

Emil Benedik

**Ocenjevanje motenj osebnosti
z Vprašalnikom motenj osebnosti
VMO2: priročnik**

Ljubljana, 2023

BENEDIK, Emil

Ocenjevanje motenj osebnosti z Vprašalnikom motenj osebnosti VMO2: priročnik in samoocenjalni test

Oblikovanje besedila in ovitka: Miha Primc

Naslovna stran: Miha Primc

Lektoriranje: Kristina Sluga

Strokovna recenzenta: red. prof. dr. Gregor Žvelc, dr. Gašper Cankar

Tisk: Pritisk

Založnik: SFU Press Ljubljana

Vrsta publikacije: tiskana knjiga

Cena: 75,00 eur

Naklada: 100 izvodov, 1. natis

Izdano v Ljubljani, 2023.

Tisk knjige je delno sofinanciral ARIS,

Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

159.9.072(035)

159.923.2(035)

BENEDIK, Emil

Ocenjevanje motenj osebnosti z Vprašalnikom motenj osebnosti VMO2 : priročnik / Emil

Benedik. - 1. natis. - Ljubljana : SFU Press, 2023

ISBN 978-961-96274-3-3

COBISS.SI-ID 185663235

Predgovor

Priročnik *Ocenjevanje motenj osebnosti z Vprašalnikom motenj osebnosti VMO2* je v prvi vrsti namenjen kot pomoč pri aplikaciji, vrednotenju in interpretaciji Vprašalnika za motnje osebnosti VMO2. Ker zanesljivih in veljavnih ocen motenj na področju osebnosti ne moremo postaviti zgolj z enim samoocenjevalnim vprašalnikom, so v priročniku predstavljene tudi smernice za celostno ocenjevanje strukture osebnosti in njenih motenj s pomočjo drugih tehnik in testov. Prav tako zajema usmeritve pri integraciji vseh pomembnih podatkov, ki so nujni za oceno osebnosti. Priročnik, vključno z vprašalnikom VMO2, predstavlja kliničnopsihološki diagnostični instrument, ki bo, upam, koristen pripomoček v psihološki diagnostični praksi. V želji po nadaljnji dopolnitvi in nadgraditvi vprašalnika upam na čim več povratnih informacij in predlogov uporabnikov.

*doc. dr. Emil Benedik, univ. dipl. psih.,
specialist klinične psihologije
E-naslov: emil.benedik@gmail.com*

Recenzija priročnika in samoocenjevalnega testa z naslovom:
Ocenjevanje motenj osebnosti z Vprašalnikom motenj osebnosti VMO2: priročnik in samoocenjevalni test

avtorja doc. dr. Emila Benedika, spec. klin. psih.

Priročnik in samoocenjevalni test za motnje osebnosti (VMO2) predstavljata izvorno znanstveno delo avtorja doc. dr. Emila Benedika. Avtor je namreč razvil svoj originalni samoocenjevalni vprašalnik za ocenjevanje motenj osebnosti. V Sloveniji je značilen primanjkljaj veljavnih in zanesljivih instrumentov s področja osebnostnih motenj, zato Benedikovo delo predstavlja pomemben prispevek k psihološki stroki v Sloveniji. S samoocenjevalnim vprašalnikom za motnje osebnosti in priročnikom smo tako dobili nov veljaven in zanesljiv instrument, ki bo v pomoč pri kliničnopsihološkem ocenjevanju osebnostnih motenj.

Vprašalnik motenj osebnosti VMO2 predstavlja pomemben prispevek tudi v mednarodnem merilu. Benedik je namreč pri razvoju vprašalnika izhajal iz različnih teoretskih ozadij, kar predstavlja inovativen in izrazito integrativen pogled na ocenjevanje osebnostnih motenj. Vprašalnik tako vključuje postavke, ki izhajajo iz psihiatričnih klasifikacij, psihoanalitičnih teorij, kognitivnih teorij, kliničnih izkušenj, obenem pa ustrezajo psihometričnim kriterijem.

V priročniku, ki spremlja test, avtor poda razumljiv pregled teorij motenj osebnosti, predstavi razvoj testa, njegovo uporabo in interpretacijo testnih rezultatov. Še posebej so dragoceni različni klinični primeri, iz katerih je razvidna uporaba testa v kontekstu celostnega kliničnopsihološkega ocenjevanja osebnostnih motenj. Priročnik je dobro strukturiran, berljiv in kaže avtorjevo dobro poznavanje kompleksnosti področja.

Prof. dr. Gregor Žvelc, spec. klin. psih.



VSEBINA

Predgovor.....	3
Recenzija priročnika	5
VSEBINA	6
PRVI DEL: teoretična in empirična izhodišča	9
OSEBNOST IN MOTNJE OSEBNOSTI.....	9
Psihiatrični, kategorialno-simptomatski model	
ocenjevanja motenj osebnosti	13
Statistični, dimenzionalni modeli ocenjevanja motenj osebnosti	15
Socialno-kognitivni in strukturalno-dinamični modeli	
ocenjevanja motenj osebnosti	20
Integrativni modeli ocenjevanja motenj osebnosti	25
Ocenjevanje (motenj) osebnosti v klinični praksi	29
OCENJEVANJE MOTENJ OSEBNOSTI	34
DRUGI DEL: Statistična, dimenzionalna raven ocenjevanja	
motenj osebnosti: Vprašalnik motenj osebnosti VMO2	35
PREDSTAVITEV VPRAŠALNIKA	35
INTERPRETACIJA REZULTATOV	40
Interpretacija lestvic VMO2	43
Interpretacija nekaterih tipičnih testnih profilov	52
OPISNA STATISTIKA VMO2	54
Opis vzorcev	54
RAZVOJ VMO – KONSTRUKCIJA VPRAŠALNIKA	63
Izbor postavk	63
Notranja zanesljivost	65
Veljavnost.....	66
Povezanost lestvic VMO2.....	66
Zaključek	78

TRETJI DEL: Integrativna raven ocenjevanja motenj osebnosti: interpretacija in integracija rezultatov VMO2 s kvalitativnimi podatki iz polstrukturiranih intervjujev za ocenjevanje osebnostne organizacije in drugimi podatki	79
OCENJEVANJE RAVNI OSEBNOSTNE ORGANIZACIJE IN IZRAŽENOSTI OSEBNOSTNE PATOLOGIJE	79
Kakovost identitete (vključno z oceno kapacitet za samousmerjanje, intimnost in empatijo)	79
Zrelost obrambnih in prilagoditvenih mehanizmov, vključno z ohranjenostjo realitetne kontrole	93
ČETRTI DEL: Primeri	102
LITERATURA.....	110

PRVI DEL: teoretična in empirična izhodišča

OSEBNOST IN MOTNJE OSEBNOSTI

Pogledi na osebnost izhajajo iz različnih filozofskih tradicij, razlagajo jo mnoge psihološke in biološke teorije, ki pa so pogosto preveč poenostavljene oz. enostranske. Pri tem se avtorji v preteklosti niso dosti ukvarjali z vprašanjem združljivosti in primerljivosti različnih modelov. Glede na vidik, ki ga izpostavljajo, je Livesley (2001) teorije osebnosti razdelil na intrapsihične, vedenjske, medosebne, kognitivne, nevrobiološke in evolucijske. V zadnjem obdobju pa v klinični psihologiji opažamo vse več poskusov integracije različnih pojmovanj osebnosti (glej npr. Kernberg, 2018; Millon, 2004; Wiggins idr., 2003), ki so tudi empirično utemeljeni.

Po Millonu (2004) je osebnost kompleksen in koherenten sistem psiholoških struktur in procesov. Je vzorec globoko vtkanih psiholoških značilnosti, ki se samodejno odražajo na skoraj vseh področjih posameznikovega psihološkega delovanja. Izraze osebnosti najdemo tako v intrapsihičnem, subjektivnem kot materialnem, zunanjem svetu. Determinirajo jo biološki in socialni dejavniki oz. bolje: interakcija med njimi. Osebnost kot plastičen biološki sistem nenehno oblikujejo vplivi iz okolja. Posameznik se razvija skozi kontinuirano recipročno igro psihičnih, socialnih in bioloških dejavnikov (Magnusson, 1992). Kljub nenehnemu razvoju pa osebnost ohranja neko trajnost, kontinuirano, stabilnost in identiteto, ki predstavljajo njene glavne značilnosti. Je kompleksen, navznoter razčlenjen in hierarhično organiziran sistem. Strukturo osebnosti sestavljajo globoko vtlane šablone vtisnjenih spominov, vedenjskih vzorcev, potreb, čustev, konfliktov itd., ki določajo izkušnje in dajejo pomen novim doživetjem. Kljub kompleksnosti osebnosti, ta v zdravih pogojih navzven in navznoter deluje kot harmonična, koherentna enota. Osebnost po drugi strani temelji na individualni zavesti (samozavedanju) in podobi samega sebe (Musek, 1993). Po Kernbergu (2018) je osebnost dinamična integracija celote subjektive izkušnje in vedenjskih vzorcev, ki vključuje tudi nezavedno raven.

V novejšem obdobju osebnost in psihološke fenomene nasploh avtorji povezujejo s teorijami kompleksnih, nelinearnih dinamičnih sistemov (Guastello, 2000; Haken in Knyazeva, 2000; Tschacher in Haken, 2007). Osebnost je dinamičen sistem, pri čemer njegovo delovanje pogojuje interakcija osebnostnih elementov, ki se spreminjajo in razvijajo, lahko pa tudi razgrajujejo in propadajo. Ta sistem je nenehno neuravnotežen, pri čemer so spremembe lahko izzvane znotraj ali zunaj osebnosti. Takrat se sprožijo samoorganizacijski, samoregulacijski in prilagoditveni mehanizmi, ki težijo k stabilnemu stanju v nekem novem, bolj kompleksnem sistemu. Pri tem je končna oblika sistema bolj ali manj nepredvidljiva, saj je osebnost v nenehni interakciji sama s seboj (kar ji omogoča samozavedanje in svobodo), pa tudi z (bolj ali manj stabilnim) okoljem, ki jo prav tako oblikuje. Osebnost torej ni samo že vnaprej determinirana, ampak v določenih vidikih tudi avtonomna. Človek ima zmožnosti, ki jih lahko razvije in uveljavi, ima tudi možnost spreminjati svoje okolje. Neprekinjen informacijski tok poteka v obeh smereh celostnega sistema oseba-okolje. Številni elementi, ki so v interakciji, lahko potencialno tvorijo različne sisteme, saj nobeden izmed njih nima popolne prevlade nad drugim, ampak skupaj tvorijo funkcionalno mrežo – kot npr. povezave nevronov (Caprara in Cervone, 2000).

Osebnost je edinstvena in neponovljiva, saj se kompleksen sistem determinant in vplivov vsaj malo razlikuje pri vsakem posamezniku, ki je tako prepoznaven v množici. Za povprečnega posameznika je najpomembnejša značilnost ta, koliko se razlikuje od drugih. Že jezik, ki ga uporabljamo pri opisovanju ljudi je predvsem jezik individualnih razlik (Caprara in Cervone, 2000).

Pomembna značilnost osebnosti je prilagajanje zunanjemu okolju, ki vpliva nanjo in jo določa. Ker smo izpostavljeni relativno podobnim vplivom in zahtevam okolja, so osebnostne značilnosti med seboj primerljive, vsaj med posamezniki istega kulturnega okolja. Osebnost ima svoj izraz, učinek v zunanji, vidni, "materialni" realnosti. Odraža se v vedênju, predvsem tistem, ki je relativno trajno oz. se ponavlja v različnih situacijah. Zato lahko njene značilnosti merimo, ocenjujemo, razvrščamo, ločujemo, postavljamo meje med zdravim in patološkim, normalnim in izjemnim, zrelim in nezrelim.

Kliničnopsihološko in psihiatrično pojmovanje osebnosti je bilo v preteklosti pod velikim vplivom patoloških modelov, ki so rezultat razumevanja in razi-

skovanja psihičnih oz. duševnih motenj ter iskanja povezav med osebnostnimi značilnostmi in simptomi. Primeri takšnih modelov so npr. psihoanalitične razlage tipov osebnosti, ki naj bi bili povezani z različnimi psihičnimi motnjami. Po drugi strani pa poznamo poskuse simptomatskega in sindromskega opisovanja osebnosti in njenih motenj, kar je značilnost psihiatričnega klasificiranja. V novejšem času si tudi v klinični psihologiji prizadevamo za znanstveno utemeljen koncept osebnosti, ki povezuje in združuje različne veje psihologije (psihologije osebnosti, socialne psihologije, razvojne psihologije, psihometrije), sociologije in medicine. Samo osebnost kot jasno definiran in empirično utemeljen koncept, ki upošteva tudi svoje patološke vidike, nam lahko pomaga pri raziskovanju psihičnih oz. duševnih motenj, psiholoških vidikov somatskih bolezni in poškodb, socialno neprilagojenega vedenja in drugih fenomenov, ki so najpogosteje predmet proučevanja in zdravljenja v klinični psihologiji.

Klinični psihologi si pogosto zastavljamo vprašanje, v kakšnem odnosu so si koncepti osebnostnih lastnosti, motenj osebnosti in duševnih motenj. Millon (1996) ponuja tri različne možnosti razumevanja teh odnosov in nastanka psihopatologije:

- po modelu občutljivosti psihosocialni stresorji načnejo osebnostne obrambe na različnih ravneh. Ko ni več možnosti za njihovo obvladovanje, se pojavi duševna motnja. Klinični sindromi tako predstavljajo neke vrste prilagoditvene reakcije, ki jih sprožajo zunanji dogodki in so v neposredni zvezi z osebnostjo posameznika. To je t. i. diatetično-stresni model (Paris, 2001), ki pojasnjuje biološko in psihološko občutljivost, preddispozicijo za razvoj specifične motnje oz. bolezni v stresni situaciji pri konkretnem posamezniku;
- po modelu "zapleta" dolgotrajna duševna motnja povzroča osebnostne spremembe. Dolgoletno vztrajanje psihiatričnih simptomov lahko vpliva na trajne spremembe v čustvovanju, socialnem življenju in doživljanju sebe;
- tretji je model bolezenske dovzetnosti. Po tej teoriji naj osebnost ne bi bila neposredno vpletena v nastanek duševne motnje, vendar vpliva na njen potek. Tako lahko specifične osebnostne lastnosti olajšujejo ali otežujejo zdravljenje duševnih motenj.

