

Problemi in možnosti uporabe osebnostnih vprašalnikov pri duševnih bolnikih

*Emil Benedik**

Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje na Gorenjskem

Povzetek: V prispevku razmišljamo o možnostih in težavah, s katerimi se srečujemo pri uporabi osebnostnih vprašalnikov pri klinično psihološki diagnostiki oseb s t.i. težko patologijo, predvsem z vidika veljavnosti in uporabnosti tako pridobljenih rezultatov. Osebnostni vprašalniki so praviloma prirejeni za zdravo populacijo, pri njihovi uporabi v psihiatriji pa se pogosto soočamo s specifičnimi težavami kot so različne naravnosti bolnikov pri odgovarjanju na določene postavke, kar je lahko poleg situacijskih dejavnikov tudi rezultat njihove motnje oz. specifičnih lastnosti osebnosti. S tem je seveda omejena možnost klasičnega vrednotenja in interpretacija rezultatov. Kakšna je možnost razvoja takšnih merskih instrumentov, s katerimi bi ne samo lažje prepoznali, ampak tudi uporabili ta »izkrivljanja« (ki v bistvu predstavljajo kognitivni ali obrambni stil osebe) v diagnostične namene? Kot pomoč pri tem nam lahko služi najbolj uveljavljeni vprašalnik s tega področja MMPI-2 še posebno zato, ker ima empirično potrjeno selekcijo postavk. Vse postavke vprašalnika smo ocenili z vidika doživljanja in lociranja težav posameznika ter na podlagi tega ugotavljamo vsebinske razlike oz. trende med osnovnimi kliničnimi lestvicami, ki v bistvu predstavljajo značilnosti posameznih diagnostičnih skupin. Te so v skladu s kognitivnimi in psihoanalitičnimi teorijami o značilnostih doživljanja samega sebe in drugih oseb psihiatričnih bolnikov.

Ključne besede: osebnostni vprašalniki, motnje osebnosti, psihiatrični bolniki, psihodiagnostika, Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Problems and opportunity of personality inventories in clinical - psychological practice

Emil Benedik

Psychiatric Clinic Begunje, Begunje, Slovenia

Abstract: The article deals with possibilities and problems of usage of personality inventories in psychological diagnostic of persons with "heavy pathology", from aspect of validity and applicability in the first place. Personality inventories are usually designed for healthy population. By their usage in clinical psychology we often meet problems like specific tendencies when answering defined questions. This could be the result of situational factors but also the impact of their disorders and personality. The possibilities of classical interpretation of results are in this way limited. Do we have the opportunity of development of the diagnostic instruments that we could, not only recognise, but use such deformations (which represent cognitive style or defence of person) in diagnostic purpose? The MMPI-2, most famous inventory in this field, offer us great aid, especially because its items are selected empirically. By

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

the analysis of its items from aspect of sensing and localisation of subjects problems, we found differences between clinical scales which represent patients of different clinical groups. These differences are in accordance with psychoanalytical assumptions about characteristics of sensing self and other people.

Key words: personality measures, personality disorders, Minnesota Multiphasic Personality Inventory, psychiatric patients, psychodiagnostics

