

Vprašalnik za ugotavljanje osebnostnih motenj

*Miloš Židanik**
Zdravstveni Dom dr. Adolfa Drolca, Maribor

Povzetek: Osebnostne motnje predstavljajo diagnostično opredelitev, ki bistveno vpliva na načrtovanje zdravljenja in vzpostavljanje odnosa med terapevtom in klientom. Pomembno je, da jih pravočasno prepoznamo, da lahko terapevtski proces usmerimo v pravo smer. V procesu diagnosticiranja si lahko pomagamo z instrumenti, ki dopolnjujejo subjektivno terapevtovo opredelitev. V tem prispevku predstavljam nov instrument za prepoznavanje osebnostnih motenj, ki je bil sestavljen s pomočjo analize klinične ($n=264$) in splošne populacije ($n=1603$).

KLjučne besede: osebnostna motnja, psihodiagnostika, vprašalniki

Personality disorders questionnaire

Miloš Židanik
Dr. Adolf Drolc Health Center, Maribor, Slovenia

Abstract: Personality disorders present a diagnostic entity with a high impact on the therapist-client relationship and treatment planning. Therefore the early recognition is important. In the process of diagnostics we can use instruments that support the subjective judgement of the therapist. In this paper I present a new selfreport questionnaire for personality disorders detection, that was structured after the analysis of clinical ($n=264$) and general population ($n=1603$).

Key words: personality disorder, psychodiagnosis, questionnaires

CC=2224

**Naslov / address: asist. Miloš Židanik, dr. med., spec. psihiater in psihoterapevt, Zdravstveni Dom dr. Adolfa Drolca, Sodna ulica 13, 2000 Maribor, Slovenija, e-mail: milos.zidanik@guest.arnes.si, URL: <http://www.zd-mb.si/spoznajte/milos/MZidanik.htm>*

Osebnostne motnje so zelo razširjene in predstavljajo enega večjih izzivov na področju zdravstvene oskrbe. Zanje so značilni izraziti in trajni vedenjski vzorci. Kažejo se kot neprilagodljivi in rigidni odzivi na širok obseg osebnostnih in družbenih odnosov in predstavljajo značilne odklone od načina, kako povprečni posameznik v dani kulturi zaznava, misli, čuti in kako vzpostavlja medosebne odnose (Marlowe in Sugerman, 1997; WHO, 1995). Študije kažejo, da traja zdravljenje afektivnih, anksioznih, somatoformnih in motenj odvisnosti od različnih substanc ob obstoječi osebnostni motnji dlje, odgovor na zdravila je slabši (Cavedini, Erzegovesi, Ronchi in Bellodi, 1997; Patience, McGuire, Scott in Freeman, 1995; Benjamin in Strand, 1998), simptomi kažejo nagnjenje h kroniciteti in povzročajo nižji nivo funkcioniranja kot podobne težave pri bolnikih brez osebnostne motnje (Skodol, Oldham, Hyler, Stein in Hollander, 1995). Iz raziskave povezanosti osebnostnih motenj in samomorilnosti je razvidno, da je stopnja suicidalnosti skoraj tako visoka kot pri bolnikih z veliko depresijo (39 proti 41%) (Ahrens in Haug, 1996). Retrospektivne študije ugotavljajo, da je ena tretjina ljudi, ki je napravila samomor, imela eno od osebnostnih motenj, še posebej antisocialno, mejno, narcistično ali depresivno (Bronisch, 1996). Zaradi tega je nujno pravočasno prepoznavanje osebnostnih motenj, ki prepogosto ostanejo skrite v ozadju siceršnjih psihičnih motenj.

Klasifikacija osebnostnih motenj predstavlja velike težave zaradi obsega, kompleksnosti in interkorelacij relevantnega vedenja, interakcij z variablami okolja in drugimi psihičnimi motnjami. Poleg tega ni naravnih meja med značilnostmi večine ljudi in večine kriterijev za osebnostne motnje. Dodatno niso meje jasne med različnimi podtipi osebnostnih motenj, med osebnostnimi motnjami in nekaterimi drugimi psihičnimi motnjami in med različnimi osebnostnimi motnjami med seboj – tako nekateri kriteriji nastopajo pri več osebnostnih motnjah hkrati. Pozitivni kriteriji za več kot eno osebnostno motnjo so prisotni pri večini osebnostno motenih ljudi (Dowson, Grounds, 1995). Razlikovanje med diagnozami osebnostnih motenj je tako pogostoma nejasno zaradi pogoste sopojavnosti ene ali več diagnoz. Tako obstaja visoka stopnja sopojavnosti znotraj skupine A osebnostnih motenj, znotraj skupine C in med narcistično, mejno in histrionično osebnostno motnjo. Poleg tega je opaziti pogosto sopojavnost izogibajoče osebnostne motnje in osebnostnih motenj skupine A. (Stuart in Pfohl, 1998, Dowson, Berrios, 1991). DSM-IV (APA, 1994) namreč osebnostne motnje deli na skupine, kar pomeni, da če je prisotna ena osebnostna motnja iz določene skupine, da se bodo verjetneje hkrati pojavljale značilnosti drugih osebnostnih motenj iz iste skupine kot značilnosti osebnostnih motenj iz drugih skupin. Tako vsebuje skupina A paranoidno, shizoidno in shizotipsko osebnostno motnjo, ti ljudje so čudaški ali ekcentrični. V skupini B so disocialna, mejna, histrionična in narcistična osebnostna motnja – vedenje teh je dramatično in močno čustveno obarvano, v tretji skupini (C) pa so izogibajoča, odvisnostna, obsesivno-kompulzivna in pasivno-agresivna osebnostna motnja, povezane z anksioznostjo. Ziherl (1999) v slovenski Psihatriji deli osebnostne motnje glede na primarno strukturo osebnosti na vase umaknjene osebnosti (paranoidna, shizoidna in shizotipska), odvisnostne osebnosti (odvisnostna in izogibajoča), zavrte osebnosti (obsesivno-kompulzivna) in disocialne (disocialna, čustveno neuravnovešena in