Seveda so lahko istočasno prisotni vsi trije dejavniki: specifična osebnostna struktura lahko pod vplivom psihičnega stresa pogojuje ali pospešuje pojavljanje duševne motnje in vpliva na njen potek, obenem pa lahko akutna ali kronična duševna motnja učinkuje na spremembo osebnosti. Trull in sodelavci (Costa in Widiger, 1994) dodajajo še četrto možnost: osebnostne in duševne motnje so lahko manifestacija skupnega neznanega etiološkega dejavnika.

Po biopsihosocialnem modelu nastanek duševnih motenj razumemo kot rezultat psiholoških, bioloških in socialnih dejavnikov, pri čemer nobeden nima prevlade nad drugim (Engel, 1980; Paris, 1994), s to razliko, da je pri specifični motnji nek dejavnik pomembnejši od drugih, pri drugi motnji pa ima večjo vlogo kakšen drug (npr. avtizem težko pojasnimo brez prevladujočega vpliva bioloških dejavnikov, medtem ko so pri posttravmatski stresni motnji odločilni psihološki dejavniki). Razlike v biološki občutljivosti pojasnjujejo, zakaj se pri posamezniku pod vplivom stresa ne razvije nujno duševna motnja, prav tako, zakaj v istih stresnih okoliščinah nekdo razvije eno motnjo, druga oseba pa drugačno. Določen sklop osebnostnih lastnosti povečuje možnost razvoja osebnostnih in drugih duševnih motenj. Genetski dejavniki sami po sebi ne povzročajo motenj, če posamezniki niso izpostavljeni neugodnim razvojnim pogojem ali stresnim situacijam.

Človeški organizem je torej biopsihosocialni sistem. Od strukture in značilnosti osebnosti ter njegovih prilagoditvenih funkcij je odvisno, ali se bo na psihične in socialne obremenitve odzval na zdrav ali bolezenski način (Millon, 1996). Osebnost je na ta način enaka imunskemu sistemu. Psihopatologija je torej rezultat odnosa med organizmom in okoljem. Z vidika osebnosti kot celostnega, enkratnega in relativno trajnega skupka vseh psiholoških značilnosti posameznika (Musek, 1993), ki je v nenehni interakciji z okoljem in sama s seboj, so njen izraz tudi psihične motnje. Vsak psihopatološki simptom se bolj ali manj odraža v osebnosti, ne glede na to, ali je njen vzrok, posledica ali zgolj sočasni pojav (glej npr. Benedik, 2000).

Psihiatrični, kategorialno-simptomatski model ocenjevanja motenj osebnosti

Pojem osebnosti se v zgodovini psihiatričnega klasificiranja oz. diagnosticiranja večinoma pojavlja v povezavi s konceptom motenj osebnosti, ki je bil pogosto deležen kritik in sprememb. Motnje osebnosti so v zadnji klasifikaciji duševnih motenj DSM-5 Ameriškega psihiatričnega združenja definirane kot trajni vzorec notranjega izkustva in vedénja, ki pomembno odstopa od pričakovanj posameznikovega kulturnega okolja in se odražajo na naslednjih (vsaj dveh) področjih: kogniciji, čustvovanju, medosebnih odnosih in/ali nadzoru 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 (APA, 2013). DSM-5 deli posamezne motnje osebnosti v tri skupine:

skupina A: paranoidna, shizoidna in shizotipska motnja osebnosti. Ljudje s temi značilnostmi se pogosto zdijo ekscentrični in čudaški;

skupina B: mejna, antisocialna, histrionična in narcisistična motnja osebnosti. Značilnosti te skupine so dramtiziranje, pretirana čustvenost in spremenljivost;

skupina C: izmikajoča, odvisna in obsesivno-kompulzivna motnja osebnosti. Skupni lastnosti te skupine sta anksioznost in boječnost.

V mednarodni klasifikaciji mentalnih in vedenjskih motenj ICD-10 (WHO, 1992), ki jo uporabljamo pri nas, pa so motnje osebnosti definirane kot resne motnje karakterne konstitucije in vedénja posameznika. V tej klasifikaciji so zajete podobne motnje osebnosti, kot jih najdemo v DSM-5. Razlikuje se v tem, da ni opisa za shizotipsko motnjo, ker je ta premeščena v kategorijo psihotičnih motenj, kamor naj bi spadala zaradi družinske, genetske povezanosti. Termin "antisocialna motnja" nadomešča "disocialna motnja", "mejna motnja" je ob impulzivnem tipu poimenovana kot "emocionalno nestabilna motnja osebnosti", termin "obsesivno-kompulzivna motnja" pa zamenjuje "anankastična motenost". V ICD-10 ne najdemo opisa za narcisistično motnjo osebnosti, zasledimo le njeno omembo pod oznako "druge motnje osebnosti". Ta razporeditev vsebuje kar štiri kategorije za nespecifične,

mešane in druge motnje osebnosti, kar govori o težavnosti in problemih, ki jih srečujemo ob takšnem razporejanju.

DSM-5 in ICD-10 sta kategorialni klasifikaciji, saj psihiatrija kot medicinska veda izhaja iz klasičnih medicinskih diagnostičnih modelov, ki opisujejo simptome, motnje oz. bolezni po metodi "je prisotno – ni prisotno". Glavni kriterij ocenjevanja posameznika je torej, ali izpolnjuje kriterije za določeno motnjo ali ne. Ob takšnem klasificiranju nastanejo težave pri ocenjevanju psiholoških pojavov in motenj, pri katerih pogosto ni mogoče določiti jasne meje med normalnim in nenormalnim oz. zdravim in patološkim. Po drugi strani so psihiatrične klasifikacije simptomatske. Psihiatrični kriteriji za motnje osebnosti v veliki meri temeljijo na opisih vedenja in simptomov, ne pa osebnostnih potez. To lahko hitro privede do zmede, saj je vedenje lahko zelo spremenljivo pri specifični osebnosti, poleg tega pa se lahko različne osebnostne značilnosti odražajo v podobnem vedenju oz. "simptomu", kar Millon imenuje t. i. nozološka dilema (Millon, 1996). Žal za nobeno motnjo v klasifikacijah duševnih motenj niso značilni specifični simptomi. Za razliko od splošne medicine, kjer so simptomi odvisni od bolezni, je v psihiatriji simptom že sama bolezen (Beutler, Bongar in Shurkin, 1998). Suhoparni in enostranski vedenjski kriteriji za posamezne motnje osebnosti se pogosto prekrivajo, zato je veliko pacientov diagnosticiranih z več kot eno motnjo (Westen in Shelder, 1999). Takšna komorbidnost (tj. sočasna prisotnost različnih motenj oz. bolezni) je torej umetno povzročena s sistemom klasificiranja osebnosti v ozke kategorije. Po drugi strani pa je psihiatrično klasificiranje preveč robustno. Dva pacienta, diagnosticirana z isto motnjo osebnosti, lahko delujeta in se prilagajata na povsem različnih ravneh osebnostne organiziranosti, zato je njuna prognoza lahko povsem različna, kar pa iz takšne diagnoze ni razvidno (Millon, 1996). Npr. glede na pestrost kriterijev za mejno osebnostno motnjo, je mogoče sestaviti več kot dvesto različnih kombinacij osebnostnih profilov. Posameznika z določenimi osebnostnimi težavami tako ne moremo razumeti samo z vidika "simptomov" oz. značilnosti vedenja, če ne vemo, kakšna je njegova funkcija oz. kakšna dinamika poteka v ozadju.

Naslednji problem se nanaša na vprašanje odnosa osebnosti z drugimi duševnimi oz. psihičnimi motnjami. Rezultati raziskav potrjujejo povezanost

različnih psihičnih motenj z motnjami osebnosti (glej npr. Costa in Widiger, 1994; Millon, 1996). Po statističnih podatkih se pri psihiatričnem diagnosticiranju pojavlja izrazita komorbidnost med duševnimi motnjami in motnjami osebnosti (Paris, 1996; Brooner idr., 1994; Trull in McCrae, 1994; Zanarini idr., 1998). Motnje osebnosti niso samo še ena skupina v nizu duševnih motenj, ampak odraz osebnosti v "patoloških" pogojih. Korak k takšnemu razumevanju odnosa med osebnostjo in duševnimi motnjami je večosni sistem klasificiranja v DSM-IV (APA, 2000), kjer so bile motnje osebnosti, za razliko od duševnih motenj, razvrščene na drugo os. V tem pogledu je bila ameriška klasifikacija bližje psihološkemu razumevanju osebnosti kot ICD-10, vendar pa je bilo z uvedbo DSM-V (APA, 2013) in usmeritvijo razvoja psihiatričnega klasificiranja samo v biološko smer ukinjeno večosno klasificiranje in s tem tudi biopsihosocialni model.

Statistični, dimenzionalni modeli ocenjevanja motenj osebnosti

Dimenzionalni pristop k razumevanju osebnosti temelji na predpostavki, da je osebnosti bolje kot s kategorijo (tipom) opisati in ločevati s potezami, dimenzijo oz. sklopom dimenzij. Dimenzionalno klasificiranje v klinični psihologiji izhaja iz statističnega, multivariatnega raziskovanja zdravih oz. normalnih osebnosti (Allport, 1991; Cattell idr., 1970; Costa in McCrae, 1992; Eysenck in Eysenck, 1964). Teorije osebnostnih dimenzij predpostavljajo, da so ravno te bistvene za temeljno in univerzalno strukturo osebnosti, ki ni odvisna od situacije in se pojavlja pri vseh ljudeh. Osebnostne dimenzije so rezultat statističnih postopkov in opisujejo neko povprečno vedénje določene skupine. To so statistične abstrakcije, ki združujejo medsebojne odnose med nizi spremenljivk. S pomočjo multivariatnih statističnih postopkov in faktorске analize lahko identificiramo majhno število faktorjev oz. dimenzij osebnosti na podlagi velikega števila variacij površinskih, vedenjskih značilnosti.

Utemeljitelj multivariatne, statistične paradigme¹ ocenjevanja osebnosti je Raymond B. Cattell (Wiggins idr., 2003), ki je pod vplivom raziskav mentalnih sposobnosti (avtorjev, kot so Galton, Spearman in Burt) in uporabe statističnih, faktorskih metod v psihologiji te postopke prenesel tudi v raziskovanje osebnosti. S pomočjo slovarja angleškega jezika je želel zajeti vso širino in celoto vedënja, ki se nanaša na osebnost, in s pomočjo faktorske analize iz množice površinskih potez izločil in utemeljil izvorne poteze ter dokazoval njihovo univerzalnost v populaciji. Pri tem naj bi bile površinske, fenotipske poteze tiste, ki so "vidne" in zajete v običajnem besednjaku, s katerim opisujemo osebnost, izvorne poteze pa so utemeljene s pomočjo faktorske analize in predstavljajo genotip osebnosti. Ta je rezultat vplivov okolja in genetskega materiala. Gre za dispozicijsko razumevanje osebnosti. Izvorne poteze določajo površinske in vplivajo na vedënje posameznika. Na podlagi obsežnih raziskovanj je Cattell sestavil 16-faktorski osebnostni vprašalnik (16 PFQ; Cattell, idr., 1970), ki širino osebnosti opisuje s petimi splošnimi faktorji (Cattell, 1994). Ti so: ekstraverzija, neodvisnost, samokontrola, anksioznost in nečustvenost. Nasploh gre sodobni razvoj multifaktorske paradigme v smeri iskanja robustnih, univerzalnih faktorjev oz. dimenzij osebnosti. Eysenckov vprašalnik osebnosti (EPQ-R; Eysenck in Eysenck, 1993) predvideva tri faktorje: ekstravertnost, nevroticizem in psihoticizem. V zadnjem času pa se vse bolj uveljavlja model "Velikih pet" faktorjev osebnosti, ki jih meri posodobljen osebnostni vprašalnik NEO-PI-R (Costa in McCrae, 1992). V slovenskem prostoru imamo s tem v zvezi prirejen Vprašalnik petih velikih faktorjev – BFQ (Bucik, 2007). Sestavljajo ga dimenzije nevroticizem, ekstravertnost, odprtost, sprejemljivost in vestnost.

Te osebnostne dimenzije se povezujejo tudi s psihičnimi oz. osebnostnimi motnjami. Multivariatne raziskave podpirajo vpeljavo dimenzionalnega modela pri ocenjevanju osebnostne patologije (glej npr. Krueger idr., 2012; Livesley, 1998, 2001; Samuel in Widiger, 2008; Saulsman in Page, 2004). Ta model ponuja številne prednosti pred kategorialnim, obenem pa ni v nasprotju

¹ Paradigma pomeni ozadje niza splošno sprejetih prepričanj, orientacij in pravil, ki vpliva na konstrukcijo, obdelavo in interpretacijo testov (Wiggins idr., 2003). Paradigma tu ni mišljena, kot jo razume Kuhn (1970), - Tudi: kot jo pojmuje Kuhn, po katerem so socialne znanosti zaradi pomanjkanja splošnega konsenza o osnovnih psiholoških konceptih in različnih nasprotujočih si teorij, standardov in metod raziskovanja še vedno v predparadigmatskem obdobju.

z medicinskim modelom, saj so številne somatske motnje oz. simptomi kontinuirano porazdeljeni (npr. slabovidnost ali visok krvni tlak). Na ta način je mogoče tudi osebnostno motnjo razumeti kot statističen odklon neke osebnostne lastnosti od populacijskih norm. Vendar nenormalno in patološko nista sinonima, saj se prvo nanaša na položaj rezultata posameznika v statističnem vzorcu, drugo pa na bolezenski proces. Dimenzionalni model torej ne nudi odgovora na vprašanje, kdaj nek statistični odklon od povprečja že pomeni motnjo oz. patološki proces.