CC=2220, 3200

Osebnostni vprašalniki predstavljajo pomemben merski instrument pri psihološkem ocenjevanju. Avtorji navajajo številne prednosti pred drugimi (npr. pred kliničnim intervijem, projekcijskimi tehnikami), kot so metričnost tako pridobljenih dimenzij, objektivnost merjenja in ekonomičnost uporabe (Bele Potočnik, Hruševar in Tušak, 1984). Kritiki pa kot najbolj negativno lastnost navajajo nezaželene tendence, ki se kažejo pri odgovarjanju na vprašalnike. Te zajemajo težnjo, ko se oseba opisuje na način, ki je socialno zaželen ali nezaželen, težnjo odgovarjati nenavadno oz. po slučaju ter težnjo na večino postavk odgovarjati z »da« ali »ne«. To so t.i. »odgovorni seti« oz. načini odgovarjanja, ki so jih avtorji vprašalnikov predvideli pri zdravih osebah in v ta namen sestavili tudi različne kontrolne lestvice, s katerimi bi jih lažje identificirali. Najbolj znana je lestvica laži, kritičnosti oz. iskrenosti odgovarjanja, ki zajema nekoliko neugodne trditve, s katerimi se večina ljudi strinja. Za posameznike, ki zanikajo večino teh trditev je značilno, da so obrambno naravnani in se, zaradi določenih razlogov ali okoliščin (npr. negativno stališče do testiranja, strah pred posledicami), namenoma trudijo predstaviti v dobri podobi, v socialno zaželeni luči. Nagibajo se k disimulaciji majhnih napak in slabosti, lahko so nepripravljeni razkrivati se ali so nekritični do sebe. Na podlagi tega zaključujemo, da so ostali rezultati vprašalnika dvomljive veljavnosti. Nasprotno pa sklepamo, da se osebe, ki se strinjajo z manjšimi lastnimi pomanjkljivostmi, odkrito in samokritično opisujejo. Nadalje lahko pri zdravih osebah zasledimo težnjo odgovarjati po slučaju, pretežno z »da«, »ne« ali »ne vem«. Srečujemo tudi pomanjkljivo ali nepravilno izpolnjene vprašalnike. Tudi to je lahko posledica obrambnega vedenja, nepripravljenosti razkrivanja samega sebe oz. nemotiviranosti za reševanje ali celo nerazumevanja vprašalnika. Ti načini odgovarjanja pa so lahko tudi rezultat specifičnega kognitivnega oz. osebnostnega stila, ki se lahko odraža kot težnja potrjevanja (»da« odgovori), zanikanja (»ne« odgovori) ali negotovost, neodločenost (»ne vem« odgovori). To pa je v izrazitih primerih lahko že posledica motnje osebnosti ali duševne bolezni.

Opisani načini odgovarjanja, ki zmanjšujejo veljavnost rezultatov, so torej lahko tudi posledica določenih psihičnih oz. osebnostnih motenj, česar pa velikokrat ne moremo ugotoviti samo na podlagi konkretnih rezultatov vprašalnika, ampak je potrebno upoštevati še ostale podatke (testno vedenje, rezultate drugih merskih instrumentov, podatke iz anamneze in heteroanamneze). Še več, pri diagnostiki psihiatričnih bolnikov

se srečujemo tudi z drugimi »odgovornimi seti«, ki lahko odražajo psihično oz. osebnostno motnjo. To so v določeni meri upoštevali avtorji osebnostnih vprašalnikov za klinično populacijo, v prvi vrsti je to MMPI-2, ki je empirično potrjen vprašalnik, katerega postavke imajo glede na kriterij dokazano diagnostično vrednost (Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen in Dahlstrom, 2001). Ta vključuje več kontrolnih lestvic, prva je že opisana lestvica laži (L). F-lestvica (tudi Fp) se nanaša na pretirano opisovanje simptomov, ki lahko predstavlja namerno težnjo ustvarjanja slabe (bolezenske) slike o sebi ali pa odraža dejansko zmedeno mišljenje in klinično pomembne simptome duševne motnje. Lestvica K se nanaša na tendenco neodkritosti oz. nepripravljenosti za razkrivanje in težnjo prikazati dobro stanje (Butcher, 1993). Nadalje vprašalnik vključuje različne lestvice nekonsistentnosti odgovarjanja (VRIN, TRIN, Fb), ki se nanašajo na samo testno situacijo in stanje udeleženca med reševanjem.

T.i. Goldbergov indeks lestvice vprašalnika MMPI naj bi ločeval med nevrotičnimi in psihotičnimi bolniki (Goldberg, 1965; cit. po Grahamu, 1990). Formula se glasi: $L+Pa+Sc-Hy-Pt$. Psihotični bolniki naj bi imeli rezultat višji od 45 točk, kar vključuje predpostavko, da je zanje poleg lestvice paranooidnosti (Pa) in shizofrenije (Sc) značilen tudi visok dosežek na lestvici laži (L), da se kažejo v lepši luči kot npr. ostali bolniki ali zdrave osebe.