histrionična). Med histrionično in narcistično osebnostno motnjo obstaja kar 30,4% sopojavnost. Izrazita je tudi sopojavnost paranoidne, pasivno-agresivne in mejne osebnostne motnje z drugimi osebnostnimi motnjami (Watson in Sinha, 1998). Večina raziskav ugotavlja, da ima vsaj 50% osebnostno motenih ljudi dve ali več osebnostni motnji. Statistično značilne povezave so našle 6 parov osebnostnih motenj – histrionično in mejno, histrionično in narcistično, narcistično in disocialno, narcistično in pasivno-agresivno, izogibajočo in shizotipsko in izogibajočo in odvisnostno (Oldham, Skodol, Kellman, 1992). Nurnberg (1991) ugotavlja, da ima 82% bolnikov z mejno osebnostno motnjo še dodatno osebnostno motnjo iz druge skupine osebnostnih motenj po DSM-III-R. Rutter (1987) je opozoril, da večina ljudi s klinično pomembno OM kaže različno mešanico disocialne, mejne, histrionične in narcistične OM. Da je stvar še bolj zapletena, očita Kernberg (1985) predvsem Millonu, da so avtorji DSM sprejeli med osebnostne motnje izogibajočo in odvisnostno, ker je tako ustrezalo statističnim pokazateljem osebnostnih značilnosti in ne dejanskim kliničnim izkušnjam. Tako, pravi Kernberg, gre pri izogibajoči za depresivno-mazohistično motnjo, ki so jo umetno prestavili v bližino shizoidne, pri odvisnostni pa za pasivno-agresivno. Podobno odpira smiselno obstoja shizotipske osebnostne motnje, ki da je nastala zaradi preveč omejujočih kriterijev za shizofrenijo. Po drugi strani se Dowson (1995) sprašuje o smiselnosti vključitve narcistične osebnostne motnje, češ da je ta vključena izključno zaradi psihoanalitične teorije, da pa je malo eksperimentalnih dokazov, ki bi dovoljevali njeno vključitev med ostale.

Tako se torej kaže potreba po natančnem in pravočasnem ugotavljanju osebnostnih motenj, po drugi strani pa smo soočeni s precej sorodnimi in prekrivajočimi se kategorijami, ki so še vedno predmet razprav in raziskovanj. Vendar je le potrebno upoštevati aktualno klasifikacijo, tako DSM-IV, kot MKB-10, ki vsebujeta trenutne opredelitve glede osebnostnih motenj. Tako v vsakdanji klinični praksi v diferencialno-diagnostične namene, kot pri izobraževanju terapevtov, ki še nimajo izkušenj pri prepoznavanju osebnostnih motenj, potrebujemo instrument, ki nam bo pomagal osebnostne motnje prepoznavati. Vprašalniki za samoocenjevanje imajo svoje prednosti in svoje slabosti. Ko jih uporabljamo v klinični populaciji, težko prepoznavajo npr. histrionično osebnostno motnjo med depresivno epizodo in določijo globino neke motnje med reaktivno psihično stisko osebnostno sicer kompenzirane osebe ter osebnostnimi značilnostmi ljudi s težko patologijo ega (s psihotično osebnostno strukturo). Tako bodo lahko testi pokazali večjo stopnjo motenosti pri prvih in blažjo stopnjo motenosti pri drugih, kot je ta prisotna v resnici (Millon in Davis, 1997). Nadaljnji problem je v tem, da bodo posamezniki pri ponovitvi testiranja praviloma priznali manj motečih vedenjskih vzorcev kot pri prvem testiranju. Prednost testiranja z vprašalnikom za samoocenjevanje pa je v večji zanesljivosti, ker se vpliv subjektivnosti klinične presoje zmanjša na minimum (Dowson, 1995).

Že strukturirani osebnostni vprašalnik za samoocenjevanje, MCMI-III (Millon, 1997), je v našem prostoru še nedostopen. Problem pri prenosu tega vprašalnika v naš prostor je povezan med drugim z velikimi finančnimi zahtevki za avtorske pravice.