Multivariatne raziskave podpirajo dimenzionalno oz. kontinuirano razporeditev motenj osebnosti (Livesley, 1998), faktorska struktura je podobna pri bolnikih z in brez motenj osebnosti (Livesley, 2001). Eysenck (1987) povezuje tri (normalne) osebnostne dimenzije s tremi skupinami motenj osebnosti po Ameriški klasifikaciji mentalnih motenj (DSM-III). Bolniki skupine A (ekscentriki) imajo visoko izraženo introvertiranost, skupino B (dramatike) združuje visoko izražen psihotocizem, značilnost skupine C (bojazljivci) pa so visoki rezultati na lestvici nevroticizma. Po Costi in Widigerju (1994) naj bi bile motnje osebnosti skrajne oblike normalne osebnosti, ki jih lahko predstavimo s 5-faktorskim modelom osebnosti (Costa in McCrae, 1992), ki vključuje dimenzije: ekstravertnost, sprejemljivost, vestnost, čustveno stabilnost, odprtost za izkušnje in kulturnost. Teh velikih pet faktorjev osebnosti je po njunem mnenju osnova človeške narave, ki vpliva na mišljenje, čustveno doživljanje in vedénje vsakega posameznika. Z uporabo DSM-IV kriterijev avtorja ugotavljata povezanost različnih motenj osebnosti z nevroticizmom in v manjši meri še z dimenzijami ekstravertizije, vestnosti in sprejemljivosti. Za različne osebnostne motnje so značilne specifične kombinacije teh dimenzij. Tako so npr. mejne osebnostne motnje povezane z visoko izraženim nevroticizmom in ekstravertizijo, shizoidne pa z nizko izraženim nevroticizmom in introvertizijo. Najbolj izstopa zveza visoko izraženega nevroticizma, nizke ekstravertizije in nizke vestnosti, tj. osebnostne kombinacije, ki je zelo pogosta med motnjami osebnosti, pa tudi med drugimi psihičnimi motnjami (Benedik, 2000). Skrajna izraženost teh dimenzij naj bi izražala patologijo, vendar kot že omenjeno, statistično odstopanje od povprečja še ni nujno odraz motnje. Nekateri avtorji zato razvijajo specifične vprašalnike osebnosti, ki temeljijo na univerzalni strukturi osebnosti, vendar s poudarkom na motnjah (npr.

PID-5; Krueger idr., 2012), ali pa izhajajo iz specifičnih patoloških modelov osebnosti (npr. Millonov klinični večosni vprašalnik MCMI; Millon idr, 2015).

Teorija osebnostnih dimenzij temelji bolj ali manj na horizontalnem raziskovanju, ugotavljanju odnosov med površinskimi, diferencialnimi značilnostmi populacije, pri čemer pa ni povezave s procesi, ki se odvijajo v njihovem ozadju. Ali je to globlja struktura, dispozicija osebnosti? Koliko nam takšen "top-down", nomotetični hevristični pristop lahko pomaga razumeti osebnost in psihične motnje konkretnega posameznika v specifični situaciji? Če ocenjevanje osebnosti temelji samo na analizi individualnih razlik, lahko s tem zanemarimo pomembne lastnosti oz. sposobnosti, ki jih ima določen posameznik (Bandura, 1999). To se lahko zgodi v primeru, ko je lastnost redka (in je faktorska analiza ne more odkriti, saj je usmerjena v iskanje majhnega števila primarnih dimenzij razlikovanja) ali zelo pogosta in jo ima večina posameznikov. Vendar, koliko nam lahko ta pristop koristi pri napovedovanju vedënja v določenih okoliščinah? Ti konstrukti žrtvujejo informacije o razlikah v vedënju v različnih okoliščinah. Različni ljudje z enako povprečno vrednostjo neke lastnosti lahko to izražajo z različnimi dinamikami. V definicijo dispozicij osebnosti bi zato morale biti vključene tako variabilnosti v vedënju kot stabilne značilnosti ljudi, po katerih se razlikujejo eden od drugega. Ta struktura ne more nadomestiti raziskovanja afektivnih in kognitivnih mehanizmov, s katerimi lahko razložimo določeno vedënje in predvsem njegovo dinamiko. (Caprara in Cervone, 2000). Diferencialna diagnoza ni mogoča zgolj na statistični ravni, na podlagi robustnih statističnih vsot, ki predstavljajo rezultate vprašalnikov.

Prav tako ni nujno, da se struktura psiholoških značilnosti populacije ponovi tudi na ravni posameznika. Raziskovalci npr. niso potrdili, da so dispozicijske tendence vsakega posameznika organizirane z omenjenimi petimi faktorji. Analize individualnih primerov odkrivajo, da se pri nekaterih posameznikih elementi neodvisnih faktorjev spajajo oz. ne ustrezajo predpostavljenemu nomotetičnemu modelu dimenzij (Caprara in Cervone, 2000). Empiričen dokaz za to sta predstavila npr. Nesselroade in Molenaar (1999). Faktorska struktura bi morala odražati konkretnega posameznika v različnih situacijah in ne neke skupine ljudi v isti situaciji. Tako se postavlja vprašanje, ali lahko

nekaj meta faktorjev osebnosti res predstavlja temeljno strukturo osebnosti, na podlagi katere lahko razložimo vedênje in motnje posameznika. To je sicer težava vseh osebnostnih vprašalnikov.

Naslednji problem predstavlja uporaba samoocenjevalnih vprašalnikov, na katerih temelji multivariatna paradigma v kliničnopsihološki praksi. Samoocenjevalni vprašalniki osebnosti predstavljajo objektivno, veljavno in zanesljivo metodo merjenja, imajo standardiziran postopek uporabe in način vrednotenja, so normirani, s statističnega vidika predstavljajo znanstveno preverjen instrument merjenja. To je merska tehnika zaprtega tipa, ki meri vnaprej predviden teoretični konstrukt oz. izbrane osebnostne značilnosti, ki so relativno transparentne (oseba, ki odgovarja na vprašanja, se bolj ali manj zaveda, na katere osebnostne značilnosti se te nanašajo). Samoocenjevalni vprašalniki, ki jih uporabljamo v klinični psihologiji, temeljijo na predpostavki, da se preizkušanec zaveda svojih temeljnih osebnostnih značilnosti, konfliktov in težav in da je vse to pripravljen tudi razkriti relativno neznani osebi, tj. testatorju oz. diagnostiku. Značilnost ljudi s hudimi psihičnimi konflikti in motnjami pa je prav egosintona orientacija, nezmožnost zavedanja temeljnega konflikta, nekritičnost pri ocenjevanju sebe in drugih ter aktivacija močnih, bolj ali manj zrelih obrambno varovalnih mehanizmov, ki izkrivljajo realnost in ščitijo subjekt pred bolečimi izkušnjami (glej npr. Josephs, 1995; Kernberg, 1986; McWilliams, 1994). Vprašalniki v klinični psihologiji morajo biti prilagojeni tem značilnostim in omejitvam, če želimo, da so uporabni in učinkoviti (Benedik, 2001; 2002; 2004).

Poskus prilagoditve vprašalnikov osebnosti značilnostim oseb s psihičnimi motnjami predstavlja empirična paradigma. Empirična paradigma v ocenjevanju osebnosti pomeni razumevanje osebnosti s pomočjo psihopatoloških modelov, ki so rezultat kliničnih izkušenj. V okviru tega so nastali psihološki instrumenti, ki lahko služijo za diagnosticiranje osebnosti oz. njenih motenj. Najpomembnejši med njimi je Minnesotski multifazični osebnostni vprašalnik – MMPI avtorjev Hathawayja in McKinleyja (Butcher idr., 2001; Graham, 1990). Osnovni namen konstrukcije MMPI je bil sestaviti merski instrument, s pomočjo katerega bi lahko uvrščali bolnike v naprej predvidene diagnostične kategorije. Sestavljajo ga postavke, ki so bile izbrane empirično, na podlagi

dejanskih razlik v odgovorih med posameznimi diagnostičnimi skupinami psihiatričnih bolnikov. Empirični pristop poudarja aktualno testno vedenje in fenomenološke razlike med udeleženci, ki igrajo glavno vlogo pri ocenjevanju osebnostnih značilnosti s samoocenjevalnimi tehnikami. Gre za vprašanje, kako lahko klinik diagnosticira klienta na podlagi njegovih bolj ali manj kakovostnih poročil o doživljanju sebe, drugih in svojih težav. Rezultati podpirajo psihoanalitične razvojne teorije (glej npr. Blatt, 1995), da lahko kakovost opisa sebe in pomembnih drugih oseb predstavlja pomemben diagnostični kriterij za ocenjevanje zrelosti osebnostne organizacije in s tem povezane psihopatologije (Benedik, 2004).

Socialno-kognitivni in strukturalno-dinamični modeli ocenjevanja motenj osebnosti

Osnovna naloga raziskovanja v okviru te skupine paradigem je identifikacija temeljnih mehanizmov, ki so vključeni v delovanje sistema osebnosti in tipov socialnih dogodkov, ki vplivajo na razvoj organizacije osebnosti (Caprara in Cervone, 2000). Ta pristop je tesno povezan s klinično prakso in proučevanjem psihičnih motenj konkretnih posameznikov, pri čemer je glavna predpostavka, da ne obstaja ostra meja med zdravim in motenim delovanjem osebnosti. Gre za idiografski, t. i. "*bottom-up*" hevristični pristop, kjer ocenjevanje osebnosti začinjamo z raziskovanjem individualnih, parcialnih, socialno-emocionalnih in kognitivnih mehanizmov, na podlagi katerih zaključujemo o splošnih osebnostnih značilnostih posameznika in populacije.

Strukturalno-dinamično pojmovanje in klasificiranje osebnosti temelji na psihoanalitičnem razumevanju strukture, dinamike in organizacije osebnosti oz. karakterja. Ta sistem vključuje tako zgodnja psihodinamična pojmovanja, ego-psihološko teorijo osebnosti, psihologijo selfa, kot tudi sodobne razvojno-analitične in objektno-relacijske teorije. Psihodinamične teorije definirajo osebnost kot sistem, ki se ontogenetsko razvija pod vplivom nasprotujočih si notranjih in zunanjih sil. Na ta način se vzpostavljajo pogoji za razvoj

mentalnih struktur, ki uravnavajo odnose med posameznikom in njegovim okoljem (Caprara in Cervone, 2000). Freud (1987) je že s svojim topičnim modelom osebnosti in teorijo gonov pokazal, da je osebnost dinamičen sistem, ki ga v pretežni meri določajo mehanizmi (nezavedne) motivacije, notranje interakcije in regulacije. Na podlagi njegove psihoseksualne razvojne teorije so začetniki psihoanalize definirali različne osebnostne oz. karakterne tipe: shizoidnega, depresivnega, anankastičnega in histeričnega (glej npr. Abraham, 1957; Shultz-Hencke, 1952; Bregant, 1986), ki imajo še danes pomembno vlogo pri razumevanju in klasificiranju patologije osebnosti.

Z razvojem psihoanalize središčni koncepti postanejo reprezentacijske strukture selfa in drugih oseb. Reprezentacije pomenijo ponotranjenje odnosov in izkušenj z bližnjimi osebami, kar je eden izmed glavnih dejavnikov osebnostnega razvoja. Po Kernbergu (1984) struktura karakterja predstavlja avtomatizirane, predvsem vedenjske vidike ego identitete, ki je najvišja raven organizacije selfa. Karakterna struktura je rezultat preteklih odnosov oz. interakcij z drugimi. Motnje v teh interakcijah se izražajo v patologiji karakterja (osebnosti). Kernberg loči tri ravni osebnostne organiziranosti, v katerih skuša združevati kategorialne in dimenzionalne kriterije: a) zdravo oz. nevrotsko raven; b) mejno raven; in c) psihotično raven. Raven osebnostne organizacije je povezana z osebnostno patologijo. Tako so z nevrotsko ravni organizacije osebnosti povezane predvsem "nevrotične" osebnosti, kot so depresivna, obsesivno-kompulzivna in histerična motnja osebnosti. Mejna raven osebnostne organizacije povezuje večino ostalih motenj osebnosti, ki jih opisujejo psihiatrične klasifikacije. Osrednja motnja te skupine je mejna (*borderline*) osebnostna motnja. Najnižjo raven osebnostne organiziranosti pa predstavlja psihotična osebnostna organizacija, ki je povezana predvsem s kroničnimi psihozami in shizofrenijo. Trije glavni kriteriji za določevanje teh ravni osebnostne organizacije so po Kernbergu (1984) naslednji: stopnja organizacije identitete: Ta predstavlja raven integracije predstav o selfu, ki vključuje celotno osebnost s telesno in psihično organizacijo. Pri tem predstave selfa razumemo kot sklop zavestnih in prizavestnih (nezavednih) psihičnih reprezentacij posameznika s telesnega, psihičnega in socialnega vidika. Koncept identitete vključuje tudi integracijo predstav o objektih, drugih ljudeh. Za nevrotično raven organizacije osebnosti je značilna integrirana,

zrela identiteta, za razliko od mejnih in psihotičnih osebnosti, katerih identiteta je zmedena;

- stopnja razvoja obrambno varovalnih mehanizmov: Orambe so dejavnost, s katero se zmanjšuje ali odstrani vsakršno spremembo, ki bi lahko ogrožala celovitost in obstojnost biopsihološke enote (Laplanche in Pontalis, 1992). To je način zaščite organizma in težnja, da se obnovi svojevrstno ravnotežje (Freud, 1971). Anna Freud pa je poudarila, da je funkcija obramb tudi prilagajanje posameznika okolju (Kondi, 1986). Za mejne in psihotično strukturirane osebnosti so značilne manj zrele obrambe (npr. utajitev realnosti, *acting-out*, projekcijska identifikacija, razcep) kot za nevrotične in zdrave osebnosti, pri katerih prevladujejo zrelejše obrambe (potlačitev, sublimacija, humor itd.);
- ohranjenost realitetne kontrole: Realitetna kontrola pomeni sposobnost diferenciacije selfa od ne-selfa oz. reprezentacij selfa in objekta, intrapsihičnih in zunanjih izvorov zaznavanja (dražljajev) in sposobnost (realističnega) vrednotenja svojih čustev, vedénja in (vsebine) mišljenja v okviru običajnih družbenih norm (Kernberg, 1986). Za psihotično organizirane osebnosti so značilne motnje realitetne kontrole za razliko od mejnih in nevrotičnih osebnosti, katerih realitetna kontrola je relativno dobro ohranjena.

