of self and others, which is characteristic of specific personality type. In regard to these theories we believe that personality disorder is a broader term; the disorders within it are not limited to existing DSM-IV axis II categories. The personality disorders are complex phenomenon, which are better described on dimensional then categorical scales as well. The questionnaire consists of 213 items that correspond to 12 clinical scales (for histrionic, obsessive-compulsive, passive-aggressive, avoidant, dependent, depressive, narcissistic, borderline, antisocial, paranoid, schizoid and schizotypal personality disorders) and a lie scale. According to the personality organization theory (Kernberg, 1986) and other psychoanalytic theories, the scales were divided into four groups: neurotic (histrionic, obsessive-compulsive, passive-aggressive and avoidant disorders), depressive (dependent and depressive disorders), borderline (narcissistic, borderline and antisocial disorders) and psychotic disorders (paranoid, schizoid and schizotypal disorders). The questionnaire was administered to 415 adult psychiatric patients and 215 healthy persons (without psychiatric diagnosis) of both sexes. They were compared according to the responses on the questionnaire. The internal reliability of scales was sufficient and also the correlation between scales was quite strong. The validity was tested with the Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-4, Hyler, 1994) and through comparing of the results of healthy individuals and psychiatric patients with different diagnosis. The results are generally in accordance with the expectations and support the connection between different personality organizations and specific mental disorders. Validation of the questionnaire with the factor analysis still has to be made.

Key words: personality disorders, measurement, personality measures, psychodiagnosis

CC=2224, 3217

Merjenje motenj osebnosti

Motnje osebnosti predstavljajo v psihiatriji eno najbolj nejasnih kategorij. Nanjo se nanašajo številne kritike in zato je bila deležna pogostih sprememb v zgodovini psihiatričnega klasificiranja oz diagnosticiranja. V klasifikaciji DSM-IV (1994) so definirane kot trajen vzorec notranjega izkustva in vedenja, ki pomembno odstopa od pričakovanj posameznikovega kulturnega okolja in se odražajo na naslednjih (vsaj dveh) področjih: kogniciji, čustvovanju, medosebnih odnosih in/ali kontroli impulzov. Niso rezultat psihofizioloških učinkov ali substanc oz. splošnega somatskega stanja ali drugih mentalnih motenj. Ti vzorci so prodorni, togi in stabilni, pojavljajo se že v otroštvu ali adolescenci in se nadaljujejo v odrasli dobi. Vodijo h klinično pomembnim subjektivnim težavam ali okvaram na socialnem, zaposlitvenem in na drugih področjih posameznikovega delovanja.

Ob takšni definiciji že takoj trčimo na problem razmejitve med normalnim, zdravim in patološkim ter na problem odnosa z drugimi mentalnimi oz. psihičnimi motnjami. Pri praktičnem delu motnje osebnosti psihiatri in psihologi pogosto razumejo kot nekaj sekundarnega, nekaj kar otežuje oz. preprečuje zdravljenje »pravih« duševnih bolezni kot so npr. shizofrenija ali depresija. Velikokrat jih povezujejo z neprilagojenim, agresivnim vedenjem in pomanjkanjem (samo)kritičnosti, ob odsotnosti drugih motenj. Pri tem pogosto uporabljajo časovni kriterij – če neka motnja mine, je to motnja prve osi (po DSM-IV), če pa neko neprilagojeno vedenje kljub terapiji vztraja, pa je to

motnja osebnosti (druga os DSM-IV). Po drugi strani pa klinični psihologi, ki izhajamo iz teorij osebnosti, razumemo osebnost in njene motnje kot nek celosten, enkraten in relativno trajen sklop psiholoških značilnosti posameznika. Osebnost je v nenehni interakciji z okoljem in tudi sama s seboj. Tudi ostale »psihiatrične« motnje so zato izraz osebnosti, saj motnje osebnosti pojmujemo v širšem smislu. Vsak psihopatološki simptom se bolj ali manj odraža v osebnosti, ne glede na to ali je ta njena posledica, vzrok ali zgolj sočasni pojav (glej npr. Benedik, 2000).

Osebnost razumemo z različnih perspektiv. Teorije, ki razlagajo osebnost in njene motnje lahko razdelimo na intrapsihične, vedenjske, interpersonalne, kognitivne, nevrobiološke in evolucijske (Livesley, 2001). Med intrapsihične spadajo psihoanalitične teorije, med kognitivne pa bi lahko uvrstili Beckovo razlago motenj osebnosti. Te predstavljajo tudi osnovo naše raziskave. Beck (Beck in Freeman, 1990) poudarja, da pri osebnostno motenih ljudeh prevladujejo specifična, disfunkcionalna bazična prepričanja oz. sheme, ki so nastale na podlagi preteklih izkušenj in postanejo del vsakodnevnega, normalnega procesiranja informacij. Sheme so kognitivne strukture, ki organizirajo doživljanje vsakega posameznika in posledično vplivajo na mišljenje, čustvovanje in vedenje. V primeru osebnostnih motenj so takšna prepričanja pretirano posplošena, ekstremna, toga, rigidna, v neskladju z realnostjo in povzročajo motnje v medosebnih odnosih in težave v doživljanju samega sebe. Tako naj bi bile za motnje osebnosti (po psihiatričnih klasifikacijah) značilne sledeča bazična prepričanja, iz katerih potem sledijo tudi druga:

Ob tem se zastavlja vprašanje ali so ta prepričanja res bazična. Tukaj je nekaj primerov kako lahko ta prepričanja uvrstimo v širši, psihoanalitični okvir. Po psihoanalitični teoriji Federna je v osnovi shizoidne osebnostne strukture strah pred bližino zaradi obvarovanja lastne integritete in šibkih ego-mej (Federn, 1953). Zato se pojavlja potreba po odmaknjenosti od drugih. Za obsesivno kompulzivno osebnost je značilen strah pred minljivostjo ter posledična težnja po trajnosti in stalnosti, ki bo ohranjena le, če ne bo napak (Shultz-Hencke, 1952). Depresivno osebnostno strukturo

Tabela 1: Bazična prepričanja povezana s tradicionalnimi motnjami osebnosti (Beck in Freeeman, 1990).

Motnja osebnosti	Bazično prepričanje
Odvisnostna	Sem nemočen.
Izogibajoča	Lahko sem prizadet.
Pasivno-agresivnostna	Drugi me lahko pohodijo.
Paranoidna	Ljudje so možni sovražniki.
Narcisistična	Sem nekaj posebnega.
Histrionična	Moram narediti vtis na druge.
Obsesivno-kompulzivna	Ne smem se zmotiti.
Antisocialna	Ljudi je potrebno izkoristiti.
Shizoidna	Potrebujem veliko prostora.

označuje bazična bojazen pred samostojnostjo in izgubo, če je takšen posameznik prepuščen samemu sebi, se počuti nemočnega. Za histerično osebnost pa je po Shultz-Henckeju značilna bazična bojazen pred neizbežnostjo in nujnostjo, zaradi česar nenehna potreba po iskanju novih vtisov in naklonjenosti drugih. V osnovi paranoidnih in antisocialnih osebnosti je pomanjkanje kontrole agresivnih impulzov, ki jih oseba skuša obvladovati z manj zrelimi mehanizmi kot so impulzivno odreagiranje (acting-out), projekcijska identifikacija, negacija in razcep (Kernberg, 1986). Paranoidne osebnosti projicirajo lastno agresijo v druge, da bi jo tako lažje obvladovali in zaščitili same sebe. Antisocialne osebnosti težijo po moči in dominaciji nad drugimi zaradi nizkega samovrednotenja. Na ta način se skušajo izogniti bolečim občutjem samega sebe. Tudi pasivno-agresivne osebnosti imajo težave z izražanjem agresivnih teženj. Te se lahko uveljavljajo samo na posreden, prikrit način. Self psihološka teorija pokaže, da je narcisistični: »Sem nekaj posebnega«, samo trenutni zunanji izraz zelo nestabilnih občutij lastne vrednosti. S psihoanalitičnimi teorijami lahko damo Beckovim bazičnim prepričanjem nov globlji in kompleksnejši pomen (Kernberg, 1986; Millon 1996; Masterson, 2000).