SCID II (Spitzer, Benjamin, Williams, Gibbon in First, 1997) je strukturiran klinični intervju, ki je žal nepopoln, ker ne prepozna vseh osebnostnih motenj. Zato sem se za prehodno obdobje, dokler ne bo MCMI-III prenesen v naš prostor, odločil za oblikovanje svojega vprašalnika za prepoznavanje osebnostnih motenj. Njegov namen je v objektivizaciji kliničnega pregleda. Služi lahko kot diferencialno-diagnostični pripomoček in je še posebej pomemben v primerih, ko posamezno vrsto osebnostne motnje težje odkrijemo zaradi transferno-kontratransfernih problemov v odnosu z bolnikom (pri npr. narcistični in pasivno-agresivni osebnostni motnji) ali pa če nas zavede psihologična povezava simptomov s prve osi in obstoječe osebnostne motnje na drugi (npr. depresije in depresivne ali odvisnostne osebnostne motnje, panične motnje in odvisnostne osebnostne motnje ter obsesivno-kompulzivne motnje ter obsesivno-kompulzivne osebnostne motnje), da tako spregledamo pomembno osebnostno motnjo ob že ugotovljeni v smislu soobolevnosti, ki pa ima vendarle pomemben vpliv na bolnikovo funkcioniranje..

Oblikovanje vprašalnika

Vprašalnik je sestavljen iz dveh delov – prvi del vsebuje elemente psihiatrične preiskave, drugi del cilja na prepoznavanje posameznih osebnostnih motenj. Del vprašalnika z elementi psihiatrične preiskave sem vključil zaradi procesa izgrajevanja instrumenta. Vsebuje vprašanja glede simptomov agresivne zavrtosti (npr. grizenje nohtov; skupaj 10 postavk) in indicev za obstoj zgodnjih razvojnih deficitov (10 postavk) zaradi nadomestitve ugotavljanja psihodinamskega ozadja osebnostnih motenj. Zatem vsebuje vprašanja, ki odkrivajo najpogostejše simptome s prve osi diagnosticiranja v psihiatriji: depresijo in anksioznost (skupaj 8 postavk), somatoformne motnje (8 postavk) in škodljivo uživanje ali odvisnost od alkoholnih pijač (7 postavk). Končno vsebuje vprašanja, ki nagovarjajo najpogostejše zaznavne motnje (privide in prisluhe) in občutke preganjanja. Ta del vprašalnika pri uporabi v klinični praksi ni potreben, ker ga nadomestimo s kliničnim pregledom.

V drugem delu so postavke, ki ciljajo na prepoznavanje osebnostnih motenj. Med njimi ni shizotipske osebnostne motnje. Pri tej gre za »spodnji pol shizoidnega sindroma«: shizoidna osebnostna motnja predstavlja pol bliže nevrozi, shizotipska pol bliže psihozi (Wolff in McGuire, 1995) in tudi današnje razumevanje te motnje jo postavlja v vlogo premorbidne osebnosti bolnikov s shizofrenijo (Kaplan, 1994). Glede na majhno število preiskovancev s tema motnjama in glede na veliko sorodnost med njima, sem ju za namene tega vprašalnika združil. Postavke sem zbral s pomočjo aktualnih klasifikacij (WHO, 1995; APA, 1994), že strukturiranih vprašalnikov za ugotavljanje osebnostnih motenj (Millon, 1997; Spitzer, 1997), upošteva načela psihiatričnega intervjuja za ugotavljanje psihodinamike osebnostnih motenj (Židanik, 2000), mnenja desetih kolegov, ki so se izrekli o vrednosti posameznih postavk ter pogostnosti odgovarjanja ljudi s posameznimi osebnostnimi motnjami na postavke v

primerjavi z ljudmi brez osebnostne motnje. Pri postopnih predelavah vprašalnika sem upošteval rezultate, dobljene s pomočjo faktorске analize podatkov. Tako sem prvih 81 postavk razširil sprva na 83, zatem pa jih, po dveh obdelavah vprašalnika s pomočjo faktorске analize prvega reda, skrčil najprej na 68 in zatem na 65 postavk. V zadnji verziji, po faktorški analizi 2. reda, je bilo v vprašalnik vključenih 62 postavk, vezanih na prisotnost osebnostnih motenj. Med te postavke sem razdelil še osem postavk, ki prepoznavajo dajanje socialno zaželenih odgovorov.

Metoda

V preiskavo s ciljem izgradnje instrumenta sem zajel vse ljudi, ki so bili prvič pregledani ali na prvih kontrolnih pregledih v psihiatrični ambulanti. Zajel nisem samo ljudi z duševno manjrazvitostjo, ker ti posamezniki večjega števila postavk niso razumeli in tako samoocenjevanje ni bilo možno. Po opravljenem kliničnem pregledu sem kliente prosil še za izpolnjevanje vprašalnika. Te sem označil samo s številko popisa, kar mi je omogočilo večjo objektivnost pri diagnostičnem opredeljevanju. Pozneje sem dobljene diagnoze primerjal med seboj in se za končno diagnostično opredelitev odločil po upoštevanju vseh dejavnikov, ki so vplivali na izpolnjevanje vprašalnika (npr. dajanje socialno zaželenih odgovorov, ki so bili v nasprotju z odgovori na ista vprašanja ob intervjuju) ali na diagnostično opredelitev po psihiatričnem intervjuju (npr. prehitra opredelitev za neko osebnostno motnjo, ki je ponudila dobro psihodinamsko razlago psihičnim motnjam v pritožbi, je preprečila poglobljeno analizo in ugotavljanje prisotnosti tudi drugih osebnostnih motenj, kar bi zahtevalo opredelitev za mešano osebnostno motnjo).