Za oceno osebnostnih značilnosti po teh kriterijih je Kernberg s sodelavci razvil Strukturirani intervju za osebnostno organizacijo (glej STIPO-R; Clarkin idr., 2016). Gre pravzaprav za polstrukturirani intervju, ki omogoča dovolj svobode za prilagajanje vprašanj konkretnemu posamezniku, ocenjevanje notranje dinamike in preverjanje ustreznosti odgovorov, kar je npr. pomanjkljivost osebnostnih vprašalnikov.

Psihoanalitični modeli opisujejo vrste in značilnosti socialnih dogodkov, ki vplivajo na razvoj organizacije osebnosti. S tega vidika ti modeli osebnosti spominjajo na socialno-kognitivne modele (Westen, 1991). Obe skupini teorij skušata koherentnost socialnega vedénja pojasniti s številnimi vzročnimi mehanizmi, ki lahko privedejo do splošnih osebnostnih sklopov in individualnih teženj (Caprara in Cervone, 2000). Psihoanalitični pristopi so tesno povezani s klinično (psihoterapevtsko) prakso in proučevanjem psihičnih motenj. Glavna predpostavka pri tem je, da ne obstaja ostra meja med zdra-

vim in motenim delovanjem osebnosti. Psihoanalitična diagnostika omogoča dovolj individualizirano in integrirano oceno psihodinamike in strukture osebnosti, ki je potrebna za (psiho)terapevtsko obravnavo (glej npr. Operacionalizirana psihodinamska diagnoza OPD-2; OPD Task force, 2007; Psihodinamski diagnostični priročnik – PDM-2; Lingiardi in McWilliams, 2017). Slaba stran tega pristopa je šibka podprtost teorije s strani kvantificiranih metod preverjanja, s katerimi bi zadovoljili uveljavljene kriterije znanosti. Psihoanalitični dinamični fenomeni, kot sta npr. nezavedno in izrinjanje iz zavesti, po svoji naravi niso primerni za merjenje z robustnimi statističnimi metodami, bolj prilagojene kvalitativne metode pa so še premalo razvite. Kljub temu pa v novejšem času ti fenomeni dobivajo vse večjo empirično potrditev tudi s strani drugih pristopov, kot so socialno-kognitivni, konекционistični in nevropsihološki modeli (glej npr. Caprara in Cervone, 2000; Damasio, 1994; Erdelyi, 1985; Kihlstrom, 1984; Westen, 1998).

Poleg omenjenih polstrukturiranih intervjujev za ocenjevanje psihodinamičnih in strukturnih značilnosti osebnosti glavni prispevek k ocenjevanju motenj osebnosti v okviru psihodinamične paradigme predstavljajo manj strukturirane storilnostne tehnike. To so tehnike asociiranja, sestavljanja, razvrščanja, dopolnjevanja in izražanja, katerih skupna značilnost so nejasni, pomanjkljivo definirani testni dražljaji. Osnovna naloga ocenjevalca je, da prek načina, kako preizkušane procesira in interpretira nestrukturirani material, odkrije posameznikove značilnosti izkušenj, ki jih ima o svetu in samem sebi. Glavna hipoteza pri tem je, da je proces interpretacije nejasnega okolja določen z dominantnimi značilnostmi osebnosti, saj subjekt vnaša lastne značilnosti v razlago nejasnega okolja (Frank, 1965). Psihoanalitični in kognitivni koncepti, kot so asociacija, projekcija, premestitev, simbolizacija in reprezentacija, predstavljajo pomembni teoretski temelj, ki je omogočil razvoj teh ocenjevalnih tehnik, ki po drugi strani vključujejo tudi spoznanja izrazne psihologije (Allport, 1991).

Med najbolj uveljavljene manj strukturirane storilnostne tehnike ocenjevanja osebnosti sodijo Rorscachov preizkus (Exner, 2003; Meyer idr., 2011; Mihura in Meyer, 2017; Šali, 1998), Tematski apercpcijski test (Murray, 1992; Teglasi, 2001), Projekcijski preizkus nedokončanih stavkov (Bras, 1978), Blattov test ocenjevanja self in objektnih reprezentacij (Blatt idr., 1993; Blatt idr., 1992),

tehnika Risanje človeške figure po Machoverjevi (Tušak, 1992) in tehnika Risanje sadnega drevesa (Koch, 1986; Tušak, 1992). To niso testi v klasičnem psihometričnem pomenu, saj so rezultati, ki jih dobimo na podlagi teh tehnik, večinoma kvalitativni oz. opisni. To so celostne, odprte in inventivne tehnike. Dopusčajo ustvarjalne odgovore, večjo svobodo izražanja in opisovanja kot npr. osebni vprašalniki ali strukturirani intervjuji, kjer so odgovori že vnaprej določeni. Imajo širok fokus, pokrivajo obsežno področje psihičnih značilnosti posameznika, vendar bolj poizvedujejo o lastnostih, kot pa da bi jih merili v strogem pomenu besede (Cronbach, 1970). Njihova merska učinkovitost oz. veljavnost je zato vprašljiva. Novejši sistemi ocenjevanja skušajo take omejitve odpraviti in so pri tem tudi uspešni. Določen del spremenljivk Exnerjevega sistema ocenjevanja Rorschachovega preizkusa je dobil svojo empirično potrditev (Exner, 2003; Mihura in Meyer, 2017; Weiner, 2001). Prednost manj strukturiranih tehnik je v tem, da odražajo osebnost kot dinamično celoto in je ne "razbijajo" na posamezne lastnosti, kot je to primer pri vprašalnikih. Še eno prednost teh tehnik prepozna Lindzey (1976), ki meni, da so v primerjavi z drugimi osebnostnimi merskimi instrumenti občutljive za nezavedne in latentne oblike osebnosti.

Ocenjevanje osebnosti s pomočjo manj strukturiranih tehnik lahko razumemo kot eksperimentalno situacijo, v kateri je ocenjevanec postavljen pred problemsko situacijo, ki implicira bolj ali manj učinkovite rešitve. S tega vidika so te tehnike tudi testi kognitivnih in izvršilnih funkcij, ki se povezujejo z osebnostjo. Zveza med osebnostjo in mentalnimi sposobnostmi je bila v preteklosti pogosto zanemarjena, čeprav je že Wechsler splošno inteligentnost pojmoval kot odraz celotne osebnosti, ne samo sposobnosti. Inteligentnosti npr. ni mogoče ustrezno oceniti niti zamisliti brez upoštevanja neintelektualnih vidikov delovanja, kot so potreba po dosežkih, motivacija, vztrajnost in radevednost (Musek, 2005).

Ena izmed lastnosti, ki predstavlja "most" med osebnostjo in sposobnostmi, je kognitivni slog, ki nam pove, na kakšen način posameznik usmerja in razporeja pozornost, sprejema in procesira informacije, organizira misli, jim daje pomen in jih posreduje drugim (Exner, 2003). Temelji kognitivnega razumevanja osebnosti izhajajo iz kognitivistične in konstruktivistične smeri filozofije. Sodobna kognitivna znanost združuje koncepte kognitivne psihologije,

lingvistike, nevroznanosti, umetne inteligence in različnih vej filozofije (Millon, 2004). Osebnost s teh vidikov lahko razumemo kot kognitivni sistem, ki procesira informacije pod vplivom vrojenih in pridobljenih struktur (Beck in Freeman, 1990; Chomsky, 1959; Kelly, 1955). Ker so te strukture (osebni konstrukti, temeljna prepričanja, sheme) edinstveni za vsakega posameznika, zahteva njihovo ugotavljanje predvsem klinični, idiografski pristop. V ta namen so bile razvite posebne tehnike izpraševanja in psihoterapije, kot so npr. tehnike za ugotavljanje temeljnih prepričanj (Beck in Freeman, 1990; Young, 1999) in personološki intervju (McAdams, 1993).

Integrativni modeli ocenjevanja motenj osebnosti

Integrativni model ocenjevanja osebnosti pomeni pojasnjevanje delovanja osebnosti z večjim številom psiholoških procesov, ki so v interakciji, saj so številni kognitivno-emocionalni sistemi lahko povezani s širokim spektrom vedënja. Raziskave potrjujejo, da se učinkovitost kliničnopsihološkega ocenjevanja poveča (npr. v smislu uspešnejšega napovedovanja vedënja), če je v tem postopku upoštevamo več informacij pridobljenih z različnimi merskimi metodami in tehnikami (glej npr. Ganellen, 1994; Magnusson, 1988, 1992; Sticker in Gold, 1999). Vprašanje, ki se ob tem poraja je, v kolikšni meri je mogoče integrirati različne ocenjevalne paradigme. Ali je mogoče integrirati npr. dispozicijske pristope z dinamičnimi modeli osebnosti? Nekateri raziskovalci podpirajo to možnost. Po McCraeu in Costi (1996) osebnostne poteze oblikujejo socialno-kognitivne mehanizme, ki vplivajo na vedënje. Lahko pa bi veljalo tudi obratno: osebnostne poteze so rezultat kognitivno-afektivnega sistema in njegovih interakcij z okoljem. Dinamični mehanizmi se v podobnih okoliščinah izražajo predvidljivo, se utrjujejo in strukturirajo osebnost, da bi se v končni fazi vzpostavili kot (posplošene) osebnostne lastnosti. Vsekakor bi se morali pri merjenju osebnosti izogibati enostranskim ocenam, ki niso občutljive za značilnosti posameznika ali niso povezane in primerljive z značilnostmi populacije, ki ji pripada udeleženec ocenjevanja. Integrativno ocenjevanje osebnosti torej pomeni preseganje

opisovanja osebnosti samo z globalnimi dispozicijskimi termini, ki temeljijo na razlikah med osebami ali samo s kvalitativno analizo kliničnega primera. Ocena mora vključevati primerjavo površinskih, posplošenih opisov osebnostnih potez posameznika s populacijskimi normami, kot tudi rezultate proučevanja psihološke dinamike in organizacije osebnosti na ravni individuuma (Pervin, 1994). Osebnosti ne moremo razumeti samo z enostavnim lociranjem posameznika na določeno mesto v okviru sistema linearnih populacijskih dimenzij. Razumevanje načina, na katerega se ljudje med seboj razlikujejo, zahteva integrirano konceptualno shemo, ki poleg klasifikacije vedênja pojasnjuje tudi determinante in temeljne mehanizme, s pomočjo katerih delujejo (Bandura, 1999). Kliničnopsihološka ocena osebnosti skuša integrirati nomotetični in idiografski pristop, prav tako kot dimenzionalno in tipološko (kategorialno) pojmovanje osebnosti skuša združevati z modelom prototipa. Prototip sestavljajo najobičajnejše značilnosti pripadnika neke kategorije in je teoretičen konstrukt ali standard, na podlagi katerega ocenjujemo konkretne posameznike, ki se bolj ali manj približujejo idealu. Pri tem nobena lastnost ni nujna ali zadostna za razvrstitev posameznika v eno izmed kategorij. Prav tako so v posameznem primeru redko prisotne vse lastnosti, vendar bolj ko se približujemo idealu prototipa, bolj tipičen pripadnik je. S tem prototip ohranja heterogenost osebnostnih lastnosti, obenem pa tudi podpira kontinuiranost porazdelitve (Millon, 1996).

Z različnimi merskimi instrumenti odkrivamo različne vidike osebnosti, zato osnovno vprašanje ni, katere merske tehnike uporabiti, ampak kako jih integrirati v celovito oceno osebnosti. Samoocenjavni vprašalniki in manj strukturirane storilnostne tehnike niso alternativa in jih tudi ne moremo neposredno primerjati (Meyer, 1996). Lahko le pričakujemo, da se deloma pokrivajo. Vsak merski instrument je v določenem smislu veljaven, vsi podatki so potencialno koristni za oceno. Raziskave kažejo, da so tehnike samoocenjevanja (vprašalniki in intervjuji) najbolj primerne za ocenjevanje zavestnih in vedenjskih vidikov osebnosti, medtem ko so celostne, manj strukturirane tehnike bolj učinkovite pri raziskovanju implicitnih, nezavednih, trajnih in strukturnih vidikov osebnosti (Sticker in Gold, 1999). Z upoštevanjem tega bi lahko sestavili osnovno baterijo merskih instrumentov, ki bi "pokrili" glavna področja osebnosti. Vendar je podatkov o učinkovitosti ocenjevanja

osebnosti s povezovanjem različnih pristopov in merskih tehnik zaenkrat še premalo. Zelo malo raziskovalcev se je posvečalo integraciji različnih merskih pripomočkov pri ocenjevanju osebnosti (Beutler in Groth-Marnat, 2005). O dveh najpogosteje uporabljenih kliničnopsiholoških ocenjevalnih instrumentih, MMPI in Rorschachove tehnike, je bilo od leta 1947 napisano že več kot 16.000 knjig in člankov, vendar jih pri tem manj kot 50 obravnava odnos med njima (Ganellen, 1994).

Integrirani opis osebnosti bi moral obsegati strukturalni, funkcionalni, interaktivni, dinamični in hierarhični vidik (Berger, 2003). Gre za oceno glavnih osebnostnih potez in dimenzij, njihov medsebojni odnos in zvezo z (deviantnim) vedenjem ter oceno integrativnih, sintetičnih in prilagoditvenih funkcij psihičnega aparata. Specifične vidike osebnosti in odgovore na konkretna vprašanja oz. dileme pa bi lahko raziskovali še z dodatnimi instrumenti. Le na takšen način lahko uspešno pristopimo k razreševanju kliničnih problemov.