Na podlagi takšnih specifičnih kognitivnih shem so avtorji sestavili tudi različne vprašalnike za odkrivanje motenj osebnosti (glej Beck in Freeman, 1990; Young, 1999). Vendar se spet pojavlja vprašanje, v kakšni meri so ta bolj ali manj bazična prepričanja ozaveščena pri posamezniku, v kolikšni meri in na kakšen način jih je ta pripravljen posredovati drugim. O tem bomo več govorili v nadaljevanju, vrnimo se k psihiatrični klasifikaciji motenj osebnosti. Livesley (1998) navaja številne pomanjkljivosti klasifikacije motenj osebnosti DSM-IV:

1. *Pomanjkanje enotne teorije in empirične osnove za selekcioniranje posameznih kategorij motenj osebnosti.* Sedanja razporeditev je arbitrarno določena in je rezultat različnih teoretskih in empiričnih izhodišč, ki med drugim vključujejo klasično fenomenologijo, psihoanalizo, psihologijo selfa, teorijo objektnih odnosov in teorije socialnega učenja. Problem je v tem, da je ena motnja definirana na podlagi določene teorije, druga pa je rezultat drugih izhodišč. Rešitev ne vidimo v uporabi ene teorije za vse motnje, ampak v integraciji teorij, ki opisujejo isti fenomen, tako kot smo to skušali predstaviti v primeru Beckovih kognitivnih shem.
2. *Problem kategorialnega diagnosticiranja v nasprotju z dimenzionalnim pojmovanjem motenj.* V psihiatriji je še vedno v uporabi (samo) kategorialni pristop, ki prinaša številne pomanjkljivosti. Raziskave podpirajo dimenzionalno, oz. kontinuirano razporeditev motenj osebnosti (Livesley, 1998), faktorska struktura je podobna pri bolnikih z in brez motenj osebnosti (Livesley, 2001). Po Costi in Widigerju (1994) naj bi bile motnje osebnosti skrajne oblike normalne (zdrave) osebnosti, ki jih lahko predstavimo z modeli zdrave osebnosti, posebno 5-faktorskim modelom. V klinično-psihološki praksi pa je dilema kategorija-dimenzija namišljena, saj uporabljamo oba pristopa: »dimenzionalno raziskovanje«

se vselej zaključi z neko kategorialno, tipološko oceno osebnosti. Millon (1996) predstavlja model prototipa, ki pomeni integracijo obeh modelov. Prototip sestavljajo najbolj običajne značilnosti pripadnika neke kategorije in je teoretičen konstrukt ali standard, na podlagi katerega ocenjujemo konkretne posameznike, ki se bolj ali manj približujejo idealu;

3. *Multivariatne statististične analize ne potrjujejo diagnostičnih kategorij motenj osebnosti, ki so predstavljene v psihiatrični klasifikaciji DSM-IV.* Diagnostična zanesljivost je šibka, veljavnost večine kategorij motenj osebnosti ni potrjena. Prekrivanje posameznih kategorij je izrazito kar postavlja pod vprašaj upravičenost takšne razdelitve. Nadalje klasifikacija ni dovolj izčrpna, je premalo občutljiva za atipične slike motenj osebnosti (glej npr. Benedik, 1997).

Poseben problem predstavlja vprašanje komorbidnosti, sočasnega pojavljanja različnih motenj (prve in druge osi po DSM-IV). Rezultati raziskav potrjujejo povezanost različnih psihičnih motenj z motnjami osebnosti (glej npr. Costa in Widiger, 1994; Millon, 1996) kar med drugim tudi pomeni kritiko obstoječih klasifikacij. Livesley (2001) se zato zavzema za empirično klasifikacijo motenj osebnosti, ki bo imela eksplicitno strukturo in bo mogoče preverjati njeno veljavnost. Poleg tega bi morala temeljiti tudi na enotni teoriji. Biti bi morala v skladu z ostalimi klasifikacijami v psihopatologiji, s koncepti normalne oz. zdrave osebnosti in sorodnimi disciplinami.

Problem motenj osebnosti se torej pojavi že ob definiciji in klasifikaciji. Nadaljnje težave pa zadevajo samo merjenje, ki deloma odraža merjenje v psihologiji nasploh. Osnovne metode merjenja osebnosti v klinični psihologiji kot so klinični (strukturirani) intervju, izrazno-projekcijske tehnike in vprašalniki so deležni številnih kritik. Prvima dvema očitajo slabe metrijske značilnosti. Vprašalniki so tako postali najbolj pogosto uporabljena tehnika za diagnosticiranje in ocenjevanje motenj osebnosti (Millon, 1996). Osebnostni vprašalniki naj bi predstavljali objektivni instrument merjenja, vendar pa se je v klinični psihologiji pojavila nova težava. Temeljijo na domnevi, da je posameznik, ki ga rešuje, relativno (samo)kritičen, sposoben realne samoocene. Pri psihiatričnih bolnikih pa je takšna samoocena lahko zelo nekritična in nestabilna, v odvisnosti od posameznih motenj. Nekdo z depresivno motnjo se bo ocenil izrazito negativno, bolnik s psihozo ali kompulzivno osebnostjo pa mogoče pretirano v dobri luči. Po psihoanalitičnih in drugih psiholoških teorijah ima bolnik prav glede bistvenih značilnosti svoje osebnosti in motenj »slepo pego«. Osnovni kriterij t. i. motenj osebnosti je prav nekritičnost, pomanjkanje uvida v lastne težave. Kako lahko potem pričakujemo, da se bo nekdo s specifično motnjo osebnosti ocenil v skladu s psihiatričnimi kriteriji za to motnjo? Kljub temu na takšnih prepričanjih temeljijo nekateri vprašalniki za motnje osebnosti kot je npr. PDQ-IV – Personality Diagnostic Questionnarie (Hyler, 1994). Ta izhaja neposredno iz psihiatrične klasifikacije DSM-IV, temelji na vsebinski veljavnosti. Postavke so transparentne, jasno je razvidno, na katero motnjo se nanašajo, zato je možnost neiskrenega in izkrivljenega prikazovanja sebe še večja (Widiger in Frances, 1987; po Clark in Harrison 2001). Tej nevarnosti se niso izognili tudi sorodni vprašalniki,

ki temeljijo na obstoječih diagnostičnih kriterijih za motnje osebnosti: Personality Assessment Inventory (PAI, Morey, 1991; Morey, Waugh in Blashfield, 1985), Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III, Millon, 1996), Schedule of Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP, Clark, 1993) in podobni. Veljavnost rezultatov je zato lahko vprašljiva. Vprašalnik osebnosti WISPI – Wisconsin Personality Disorders Inventory (Klein, 1993) pa naj bi odražal fenomenološki vidik motnje, ki jo meri (Clark in Harrison, 2001), kar se zdi prava pot k rešitvi problema. Ne temelji neposredno na DSM klasifikaciji ampak na Benjamininem modelu interpersonalnega vedenja in njenem pojmovanju DSM motenj (Benjamin, 1996). Vendar pa se takoj pojavlja vprašanje ali je mogoče diferencirati različne motnje samo na podlagi fenomenološke slike.