Problem zunanje validacije je ostajal aktualen. Dodatno preverjanje diagnostičnih opredelitev s strani drugih psihiatrov ali psihologov s pomočjo kliničnih in psihodiagnostičnih pregledov je bilo z vsakdanjim delom na Dispanzerju za psihohigieno nezdržljivo, ker bi prišlo zaradi velikega števila preiskovancev ($n=264$) do blokade našega dela. Odpiral se je tudi problem plačnika storitev, ki bi bile opravljene. Zato sem se odločil za testiranje vprašalnika na splošni populaciji. Tako sem preveril ali se postavke, vezane na posamezno osebnostno motnjo tudi v splošni populaciji povezujejo med seboj v enake sklope. Ob tem sem ugotavljal ali vprašalnik sedimentira ljudi z več simptomi agresivne zavrtosti, z več razvojnimi deficiti, z več depresije, suicidalnosti, zlorabe in odvisnosti od alkohola in z več somatofornimi motnjami. Če namreč meri osebnostne motnje, bodo v sedimentirani skupini ljudje imeli več teh znakov kot preostalem delu splošne populacije. Zatem sem ugotavljal sposobnost vprašalnika za diferenciacijo posameznih motenj med seboj. Če je vprašalnik slab, so posamezne vrste osebnostnih motenj številčno enakomerno zastopane (zaradi naključja), tako med vsemi preiskovanci, kot med spoloma, kjer je npr. pri ženskah pričakovati več histrionične osebnostne motnje kot pri moških in pri teh več disocialne osebnostne motnje kot pri ženskah. Končno sem preverjal vpliv prve osi diagnosticiranja v psihiatriji

na prepoznavanje osebnostnih motenj prav na primeru komorbidnosti depresije in histrionične osebnostne motnje.

Vzorčenje dela splošne populacije je potekalo v Oddelku za avtomatično obdelavo podatkov na našem Zdravstvenem domu. V tej bazi podatkov, je 361 553 naslovov pacientov z mariborskega območja, ki imajo v našem Zdravstvenem domu izbranega zdravnika splošne medicine. Glede na to, da ima vsak posameznik svojega izbranega osebnega zdravnika ne glede na svoj socialni status, je bila ta osnova za vzorčenje realen del splošne populacije. Znotraj teh naslovov so izbrali 6106 posameznikov med 18 in 65 letom starosti (vzorčili so posamezne letnike glede na posameznega zdravnika splošne medicine). Zaradi neažuriranih podatkov je do naslovnikov prišlo 5853 anket.

Podatke sem analiziral in primerjal s pomočjo statističnega programa SPSS. Značilnosti populacije sem izračunal s pomočjo programa Excel, statistične primerjave vzorcev pa s testom hi-kvadrat s pomočjo programa Epi-info.

Rezultati

Testiranje klinične populacije. Vseh izpolnjenih in analiziranih vprašalnikov v klinični populaciji je bilo 264. Število osebnostno motenih preiskovancev je bilo 228. Številčno so bili različno zastopani, kar prikazuje spodnja tabela. Primerjava rezultatov, dobljenih s pomočjo vprašalnika in diagnoz, dobljenih s pomočjo kliničnega pregleda, je potekala v treh stopnjah, kateri je vsakokrat sledila analiza in prilagajanje vprašalnika. Skupaj je tako bilo v ta tri testiranja zajeto 250 ljudi, 105 moških in 145 žensk. V analizo vprašalnikov sem dodatno zajel še podatke za 14 ljudi, ki sem jih obdelal med temi obdobji.

Testiranje splošne populacije. Vseh vrnjenih vprašalnikov do enega meseca po zadnji pošiljki k naslovnikom je bilo 1666, kar pomeni 28,5 % odzivnost. 63 vprašalnikov sem izločil zaradi nepopolnega izpolnjevanja ali dajanja preveč socialno zaželenih odgovorov. Ostale sem zajel v analizo podatkov.

Značilnosti vzorca. Med ljudmi, ki so vrnili izpolnjen vprašalnik, je bilo 741 moških in 862 žensk. Srednja starost moških je bila $44,4 \pm 13,4$ let z mediano 43 in žensk $40,4 \pm 12,9$ let z mediano 39 let. Izobrazbena struktura kaže, da 5,6% ljudi v tem vzorcu osnovne šole ni končalo, 9,7% jo je dokončalo, 24,6% ima dokončano poklicno SŠ, 36,8% srednjo, 9,6% višjo in 14% visoko.

Faktorska analiza. Vrednost Keiser-Meyer-Olkinovega testa (nad 0.923) in izid Bartlettovega testa ($p=0.000$) kažeta, da je bila faktorska analiza smiselna, saj gre za pomembno povezanost med spremenljivkami. Za faktorsko analizo z Varimax rotacijo sem upošteval 14 faktorjev, ki so skupaj pojasnili 48,1% vari-

Tabela 1. Število anketiranih glede na vrsto osebnostne motenosti.