Vprašalnik MMPI-2 poleg omenjenih kontrolnih lestvic sicer sestavlja deset osnovnih lestvic, ki merijo glavne osebnostne vzorce in psihične motnje (Butcher in dr., 2001). Za razliko od prvotnega vprašalnika MMPI (Hathaway in McKinley, 1942; cit. po Butcher in dr., 2001), so v njegovi nadgradnji MMPI-2 imena lestvic kot so histerija, hipohondrija, depresija, psihopatija, maskuliniteta, paranoja, shizofrenija, hipomanija in introverzija, zamenjana s številčnimi oznakami (1, 2, 3 ...), saj se je kljub študijam navzkrižne veljavnosti (prvotne dimenzije MMPI so nastale s primerjavo značilnosti in razlik med posameznimi diagnostičnimi skupinami psihiatričnih bolnikov) izkazalo, da ima, bolj kot posamezna lestvica, večjo veljavnost specifičen sklop posameznih lestvic (Butcher in dr., 2001). Posamezne lestvice ne moremo povsem enačiti z motnjo, ki jo označuje. Tako je lahko npr. za bolnika s paranooidno psihozo bolj kot visok dosežek na lestvici paranoje (6), značilen profil 6-8 (ki opisuje tako značilnosti psihoze, patološko nezaupljivost, socialno in čustveno odtujenost kot relativno odsotnost ostalih motenj). Obenem pa je lahko posamezna lestvica, v ustrezni povezavi z drugimi, odraz različnih motenj (npr. visok dosežek na lestvici 6 je lahko odraz osebnostnih motenj, shizofrenije ali depresivno-paranooidnega sindroma).

Toda vrnimo se k načinom reševanja vprašalnikov. Poleg omenjenih se lahko v njih zrcalijo še druge značilnosti, npr. različni obrambni stili, ki so povezani s specifično psihično motnjo, in sposobnost introspekcije. Tudi te lahko pomembno vplivajo na način odgovarjanja v vprašalnikih. Po psihoanalitičnih razvojnih in kognitivnih teorijah je stopnja razvitosti mentalnih reprezentacij sebe in drugih povezana z zrelostjo osebnosti ter s tem tudi s psihičnim zdravjem (glej npr. Beck in Freeman, 1990; Blatt, Wein in Beck, 1979; Brown, 1998; Chevron, in Quinlian, 1979; Erikson, 1963; Dejours, 1986; Kernberg, 1986). Beck (1979, 1990) je opisal t.i. kognitivne distorzije kot posledico

temeljnih prepričanj oz. shem (posebne kognitivne, afektivne in vedenske značilnosti), ki pomenijo sistematične napake v procesiranju informacij in vplivajo na doživljanje sebe in okolice. Takšne so npr. dihotomno mišljenje, pretirano posploševanje, nanašanje nase (personalizacija), selektivna pozornost (izpostavljanje samo določenih vidikov, dejstev, ki potem bistveno vplivajo na celotno sodbo) itd. To pomeni, da npr. osebe z duševno boleznijo in motnjami osebnosti sebe in svoje bližnje doživljajo drugače kot pa zdravi posamezniki, predvsem bolj negativno, zmedeno, nasprotujoče se, nestabilno, črno-belo, poenostavljeno, enostransko ... To potrjujejo številne raziskave (npr. Benedik, 2000, 2001; Blatt in dr. 1979; Marziali in Oleniuk, 1990; Taciol, 2000). Nadalje psihoanalitične razvojne teorije predpostavljajo, da se bolniki s težko patologijo, z mejno ali psihotično osebnostno organizacijo (Kernberg, 1986) razlikujejo tudi od tistih z nevrotskimi motnjami. Doživljanje sebe in drugih oseb je pri prvih pogojeno s prevlado nezrelih obrambnih mehanizmov, kot so razcep, negacija ali projekcijska identifikacija, ki ščitijo posameznikov krhki self pred »razpadom«. Zato so opisi sebe pri teh osebah bolj »površinski«, relacijski (npr. ocenjevanje sebe v odnosu z drugimi in obratno), nevtralni, neosebni, »telesni«, težave projicirajo v druge ljudi. Ena od raziskav (Benedik, 2001) je pokazala, da psihotični pacienti (z blodnjavimi motnjami in shizofrenijo) poudarjajo predvsem medosebne težave (neprijetna doživljanja v zvezi z drugimi ljudmi), medtem ko osebe z nepsihotičnimi psihičnimi motnjami izpostavljajo »notranje« konflikte, bolečine in lastne pomanjkljivosti. Na podlagi tega pričakujemo, da se te značilnosti odražajo tudi pri reševanju osebnostnih vprašalnikov. Osebe s težjo patologijo tako prepoznavajo in opisujejo predvsem telesne, (psiho)somatske simptome in »napake« drugih ljudi, medtem ko osebe z nevrotsko patologijo težave vidijo predvsem pri samem sebi, v svojih psihičnih značilnostih.