Vprašalnik MMPI-2 (Hathaway in McKinley, 1951), najbolj uveljavljen vprašalnik za merjenje psihopatoloških motenj, je še posebno zanimiv, ker ne izhaja iz teoretičnih predpostavk, pač pa so bile trditve izbrane empirično, glede na značilnosti samoopisovanja posameznih diagnostičnih skupin bolnikov. Analiza njegovih postavk kaže na specifične tendence samoocenjevanja bolnikov z različnimi psihičnimi motnjami (Benedik, 2002). Tako so osebe s psihotičnimi motnjami pri opisovanju svojih težav uporabljale več oznak, ki se nanašajo na zunanje, telesne, senzorne značilnosti in druge ljudi, nasprotno pa so bolniki z nevrotskimi motnjami opisovali svoje težave z notranjimi, psihičnimi oznakami. Svoje težave so povezovali predvsem s samim seboj, z lastnimi pomanjkljivostmi. Glede na Blattov sistem ocenjevanja mentalnih reprezentacij (Blatt in Lerner, 1983) ugotavljamo, da imajo bolniki z mejno in psihotično osebnostno organizacijo (Kernberg, 1986) večji odstotek opisov sebe in drugih na nižji, manj zreli stopnji objektnih reprezentacij (mejni in psihotični simptomi so opisani v MMPI-2 skalah 1, 4, 6, 8 in 9). Bolniki z nevrotično organizacijo pa imajo več opisov, ki so bolj diferencirani in kompleksni (nevrotični simptomi so opisani v MMPI-2 skalah 2, 3 in 7).

Pri sestavi učinkovitih vprašalnikov za motnje osebnosti je zato bistvenega pomena ločiti med tem kako posameznik doživlja samega sebe, svoje težave (in druge ljudi), kaj je o tem pripravljen povedati relativno neznani osebi (terapevtu oz. diagnostiku) in kateri psihični dejavniki oz. motnje pogojujejo specifično doživljanje sebe in sveta okoli njega. V psihoanalizi ločujemo med t. i. javnim, zasebnim in prizavedno-nezavednim selfom. Meje med njimi niso ostro začrtane in se spreminjajo. Gre za odnos med manifestno in latentno ravnijo, ki ga je potrebno upoštevati pri diagnosticiranju. Problem je še večji, saj so lahko prisotne različne povezave med temi stopnjami. Dva v osnovi različna pojava sta si lahko podobna na manifestni in različna na latentni ravni ali obratno. Prav tako je mogoče ujemanje ali razlikovanje na obeh ravneh. Millon (1996) s tem v zvezi govori o »nozološki dilemi«.

Zanima nas ali se javni in deloma zasebni self (doživljanja sebe in drugih ljudi, ki jih je bolnik pripravljen deliti z svojim diagnostikom), v tolikšni meri razlikuje med posamezniki s specifično motnjo osebnosti, da bi jih bi bilo mogoče na podlagi tega identificirati in ločiti z vprašalnikom, ki ga predstavljamo v nadaljevanju. Poleg sestave učinkovitega in veljavnega vprašalnika za motnje osebnosti nas zanimata tudi sledeči

vprašanji:

1. Ali obstajajo razlike med skupinami zdravih posameznikov ter psihiatričnimi bolniki z različnimi motnjami glede rezultatov vprašalnika VMO?
2. Ali so te razlike v skladu s teorijo o povezanosti psihičnih motenj s specifično osebnostno organizacijo?

Metoda

Udeleženci

V raziskavi je sodelovalo 215 zdravih odraslih oseb (brez psihiatrične diagnoze) in 415 odraslih oseb s psihiatrično diagnozo. Vsi udeleženci so imeli dokončano vsaj osnovno šolo, večinoma so doma iz gorenjske regije. Med zdravimi osebami je bilo 80 (37 %) moških in 135 žensk. Povprečna starost je bila 35 let (M = 34, 9; SD = 12,78), z razponom od 18 do 77 let. Povprečna izobrazba je srednja šola (M = 3, 61; SD = 1,21, Mo = 3). Vzorec vključuje ljudi različnih poklicev. Med osebami s psihiatrično diagnozo je bilo 195 (47,3 %) žensk in 220 moških, s starostnim razponom od 18 do 75 let in povprečno starostjo 36 let (M = 36,11; SD = 11,69). Povprečna izobrazba je dokončana srednja šola (M = 2,63; SD = 1,10; Mo = 3). Skupino oseb s psihiatrično diagnozo so predstavljali bolniki Psihiatrične bolnišnice Begunje in uporabniki metadonskega programa za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog v Kranju. To skupino smo razdelili na bolnike:

- s psihotičnimi motnjami (N = 142): s shizofrenijo – F20 (po ICD-10, 1992) (N = 39), trajnimi blodnjavimi motnjami – F22 (N = 40), akutnimi in prehodnimi psihotičnimi motnjami – F23 (N = 31) in drugimi psihotičnimi motnjami (N = 30);
- brez psihotičnih motenj (N = 270): z motnjami odvisnosti od opiatov –F11 (N = 66), motnjami odvisnosti od alkohola – F10 (N = 52), depresivnimi motnjami brez psihotičnih simptomov F3x (N = 35), z anksioznimi motnjami F4x (N = 48), motnjami osebnosti – F6x (N = 24) in motnjami hranjenja (N = 27).

V skupini z motnjami osebnosti (F6x) so samo tisti bolniki, ki niso imeli nobene dodatne diagnoze, prevladuje pa mejna motnja osebnosti. Vsi bolniki imajo vsaj povprečne mentalne sposobnosti (opravljen psihološki pregled, ki je vključeval test inteligentnosti in drugih mentalnih funkcij), diagnoza je rezultat klinične ocene po ICD-10 (skladnost ocene vsaj dveh psihiatrov). Pri nobenem od udeležencev raziskave niso bile prisotne težje (kronične) somatske bolezni ali telesna invalidnost. Prav tako so bili izločeni bolniki, ki so prejemali visoke odmerke zdravil ali so bili pod vplivom droge, oz. tisti, pri katerih smo sklepali na izrazite spremembe v psihičnem delovanju

zaradi vpliva zdravil oz. droge. Izločili smo tudi bolnike v akutnem psihotičnem stanju ali v fazi intenzivnih emocionalnih nihanj, ki so preprečevali normalno sodelovanje v raziskavi.

Opis vprašalnika in njegovega razvoja

Izhodišče za razvoj vprašalnika VMO je predstavljala klasifikacija motenj osebnosti iz DSM-IV, ki vključuje 10 posameznih motenj (histrionično, obsesivno-kompulzivno, izogibajočo se, odvisnostno, narcisistično, mejno, antisocialno, paranoidno, shizoidno in shizotipsko), dodali pa smo še depresivno in pasivno agresivno motnjo. Kriterije smo skušali operacionalizirati in smiselno povezati s bazičnimi kognitivnimi shemami po Beckovi kognitivni teoriji in psihoanalitično razvojno teorijo (Mahler, 1986; Kernberg, 1986). Ob sestavljanju samih postavk vprašalnika smo skušali upoštevati fenomenološki vidik posamezne motnje, predvsem nas zanima samo doživljanje sebe in drugih ljudi posameznika, s specifičnimi osebnostnimi motnjami. Na podlagi psihoanalitične razvojne teorije (Shultz-Hencke, 1952; Mahler, 1986; Kernberg, 1986) smo postavke ločili v štiri sklope:

1. nevrotska osebnostna organizacija (histrionične, obsesivno-kompulzivne in pasivno-agresivne motnje);
2. depresivna osebnost (depresivne in odvisnostne motnje);
3. mejna osebnostna organizacija (narcisistične, mejne in antisocialne motnje);
4. psihotična osebnostna organizacija (paranoidne, shizoidne in shizotipske motnje).