Vrsta osebnostne motnje	<i>n</i>	Vrsta osebnostne motnje znotraj mešanih os. motenj	Skupaj
shizoidna in shizotipska	5	13	18
paranoidna	6	30	36
disocialna	11	7	18
čustveno neuravnovešena	5	23	28
histrionična	9	9	18
obsesivno-kompulzivna	48	44	92
bojazljivostna	9	13	22
odvisnostna	42	30	73
depresivna	13	6	19
narcistična	4	15	19
pasivno-agresivna	5	8	13
mešana	71		
Skupaj	228	<i>n</i> = 71	<i>n</i> = 228

Tabela 2. Spreminjanje občutljivosti instrumenta po posameznih predelavah vprašalnika. Kategorija »Ujemanje diagnoz po skupinah« govori o A, B in C skupinah osebnostnih motenj klasifikacije DSM-IV.

Testiranje	Popolno ujemanje Dg	Ujemanje Dg po skupinah	Detekcija osebnostnih motenj
prvo <i>n</i> =88	35.23%	63.6%	69.3%
drugo <i>n</i> =70	45.7%	75.7%	87%
tretje <i>n</i> =92	50 %	70.7%	88%

ance vzorca. Odstotek pojasnjene variance s prvim faktorjem je 16,1%, kar je relativno nizko, a pričakovano glede na to, da instrument prepozna 11 različnih entitet, ki se medsebojno prekrivajo ter je tako faktorsko strukturo težje opredeliti.

- Faktor 1. Faktor depresivnosti. Na prvem faktorju se zbirajo postavke glede čustvenih stanj ter miselnih vzorcev, vezanih na depresijo. Postavke pripadajo depresivni, odvisnostni in mejni osebnostni motnji, v enem primeru tudi narcistični motnji.
- Faktor 2. Faktor paranoidnosti. Na tem faktorju se zbirajo predvsem postavke paranoidne osebnostne motnje, pa tudi shizoidne in izogibajoče, v katerih ozadju so paranoidni strahovi.
- Faktor 3. Faktor težav pri vzpostavljanju medosebnih odnosov. Ta faktor zasedata shizoidna in izogibajoča osebnostna motnja.
- Faktor 4. Faktor vedenjskih znakov agresivne zavrtosti. Zasedata ga depresivna

Tabela 3. Postavke vezane na posamezne osebnostne motnje in njihove obtežitve na faktorjih.