Glede na to, da vprašalnik MMPI-2 odraža empirično ugotovljene razlike psihiatričnih bolnikov v načinu odgovarjanja na posamezne postavke (posamezna lestvica nam odkriva značilnosti oseb, ki imajo opisano motnjo), nam ta lahko služi kot pomoč pri ugotavljanju različnih stilov, ki so mogoče značilni za posamezne duševne motnje. Pričakujemo, da so za bolnike s psihotično in mejno patologijo (ki jih v vprašalniku MMPI-2 opisujejo lestvice 8 (shizofrenija), 9 (hipomanija), 6 (paranoja), 4 (psihopatija) in 1 (hipohondrija)) značilne postavke z zunanjimi, telesnimi lastnostmi, revnimi in manj diferenciranimi opisi mentalnih reprezentacij sebe in drugih (po Blattovem sistemu za ocenjevanje mentalnih reprezentacij; Blatt in dr., 1979), egodistona orientacija, za osebe s t.i. nevrotično patologijo (3 (histerija), 2 (depresija) in 7 (psihastenija)) pa opisi na višji, bolj diferencirani, notranji ravni, ki vključuje prepoznavanje čustvenih doživljanj posameznika ter drugih ljudi oz. egosintona orientacija. Zato lahko postavimo temeljno hipotezo, da posamezne klinične lestvice vprašalnika MMPI-2 zajemajo različno vrsto postavk, ki opisujejo težave posameznika (po kriterijih za oceno nivoja mentalne reprezentacije).

Metoda

Vse postavke vprašalnika MMPI-2 (Butcher, 1993) smo ocenili s treh različnih vidikov. Uporabili smo angleško verzijo vprašalnika, saj ga na žalost še nimamo prirejenega za slovensko populacijo.

1. Najprej nas zanima ali se vprašanje nanaša na zunanje značilnosti, telesne oz. psihosomatske simptome, čutenje, vedenje (ocena 1) ali pa gre za prepoznavanje določene notranje, psihične lastnosti (ocena 2). Primer zunanjih značilnosti je npr. postavka: »Skoraj vedno malo kašljam«, notranjih pa: »Večino časa sem žalosten«.
2. Naslednji kriterij, po katerem smo razporejali postavke, je, ali se doživljanja nanašajo na samega sebe (A), druge ljudi (B), ali pa opisujejo odnos, doživljanje sebe preko drugega, primerjavo z drugimi... (AB). Primer za kategorijo A je npr: »Zdaj stvari bolje presojam kot kdajkoli prej«. Doživljanje drugih ljudi opisuje trditev: »Večina ljudi je poštenih predvsem zato, ker se bojijo, da bi jih ujeli«. Kategorijo AB opisuje trditev: »Z ljudmi, ki počno stvari, za katere mislim, da so napačne, sem lahko vseeno prijazen«.
3. Zadnji kriterij se nanaša na to, ali postavka opisuje doživljanje, ki je za posameznika prijetno oz. izraža pozitivno stališče (+) ali neprijetno oz. izraža negativno stališče (-). Primer za prvo je: »Rad sem v množici, kjer se šalijo drug z drugim«, za drugo pa: »Ne maram imeti ljudi okrog sebe«. Če tega ni bilo mogoče opredeliti, smo to označili kot nevtralna postavka (0). Primer nevtralne postavke: »Večino prostega časa preživim sam«.