Razdelitev se deloma nanaša na Kernbergovo klasifikacijo osebnostnih organizacij, vendar ne povsem. V skupino psihotične osebnostne organizacije smo uvrstili paranoidne in shizoidne motnje, ki jih Kernberg uvršča med mejne osebnosti, saj predvidevamo njihovo povezanost s psihozami. Prav tako smo ločili skupino depresivnih osebnosti, ki naj bi bile z razvojnega vidika med nevrotsko in shizoidno strukturo (Mahler, 1986). Skupino histrioničnih motenj smo uvrstili med nevrotske strukture, ker postavke lestvice VMO odražajo bolj histerične značilnosti po klasični psihoanalizi in manj regresivni – histrionični vidik, ki ga opisuje DSM (Kernberg, 1986). Narcisistične motnje pa smo v skladu z DSM-IV uvrstili med mejne in antisocialne motnje ker predvidevamo določeno povezavo med njimi. Vsekakor omenjena klasifikacija zahteva empirično potrditev.

Z vidika doživljanja oz. ocenjevanja sebe in drugih ljudi naj bi bilo za prvi dve skupini značilno predvsem negativno doživljanje sebe in pozitivno doživljanje okolice, za tretjo skupino (mejne osebnosti) so doživljanja mešana in manj specifična, za skupino psihotičnih osebnosti pa naj bi bil v ospredju konflikt z okolico, oz. negativno doživljanje drugih ljudi. To potrjuje predhodna raziskava (Benedik, 2001, 2002). Za vsebinska izhodišča posameznih lestvic VMO so nam služili sledeči viri: Personality disorders: DSM-IV and beyond (Millon, 1996); Character and self-experience, (Josephs, 1995);.

Cognitive Therapy of Personality Disorders, (Beck in Freeman, 1990); Severe personality disorders (Kernberg, 1996); Cognitive Therapy for Personality Disorders (Young, 1999). Tako naj bi bilo za samoopise posameznikov določene skupine osebnostnih motenj značilne sledeče lastnosti:

- *Histrionične motnje osebnosti:* Sebe opisuje glede na to, kakšen učinek naredi na druge ljudi. Doživlja se kot družaben, prijateljski, topel in prijeten človek. Ima se za očarljivega, zanimivega in priljubljenega. Neprestano išče pozornost in odobravanje s strani drugih. Pričakuje, da bo sprejet, ravnodušnost doživlja kot zavrnitev. Rad pritegne s telesnim, zunanjim izgledom in vedenjem.
- *Obsesivno-kompulzivne motnje osebnosti:* Prisega na pravila, moralo, red, hierarhijo in formalne odnose. Sebe vidi kot predanega delu, marljivega, zanesljivega, urejenega, natančnega in učinkovitega. Je varčen in zbirateljski, previden pri denarju in v skrbi za zdravje. Strah ga je, da ga ne bodo imeli za neodgovornega, kot tistega, ki ne zadovoljuje pričakovanj (nadrejenih), ki dela napake. Prizadeva se, daj je njegovo delo čim bolj popolno, vsako napako doživlja tragično. Svoje podrejene doživlja kot pomanjkljive, kar želi odpraviti. Verjame, da je njegova kritika ustrezna in pravilna, ne glede na negativne odzive drugih (podrejenih).
- *Pasivno-agresivne motnje osebnosti:* Sebe vidi kot nerazumljenega, nesrečnega, neupoštevanega, ponižanega in prevaranega s strani drugih. Čuti se omejenega in utesnjenega zaradi pravil in oblastnosti nadrejenih. Je pesimističen, zagrenjen, ogorčen in razočaran nad življenjem. Tarna nad lastno usodo, zavida »lahkotno« življenje drugim. Ima tudi občutke krivde in lastne neustreznosti. Hitro se razjezi, potem pa mu je žal.
- *Izogibajoče se motnje osebnosti:* Sebe vidi kot nesposobnega, manjvrednega in neprivlačnega. Opisuje občutja praznine, socialne izoliranosti in osamljenosti. Počuti se nesprejetega in zavrnjenega. Niha med željo po naklonjenosti in strahom pred odklonitvijo in zadrego. Izraža nezaupanje. Opiše se kot tesnoben, žalosten, jezen in odtujen tako od sebe kot od drugih. Druge ljudi vidi kot kritične, izdajalske in ponižujoče. Izogiba se socialnim situacijam, ki bi lahko sprožila neprijetna občutja zavrnitve. Fantazira o želeni gratifikaciji.
- *Depresivne motnje osebnosti:* Sebe opiše kot občutljivo, ranljivo, resno, zaskrbljeno in empatično osebo. Ima nizko samopodobo. Je samokritičen, pogosto se čuti nemočnega, brezvrednega, ima se za neuspešnega. Ima občutja krivde, meni, da zasluži kritiko in kazen. Je asketski. Proti drugim izraža bolj prikrito, subtilno jezo. Želi ljubezen in podporo s strani drugih. Želi, da ga drugi vidijo kot miroljubno osebo, ki je pripravljena odpuščati, se razdajati in žrtvovati. Je pesimist, pričakuje, da se bo zgodilo najhujše. V življenju se počuti zapuščen, zavržen in oropan.
- *Odvisnostne motnje osebnosti:* Osnovna značilnost je pomanjkanje samozaupanja. Sebe vidi kot šibkega, krhkega in pomanjkljivega, še posebno

ko je prepuščen samemu sebi. Samo v drugih vidi možnost, da mu zagotovijo izpolnitev potreb. Odločitve in odgovornost mora zato prepustiti drugim in se jim prepustiti. Vidi dobre stvari, pozitivne vidike neprijetnih dogodkov. Najbolj se boji, da ga bodo zapustili. Po drugi strani ima sebe za premišljenega, sodelujočega in ambicioznega. Toda vedno je nagnjen k samoponiževanju in poudarjanju lastnih pomanjkljivosti.

- *Narcistične motnje osebnosti:* Verjame, da socialna pravila niso ustrezna zanj, da zasluži poseben položaj in obravnavo. Pričakuje priznanja in občudovanja s strani drugih. Ima se za superiornega. Pogosto sanjari o uspehu, slavi in idealni ljubezni. Nagnjen je k zaupanju drugim. Verjame, da ga imajo za najboljšega, najlepšega in najpametnejšega. Kritiko drugih doživlja kot zavist zaradi lastne izjemnosti. Meni, da je njegovo prepričanje pravilno, vsi ostali se motijo. Obstaja samo ena, absolutna resnica (njegova). Izpostavlja in ceni zunanji videz stvari (status, materialno bogastvo, fizično privlačnost).
- *Mejne motnje osebnosti:* Od drugih pričakuje pozornost, podporo in zaščito, vendar pogosto doživlja zavrnitev in ločitev, kar predstavlja njegovo največjo grožnjo. Pogosto ima občutja praznine in osamljenosti. Občutja o sebi so zmedena in nasprotujoča, pogosto se sprašuje kdo je in kaj hoče. Na druge gleda črno-belo, ljudi pogosto idealizira, kasneje pa je nad njimi razočaran, prav takšna občutja pa goji tudi do samega sebe. Nima pravih ciljev, je neodločen, hitro je naveličan, pogosto se dolgočasi. Zato se rad je udeležuje »adrenalinskih« dejavnosti oz. išče avanture. Ni vztrajen, vsakdanje in dolgočasne naloge mu predstavljajo veliko breme.
- *Antisocialne motnje osebnosti:* Svet okrog sebe doživlja kot pokvarjen, izkoriščevalski, kot džunglo, v kateri se odvija borba za preživetje. Drugim ni zaupati. Vsak mora poskrbeti zase, drugi mu niso mar. Če ne bo izkoristil, premagal, prehitel drugih, bodo oni njega. Sebe doživlja kot prikrajšanega za moč, ugodnosti in dobrine, ki so jih neupravičeno dobili drugi. Zato ima pravico si to prisvojiti, ne glede na način in ne glede na druge. V tej borbi je vse dovoljeno, zakoni in pravice drugih niso pomembne. Je svoboden, pravila ga ne obvezujejo. Na splošno se ima za šarmantnega, samozavestnega, močnega in samozadostnega.
- *Paranoidne motnje osebnosti:* Ne zaupa nikomur. Še več: neprestano je na preži pred prevaro, napadom ali zaroto. Meni, da je svet nepravičen. Tudi najbližji lahko delajo proti njemu. Sebe ima za običajnega, skromnega in spodobnega človeka, ki želi, da bi ga drugi spoštovali in pustili pri miru. Doživlja se prikrajšanega in zlorabljenega. Ob spoznavanju napak drugih doživlja lastno samozadostnost in veljavo. Izpostavlja potrebo po objektivnosti in pravičnosti. S težavo odpušča za storjene krivice. Je ljubosumen.
- *Shizoidne motnje osebnosti:* Izraža nezanimanje za socialno življenje, pozornost usmerja na formalne in objektivne vidike socialnih in emocionalnih