Postavka	F	obtežitev	os. motnja
Imate kdaj občutke velike notranje praznine ?	1	0,660	mejna, depresivna
Opažate pri sebi velike čustvene preobrate v kratkem času ?	1	0,643	mejna
Ali imate včasih v sebi čudne misli, ki se jih ne morete znebiti ?	1	0,616	mejna
Pogosto mislite, da vam bo pri nečem spodletelo, da nečesa ne zmorete?	1	0,613	depresivna
Pogosto prepoznate v sebi občutke krivde brez pravega razloga ?	1	0,580	depresivna, odvisnostna
Imate občutek, da v življenju tavate, brez poklicnih in osebnih ciljev ?	1	0,528	mejna
Ali kdaj opustite prizadevanja zaradi strahu, da stvari ne boste opravili do konca?	1	0,516	odvisnostna
Ste pogosto v skrbeh zaradi ene ali druge stvari ?	1	0,498	depresivna
Imate občutek, da ste preveč navezani na svoje bližnje ?	1	0,427	odvisnostna
Pogosto nihate v čustvih do ljudi, ki so vam blizu, od ljubezni do sovraštva ?	1	0,424	mejna
Ali ste v trenutkih, ko je šlo dobro, pomislili, da vam bo šlo slabše ?	1	0,413	narcistična
Ali popuščate drugim iz strahu, da bodo na vas jezni ?	1	0,390	odvisnostna
Pogosto razmišljate o samomoru ?	1	0,314	mejna
Imate občutek, da se vam drugi posmehujejo ?	2	0,726	shizoidna, izogibajoča
Imate občutek, da ljudje govorijo o vas, ko greste mimo njih ?	2	0,677	paranoidna
Imate občutek, da drugi slabo mislijo o vas ?	2	0,608	paranoidna
Imate občutek, da vam drugi želijo slabo ?	2	0,602	paranoidna
Imate občutek, da odnos drugih ljudi do vas ni tak, kot bi si zaslužili ?	2	0,478	paranoidna
Ali se družbi izogibate, ker pričakujete, da se bodo norčevali iz vas ?	2	0,450	shizoidna, izogibajoča
Ali drugi ljudje mislijo, da govorite o čudnih in drugačnih stvareh ?	2	0,441	paranoidna
Ali sumite, da ima človek, ki je posebej prijazen do vas, kaj za bregom?	2	0,417	paranoidna
Se odločate za prijateljstvo le če ste povsem gotovi, da vas imajo radi?	2	0,244	izogibajoča
Imate težave pri vzpostavljanju medosebnih odnosov ?	3	0,646	shizoidna, izogibajoča
Se počutite zelo nelagodno ob prvih stikih z ljudmi ?	3	0,624	shizoidna, izogibajoča
Se počutite zelo nelagodno tudi, če ljudi, s katerimi ste v stiku, že poznate ?	3	0,558	shizoidna
Ste kdaj težko gledali drugim v oči ?	3	0,493	shizoidna
Se bojite zavrnitve s strani drugih ljudi ?	3	0,441	izogibajoča
Ali se bojite tesnega odnosa zaradi strahu, da bi se osramotili ?	3	0,390	izogibajoča
Ostanete na zabavah raje v ozadju ?	3	0,164	shizoidna, izogibajoča
Znate zahtevati ?	4	0,714	depresivna, odvisnostna
Se lahko postavite in borite zase ?	4	0,688	depresivna, odvisnostna
Ali pustite, da drugi sprejemajo važne odločitve namesto vas ?	4	0,459	odvisnostna
Ste zelo natančni in redoljubni ?	5	0,731	obsesivno-kompulzivna
Imate radi vse stvari na svojem mestu ?	5	0,712	obsesivno-kompulzivna
Ali zahtevate od sebe popolnost ?	5	0,471	obsesivno-kompulzivna
Raje opravite delo sami, ker veste, da ga drugi ne bodo opravili povsem pravilno?	5	0,423	obsesivno-kompulzivna
Ste pri svojem delu raje sami ?	5	0,218	obsesivno-kompulzivna
Ste vedno točni ?	5	0,180	obsesivno-kompulzivna
Ali prepoznavate v sebi zamisli, ki so pred našim časom ?	6	0,578	narcistična
Lahko začutite druge ljudi – kako se počutijo, kaj mislijo ?	6	0,500	disocialna
Imate občutek, da vas razumejo samo nekateri izjemno sposobni in nadarjeni ljudje?	6	0,459	narcistična
Imate občutek, da ste bolj sposobni od večine drugih ljudi ?	6	0,447	narcistična
Ostanete na zabavah raje v ozadju ?	7	-0,629	shizoidna, izogibajoča
Ste pogosto v središču pozornosti ?	7	0,628	histrionična
Ali zelo hitro in z lahkoto vzpostavljate številna prijateljstva ?	7	0,529	histrionična
Vas je kdaj zgrabilo, da bi kar nekaj razbili ali koga udarili ?	8	0,550	mejna, disocialna
Ali hitro reagirate, ne da bi vnaprej premislili posledic svojih dejanj?	8	0,460	mejna, disocialna
Se razjezite in vzkipite, če vas silijo, da počnete nekaj, kar ne želite ?	8	0,412	pasivno-agres, disocialna
Ali uživate v prehitri vožnji ?	8	0,394	mejna
Če člani vaše družine pritisnejo na vas, se razjezite in nasprotuje njihovim zahtevam ?	8	0,346	pasivno-agresivna, histrionična
Če kdo omeni, da ste naredili napako, ali takoj opozorite na njegove napake ?	9	0,572	narcistična
Ali zapustite delo, ki ga vodijo ljudje, ki ga ne opravijo tako dobro, kot bi ga sami?	9	0,440	narcistična
Ali lahko pozabite, če vas kdo užali ali osramoti ?	9	0,430	disocialna
Ali včasih kar potrebujete pohvalo in priznanja ?	10	0,695	narcistična
Ali včasih kar potrebujete, da vas drugi ljudje občudujejo ?	10	0,604	narcistična
Ste včasih večkrat kaj ukradli ?	11	0,724	disocialna
Ste imeli kdaj težave s policijo in sodstvom ?	11	0,620	disocialna
Ste v otroštvu kdaj pobegnili od doma ?	11	0,380	disocialna
Ste vedno točni ?	12	-0,648	obsesivno-kompulzivna
Pogosto odlagate stvari do zadnje minute, potem pa niso pravočasno narejene?	12	0,564	pas-agres., histrionična
Se težko ločite od starih stvari brez kake vrednosti ?	12	0,327	obsesivno-kompulzivna
Ali delo opravite bolje, kot vam to priznajo drugi ?	13	0,670	pasivno-agresivna
Vas drugi ljudje pogosto delajo odgovorne za stvari, ki jih niste naredili?	13	0,354	pasivno-agresivna
Ali hitro in z lahkoto poživate vzdušje, če se dolgočasite ?	14	0,600	histrionična
Ali včasih kar pozabite narediti, kar bi morali, a tega ne želite storiti ?	14	0,515	pas-agres., histrionična

in odvisnostna osebnostna motnja.