Ocena za vsako postavko (567) in po vseh treh kriterijih je rezultat ujemanja med dvema neodvisnima ocenjevalcema (diplomirana psihologa), ki sta bila usposobljena (na podlagi primerov poučena o načinu ocenjevanja) v ta namen in nista poznala cilja raziskave. Kappa koeficient skladnosti ocen se je gibal od 0.75 do 0.80 ($M=0.78$).

Rezultati in interpretacija

V tabeli 1 so prikazani odstotni deleži postavk vprašalnika MMPI-2, ki opisujejo težave, neprijetna doživljanja, oz. negativna stališča posameznika (ocena dveh ocenjevalcev) glede na posamezno klinično lestvico in umestitev (jaz - drugi; zunanje oz. čutne značilnosti - notranje oz. psihične značilnosti). Prva kategorija (A1-) večinoma opisuje (psiho)somatske simptome, nenavadna senzorna doživljanja (npr. halucinacije) ter kognitivne motnje. Po pričakovanju so te najbolj značilne za bolnike s hipohondričnimi motnjami (1A- = 97%), ki so jih avtorji v prvotni verziji vprašalnika MMPI uvrstili med nevrotske motnje (Butcher in dr., 2001), vendar jih sodobni psihoanalitični raziskovalci skupaj z drugimi psihosomatskimi motnjami prav tako prištevajo med težko patologijo, torej osebnosti z mejno osebnostno organizacijo in šibko mentalizacijo (Dejours, 1986).

Tabela 1: Delež (v odstotkih) postavk vprašalnika MMPI-2, ki se nanašajo na opis posameznikovih težav (izražajo neprijetnost oz. negativno stališče) v posameznih kliničnih lestvicah.

Lestvica MMPI-2 / Kriterij	1A-	2A-	2AB-	1B-	2B-	vsota
Hipohondrija (1)	97	3	0	0	0	100
Depresija (2)	19	37	12	0	2	70
Histerija (3)	38	15	5	0	0	58
Psihastenija (7)	19	40	33	0	0	92
Psihopatija (4)	10	14	30	0	26	80
Paranoja (6)	10	12	17	12	30	81
Shizofrenija (8)	27	17	24	1	21	90
Hipomanija (9)	20	9	7	4	9	49

Legenda:

- 1A: postavke, ki izražajo neprijetne oz. negativne zunanje značilnosti oz. telesne simptome, ki se nanašajo na samega sebe
 2A: postavke, ki opisujejo neprijetne notranje značilnosti ali negativna stališča, ki se nanašajo na samega sebe
 2AB: postavke, ki opisujejo neprijetnost posameznika oz. negativna stališča v odnosu z drugimi ljudmi
 1B: postavke, ki opisujejo neprijetno oz. negativno doživljanje zunanjih značilnosti drugih ljudi
 2B: postavke, ki opisujejo neprijetno oz. negativno doživljanje notranjih značilnosti drugih ljudi

Vsota: delež postavk, ki se nanašajo na neprijetna ali negativna doživljanja samega sebe

Krepki tisk: najvišji delež posamezne lestvice (modus)

Te ne prepoznavajo psihičnih konfliktov, oz. se ti izražajo skozi telo. Osebe s hipohondrijo so tako osredotočene same nase in na svoje telesne težave in rezultati analize so v skladu s pričakovanji.