Eden izmed poskusov integrativnega ocenjevanja patološke osebnosti predstavlja alternativni klasifikacijski model za ocenjevanje motenj osebnosti v DSM-5 (APA, 2013), ki pa je dobil svojo uradno verzijo v MKB-11 (WHO, 2019). To pomeni popolnoma nov pristop v psihiatričnem diagnosticiranju motenj osebnosti. Gre za poskus združevanja različnih ocenjevalnih paradigem: psihiatrične (simptomatsko-kategorialne) in psihološke (potezno-dimenzionalne), hkrati pa ponuja funkcionalno in strukturalno oceno motenj osebnosti. Gre za poskus integracije dimenzionalnega (nomotetičnega) in tipološkega (idiografskega) pristopa pri razumevanju in ocenjevanju osebnosti. Hkrati želi združiti tradicionalni klinični pristop (pri katerem je čutiti velik vpliv psihoanalitične, medosebne in personološke paradigme (še posebej Kernbergovih kriterijev za ocenjevanje osebnostne organizacije) in empiričnega, multivariatnega pristopa ocenjevanja osebnosti s pomočjo samoocenjevalnih vprašalnikov. Osnovna kriterija za oceno osebnostne motenosti sta a) okvara osebnostnega delovanja in b) patološke osebnostne poteze:

- A. Okvara osebnostnega delovanja. Jedro osebnostne patologije določajo motnje selfa in medosebnega delovanja. Self sestavljata identiteta (doživljanje sebe kot edinstvenega, z jasnimi mejami med sabo in

drugimi, s stabilnim samovrednotenjem, realnim samoocenjevanjem in zmožnostjo uravnavanja čustvenih izkušenj) in samostojno delovanje (zmožnost udejanjanja koherentnih in smiselnih kratkoročnih in dolgoročnih ciljev, uporaba konstruktivnih in prosocialnih notranjih standardov vedanja, zmožnost produktivne samorefleksije). Področje medosebnega delovanja pa zajema empatijo (razumevanje in upoštevanje izkušenj in motivov drugih, strpnost do različnih pogledov, razumevanje, kako lastno vedenje učinkuje na druge) in intimnost (globoka in trajna povezanost z drugimi, želje in kapacitete za bližino, vzajemnost v medosebnih odnosih). Ta, v osnovi kategorialni, kriterij je dimenzioniziran, ocenjujemo v razponu od normalnega delovanja, do blage, zmerne ali hujše osebnotne okvarjenosti. Za ocenjevanje teh motenj lahko uporabljamo različne merske pripomočke in ocenjevalne sisteme, npr. že omenjene storilnostne tehnike (Rorschachov preizkus, Tematski apercepcijski test, Blattov ocenjevalni sistem za self in objektne reprezentacije), polstrukturirane intervjuje (npr. Strukturirani intervju za osebnostno organizacijo – STIPO), v zadnjem obdobju pa se uveljavlja tudi samoocenjevalna “Lestvica za ocenjevanje osebnostnega delovanja” (Levels of Personality Functioning Scale – LPFS; Bender idr., 2011);

- B. patološke osebnotne poteze. Osebnotna poteza je definirana kot tendenca čutiti, zaznavati in vesti se relativno konstantno v času in različnih situacijah. Poteze se nanašajo na “Velikih pet” dimenzij osebnosti (Costa in McCrae, 1992) in predstavljajo njihovo neprilagojeno obliko oz. nasprotni pol od prilagojene oblike: negativno čustvovanje (nevroticizem), odtujenost (introvertnost), antagonizem (nesprejemljivost), dezinhibicijo (nevestnost) in psihoticizem (nelucidnost – zaprtost). Te poteze sestavlja skupno 25 poddimenzij, ki temeljijo na metaanalitičnem pregledu in empiričnih podatkih. Ko ocenjujemo patološke vidike osebnosti specifičnega posameznika, ga opišemo z vsemi petimi dimenzijami – lahko s pomočjo že omenjenega osebnostnega vprašalnika PID-5 (Krueger idr., 2012) ali na podlagi klinične ocene teh poddimenzij (Hopwood idr., 2019).

Na ta način je opisanih samo šest tradicionalnih psihiatričnih motenj osebnosti (antisocialna, izogibajoča, mejna, narcisistična, obsesivno-

kompulzivna in shizotipska motnja osebnosti). S pomočjo multivariatnih metod avtorjem očitno ni uspelo identificirati vseh tradicionalnih motenj osebnosti (npr. shizoidne in paranoidne), zaradi česar so bili deležni številnih kritik. To je najbrž tudi eden izmed glavnih razlogov, zakaj ta model v ZDA še ni sprejet kot uradna, ampak samo kot alternativna, raziskovalna verzija. Podoben sistem patoloških osebnostnih potez pa uvaja nova Mednarodna klasifikacija bolezni ICD-11 (WHO, 2019), s to razliko, da potezo psihoticizem nadomeščajo z anankastičnostjo. Spodbudno je, da so tudi v psihiatrični diagnostiki končno sprejeli – četudi še ne dokončno uveljavili – koncept dimenzionalnega ocenjevanja osebnostnih motenj na eni strani, po drugi pa pomembnost psihodinamskih in socialno-kognitivnih konceptov doživljanja sebe ter drugih ljudi.

Ocenjevanje (motenj) osebnosti v klinični praksi

Po Bergerju (2003) je ocenjevanje osebnosti metoda psihološkega poizvedovanja, opisovanja in pojasnjevanja osebnosti, ki se uporablja v raziskovalne in praktične namene. Ne gre za posamezni merski instrument, ampak metodološki okvir, ki ni jasno definiran. Prilagaja se glede na okoliščine, namen in konkretne cilje. Je multidisciplinarni postopek, ki vključuje znanja iz psihologije, psihiatrije, pedagogike, defektologije in sorodnih ved. V okvirih klinične psihologije ocenjevanje osebnosti zajema postopke psihološkega in psihiatričnega diagnosticiranja, v največji meri pa ocenjevanje in postavljanje zaključkov s pomočjo psiholoških merskih instrumentov.

Kliničnopsihološko ocenjevanje osebnosti je bolj kot standardnemu laboratorijskemu preverjanju podobno načrtovanju in izvajanju raziskave. Za razliko od medicinskih diagnostičnih metod, s katerimi potrjujemo somatski status, je namen psihološkega ocenjevanja opisovanje, pojasnjevanje in razumevanje “psihološkega organizma” osebe (Berger, 2003). Kljub razvoju psihodiagnostičnih instrumentov, ki vse bolj dosegajo psihometrične standarde, je ocenjevanje osebnosti še vedno zelo odvisno tudi od izkušenj ocenjevalca.

Klinični psiholog, ki ocenjuje osebnost oz. njene motnje, mora zato poleg poznavanja psiholoških teorij, statistične metodologije in psihopatologije imeti tudi sposobnost integracije, sinteze in dedukcije različnih podatkov, ki so relevantni za psihološko oceno. Ne gre samo za sposobnost logičnega zaključevanja, ampak tudi za zmožnost mentalizacije, empatije, občutek za psihodinamiko, proces oz. "psihologiko". Psihodiagnostik mora imeti nekaj kliničnega, psihoterapevtskega znanja in veščin, da lahko poveže različne informacije, jih razume v okviru doživljanja posameznika in njegovega vedênja v konkretnih okoliščinah.

Ocenjevanje osebnosti je analitično-sintetična metoda, ki je odvisna od strokovnosti ocenjevalca, kakovosti merskih instrumentov, njihovih norm in teoretskih konceptov ter od posameznika, ki je kot celostno bitje udeležen v procesu ocenjevanja. Ocena osebnosti pomeni integracijo in sintezo vseh zbranih informacij o posamezniku. Te informacije so zelo različne, nekatere so bolj, druge manj pomembne, in vključujejo:

- biografske in druge podatke, zbrane v nestrukturiranem intervjuju z udeležencem ocenjevanja;
- podatke iz intervjujev ljudi iz njegovega okolja;
- rezultate uporabljenih merskih instrumentov (strukturirani intervjuji, vprašalniki osebnosti, manj strukturirane storilnostne tehnike);
- podatke, zbrane na podlagi sistematičnega opazovanja vedênja in
- druge vire (npr. predhodne ocene, strokovna poročila itd).

Kakovost ocene osebnosti kot sinteze teh informacij je odvisna od znanja in zmožnosti ocenjevalca, da dobljene podatke selekcionira, interpretira, integrira in poveže s teoretskimi koncepti in konkretnimi ravnanji oz. problemom posameznika, ki je v postopku ocenjevanja. Ocena osebnosti zajema opis njenih strukturnih, funkcionalnih in etioloških značilnosti. Sodobno klinično-psihološko ocenjevanje osebnosti bi lahko označili za eklektično in multimetodično. Psihologi pri svojem delu uporabljajo merske pripomočke, ki so rezultat različnih ocenjevalnih paradigem in teorij. Kljub pogosto nasprotujočim si konceptom, ki izhajajo iz teh usmeritev, se predstavniki različnih šol nekako strinjajo glede osnovnih konstruktov, ki naj bi bili predmet merjenja. To so kognitivne funkcije, čustvovanje, medosebni odnosi, samopodoba ipd.

Kliničnopsihološka ocena motenj osebnosti združuje kategorialni oz. tipološki (kvalitativna razlika med zdravim in motenim) in dimenzionalni pristop (kvantitativna razlika med zdravim in motenim) z modelom prototipa. Prototip, ki ga predstavljajo najbolj običajne značilnosti pripadnika neke kategorije, opisuje nek teoretičen konstrukt ali (statistični) standard, na podlagi katerega ocenjujemo konkretne posameznike (Millon, 1996). Pri tem nobena lastnost ni nujna ali zadostna za uvrstitev v neko kategorijo. Bolj ko se posameznik približuje idealu prototipa, bolj je tipičen pripadnik. S tem prototip ohranja heterogenost lastnosti, obenem pa podpira kontinuiranost porazdelitve. Klinično- psihološka ocena psihičnih motenj pomeni oceno posamezne psihične lastnosti v razmerju z drugimi (zdravimi) posamezniki in v razmerju s celotno osebnostjo.

Če želimo oceniti in razumeti motnje osebnosti, moramo spoznati celotno sliko osebnosti in njeno delovanje. To pomeni raziskati njene strukturne in procesno – dinamične vidike, splošne značilnosti populacije in posebnosti posameznika. Ocena motenj osebnosti vključuje kognitivne, emocionalne in vedenjske vidike. Pomeni oceno doživljanja sebe in okolice, intrapsihičnega in interpsihičnega delovanja ter tudi vzročne oz. etiološke dejavnike. Takšna ocena pa je lahko le rezultat integracije različnih teoretskih pristopov, metod in merskih pripomočkov.

Klinični psiholog ima pri ocenjevanju osebnosti na voljo bolj ali manj učinkovite psihološke teste in tehnike, kot so klinični (strukturirani in nestrukturirani) intervjuji, izrazno-projekcijske tehnike (oz. bolje: manj strukturirane storilnostne tehnike) in samoocenjevalni vprašalniki. Pri kliničnem ocenjevanju uporabljamo več različnih testov in tehnik saj, kot že rečeno, z različnimi merskimi instrumenti odkrivamo različne vidike osebnosti (Bornstein, 2009, 2011; Cattell, 1988), ki jih je potrebno integrirati v celovito oceno osebnosti. Vendar so klinični intervjuji in manj strukturirane tehnike pogosto deležni kritik, da ne ustrezajo merskim kriterijem. Osebnostni vprašalniki so tako postali najbolj pogosto uporabljena tehnika za diagnosticiranje in ocenjevanje motenj osebnosti (Millon, 1996), saj imajo zadostno empirično, statistično potrditev. Vendar pa se je v klinični psihologiji pojavila nova težava. Vprašalniki temeljijo na domnevi, da je posameznik, ki jih rešuje, relativno (samo)kritičen,

sposoben realne samoocene in se tudi pripravljen razkrivati, kar pa ni nujno. Pri psihiatričnih bolnikih je lahko takšna samoocena zelo nekritična in nestabilna, odvisna od specifičnosti motnje in trenutnega razpoloženja. Nekdo z depresivno motnjo se bo ocenil izrazito negativno, bolnik s psihozo ali kompulzivno osebnostjo pa mogoče v pretirano dobri luči. Po psihoanalitičnih teorijah ima veliko pacientov ravno o bistvenih značilnostih svojih težav in motenj "slepo pego". Glavna značilnost 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, na katerih temeljijo nekateri vprašalniki za motnje osebnosti, npr. Osebnostni diagnostični vprašalnik (PDQ-IV; Hyler, 1994). Transparentnost postavk, ki omogoča jasen vpogled, na katero motnjo se nanašajo posamezne postavke, še povečujejo možnost neiskrenega in izkrivljenega prikazovanja sebe (Widiger in Frances, 1987; po Clark in Harrison 2001). Nasploh je to težava vseh sorodnih vprašalnikov, ki temeljijo na obstoječih diagnostičnih kriterijih motenj osebnosti: Vprašalnik za oceno osebnosti (PAI, Morey, 1991), Millonov večosni vprašalnik (MCMI-IV; Millon idr., 2015) in podobni. Veljavnost takšnih rezultatov je zato lahko vprašljiva.

Minesotski multifazični osebnostni vprašalnik MMPI-2 (Hathaway in McKinley, 1951), najbolj uveljavljen vprašalnik za merjenje psihopatoloških motenj, je zanimiv, ker ne izhaja iz teoretičnih predpostavk, saj so bile postavke tega vprašalnika izbrane izključno empirično, glede na značilnosti samoocene pripadnikov posameznih psihiatričnih diagnostičnih skupin. Analiza njegovih postavk kaže na specifične tendence samoocenjevanja pacientov z različnimi psihičnimi motnjami (Benedik, 2002). Tako osebe s psihotičnimi motnjami pri opisovanju svojih težav uporabljajo več oznak, ki se nanašajo na zunanje, telesne, senzorne značilnosti in druge ljudi, nasprotno pa so pacienti z nevrotičnimi 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 lestvicah 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 lestvicah 2, 3 in 7) (Benedik, 2002).

Pri sestavi učinkovitih vprašalnikov za motnje osebnosti je zato bistvenega pomena ločiti med tem, kaj je posameznik zmožen povedati o doživljanju samega sebe, svojih težavah, 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. Gre za ločevanje t. i. javnega, zasebnega in prizavedno-nezavednega selfa (Josephs, 1995). Meje med njimi niso ostro začrtane in se spreminjajo.² Gre za odnos med manifestno in latentno ravni, ki ga je potrebno upoštevati pri ocenjevanju. Problem je še večji, saj so lahko prisotne različne povezave med temi stopnjami. Dve v osnovi različni osebnostni lastnosti sta si lahko podobni na manifestni ravni, ali pa se določena latentna lastnost kaže v različnih oblikah na manifestni ravni (Millon, 1996).