dogodkov. Ima manjšo potrebo po izražanju čustev in spolnosti. Izbira stranske vloge v profesionalnem, socialnem in družinskem življenju. Raje je sam kot z drugimi, je samozadosten. Sebe opiše kot prijetno, občutljivo, olikano, nezahtevno in obzirno osebo. Prepoznava, da ga imajo drugi za boječega, odmaknjenega in vase zaprtega, a upa, da si to razlagajo kot izraz globine, poduhovljenosti, spoštovanja zasebnosti drugih in tolerance. Kljub temu ima pogosta občutja nerazumevanja.

- *Shizotipske motnje osebnosti:* Podobno kot shizoidne osebnosti se raje odmakne od drugih, zaradi občutja odtujenosti, izgubljenosti in nerazumevanja. Življenje doživlja kot prazno, plehko in nesmiselno. Tudi sebe doživlja kot odtujenega, razosebljenega, bolj mrtvega kot živega, pogosto ima občutja notranje praznine in ničevosti. Prav tako se lahko pojavljajo nenavadne senzacije in občutja sebe ter sveta, ki mejijo na psihotična doživetja. Razlaga si jih kot mistična izkustva ali lastne izjemne sposobnosti.

Posamezne postavke vprašalnika smo sestavili na podlagi predstavljenih opisov, pri čemer smo skušali upoštevati fenomenološki vidik, doživljanje težav z vidika posameznika, kateremu je namenjen vprašalnik. Primer sestavljanja postavke:

1. Kriterij za shizoidno motnjo osebnosti (DSM-IV): »Skoraj vedno izbira aktivnosti, kjer je lahko sam« (vedenjski ali »objektivni« vidik);.
2. »Motiviran je, da dela sam« (psihodinamična interpretacija; Josephs, 1995); »Bolje je biti sam kot pa omejen z drugimi« (disfunkcionalno prepričanje);
3. »Raje delam sam kot pa z drugimi ljudmi« in »Le malo družabnih aktivnosti me zanima« (končni postavki VMO, fenomenološki vidik).

Na podlagi vsebinske analize, pri čemer smo upoštevali tudi skladnost ocen dveh neodvisnih strokovnjakov (kliničnih psihologov), je bilo izbrano 205 postavk, ki opisujejo 12 posameznih motenj osebnosti, dodali pa smo še lestvico iskrenosti, ki jo sestavlja osem, nekoliko neugodnih trditev, s katerimi se večina ljudi strinja jih potrdi, če so pripravljeni iskreno odgovarjati. Trditve te lestvice so podobne kot pri ostalih osebnostnih vprašalnikih (FPI, MMPI2, TSCS). Postavke smo uvrstili v konkretno lestvico le v primeru, če je bila povezanost s določeno motnjo večja kot pa s katero drugo (Pearsonov koeficient povezanosti). Odgovori na vsako trditev so v obliki petstopenjske lestvice Likertovega tipa (1- sploh ne drži, 2 - v glavnem ne drži, 3 – deloma drži, 4 – v glavnem drži, 5 – povsem drži). Številke obenem predstavljajo točke, ki se seštevajo. Pri nasprotno usmerjenih postavkah (glede na predpostavljeni merjeni konstrukt) je točkovanje obrnjeno. Celoten rezultat določene lestvice predstavlja vsota vseh točk posameznih postavk te lestvice. Pri osebi, ki doseže veliko število točk na posamezni lestvici, naj bi bila motnja, ki jo opisuje, bolj izražena.

Rezultati in interpretacija

Tabeli 2 in 3 predstavljata rezultate analize zanesljivosti (Cronbachov koeficient *á*) za posamezno lestvico. Analizo smo izvedli posebej za vzorec zdravih odraslih ljudi in skupino psihiatričnih bolnikov.

Rezultati kažejo relativno visoko notranjo skladnost posameznih lestvic VMO, odstopa le lestvica pasivno-agresivnih motenj, kjer koeficient α dosega le 0,66 oz. 0,62. V nadaljevanju nas je zanimala povezanost (oz. razlike) rezultatov lestvic VMO s spolom, izobrazbo, starostjo in psihiatričnimi diagnozami. Pri lestvicah antisocialnih, narcisističnih in odvisnostnih motenj ugotavljamo pomembne razlike v vzorcu zdravih odraslih ljudi. Tako se moški opisujejo kot bolj antisocialni (t = 4,14; p < .01), in

Tabela 2: Zanesljivost lestvic VMO (psihiatrični bolniki, N=425).

Lestvica VMO	Število postavk	*M*	*SD*	□
Histrionične motnje	17	42,92	10,40	0,82
Obsesivno-kompulzivne motnje	17	51,20	9,52	0,77
Pasivno-agresivne motnje	13	32,95	6,67	0,66
Izogibajoče se motnje	19	47,12	11,11	0,82
Odvisnostne motnje	15	45,03	10,05	0,81
Depresivne motnje	19	57,41	12,32	0,85
Narcisistične motnje	16	34,46	8,40	0,77
Mejne motnje	16	43,72	11,38	0,78
Antisocialne motnje	19	33,37	8,64	0,77
Paranoidne motnje	18	51,23	10,47	0,81
Shizoidne motnje	19	47,63	12,62	0,86
Shizotipske motnje	15	33,72	10,60	0,85

Tabela 3: Zanesljivost lestvic VMO (zdrave odrasle osebe, N=215).

Lestvica VMO	Število postavk	*M*	*SD*	□
Histrionične motnje	17	44,12	8,87	0,80
Obsesivno-kompulzivne motnje	17	48,54	9,72	0,77
Pasivno-agresivne motnje	13	30,91	7,12	0,62
Izogibajoče se motnje	19	36,79	8,44	0,81
Odvisnostne motnje	15	35,65	8,21	0,79
Depresivne motnje	19	43,83	8,54	0,79
Narcisistične motnje	16	31,44	7,30	0,78
Mejne motnje	16	34,40	8,77	0,82
Antisocialne motnje	19	31,50	7,82	0,81
Paranoidne motnje	18	41,55	8,97	0,82
Shizoidne motnje	19	37,19	8,28	0,79
Shizotipske motnje	15	27,93	7,90	0,81

Tabela 4: Povezanost lestvic VMO z starostjo in izobrazbo (zdrave odrasle osebe, N= 215).