Nadalje težave pretežno na telesnem področju prepoznavajo osebe s histeričnimi (konverzivnimi) motnjami. Pri histeričnih osebnostih bi, glede na zrelejšo osebnostno organizacijo, pričakovali višji delež pri drugih kategorijah (predvsem 2A-) vendar je potrebno upoštevati, da je značilnost teh oseb tudi ustvarjanje ugodnega vtisa pred drugimi ljudmi. Iz tabele lahko razberemo, da se samo 58 % vseh trditev nanaša na neprijetna doživljanja (zadnji stolpec) in nobena na negativna stališča do drugih ljudi (1B- = 0, 2B- = 0). S tega vidika so rezultati pričakovani. Osebe z (nevrotsko) depresijo poudarjajo negativna notranja doživljanja (2A- = 37 %) ter imajo pozitiven ali vsaj nevtralen odnos do svoje okolice (2B- = 2%). To je v skladu s predvidevanji, mogoče bi pričakovali večji skupen delež vseh neprijetnih doživljanj, ki sicer znaša 70% (Vsota -). Zadnje nevrotske motnje predstavlja lestvica 7 (psihastenija). Tudi tu so v ospredju doživljanja lastnih psihičnih težav (2A- = 40 %) ter opisovanje odnosov z drugimi (2AB- = 33 %), kjer gre tudi pretežno za osredotočenje nase (primerjavo z drugimi), npr.: »Želim si, da bi bil

toliko srečen, kot so menda srečni drugi«. Negativna doživljanja drugih ljudi pri njih niso razvidna (1B- = 0, 2B- = 0).

Za lestvico 4 (t.i. psihopatija), ki opisuje specifične motnje osebnosti, so značilne predvsem postavke, ki opisujejo neprijetnosti v odnosih z drugimi. Takšnih trditev je več kot polovico (2AB- + 2B- = 56 %). Manj pa je doživljanj lastnih, notranjih konfliktov (2A- = 14 %) oz. telesnih težav (1A- = 10%). Na podlagi tega bi lahko sklepali, da takšne osebnosti projicirajo krivdo v druge kar je v skladu s pričakovanji. To je še bolj očitno pri lestvici 6 (paranoja), kjer prevladuje negativno doživljanje drugih (1B- + 2B- = 42 %), še dodatnih 17 % postavk opisuje negativen odnos z drugimi in le 12 % trditev se nanaša na lastne psihične težave, neodvisne od drugih. To je v skladu s psihoanalitično teorijo, da je pri paranoidni motnji v ospredju projekcija agresije na druge ljudi. Zanimivo pa je dejstvo, da se to negativno doživljanje drugih osredotoča na posameznike (npr. »nekdo me zasleduje«, »nekdo me je že skušal zastrupiti«), ne pa na splošno. Nasprotno, doživljanje »posplošenih drugih« je celo pretirano pozitivno (v primerjavi z ostalimi diagnostičnimi skupinami), kar so avtorji vprašalnika interpretirali kot naivnost, ki je sestavni del paranoidne motnje (glej Harris-Lingoesove podlestvice; Butcher in dr., 2001). Psihodinamično bi to lahko razložili kot pretirano idealizacijo in hitro razvrednotenje kot značilnost oseb s težko patologijo in nezrelimi obrambami. Na lestvici 8 (shizofrenija) največ postavk zajemajo (psiho)somatski simptomi in nenavadna doživljanja, ki jih ti bolniki največkrat interpretirajo kot nekaj tujega oz. zunanjega (npr. motnje mišljenja, zaznavanja...). Takšnih trditev je 27 % (1A-). Nadalje prav tako velik delež zajemajo negativna doživljanja drugih (2B- = 21 %) oz. neprijetnosti v medosebnih odnosih (2AB- = 24 %). Kljub temu pa dokaj velik delež pripada tudi notranjim neprijetnim doživljanjem (2A- = 17 %). Glede na to, da se shizofrenija uvršča najnižje na razvojni lestvici, bi pričakovali nekoliko manjši delež neprijetnih psihičnih značilnosti posameznika. Značilnost lestvice 9 (hipomanija) je, da v primerjavi z ostalimi kliničnimi lestvicami vsebuje najmanj postavk, ki opisujejo neprijetna doživljanja (Vsota- = 49 %). Glede na naravo motnje (pretirano veselje, nekritičnost, zanikanje težav) je to razumljivo. Še največ neprijetnosti takšni bolniki opisujejo na telesnem in zaznavnem področju (1A- = 20 %) kar je v skladu s pričakovanji.