Zanima nas, ali se javni in deloma zasebni self (doživljanja sebe in drugih ljudi, ki jih je posameznik pripravljen deliti s svojim diagnostikom) v tolikšni meri razlikuje med posamezniki s specifično motnjo osebnosti, da bi jih bilo mogoče na podlagi tega identificirati in ločevati s samoocenjevalnimi vprašalniki. Tako bi povečali uporabnost vprašalnikov v bateriji testov za ocenjevanje motenj osebnosti. V ta namen je bil konstruiran Vprašalnik za motnje osebnosti VMO₂, ki ga predstavljamo v nadaljevanju.

² Značilnost npr. mejno motenih osebnosti je, da lahko ozavestijo pomembne vidike in doživljanja sebe šele v specifičnih izkušnjah in odnosih. Te reprezentacije zato niso del zavestnega in posplošenega self-koncepta. Njihovo samoopisovanje je tako *post hoc* konstrukcija, ki je determinirana s prepričanjem, ne kakšni so, ampak kaj si morajo misliti o sebi (Westen in Cohen, 1993).

OCENJEVANJE MOTENJ OSEBNOSTI

V priročniku predstavljamo postopke ocenjevanja motenj osebnosti na dveh ravneh:

1. statistična obdelava kvantificiranih fenomenoloških podatkov, pridobljenih s pomočjo samoocenjevalnega Vprašalnika za motnje osebnosti VMO₂;
2. kvalitativna analiza dodatnih podatkov, pridobljenih s pomočjo polstrukturiranih oz. nestrukturiranih intervjujev in manj strukturiranih storilnostnih tehnik. Za slednje je potrebno dodatno usposabljanje.

Končna ocena strukture osebnosti in njenih motenj predstavlja integracija vseh pridobljenih podatkov. V priročniku so opisane smernice za integracijo in interpretacijo rezultatov posameznih lestvic in testnih profilov.

DRUGI DEL: Statistična, dimenzionalna raven ocenjevanja motenj osebnosti - Vprašalnik motenj osebnosti VMO₂

PREDSTAVITEV VPRAŠALNIKA

Samoocenjevalni vprašalnik za motnje osebnosti (VMO) je bil konstruiran iz več razlogov. Najpomembnejši je, da se v Sloveniji srečujemo s pomanjkanjem tovrstnih instrumentov – vprašalnikov, ki bi bili ustrezno prirejani za našo populacijo in bi bili uporabni za ocenjevanje motenj na osebnostnem področju. Drugi razlog je povečati učinkovitost ocenjevanja motenj osebnosti s pomočjo objektivnega in veljavnega merskega instrumenta, ki bi meril fenomenološke vidike osebnosti, tj. doživljanje samega sebe in drugih ljudi, ki so odraz specifičnih motenj. S tem bi poskušali odpraviti nekatere pomanjkljivosti osebnostnih vprašalnikov, predvsem težave nekritičnega samoocenjevanja, ki smo jih opisali v prejšnjem poglavju. Takšen vprašalnik bi služil kot pomoč pri ocenjevanju osebnosti oseb s psihičnimi težavami, hkrati pa ohranjal kvantitativno, povezano razmerje s t. i. normalno oz. zdravo osebnostjo. Gre torej za dimenzionalni koncept motenj osebnosti.

VMO je namenjen ocenjevanju motenj osebnosti odraslih. Vprašalnik v svoji novejši verziji VMO₂ sestavlja 193 postavk, vključenih v 14 lestvic: 3 lestvice veljavnosti in 11 lestvic za osebnostne motnje. Kratek opis lestvic je predstavljen v tabeli 1. Udeleženci ocenjevanja odgovarjajo na petstopenjski lestvici Likertovega tipa. Rezultate VMO₂ smo predstavili v obliki linearnih T-vrednosti z aritmetično sredino pri 50 T in standardnim odklonom 10 T. Pretvorbe v T-vrednosti smo naredili na slovenskem standardizacijskem vzorcu zdravih odraslih oseb obeh spolov ($N = 671$).

Pri razvoju VMO smo sledili dvema osnovnima kriterijema: klinično-teoretičnemu in statistično-empiričnemu. Pri izboru posameznih motenj in postavk za specifično motnjo smo tako upoštevali konceptualno naravo ocenjevanih pojavov (relevantne teorije motenj osebnosti in klinične izkušnje) in

empirično ustreznost merskega instrumenta (preverjanje statističnih kriterijev, kot so notranja konsistentnost, veljavnost in medsebojna skladnost ocenjevalcev).

Tabela 1: Kratek opis lestvic VMO2

Lestvica VMO2	Število postavk	Opis lestvice
Iskrenost (ISK)	11	Postavke napeljujejo na ustvarjanje pretirano olepšane slike o samem sebi in nepriznavanje drobnih pomanjkljivosti.
Konsistentnost	4	S pomočjo dveh parov nasprotujočih si trditev ugotavljamo konsistentnost ocenjevanja.
Veljavnost	2	Postavke so namenjene odkrivanju posameznikov, ki odgovarjajo naključno oz. se niso pripravljene razkrivati.
Histrionična MO (HIS)	17	Postavke opisujejo značilnosti histrionične osebnosti, ki so okupirane z iskanjem pozornosti in priljubljenosti v socialnem okolju.
Obsesivno-kompulzivna MO (OBS)	18	Postavke opisujejo značilnosti obsesivno-kompulzivne osebnosti s poudarkom na storilnosti, perfekcionizmu, varnosti in nadzoru.
Izogibajoča MO (IZO)	20	Postavke opisujejo značilnosti izogibajoče osebnosti, predvsem strah pred socialnim izpostavljanjem in kritiko, občutja lastne neadekvatnosti in sram.
Odvisna MO (ODV)	16	Postavke opisujejo značilnosti odvisne osebnosti, v ospredju katere je zanašanje na drugo osebo, strah pred izgubo, izogibanje odgovornosti in pretirano prilagajanje drugim.
Depresivna MO (DEP)	25	Postavke opisujejo značilnosti depresivne osebnosti s poudarkom na občutjih krivde, razdajanju drugim, občutjih prikrajšanosti in izgube.
Narcisistična MO (NAR)	16	Postavke opisujejo značilnosti narcisistične osebnosti, ki predstavlja sebe kot izjemnega, ki pričakuje od drugih spoštovanje in občudovanje ter je okupirana sama s seboj oz. s svojo veljavo.

Mejna MO (MEJ)	23	Postavke opisujejo značilnosti mejne osebnostne motnje, katere glavne značilnosti so nejasna identiteta, čustvena nestabilnost, težave pri obvladovanju agresivnosti, pogosti konflikti in nesporazumi v medosebnih odnosih.
Antisocialna MO (ANT)	19	Postavke opisujejo značilnosti antisocialne osebnosti z agresivnim, manipulativnim in izkoriščevalskim odnosom do drugih ter pomanjkanjem empatije.
Paranoidna MO (PAR)	20	Postavke opisujejo značilnosti paranoidne osebnosti, pri kateri sta poudarjena izrazito nezaupanje in sumničavost do drugih, od katerih pričakujejo sovražnosti.
Shizoidna MO (SHI)	23	Postavke opisujejo značilnosti shizoidne osebnosti, pri kateri so izpostavljene socialna distanca in izolacija, čustvena neizraznost in nezanimanje za druge.
Shizotipska MO (SHT)	15	Postavke opisujejo značilnosti shizotipske osebnosti z nenavadnimi prepričanji in čudaškim vedenjem.

Izvajanje in vrednotenje

VMO2 je namenjen ocenjevanju odraslih posameznikov od 18. leta naprej. Standardizacijski vzorec ni vključeval mlajših oseb. Kot klinični instrument je vprašalnik namenjen v pomoč (skupaj z ostalimi pomembnimi podatki) pri ocenjevanju osebnostne strukture in eventualnih motenj na osebnostnem področju pri zdravih odraslih posameznikih in tistih s psihičnimi težavami. Vprašalnik je primeren za ljudi z vsaj povprečno splošno inteligentnostjo, osnovnošolsko izobrazbo in ustreznim znanjem slovenskega jezika. Pogoj za veljavno izvedbo testiranja je tudi takšno psihofizično, kognitivno in čustveno stanje udeleženca, ki dovoljuje, da brez težav sledi navodilom, bere in razume postavke vprašalnika ter je sposoben samoocenjevanja.

Izvajanje in vrednotenje VMO2 sta preprosta, vendar interpretacija rezultatov zahteva psihometrično in kliničnopsihološko znanje, poznavanje psihopatologije,

teorij osebnosti, posebej s fenomenološkega vidika, in mehanizmov reprezentacije. Diagnostična ocena ne temelji zgolj na rezultatih vprašalnika VMO₂, ampak se opira tudi na druge ocene oz. vire informacij, kot so podatki iz intervjujev, opazovanj testnega vedenja, rezultati drugih klinično-psiholoških testov in tehnik (npr. manj strukturirane tehnike, kognitivni testi ali drugi samoocenjevalni vprašalniki). Končno diagnostično oceno predstavlja integracija vseh teh podatkov. Tako so rezultati lestvic VMO₂ postavljeni v širši kontekst.

Testno gradivo

Testno gradivo VMO₂ sestavlja odgovorni list s trditvami, ključ za vrednotenje rezultatov in profilni list, s katerim pretvorimo surove rezultate lestvic v T-vrednosti in jih tako ovrednotimo glede na rezultate vzorca.

Splošna navodila

Izpolnjevanje VMO₂ lahko izvedemo skupinsko ali individualno. Navodila za reševanje so navedena na odgovornem listu. Prepričajte se, da jih udeleženci ocenjevanja razumejo. Poudarite pomembnost odgovarjanja na vse postavke in tudi nujnost izbora samo enega odgovora. Udeležence spodbudite, da odgovarjajo hitro, brez dolgotrajnega razmišljanja. Če kakšne postavke ne razumejo, jim pomagajte s preprosto razlago besed. Če na kakšne postavke ne podajo odgovora, jih spodbudite, da to naredijo. V primeru, če preizkušaneec odgovori na manj kot 95 odstotkov (oz. manj kot 184) postavk, rezultati vprašalnika niso veljavni. Reševanje vprašalnika običajno traja od 20 do 30 minut.

Vrednotenje rezultatov

Na odgovornem listu seštejemo točke za posamezno lestvico VMO₂, pri čemer je vsak odgovor vreden od 1 do 5 točk, npr. za odgovor "2 – v *glavnem ne drži*" udeleženeec prejme 2 točki:

1 – sploh ne drži; 2 – v glavnem ne drži; 3 delno drži; 4 – v glavnem drži; 5 – povsem drži

Če na kašno postavko udeleženci iz kakršnegakoli razloga ne podajo odgovora, to postavko točkujete s srednjo vrednostjo 3. Točke pri posamezni lestvici VMO₂ seštejete v skladu s ključem (tabela 2), pri čemer imajo nekatere postavke obrnjeno vrednost. Te vrednosti je potrebno pretvoriti na način 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2 in 5 = 1. Vsote za posamezne lestvice predstavljajo surove vrednosti, ki jih je potrebno pretvoriti v T-vrednosti (tabeli 3 in 4). Lestvici Konsistentnost in Veljavnost sta samo kvalitativni, z njima preverjamo zanesljivost (ujemanje postavk) oz. veljavnost samoocenjevanja (podajanje smiselnega odgovora).

Tabela 2: Ključ, po katerem vrednotimo rezultate lestvic VMO₂

Lestvica VMO ₂	Številka postavke
Iskrenost	(-)18; (-)29; (-)37; 57; (-)73; (-)93; (-)111; (-)122; (-)129; (-)141; 146
Konsistentnost	Pari: (41–77) in (61–134)
Veljavnost	Uvodna postavka, 22
Histrionična MO	1; 2; 9; 15; 19; 38; 80; 84; 95; 113; 130; 163; 164; 171; 172; 188; 189
Obsesivno-kompulzivna MO	3; 20; 21; 40; 74; 75; 82; 96; 114; 131; 132; 147; 148; 165; 178; 179; 190; 192
Izogibajoča MO	23; 36; 43; 44; 60; 62; 78; 79; 98; 115; 119; 133; 148; 149; 150; 159; (-)167; 168; 170; 180
Odisna MO	5; 6; 24; 25; 45; 46; 62; 64; 81; 100; 104; 116; 117; 135
Depresivna MO	7; (-)26; (-)27; 30; 47; 48; 51; 64; 82; 83; 100; 101; 108; 116; 118; 119; 136; 137; 148; 149; 151; 152; 169; 170; 190
Narcisistična MO	8; 28; 39; 49; 52; 58; 65; 85; 95; 102; 103; 120; 138; 153; 154; 182
Mejna MO	10; 29; 30; 42; 50; 51; 59; 66; 76; 86; 97; 108; 121; 122; 123; 139; 140; 155; 156; 160; 173; 183; 191
Antisocialna MO	11; 29; 31; 52; 53; 68; 87; 105; 106; 107; 124; 141; 142; 157; 158; 174; 181; 184; 185

Paranoidna MO	4; 12; 13; (-)14; 32; (-)33; 44; 54; 65; 67; 69; 72; 88; 124; 125; 160; 175; 176; 186; 193
Shizoidna MO	34; 35; 36; 55; 56; 63; 70; 71; 89; 90; 99; 108; 119; 143; 144; 145; 153; 159; 161; 166; 177; 182; (-)187
Shizotipska MO	16; 17; 35; 56; 72; 91; 92; 94; 109; 110; 126; 127; 128; 145; 162

Legenda: minus (-) pred postavko označuje obrnjeno točkovanje.

INTERPRETACIJA REZULTATOV

Rezultate VMO2 lahko interpretiramo z dveh vidikov:

1. T-vrednosti omogočajo interpretacijo končnih rezultatov posameznih lestvic VMO2 glede na standardizacijski vzorec zdravih oseb ($N = 477$). T vrednosti imajo aritmetično sredino 50 in standardni odklon 10. Večina zdravih oseb bo imela na vseh lestvicah VMO2 T-vrednosti nižje od 60, vrednosti nad 70 pa predstavljajo že zelo redke vrednosti (dva standardna odklona nad aritmetično sredino), ki so praviloma, ne pa tudi nujno, značilne za posameznike s psihičnimi motnjami. V tabelah 3 in 4 so prikazane ločene T-vrednosti za moške ($N = 156$) in ženske ($N = 321$), saj je primerjava rezultatov pokazala pomembne razlike med njimi. Pri interpretaciji rezultatov upoštevamo tudi povprečne vrednosti rezultatov, ki jih dosegajo psihiatrični pacienti (glej tabeli 8 in 9);
2. Klinična interpretacija vključuje teoretske koncepte in klinične izkušnje. Gre za interpretacijo konfiguracije testnega profila, posameznih lestvic VMO2 in izstopajočih postavk v kontekstu specifičnih teorij, v našem primeru predvsem psihoanalitičnih in kognitivnih. Te ocene je potrebno ustrezno integrirati med seboj in upoštevati še podatke iz drugih virov. Postopek bo opisan v drugem delu priročnika.