Lestvica VMO	Povezanost s starostjo - *r*	Pomembnost povezanosti	Povezanost z izobrazbo – *r*	Pomembnost povezanosti
Histrionične motnje	-.28	*p* .01**	.09	*p* = .82
Obsesivno-kompulzivne motnje	.22	*p* .01**	-.21	*p* .01**
Pasivno-agresivne motnje	.09	*p* = .18	-.05	*p* = .45
Izogibajoče se motnje	.22	*p* .01**	-.15	*p* .05*
Odvisnostne motnje	.11	*p* = .09	-.11	*p* = .11
Depresivne motnje	.21	*p* .01**	-.10	*p* = .13
Narcisistične motnje	-.14	*p* .05*	.04	*p* = .54
Mejne motnje	-.17	*p* .01**	.06	*p* = .37
Antisocialne motnje	-.23	*p* .01**	-.07	*p* = .33
Paranoidne motnje	.08	*p* = .25	-.25	*p* .01**
Shizoidne motnje	.20	*p* .01**	.08	*p* = .24
Shizotipske motnje	-.02	*p* = .75	-.01	*p* = .87
Celotni rezultat	.04	*p* = .58	-.08	*p* = .22

* pomembna povezanost pri stopnji tveganja $p < .05$
** pomembna povezanost pri stopnji tveganja $p < .01$*

narcisistični (t = 2,76; $p < .01$), ženske pa kot bolj odvisne (t = -2,68; $p < .01$).

Povezanost rezultatov lestvic VMO s starostjo in izobrazbo prikazuje naslednja tabela (4). Korelacije lestvic VMO s starostjo in izobrazbo so nizke, kljub temu zasledimo nekatere pomembne povezave. Tako s starostjo nekoliko upadajo opisi histrioničnih, narcisističnih, mejnih in antisocialnih motenj, povečuje pa se doživljanje shizoidnosti. Za manj izobražene so nekoliko bolj značilne obsesivno-kompulzivne, izogibajoče se in paranoidne poteze. Ne odkrivamo pomembne povezanosti celotnega rezultata VMO s starostjo in izobrazbo.

Naslednje vprašanje je problem povezanosti in prekrivanja posameznih motenj osebnosti. Že v uvodu smo predstavili težave definiranja in klasificiranja motenj osebnosti. Glede na to pričakujemo tudi močno povezanost lestvic VMO, še posebej ker gre za samocenjevanje, pri čemer se pojavljajo tudi problemi povezani z zmožnostjo in pripravljenostjo za diferencirano opisovanje samega sebe. V tabeli 5 vidimo, da so številne lestvice VMO med seboj večinoma srednje visoko povezane.

Ob pomanjkanju razpoložljivih merskih instrumentov smo, kljub kritikam, veljavnost skušali potrditi tudi s primerjavo z vprašalnikom osebnostnih motenj PDQ-4. Ker so bile predmet raziskave antisocialne značilnostih uživalcev prepovedanih drog (Benedik, 2003), smo na žalost primerjali samo nekatere izmed lestvic VMO, tiste, ki naj bi bile povezane s t.i. skupino »dramatikov« v klasifikaciji motenj osebnosti DSM-IV. Izračun veljavnosti smo naredili na mešanem vzorcu zdravih odraslih posameznikov in psihiatričnih bolnikov. Rezultati so prikazani v tabeli 6.

Povezanost posameznih lestvic, ki naj bi merile isto vrsto motenj osebnosti je visoka, povezanost z ostalimi lestvicami pa srednja, kar potrjuje veljavnost izbranih

Tabela 5: Povezanost lestvic VMO.

HIS	OBS	PAS	IZO	ODVIS	DEP	NARC	MEJ	ANTI	PAR	SHIZ	SHT		VMO
-,26	-,04	-,32	-,12	-,22	-,20	-,18	-,50	-,31	-,21	-,26	-,15	*r*	LAŽ
,00	,26	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	*p*	
	,23	,31	,02	,26	,06	,52	,34	,46	,21	-,06	,31	*r*	HIS
	,00	,00	,68	,00	,15	,00	,00	,00	,00	,11	,00	*p*	
		,42	,58	,63	,62	,48	,46	,24	,67	,49	,52	*r*	OBS
		,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	*p*	
			,43	,48	,39	,51	,58	,50	,55	,50	,48	*r*	PAS
			,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	*p*	
				,68	,72	,33	,56	,27	,56	,74	,48	*r*	IZO
				,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	*p*	
					,74	,35	,65	,26	,59	,54	,48	*r*	ODV
					,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	*p*	
						,25	,67	,15	,59	,63	,49	*r*	DEP
						,00	,00	,00	,00	,00	,00	*p*	
							,42	,61	,56	,43	,56	*r*	NAR
							,00	,00	,00	,00	,00	*p*	
								,46	,57	,62	,51	*r*	MEJ
								,00	,00	,00	,00	*p*	
									,49	,34	,39	*r*	ANTI
									,00	,00	,00	*p*	
										,60	,58	*r*	PAR
										,00	,00	*p*	
											,54	*r*	SHI
											,00	*p*	

Legenda: LAŽ – lestvica iskrenosti, HIS – histrionične motnje, PBS – obsesivno-kompulzivne motnje, PAS – pasivno-agresivne motnje, IZO – izogibajoče se motnje, ODV – odvisnostne motnje, DEP – depresivne motnje, NAR – narcisistične motnje, MEJ – mejne motnje, ANTI – antisocialne motnje, PAR – paranoidne motnje. SHI – shizoidne motnje, SHT – shizotipske motnje
r – Pearsonov koeficient povezanosti
p – pomembnost povezanosti

Tabela 6: Povezanost posameznih lestvic Vprašalnika VMO z lestvicami vprašalnika PDQ-4.

	VMO-histrionične motnje	VMO-narcisistične motnje	VMO-mejne motnje	VMO-antisocialne motnje
PDQ-histrionične motnje	**,82****	,62**	,48**	,38**
PDQ-narcisistične motnje	,64**	**,87****	,49**	,54**
PDQ-mejne motnje	,53**	,58**	**,91****	,54**
PDQ-antisocialne motnje	,41**	,45**	,56**	**,81****

** - Pearsonov koeficient korelacije pri $p < 0{,}01$ tveganju ($N = 365$)

lestvic. Pri tem moramo upoštevati, da so nekatere postavke v obeh vprašalnikih vsebinsko podobne, čeprav vprašalnik VMO vsebuje več postavk (Vprašalnik PDQ-4 vsebuje v povprečju 7 postavk za vsako motnjo, prav tako pa temelji na klasifikaciji DSM-IV). Nadalje ugotavljamo tudi povezanost lestvic PDQ in VMO (koeficienti korelacije so v razponu od $r = .20$ do $r = .60$, vsi pomembni pri tveganju $p < .01$), kar potrjuje domnevo o povezanosti izbranih motenj. Razlike v rezultatih VMO med zdravimi osebami in psihiatričnimi bolniki, prikazuje tabela 7. Zdravi udeleženci raziskave se pri

večini lestvic razlikujejo od psihiatričnih pacientov, od tistih s psihotičnimi in tistih z nepsihotičnimi motnjami. Pri večini lestvic so v skladu s pričakovanji rezultati nižji pri zdravih osebah, torej naj bi imeli manj motenj, ki jih lestvice opisujejo. Razlik nismo našli le pri lestvicah iskrenosti in histrioničnosti.