- Faktor 5. Faktor obsesivnosti. V celoti ga zasedajo postavke obsesivno-kompulzivne osebnostne motnje. Dve postavki imata nizko obtežitev, še posebej postavka »Ste vedno točni?«. Ta ima močno negativno obtežitev na 12 faktorju, faktorju pasivnosti, kar je glede na naravo omenjene motnje razumljivo.
- Faktor 6. Faktor introvertiranega narcizma. Zaseda ga narcistična in z eno postavko disocialna osebnostna motnja. Pri slednji gre za postavko, ki zajema nesposobnost empatije, kar je enako tipično za narcistično motene ljudi.
- Faktor 7. Faktor ekstrovertiranosti v medosebnih odnosih. Faktor zaseda histrionična osebnostna motnja z dvema postavkama in z eno shizoidna ter izogibajoča, seveda z negativnim predznakom.
- Faktor 8. Faktor impulzivnosti. Ta faktor zasedajo mejna, disocialna, pasivno-agresivna ter delno histrionična osebnostna motnja.
- Faktor 9. Faktor narcistične ranljivosti. Zaseda ga narcistična z dvema in disocialna z eno postavko. Tudi tokrat gre za postavko, ki je enako tipična za narcistično osebnostno motene ljudi.
- Faktor 10. Faktor potreb po narcistični gratifikaciji. Zaseda ga narcistična osebnostna motnja.
- Faktor 11. Faktor disocialnosti. Zasedajo ga tri postavke, vezane na anamnestične podatke glede disocialne osebnostne motnje.
- Faktor 12. Faktor pasivnosti. Zaseda ga pasivno-agresivna motnja z eno postavko ter obsesivno-kompulzivna z drugo. Pri slednji gre za nesposobnost ločiti se od stvari brez prave vrednosti, kjer gre za navidezno pasivnost z drugačnim psihodinamičnim ozadjem.
- Faktor 13. Faktor nerealne ocene lastnih delovnih sposobnosti. Zaseda ga pasivno-agresivna osebnostna motnja.
- Faktor 14. Faktor igranja. Postavka histrionične in delno pasivno-agresivne osebnostne motnje

Razvojni deficiti, agresivna zavrtost in komorbidnost. Podatki kažejo, da instrument sedimentira ljudi, ki imajo več simptomov agresivne zavrtosti, več razvojnih deficitov in več simptomov na prvi osi diagnosticiranja v psihiatriji.

Pogostnost osebnostnih motenj. Znotraj skupin osebnostno motenih je opaziti velika odstopanja med deležem posameznih osebnostnih motenj. Tako so ljudje v tem vzorcu v povprečju dali $2,1 \pm 1,7$ diagnostična odgovora od osmih možnih vprašanj, vezanih na shizoidno osebnostno motnjo, $3 \pm 1,5$ odgovora od možnih osmih, vezanih na disocialno osebnostno motnjo in kar $4,2 \pm 1,6$ diagnostična odgovora na največ sedem možnih vprašanj, vezanih na obsesivno-kompulzivno osebnostno motnjo. Opazna je tudi razlika med skupinama osebnostno motenih moških in žensk. Tako je disocialno osebnostno motenih moških statistično

Tabela 4. Vrednosti p v primerjavi vzorcev ljudi brez osebnostne motnje in ljudi z osebnostno motnjo glede na spol ter simptome agresivne zavrtosti, prisotnost nekaterih zgodnjih razvojnih deficitov in nekaterih psihičnih motenj.

	primerjava moških	primerjava žensk
simptomi agresivne zavrtosti	0,000	0,000
alkoholizem v primarni družini	0,047	0,000
slabi odnosi v primarni družini	/	0,006
smrt v družini ali ločitev staršev	0,04	0,003
finančne težave v primarni družini	0,000	/
samomor v primarni družini	0,049	0,048
zloraba in odvisnost od alkohola	0,000	0,000
somatoformne motnje	0,000	0,000
depresija	0,000	0,000
samomorilnost	0,000	0,000
psihotični simptomi	0,000	0,000
obisk pri psihiatru	0,002	0,002

značilno več kot žensk s p 0,000, pri ženskah pa je statistično pomembno več depresivno in odvisnostno osebnostno motenih. Primerjava čistih oblik slednjih osebnostnih motenj je pokazala na p 0,038 za odvisnostno in p 0,042 za depresivno upoštevanje Mantel-Haenszelov popravek, Yates-ov popravek pa ni pokazal statistično relevantne razlike. Zato pa je ta bila pomembna, ko sem ob čistih oblikah upošteval tudi zastopanost depresivne in odvisnostne osebnostne motnje znotraj mešanih osebnostnih motenj. p upoštevanje Yates-ov popravek je bil za odvisnostno osebnostno motnjo 0,001 in za depresivno 0,016.

Izobrazbena struktura in vzorci. Nepričakovane rezultate je pokazala primerjava izobrazbene strukture skupin ljudi, ki jih je instrument pokazal kot osebnostno motene in tistih, ki jih je pokazal kot ljudi brez osebnostne motnje. Tako je v prvi skupini več ljudi z nedokončano in končano OŠ v primerjavi z drugo skupino ($p = 0,000$), v drugi pa več ljudi z dokončano višjo ($p = 0,02$) in visoko šolo ($p = 0,000$). Glede na to, da je za osebnostno motene ljudi značilna nizka frustracijska toleranca, oslABLJENA kontrola impulzov in otežena predelava stresorjev, je ta rezultat razumljiv in potrjuje dobro diskriminatornost instrumenta.

Vpliv depresije na rezultate instrumenta. V mojem vzorcu je delež sobolewnosti histrionične osebnostne motnje in depresije 25,5%, kar kaže, da depresija ne vpliva na prekritje te osebnostne motnje. Pri tem izračunu sem upošteval samo čiste oblike in ne tudi mešano osebnostno motene ljudi. Sicer je v vzorcu ljudi brez osebnostnih motenj 13,6% moških in 26,6% žensk imelo depresijo, kar daje argument, da depresivno stanje s tem instrumentom ne simulira tudi osebnostnih motenj.