Tabela 3: Pretvorba surovih vrednosti v T-vrednosti za ženske

Surova vrednost	ISKR	HIST	OBS	IZO	ODV	DEP	NAR	MEJ	ANT	PAR	SHIZ	SHT
12	20			20	22		22		25			30
14	23			22	25		25		27			32
16	25	20		24	28		28		30	20		35
18	28	21		26	30		31		33	22		38
20	31	23	20	29	32		34		36	24	30	40
22	34	25	22	31	35	20	37		39	26	32	43
24	37	28	24	33	37	22	40	31	42	29	33	45
26	39	30	26	35	39	24	43	32	45	31	35	47
28	42	32	29	37	42	26	45	34	48	33	37	50
30	45	34	31	40	44	28	48	35	51	35	39	52
32	48	37	33	42	47	29	51	37	54	37	41	55
34	50	39	36	44	49	31	54	39	57	39	43	57
36	53	41	38	46	51	33	57	40	60	41	44	60
38	56	43	40	49	54	34	60	42	63	43	46	62
40	59	45	42	51	56	36	63	43	66	45	48	64
42	61	47	44	53	58	38	66	45	69	47	50	67
44	64	50	47	55	61	40	70	47	72	48	52	69
46	67	52	49	57	63	41	72	48	75	50	54	72
48	70	54	51	60	66	43	74	50	78	52	56	74
50	72	56	53	62	68	45	77	51	81	54	58	76
52	75	58	56	64	70	47	80	53	84	56	60	79
54	78	61	58	66	73	48	83	55	87	58	62	81
56	80	63	60	69	75	50	87	56	90	60	64	84
58	83	65	62	71	77	52	90	58	92	62	66	86
60	86	67	65	73	80	54	93	59	94	64	68	88
62	90	69	67	75	82	55	96	61	96	66	69	90
64	92	71	69	79	84	57	98	62	98	68	71	92
66	94	73	71	80	87	59	100	64	99	70	73	94
68	96	76	74	82	90	61		66	100	72	75	97
70	100	78	76	84	92	62		67		74	77	100
72		80	78	86	94	64		69		76	78	
74		82	80	88	96	66		70		78	80	
76		85	83	90	98	68		72		80	82	
78		87	85	93	100	70		74		82	84	
80		89	87	96		71		75		84	86	
82		91	90	98		73		77		86	88	
84		93	92	100		75		79		88	90	
86		96	94			77		80		90	92	
88		98	97			78		83		93	95	
90		100	100			80		86		96	97	
95						85		88		100	100	
100						90		90				
105						95		95				
110						100		100				

Legenda: označena polja pomenijo povprečne rezultate (50 odstotkov vseh udeležencev).

Tabela 4: Pretvorba surovih vrednosti v T-vrednosti za moške

Surova vrednost	ISKR	HIST	OBS	IZO	ODV	DEP	NAR	MEJ	ANT	PAR	SHIZ	SHT
12								20			20	32
14	20			20	25			21			22	34
16	24			22	28		28	23	30		24	36
18	27	20		24	31		30	25	32	20	26	38
20	30	23	20	26	34		33	27	34	22	28	41
22	33	25	23	29	36	20	36	28	36	24	29	43
24	36	28	25	31	39	22	38	29	39	26	31	45
26	39	30	27	33	41	24	41	31	41	28	33	58
28	42	32	29	36	44	26	43	33	43	30	34	50
30	45	34	32	38	47	28	46	34	45	32	36	52
32	48	37	34	41	49	30	48	36	48	35	38	55
34	51	39	36	43	52	32	51	38	50	37	40	57
36	54	41	38	45	54	34	54	40	52	39	42	59
38	57	43	40	48	57	35	56	41	54	41	43	62
40	60	46	43	50	60	37	59	43	56	43	45	64
42	63	48	45	53	62	39	61	45	59	45	47	66
44	66	50	47	55	65	41	64	46	61	47	49	69
46	69	52	49	57	67	43	66	48	63	49	51	71
48	72	55	51	60	70	45	69	50	65	51	52	73
50	74	57	54	62	73	46	71	51	68	53	54	75
52	77	59	56	65	76	48	74	53	70	55	56	77
54	80	61	58	67	78	50	76	55	72	57	58	80
56	83	64	60	70	80	52	79	57	74	59	60	82
58	86	66	63	72	82	54	82	58	77	61	62	84
60	90	68	65	74	84	56	85	60	80	63	63	87
62	93	70	67	77	87	57	87	62	81	65	65	90
64	96	73	69	80	90	59	90	63	83	67	67	92
66	98	75	71	82	93	61	93	65	86	69	69	94
68	100	77	73	84	95	63	95	67	88	71	71	97
70		80	76	86	98	65	97	68	90	73	73	100
72		82	78	88	100	66	100	70	93	76	75	
74		84	80	91		68		71	95	78	77	
76		86	83	93		70		73	97	80	78	
78		88	85	96		72		75	100	82	80	
80		90	87	98		74		77		84	82	
82		92	89	100		76		79		86	84	
84		95	91			78		80		86	86	
86		97	93			80		82		90	88	
88		100	95			81		94		93	89	
90			97			83		96		95	90	
95			100			86		90		100	95	
100						90		93			100	
105						95		96				
110						100		100				

Legenda: označena polja pomenijo povprečne rezultate (50 odstotkov vseh udeležencev).

V primeru, da posameznik na lestvicah veljavnosti doseže visoke (lestvici Iskrenost in Konsistentnost) oz. nizke rezultate (lestvica Veljavnosti), je potrebna pri interpretaciji rezultatov posebna previdnost, saj obstaja verjetnost, da rezultati vprašalnika niso veljavni oz. zanesljivi.

Interpretacija lestvic VMO₂

Osebnostne lestvice VMO₂ odražajo relativno trajno doživljanje sebe in drugih ljudi posameznika s specifičnimi osebnostnimi značilnostmi oz. motnjami. V ospredju je torej fenomenološki vidik posamezne motnje, ki odraža glavne značilnosti oz. disfunkcionalnosti v stališčih, čustvovanju in vedenju posameznika. Če je rezultat na posamezni lestvici povišan oz. nadpovprečen glede na primerjalni vzorec (T-vrednost nad 60 točk) obstaja večja verjetnost, da so za posameznika značilne opisane osebnostne lastnosti. Nasprotno, v primeru izrazitega znižanja rezultata na posamezni lestvici (T-vrednost pod 30 točk), obstaja možnost, da gre pri posamezniku za zanikanje določenih lastnosti. Opisane kategorije osebnostnih motenj lahko razumemo kot prototipne koncepte, pri čemer se posamezniki razlikujejo po tem, v kolikšni meri se ujemajo oz. odstopajo od idealnega predstavnika določene kategorije. Ta odstopanja so kvantitativne narave, torej gre za dimenzionalne koncepte. Za postavitve ocene o specifični osebnostni strukturi (motnji) pa morajo zajemati nujne pogoje (značilnosti) posamezne kategorije. Še več, za končno interpretacijo osebnostne strukture je potrebno upoštevati konfiguracijo celotnega testnega profila, torej rezultatov na vseh lestvicah VMO₂, vključno s kvalitativno analizo izpostavljenih postavk (glej poglavje Načela integracije podatkov in ocenjevanja osebnostne strukture).

Lestvici konsistentnosti in veljavnosti

Lestvici preverjata konsistentnost samoocenjevanja (podajanje podobnih ocen na podobna vprašanja), smiselnost samoocenjevanja (preverjanje odgovarjanja na nenavadno postavko) in splošno pripravljenost za iskreno odgovarjanje. Ker ti dve lestvici zajemata zgolj nekaj postavk, nista vključeni v statistične analize. Interpretacija temelji na kvalitativni oz. klinični oceni.

Lestvica iskrenosti (ISK)

Posamezniki s povišano lestvico iskrenosti niso pripravljeni priznati drobnih pomanjkljivosti, ki jih večina ljudi razkrije, in prikazujejo sebe v manj pristni, pretirano olepšani luči: npr. da so vedno dobre volje, nikoli ne preklinjajo ali se jezijo, imajo radi vse ljudi, ki jih poznajo, so vedno 100-odstotni pri opravljanju svojih obveznosti itd. Takšni odgovori kažejo na težnjo posameznika, da se ni pripravljen razkrivati oz. je pri samoocenjevanju izrazito nekritičen. V primeru, da so ti rezultati izrazito povišani (nad T-vrednostjo 70) obstaja verjetnost, da so rezultati ostalih lestvic neveljavni, zato takšnega protokola ne moremo interpretirati.

Histrionična motnja osebnosti (HIS)

Za ljudi, ki dosegajo visoko število točk na tej lestvici, je značilna potreba po pozornosti in naklonjenosti drugih. Sebe vidijo kot zanimive, vznemirjajoče, spolno privlačne osebe, sanjarijo o priljubljenosti, slavi in uspehu. Drugi jim služijo kot občinstvo in so pomembni toliko časa, dokler ni osvojena njihova naklonjenost. V prvi vrsti želijo navdušiti in zabavati druge ljudi, še posebej tiste, ki jih ocenjujejo kot pomembne. V ta namen se poslužujejo tudi dramatisiranja, pretiravanja. Radi koketirajo, flirtajo in duhovičijo. Hitro se nad nečem ali nekom navdušijo, pogosto se zaljubijo, a jih zaljubljenost tudi hitro mine. So sugestibilni. Po Josephsu (1995) se histrionična osebnost 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. Verjame, da ga drugi doživljajo kot veselega in srečnega. Je

poosebljena čistost, otroštvo in nedolžnost. Verjame, da pri drugih zbuja popolno zaupanje, poštenje, prilagodljivost in predanost. Pričakuje, da mu bodo drugi dali vedeti, da je sprejet, ravnodušnost doživlja kot zavrnitev. Rad pritegne s telesnim, zunanjim videzom in vedênjem.

Depresivna motnja osebnosti (DEP)

Ne glede na to, da te motnje osebnosti običajno ni v psihiatričnih klasifikacijah, smo se zaradi klinične pomembnosti (glej npr. Kernbergov opis depresivno-mazohistične strukture (Caligor idr., 2007), Blattov koncept introjekcijsko-depresivnega tipa (Blatt, 1974) in empirične potrditve (Westen in Shelder, 1999) odločili, da vključimo tudi to motnjo. Posamezniki, ki dosegajo visoke rezultate na tej lestvici, se doživljajo kot občutljivi, ranljivi, resni, zaskrbljeni in empatični. Imajo nizko samopodobo. So samokritični, pogosto se čutijo nemočne, nevredni in neuspešni. Imajo močna občutja krivde, menijo, da zaslužijo kritiko in kazen, kar lahko vodi tudi do sovraštva do samega sebe in samomorilnih misli. So asketski, skromni. Proti drugim izražajo bolj prikrito, subtilno jezo. Izogibajo se preprirom, ne izražajo nezadovoljstva drugim. Želijo si ljubezni in podpore drugih. Strah jih je zapustitve. Želijo, da jih drugi vidijo kot miroljubne osebe, ki so pripravljene odpuščati, se razdajati in žrtvovati. So pesimisti, vedno v pričakovanju, da se bo zgodilo najhujše. V življenju se počutijo zapuščeni, zavrženi in prikrajšani. So kot nedolžne, izgubljene žrtve, vendar v stiku z vso globino človeškega trpljenja. Druge ljudi, ki izražajo srečo, doživljajo kot neavtentične, narejene in odmaknjene iz eksistencialnega trpljenja, ki dela človeka realnega. Verjamejo, da smo vsi nepopolni, in priznanje tega ni sramota, ampak dokaz skromnosti. Iščejo bližino in razumevanje v empatiji, vzajemni podpori, v svetu žalosti, nepopolnosti in trpljenja.

Obsesivno-kompulzivna motnja osebnosti (OBS)

Ključni besedi pri osebah, ki dosegajo visoke rezultate na tej lestvici sta "nadzor" in "morati". Namen tako posvečuje sredstva, ki postanejo cilj sama zase. Njihova glavna vrlina je red in urejenost. Sebe vidijo kot polno odgovorne

zase in za druge, edine, na kogar se lahko zanesejo. Vendar se zaradi visokih notranjih standardov in perfekcionizma doživljajo kot nesposobni in nemočni, kar skušajo nadomestiti z naslanjanjem na "sistem". Druge vidijo kot preveč površne, neodgovorne, popustljive ali nesposobne. Po Becku (Beck in Freeman, 1990) je temeljno prepričanje teh oseb, da so v osnovi dezorganizirani in neorientirani, zato tako močno težijo k popolnosti. Da bi dobro opravili delo, so nujni red, organizacija in pravila. Iz tega izhajajo strahovi, kot so: "Če ne bom organiziran in delal na najvišji ravni, bo vse propadlo." ali "Vsakršna napaka ali pomanjkljivost lahko vodita v katastrofo, zato so te nedopustne." Njihova glavna strategija pri tem je prizadevanje za popoln nadzor, tudi nad svojimi čustvi in telesnim stanjem. Nadzirati skušajo druge. Prepričani so, da bi drugi morali delati po njihovo, saj je njihov način kljub pomanjkljivostim najboljši. Po Josephsu (1995) obsesivno-kompulzivna osebnost prisega na pravila, moralo, red, hierarhijo in formalne odnose. Sebe vidi kot sodelovalno, vestno, predano delu, marljivo, zanesljivo, urejeno, natančno in učinkovito. Je varčna in zbirateljska, previdna pri denarju in v skrbi za zdravje. Strah jo je, da jo bodo imeli za neodgovorno, kot tisto, ki ne zadovoljuje pričakovanj (nadrejenih). Želi si priznanja za svojo učinkovitost, kritičnost in samodisciplino s strani nadrejenih. Prizadeva si, da je njeno delo čim popolnejše. Vsako napako doživlja tragično, je prizadeta. Svoje podrejene doživlja kot pomanjkljive, kar želi odpraviti. Verjame, da je njena kritika ustrezna in pravilna. Če doživlja kritiko ali negativne odzive drugih, se čuti nerazumljeno.