Lahko zaključimo, da so se naša pričakovanja glede značilnosti posameznih postavk kliničnih lestvic MMPI-2 večinoma potrdila, saj bolniki opisujejo same sebe v skladu s teorijo o ravnem razvoja reprezentacij sebe in drugih ljudi, ki so značilni za posamezne duševne motnje. Tako lahko potrdimo hipotezo, da obstajajo trendi postavk posameznih lestvic MMPI-2, ki se vsebinsko povezujejo z značilnostmi konkretne motnje, ki jo predstavlja lestvica. Kot smo že omenili, ne moremo povsem enačiti posameznih lestvic z diagnostičnimi kategorijami, vendar je pri tem najbolj pomemben nivo patologije, pri čemer se vidijo razlike med t.i. nevrotskimi in nenevrotskimi motnjami.

Zaključek

Uporabnost klasičnih osebnostnih vprašalnikov, ki so v prvi vrsti namenjeni zdravi populaciji, je v veliki meri odvisna od sposobnosti introspekcije in pripravljenosti posameznika za opisovanje svojih osebnostnih lastnosti. Značilnost psihiatričnih bolnikov

pa so prav motnje objektnih reprezentacij, ki se izražajo tudi kot manjša kritičnost pri ocenjevanju sebe in drugih ljudi, kar morajo upoštevati diagnostiki pri vrednotenju in razlagi rezultatov psiholoških instrumentov. Na podlagi vsebinske analize postavk vprašalnika MMPI-2 lahko vidimo predvsem testno vedenje različnih duševnih bolnikov, ki je odraz kognitivnih stilov, obrambnih mehanizmov oz. osebnostnih značilnosti, ki so povezane s posameznimi psihičnimi motnjami. Avtorji bodočih vprašalnikov, ki bodo namenjeni tej populaciji, bi poleg samih teoretičnih predpostavk o izvoru in značilnostih posamezne psihične motnje morali upoštevati tudi to, kdaj in kako se te motnje odražajo v dejanski klinični oz. testni situaciji.

Literatura

- Beck, A.T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A.T. in Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Bele Potočnik, Ž., Hruševar, B. in Tušak, M. (1984). *Freiburški osebnostni vprašalnik – Priročnik. [Freiburger personality inventory - Manual]*. Ljubljana: Produktivnost, Center za psihodiagnostična sredstva.
- Benedik, E. (2000). Kako psihiatrični bolniki doživljajo sebe in bližnje osebe. [How psychiatric patients experience the self and significant others]. *Anthropos*, 32 (3-4), 51-62.
- 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.
- Blatt, S.J., Wein, S.J., Chevron, E. in Quinlian, D.M. (1979). Parental representations and depression in normal young adults. *Journal of abnormal Psychology*, 88 (4), 388-397.
- Brown, J.D. (1998). *The Self*. Boston: McGraw-Hill.
- Butcher, J.N. (1993). *MMPI-2. The Minnesota report: Adult clinical system – revised*. Minneapolis: Regents of the University of Minnesota.
- Butcher, J.N., Graham, J.R., Ben-Porath, Y.S., Tellegen, A. in Dahlstrom, W.G. (2001). *MMPI-2. Minnesota multiphasic personality inventory-2. Manual for administration, scoring and interpretation. Revised edition*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Dejours, C. (1986). *Telo između biologije i psihoanalize. [The body between biology and psychoanalysis]*. Sremski Karlovci: Izdavačka knjižarnica Zorana Stojanovića.
- Erikson, E.H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Graham, J.R. (1990). *MMPI-2. Assessing personality and psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Kernberg, O.F. (1986). *Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Marziali, E. in Oleniuk, J. (1990). Object representations in descriptions of significant others: A methodological study. *Journal of Personality Assessment*, 54 (1-2), 105-115.
- Tacol, D. (2000). *Motnje osebnosti v luči petfaktorskega modela osebnosti (neobjavljeno magistrsko delo). [Disturbances of personality in the light of the Five Factor Model of personality]*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.

Prispelo/Received: 16.07.2002

Sprejeto/Accepted: 19.09.2002