Razprava in zaključek

V tem prispevku sem predstavil nov instrument za prepoznavanje osebnostnih motenj. Instrument je racionalno in empirično validiran. Racionalno veljavnost sem potrjeval s povezanostjo s psihoanalitičnimi teoretičnimi osnovami osebnostnih motenj, z analizo klinične populacije, s primerjavo diagnoz, dobljenih s kliničnim pregledom in s pomočjo desetih strokovnjakov, specialistov psihiatrov in kliničnih psihologov, ki so posamezne postavke vrednotili na številčni lestvici od 1 do 5. Za empirično validacijo sem uporabil faktorsko analizo. Končno sem instrument preveril na splošni populaciji in ugotovil, da se tudi v splošni populaciji posamezne postavke podobno vežejo na posamezne faktorje kot v klinični populaciji na manjšem vzorcu ter da instrument sedimentira populacijo, ki kaže značilnosti populacije z osebnostnimi motnjami. To pomeni, da je v izbrani populaciji več ljudi z razvojnimi deficiti, s simptomi agresivne zavrtosti, simptomi psihičnih motenj s prve osi diagnosticiranja v psihiatriji ter da imajo v povprečju nižjo izobrazbo kot ljudje v primerjalni skupini, kjer instrument osebnostne motenosti ni zaznal. Prikazani instrument je lahko dragocen pripomoček za terapevte v klinični praksi, tako za pomoč pri diagnostiki, kot za razvoj lastnega občutka za prepoznavanje teh diagnostičnih kategorij.

Literatura

- Ahrens B in Haug HJ. (1996). Suicidality in hospitalized patients with a primary diagnosis of personality disorder. *Crisis*, 17(2), 59-63.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Benjamin L.S. in Strand J.G. (1998). Recognizing comorbid personality disorder can help manage and treat the »untreatable«. *Psychiatrics Clinical North American*, 21(4), 775-89.
- Bronisch T. (1996). The typology of personality disorders - diagnostic problems and their relevance for suicidal behavior. *Crisis*, 17(2), 55-58.
- Cavedini P., Erzegovesi S., Ronchi P. in Bellodi L. (1997). Predictive value of obsessive-compulsive personality disorder in antiobsessional pharmacological treatment. *European Neuropsychopharmacology*, 7(1), 45-49.
- Dowson J.H. in Grounds A.T. (1995). *Personality disorders: Recognition and Clinical Management*. New York, Cambridge University Press.
- Dowson J.H. in Berrios G.E. (1991) Factor structure of DSM-III-R personality disorders shown by self-report questionnaire: implications for classifying and assessing personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 32-37.
- Kaplan P.M. in Sadock V.A. (1994). *Synopsis of Psychiatry*. 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kernberg O.F. (1985). *Schwere Persoenlichkeitsstoerungen: Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien*. Stuttgart J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH.

- Marlowe M. in Sugeran P. (1997). ABC of mental health: Disorders of personality. *British Medical Journal*, 315, 176-179.
- Millon T. in Davis R. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory – III. Manual*. 2nd ed. Minneapolis: Dicandrien.
- Nurnberg H.G., Raskin M. in Levine P.E. (1991). The comorbidity of borderline personality disorder and other DSM-III-R Axis II personality disorders. *American Journal of psychiatry*, 148, 1371-1377.
- Oldham J.M., Skodol A.E. in Kellman H.D. (1992). Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 149, 213-220.
- Patience D.A., McGuire R.J., Scott A.I. in Freeman C.P. (1995). The Edinburgh Primary Care Depression Study: personality disorder and outcome. *British Journal of Psychiatry*, 167(3), 324-30.
- Rutter M. (1987). Temperament, personality and personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 150, 433-458.
- Skodol A.E., Oldham J.M., Hyler S.E., Stein D.J. in Hollander E. (1995). Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. *Journal of Psychiatry Research*, 29(5), 361-74.
- Spitzer R.L., Benjamin L.S., Williams J.B., Gibbon M. in First M.B. (1997). *Users guide for the structured clinical interview for DSM-IV. axis II personality disorders: SCID II*. Washington, DC: American psychiatric press.
- Stuart S., Pfohl B., Battaglia M., Bellodi L., Grove W. in Cadoret R. (1998). The cooccurrence of DSM-III-R personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 12(4), 302-315.
- Svetovna zdravstvena organizacija (1995). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10. [International classification of diseases: ICD-10]*. Vol 1. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Watson D.C. in Sinha B.K. (1998). Comorbidity of DSM-IV personality disorders in a nonclinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, 54(6), 773-80.
- Wolff S. in McGuire R.J. (1995). Schizoid personality n grls: A follow up study – What are the links with Asperger's syndrome? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36 (5), 793-817.
- Ziherl S. (1999). *Osebnostne motnje. [Personality disorders.]* V M. Tomori in S. Ziherl (ur.), Psihijatrija (str. 292-301). Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Planprint.
- Židanik M. (2000). Prvi psihiatrični pregled. [The first psychiatric interview.] *Zdravstveno varstvo*, 39 (5-6), 122-127.

Prispelo/Received: 25. 05. 2002

Sprejeto/Accepted: 11. 11. 2002