Primerjava rezultatov psihotičnih in nepsihotičnih bolnikov nam odkriva razlike pri lestvicah iskrenosti, izogibajočih, narcisističnih, shizoidnih in shizotipskih motenj (tabela 8). Psihotični pacienti na teh lestvicah dosegajo višje rezultate, kar je v skladu s hipotezo o povezavi med psihotično osebnostno organizacijo in psihotično simptomatiko. To nam potrjuje tudi lestvica psihotičnih motenj (vsota lestvic shizoidnosti, paranoidnosti in shizotipije), kjer psihotični pacienti prav tako dosegajo pomembno višje rezultate od nepsihotičnih pacientov ($p < ,05$).

V nadaljevanju smo med seboj primerjali psihiatrične bolnike različnih diagnostičnih skupin (tabela 9, 10, 11, 12). S pomočjo kanonične diskriminantne analize odkrivamo osem diskriminantnih funkcij, pri čemer so prve tri pomembne na ravni tveganja $p < ,01$. Prva funkcija izpostavlja lestvico laži in izogibanja (tabela 11), povezana je torej bolj z izogibajočimi osebnostnimi značilnostmi. V našem primeru so takšne značilnosti prisotne pri bolnikih s psihotičnimi in anksioznimi motnjami, za razliko od bolnikov z motnjami odvisnosti, pri katerih naj bi bilo to izogibanje najmanj izraženo (tabela 12). Druga funkcija opisuje predvsem shizotipske in v manjši meri shizoidne in antisocialne značilnosti. Te so značilne predvsem za bolnike s shizofrenijo in drugimi

Tabela 7: Razlike v rezultatih VMO med zdravimi osebami, nepsihotičnimi in psihotičnimi bolniki (t test).

Lestvica VMO	*t* - zdravi : nepsihotični bolniki	*p*	*t* - zdravi : psihotični bolniki	*p*
Iskrenost	.76	.45	-1,23	.22
Histrionične m.	1,23	.50	.52	.60
Obsesivno-kompulzivne m.	-9,68	.01	-8,84	.01
Pasivno-agresivne m.	-3,64	.01	-3,91	.01
Izogibajoče se m.	-10,69	.01	-11,25	.01
Odvisnostne m.	-11,39	.01	-9,41	.01
Depresivne m.	-15,35	.01	-10,38	.01
Narcisistične m.	-3,65	.01	-5,40	.01
Mejne m.	-11,01	.01	-6,84	.01
Antisocialne m.	-2,58	.01	-2,26	.02
Paranoidne m.	-11,57	.01	-8,48	.01
Shizoidne m.	-9,61	.01	-10,65	.01
Shizotipske m.	-5,29	.01	-8,22	.01
Skupni rezultat	-11,93	.01	-10,20	.01
Nevrotske m.*	-8,38	.01	-8,25	.01
Mejne m.*	-7,58	.01	-6,03	.01
Psihotične m.*	-11,16	.01	-10,84	.01
Odvisno-depresivne m.*	-14,92	.01	-10,74	.01

Legenda: Nevrotske motnje* - skupni rezultat »nevrotskih« lestvic (obsesivno-kompulzivne, pasivno-agresivne in izogibajoče se motnje); Mejne motnje* - skupni rezultat »mejnih« lestvic (narcisistične, mejne in antisocialne motnje); Psihotične motnje* - skupni rezultat »psihotičnih« lestvic (shizoidne, paranoidne in shizotipske motnje); Odvisno-depresivne motnje* - seštevek odvisnostne in depresivne lestvice VMO

Tabela 8: Razlike rezultatov VMO med psihotičnimi in nepsihotičnimi psihiatričnimi bolniki (t test).

Lestvica VMO	*t*-vrednosti	*p*
Iskrenost	-2,08	.04
Histrionične m.	- .48	.68
Obsesivno-kompulzivne m.	- .88	.38
Pasivno-agresivne m.	-1,06	.29
Izogibajoče se m.	-1,89	.05
Odvisnostne m.	- .12	.90
Depresivne m.	1,70	.09
Narcisistične m.	-2,62	.01
Mejne m.	1,84	.07
Antisocialne m.	- .23	.82
Paranoidne m.	1,22	.77
Shizoidne m.	-2,98	.01
Shizotipske m.	-4,12	.01
Skupni rezultat	-1,04	.28
Nevrotske m.*	-1,55	.12
Mejne m.*	-1,15	.88
Psihotične m.*	-2,42	.02
Odvisno-depresivne m.*	- .95	.34

Legenda: Nevrotske motnje* - skupni rezultat »nevrotskih« lestvic (obsesivno-kompulzivne, pasivno-agresivne in izogibajoče se motnje); Mejne motnje* - skupni rezultat »mejnih« lestvic (narcisistične, mejne in antisocialne motnje); Psihotične motnje* - skupni rezultat »psihotičnih« lestvic (shizoidne, paranoidne in shizotipske motnje); Odvisno-depresivne motnje* - seštevek odvisnostne in depresivne lestvice VMO

Tabela 9: Kanonična diskriminantna analiza - lastne vrednosti.

Funkcija	Lastna vrednost[a]	Delež variance	Kumulativni odstotek	Kanonična korelacija
1	,468	47,1	47,1	,565
2	,244	24,5	71,6	,443
3	,085	8,5	80,2	,280
4	,064	6,4	86,6	,245
5	,061	6,1	92,7	,240
6	,043	4,3	97,0	,203
7	,020	2,0	99,1	,141
8	,009	,9	100,0	,095

[a] - prvih 8 kanoničnih diskriminantnih funkcij uporabljenih v analizi.

psihotičnimi motnjami. Tretja funkcija pa združuje lestvice izogibajočih, depresivnih, shizoidnih, mejnih in pasivno-agresivnih motenj, to pa so značilnosti mejne osebnostne organizacije. V skladu s pričakovanji je ta najbolj značilna za osebe z motnjami osebnosti, presenetljivo pa tudi za bolnike s shizofrenijo (tabela 12).

Tabela 10: Kanonične diskriminantne funkcije.

Test funkcij	Wilksov □	□²	*SS*	*p*
1 skozi 8	,416	305,816	104	,000
2 skozi 8	,611	171,754	84	,000
3 skozi 8	,761	95,548	66	,010
4 skozi 8	,825	67,141	50	,053
5 skozi 8	,878	45,487	36	,134
6 skozi 8	,931	24,812	24	,416
7 skozi 8	,971	10,163	14	,750
8	,991	3,136	6	,792

Tabela 11: Združene korelacije med diskriminativnimi spremenljivkami in kanoničnimi diskriminativnimi funkcijami (spremenljivke so razvrščene po velikosti korelacije znotraj funkcije).

	Funkcija							
	1	2	3	4	5	6	7	8
LAZ	**,342**	,173	-,209	,292	,242	,060	,312	,298
SHT	,184	**-,547**	,314	-,086	,152	-,199	,451	,022
IZO	,438	-,002	**,673**	-,047	-,001	-,026	,094	-,091
DEP	,054	,236	**,634**	-,480	,200	-,051	,223	,070
MEJ	-,215	,015	**,629**	-,004	-,151	,192	,203	-,228
SHI	,258	-,216	**,560**	-,161	,246	,356	,045	-,350
ODV	,024	,002	**,466**	-,319	,039	,178	,278	,251
PAS	,090	-,030	**,344**	,306	,204	-,057	-,037	-,028
ANT	-,248	-,291	,150	**,364**	,328	-,037	-,188	,036
NAR	,141	-,157	-,226	,160	**,316**	,139	,286	-,187
PAR	-,157	-,067	,291	-,009	,383	-,206	**,504**	-,288
OBS	,265	,109	,057	-,233	,062	-,165	**,489**	-,077
HIS	-,086	-,094	-,096	,014	,115	-,175	,019	**-,196**

Tabela 12: Skupinski centroidi za posamezne diagnostične skupine.

	Funkcija							
Diagnostična skupina	1	2	3	4	5	6	7	8
Odvisnost od opiatov	-1,254	-,286	-,095	-,157	-,056	-,051	-,012	-,022
Odvisnost od alkohola	-,374	,355	,168	,351	-,021	,311	,087	,044
Depresija (nepsihotična)	,377	,371	,271	-,535	,114	,026	,076	,146
Anksioznost (nepsihotična)	,410	,616	-,088	-,122	-,144	,094	-,190	-,127
Motnje osebnosti	,019	,104	,488	,172	,589	-,315	,040	-,144
Akutne in prehodne psihoze	,830	-,565	-,286	-,109	-,037	,129	,302	-,119
Blodnjave psihoze	,383	-,354	-,432	,126	,366	,049	-,160	,097
Shizofrenija	,570	-,784	,401	,121	-,326	-,087	-,115	,035
Motnje hranjenja (prenajedanje)	,192	,665	-,325	,244	-,267	-,480	,125	,078

Zaključek

Pri sestavljanju vprašalnika za motnje osebnosti smo, kljub kritikam obstoječega klasifikacijskega sistema DSM-IV, za osnovo postavili te skupine motenj, saj so splošno razširjene in sprejete v psihiatriji. Za razliko od nekaterih drugih vprašalnikov motenj osebnosti pa smo pri sestavljanju postavk vprašalnika skušali upoštevati fenomenološki, subjektivni vidik osebe z določeno motnjo, saj bi na tak način vprašalnik lahko bil bolj učinkovit in veljaven. Ob vsebinski analizi takšnih opisov ugotavljamo prekrivanje posameznih kategorij, kar ponovno izpostavlja vprašanje temeljnih kategorij oz. dimenzij motenj osebnosti. To potrjujejo tudi dokaj visoki koeficienti povezanosti posameznih lestvic VMO. Ob tem so lestvice tudi relativno zanesljive, notranje skladne. Ob pomanjkanju razpoložljivih merskih instrumentov smo, kljub predstavljenim kritikam, veljavnost vprašalnika skušali potrditi s primerjavo z vprašalnikom PDQ-IV (lestvice histrioničnih, narcisističnih, mejnih in antisocialnih motenj), pri čemer ugotavljamo pomembno povezanost teh lestvic. Po pričakovanjih se skupina psihiatričnih bolnikov, tako tistih s psihotičnimi kot z nepsihotičnimi motnjami, pomembno razlikuje od vzorca zdravih posameznikov. Psihiatrični bolniki različnih diagnostičnih skupin se opisujejo kot bolj moteni na večini lestvic VMO. To potrjuje tudi hipotezo o motnjah osebnosti kot fenomenu, ki je prisoten v povezavi z različnimi psihičnimi motnjami in ni omejen samo na ozko kategorijo motenj osebnosti po DSM-IV. Analiza razlik med psihiatričnimi bolniki različnih diagnostičnih skupin potrjuje veljavnost nekaterih lestvic VMO, predvsem shizotipske in shizoidne, ki sta značilni za psihotične paciente, posebno za tiste s shizofrenijo. Obenem pa je to lahko prispevek k teoriji o različnih osebnostnih organizacijah pri pacientih s specifično simptomatiko.

V nadaljevanju razvoja vprašalnika VMO je potrebna faktorska analiza postavk, ki bo lahko potrdila ali ovrgla predpostavljene kategorije. Hkrati je potrebno izboljšati zanesljivost nekaterih lestvic (predvsem lestvice pasivno-agresivnih motenj) in potrditi veljavnost z drugimi merskimi instrumenti, na večjem vzorcu, ki bo vključeval tako zdrave ljudi kot tiste s psihičnimi težavami, katerim je tudi namenjen vprašalnik. Prav tako še ne moremo odgovoriti na vprašanje ali vprašalnik in omenjeni pristop pomeni korak naprej k boljši veljavnosti vprašalnikov pri merjenju motenj osebnosti. Omenjena primerjava z PDQ-IV je samo delna, omejena samo na določene lestvice. Odgovor na to vprašanje bo potrebno poiskati v novih raziskavah, tudi z drugimi instrumenti.

Literatura

Beck, A.T. in Freeman, A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders.* New York: Guilford.

Benedik, E. (1997). Problem pojmovanja in klasificiranja motenj osebnosti. [Problems of definition and classification of personality disorders]. *Psihološka obzorja, 6 (3),* 77-85.

Benedik, E. (2000). Odnos med osebnostjo in duševnimi motnjami. [Relationship between personality and mental disorders]. *Psihološka obzorja, 9 (2),* 53-64.

Benedik, E. (2001). Osebnostne značilnosti bolnikov s psihozo – doživljanje sebe in drugih oseb. [Personality characteristics of patients with psychosis – sensing of self and others]. *Psihološka obzorja, 10 (4),* 89-102.

Benedik, E. (2002). Problemi in možnosti uporabe osebnostnih vprašalnikov pri duševnih bolnikih. [Problems and opportunities of personality inventories in clinical psychological practice]. *Psihološka obzorja, 11 (4),* 141-148.

Benedik, E. (2003). Antisocialne značilnosti osebnosti uživalcev opiatnih drog. [Characteristics of the antisocial personality of narcotic drug users]. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo, 54 (2),* 172-178.

Benjamin, L.S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders.* New York: Guilford.

Blatt, S.J. in Lerner, H. (1983). The psychological assessment of object representation. *Journal of Personality Assessment, 47*, 7-28.

Clark, L.A. (1993). *Manual for the Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality.* Minneapolis: University of Minnesota Press.

Clark, L.A. in Harrison, J.A. (2001). Assessment instruments. V W.J. Livesley (ur.) *Handbook of Personality Disorders* (str: 277-306). New York: Gulford.

Costa, P.T., Widiger T.A. (Ur.) (1994). *Personality disorders and the five factor model of personality.* Washington: American Psychological Association.

Federn, P. (1953). *Ego psychology nad the psychoses.* London: Imago Publishing.

Hathaway, S.R. in McKinley, J.C. (1951). *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory.* New York: Psychological Corporation.

Hyler, S.E. (1994). *Personality Diagnostic Questionnarie.* New York: New York State Psychiatric Institute.

Josephs, L. (1995). *Character and self-experience. Working with obsessive-compulsive, depressive-masochistic, narcissistic, and other character styles.* London: Jason Aronson.

Kernberg, O.F. (1986). *Severe personality disorders.* Psychotherapeutic strategies. New Haven: Yale University Press.

Klein, M.H. (1993). The Wisconsin Personality Disorders Inventory: Development, reliability and validity. *Journal of Personality Disorders, 7,* 285-303.

Livesley, W.J. (1998). Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 43,* 137-147.

Livesley, W.J. (2001). *Handbook of Personality Disorders.* New York: Gulford.

Mahler, M.S. (1986). On the first subphases of the separation-individuation process. V P. Buckley (ur.), *Essential papers on object relations.* New York: University Press.

Masterson, J.F. (2000). *The personality disorders.* Phoenix, AR: Zeig, Tucker & Co.

Millon, T. (1996). *Disorders of personality. DSM-IV and beyond.* New York: Wiley.

Morey, L.C. (1991). *Personality Assessment Inventory.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Morey, L.C., Waugh, M.H. in Blashfield, R.L. (1985). MMPI scales for DSM-III personality disorders: Their derivation and correlations. *Journal of Personality Assessment, 49,* 245-256.

Schultz-Hencke, H. (1952). *Handbook of psychoanalytic psychotherapy.* Sttutgart: G.Thieme.
Young, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders.* Miami, FL: Professional Resource Press.

Prispelo/Received: 06.02.2004
Sprejeto/Accepted: 21.05.2004