Izogibajoča motnja osebnosti (IZO)

Osnovni konflikt pri posameznikih z izogibajočimi se osebnostnimi značilnostmi je želja po bližini z drugimi in po samouresničitvi, obenem pa jih je močno strah zavrnitve, neuspeha in prizadetosti. Zato je njihova glavna obrambna strategija izogibanje. Sebe vidijo kot nesposobne, nezaželene v družbi in pri delu. Druge doživljajo kot kritične, brezbrizne, ponižujoče ali zavračajoče. Po Becku (Beck in Freeman, 1990) je temeljno (disfunkcionalno) prepričanje teh oseb, da so ničvredne in neljubljene ter da ne morejo prenašati neprijetnih občutij. Iz tega izhajajo pogojna prepričanja, kot sta npr.: "Če bi se zbližal z ljudmi, bi odkrili, kakšen sem v resnici, in me zavrnili." ali "Bilo bi nedopustno,

če bi se pokazal kot slabši ali neprimeren.” Sledijo instrumentalna prepričanja oz. samoinstrukcije, ki so organizirana okrog temeljne strategije: “Za vsako ceno se moram izogniti neprijetnim situacijam.” Po Josephsu (1995) izogibajoča se osebnost sebe vidi kot nesposobno, manjvredno in neprivlačno. Doživlja občutja praznine, socialne izoliranosti in osamljenosti. Počuti se nesprejeto in zavrnjeno. Niha med željo po naklonjenosti in strahom pred odklonitvijo in zadrego. Izraža nezaupanje. Je tesnobna, žalostna, jezna in odtujena, tako od sebe kot od drugih. Po drugi strani pa sanjari o želeni gratifikaciji. Močan je sram, vezan na telesni videz. Ob odobravanju drugih občuti nelagodje, saj jo je strah “razkritja”. Preventivno se odmika iz odnosov, da ne bi bila zapuščena.

Odvisna motnja osebnosti (ODV)

Posamezniki s povišano lestvico odvisne motnje osebnosti doživljajo sebe kot nemočne, slabotne, nesposobne in zato želijo biti (ostati) navezani na močno (idealizirano, zaupno, negujočo, podpirajočo) osebo, ki jim zagotavlja preživetje in zadovoljstvo. Pri njih je izrazit separacijski strah. Prepričani so, da nenehno potrebujejo nekoga, ki bi jim stal ob strani, jim pomagal v primeru, če bi se zgodilo kaj slabega. Če so prepuščeni sami sebi, so nemočni in nesrečni. Pогоjna prepričanja, ki se nanašajo na to, so npr.: “Če ne bom ljubljen, bom nesrečen.” ali “Če me bodo zapustili, bom umrl.” Iz tega sledijo pretirano prilagajanje in samoinstrukcije, kot so: “Ne smem narediti ničesar, kar bi užalilo mojega zaščitnika.”; “Moram biti ponižen, da bom deležen dobre volje drugih.”; “Vedno moram biti na voljo drugim” ali “Moram se zblížati z drugim, kolikor je le mogoče.” (Beck in Freeman, 1990). Po Josephsu (1995) je osnovna značilnost odvisne osebnosti pomanjkanje samozaupanja. Sebe vidi kot šibko, krhko in pomanjkljivo osebo, še posebno ko je prepuščena sama sebi. Samo v drugih vidi možnost izpolnitve svojih potreb. Odločitve in odgovornost mora zato prepustiti drugim in se jim prepustiti. Najbolj se boji, da jo bodo zapustili. Po drugi strani ima sebe za premišljeno, sodelovalno in ambiciozno osebo. Toda vedno je prisotno samoponiževanje in poudarjanje lastnih pomanjkljivosti.

Narcisistična motnja osebnosti (NAR)

Povišani rezultati lestvice narcisistične motnje osebnosti odražajo lažni grandiozni oz. onipotentni self. Ti posamezniki so okupirani s samovrednotenjem. Sebe predstavljajo kot nekaj posebnega, od drugih pričakujejo priznanja, ustrežljivost, posebno obravnavo in privilegije. Verjamejo, da socialna pravila zanje ne veljajo. Druge ljudi vidijo kot svoje občudovalce in pomočnike, ki morajo zadovoljevati njihove potrebe, omogočati njihov napredek in jih nimajo pravice kritizirati. Samo redki posamezniki, ki so tako odlični kot oni, jih lahko razumejo. Poudarjajo svojo izjemnost in superiornost nad ostalimi. Drugi, ki ne upoštevajo tega "dejstva", bi morali biti kaznovani. Nedopustno je, če niso spoštovani, kot si zaslužijo, ali če ne dobijo, kar jim pripada. Drugi ljudje morajo spoznati, da so nekaj posebnega, zato je zanje nujno, da nenehno poudarjajo svoje odlike. Po Josephsu (1995) narcisistični posameznik pogosto sanjari o uspehu, slavi in idealni ljubezni. Verjame in upa, da ga imajo drugi za najboljšega, najlepšega in najpametnejšega. Kritiko drugih skuša opravičiti kot zavist zaradi lastne izjemnosti. Dokazuje, da je njegovo prepričanje pravilno, vsi ostali se motijo. Obstaja samo ena, absolutna resnica – njegova. Zmožnost empatije je pri tem omejena. Izpostavlja in ceni zunanji videz stvari (statusne vrednote, materialno bogastvo in fizično privlačnost), s katerimi dokazuje lastno pomembnost.

Mejna motnja osebnosti (MEJ)

Visoke vrednosti na lestvici mejne motnje osebnosti opisujejo osebo, ki od drugih pričakuje pozornost, podporo in zaščito, vendar pogosto doživlja zavrnitev in ločitev, kar predstavlja njeno največjo grožnjo. Pogosto ima občutja praznine in osamljenosti, še posebej ob ločitvah. Takrat se doživlja zapuščeno, zavrženo in povsem "slabo". Občutja o sebi so zmedena in nasprotujoča si, pogosto se sprašuje, kdo je in kaj hoče. Na druge gleda črno-belo, ljudi sprva idealizira, kasneje pa je nad njimi strašno razočarana. Prav takšna občutja goji tudi do same sebe. Nima pravih ciljev, je neodločena, hitro naveličana, pogosto se dolgočasi. Zato se rada udeležuje "adrenalinskih" dejavnosti oz. išče avanture z intenzivnimi dražljaji, pri čemer lahko tvega

(samo)poškodbe. Ni vztrajna; vsakdanje in enolične naloge ji predstavljajo veliko breme. Hitro spreminja stališča, vrednote in načrte. Zaradi neorganiziranega življenja, nespoštovanja obveznosti, pravil in dogovorov lahko zaide v težave pri delu, na socialnem in finančnem področju. Težave ima z obvladovanjem čustev. Izbruhom jeze in besa v medosebnih konfliktih sledijo občutja sramu in krivde. V hudih stresnih situacijah so možna kratkotrajna občutja ločenosti od sveta ali svojega telesa, velika nezaupljivost do drugih ali celo občasna izguba stika z realnostjo.

Antisocialna (psihopatska) motnja osebnosti (ANT)

Osebe, ki dosegajo visoke rezultate na tej lestvici, sebe vidijo kot samotne, svobodne in močne. Imajo se za zvite, spretni, družbena pravila jih ne obvezujejo. Kažejo se samozavestne in samozadostne. Nekateri posamezniki se počutijo zlorabljene in žrtve krivice. Izhajajo iz prepričanja, da je svet pokvarjen, zato se čutijo upravičeni dobiti, kar jim pripada, ne glede na način, kako to doseči, in ne glede na pravice drugih. Svet doživljajo kot izkoriščevalsko džunglo, v kateri velja zakon močnejšega in kjer se odvija borba za preživetje. Šibki bodo propadli, zato je v prvi vrsti treba paziti nase. Pomembno je, kdo bo zmagovalec, kdo bo koga premagal. Drugi ljudje so slabiči in zaslužijo, da jih izkoristijo, ali pa so izkoriščevalci in zaslužijo, da jim vrnejo milo za drago. Drugim ne zaupajo. Krutejši in malopridnejši, kot se kažeš, bolj se te bojijo in spoštujejo. Kdor ne udari nazaj, je strahopetec. Glavno vodilo je: "Poskrbi zase, napadi prvi, drugače boš žrtev." Pri tem se ni treba držati pravil, saj so ta arbitrarno določena, s čimer so zaščiteni tisti, ki imajo, pred tistimi, ki nimajo. Antisocialne osebnosti se doživljajo prikrajšane za moč, ugodnosti in dobrine, ki po njihovem neopravičeno pripadajo drugim. Zato imajo pravico, da si jih prisvojijo, in sicer ne glede na žrtve. V tej borbi je vse dovoljeno, zakoni in pravice drugih niso pomembne. Sanjajo o maščevanju in povračilu tistim, ki so to zaslužili. Iščejo intenzivne dražljaje, ki jih najdejo tudi v nedovoljenih dejavnostih, kot so nasilna kazniva dejanja zoper druge ali uživanje prepovedanih drog. Poslužujejo se tudi fizičnega nasilja. Antisocialne osebnosti s psihopatskimi težnjami poleg tega poudarjajo tudi užitek v trpinčenju in nadvladi nad drugimi.

Paranoidna motnja osebnosti (PAR)

Glavna značilnost posameznikov s poudarjeno lestvico paranoidne motnje osebnosti je nezaupanje. Sebe vidijo kot pravične in zlorabljene s strani drugih, ki so nepošteni, zahrbtni, izdajalski, prevarantski in manipulativni. Osnovno prepričanje teh oseb je, da so preveč ranljive in izpostavljene drugim ljudem. Zato zaključujejo: "Če ne bom pazil nase, me bodo drugi zlorabili ali kako drugače prizadeli. Če so ljudje prijazni do mene, me gotovo poskušajo zlorabiti ali izkoristiti. Če bi drugi ljudje kaj izvedeli o meni, bi to uporabili proti meni, kar moram za vsak oceno preprečiti. Ves čas moram biti na preži, biti moram previden, iskati možna sovražna dejanja in nikoli zaupati drugim." (Beck in Freeman, 1990). Po Josephsu (1995) ima posameznik s paranoidnimi značilnostmi sebe za poštenega, običajnega, skromnega in spodobnega človeka, ki želi, da bi ga drugi spoštovali in pustili pri miru kakor tudi on njih. Izpostavlja potrebo po objektivnosti in pravičnosti. Pričakuje, da bo svet pravičen, potem pa presenečen ugotovi, da to ne drži. Sprašuje se, zakaj ga imajo (vsi) za norca, če pa nikomur nič noče. Odkriva, da je svet poln prevar in nepravilnosti. Kako naj potem komu sploh še zaupa? Še več: neprestano se je treba ščititi pred možno prevaro, napadom ali zaroto. Tudi najbližji lahko delajo proti njemu. Doživlja se prikrajšanega in zlorabljenega, kot nedolžna žrtev. Vendar se upira "nepravilnostim". Ob spoznavanju napak drugih doživlja lastno samozadostnost in veljavo. S težavo odpušča storjene krivice. Je ljubosumen in brez smisla za humor.

Shizoidna motnja osebnosti (SHI)

Glavna značilnost oseb s povišano lestvico shizoidne motnje osebnosti je čustvena in socialna izolacija. Pri njih je poudarjena potreba po zaščiti, avtonomiji in samostojnosti. Da bi jih dosegli, so pripravljene žrtvovati intimne odnose z drugimi. Sebe vidijo kot samozadostne in samotneže. Poudarjajo osebno svobodo, neodvisnost od drugih in individualizem. Izražajo nezanimanje za socialno življenje, pozornost usmerjajo na formalne in objektivne vidike socialnih in emocionalnih dogodkov. Imajo manjšo potrebo po izražanju čustev in spolnosti. So čustveno otopeli. Izbirajo stranske vloge

v profesionalnem, socialnem in družinskem življenju. Drugi ljudje se jim zdijo vsiljivi, bližina z drugimi utesnjujoča. Doživljajo jo kot ogrožanje svoje neodvisnosti. Velikokrat jim tudi ni pomembno, kaj si drugi mislijo o njih. Njihovo temeljno prepričanje (Beck in Freeman, 1990) je: "V osnovi sem sam, tako se počutim bolje in sem uspešnejši." Zato raje delajo in se odločajo sami. Njihova strategija je previdnost in nevpletenost v tesne medosebne odnose: "Delati je treba sam, ostati na distanci in se ne zanašati na pomoč drugih. Izdelati je treba lastna merila in cilje." Po Josephsu (1995) se shizoidni posameznik opisuje kot prijetna, občutljiva, olikana, nezahtevna, plaha in obzirna oseba. Prepoznava, da ga imajo drugi za boječega, odmaknjeneega, vase zaprtega in čudaškega, a upa, da si to razlagajo kot izraz globine, poduhovljenosti, spoštovanja zasebnosti drugih in strpnosti. Želi si, da bi ga ljudje ne sodili in imeli radi po zunanosti, ampak po notranjih vrlinah. Čaka, da ga bodo drugi "odkrili". Okupiran je sam s sabo, časa in energije za druge mu vedno zmanjka. Zaradi tega pogosto občuti nerazumevanje, zapuščenost, tujost in nepripadnost. Socialno okolje doživlja kot nepristno in ima do njega pogosto ciničen odnos. Samo v izolaciji se lahko snamejo socialne maske. Meni, da mora ščititi svoje intimno življenje pred drugimi.

Shizotipska motnja osebnosti (SHT)

Podobno kot shizoidni se posameznik s shizotipskimi značilnostmi raje odmika od drugih, zaradi občutja odtujenosti, izgubljenosti in nerazumevanja. Življenje doživlja kot prazno, plehko in nesmiselno. Tudi sebe doživlja kot odtujenega, razosebljenega, včasih bolj mrtvega kot živega. Pogosto ima občutja notranje praznine in ničevosti. Pri njem se lahko pojavljajo nenavadne senzacije in občutja sebe ter sveta, ki mejijo na psihotična doživetja, kot so depersonalizacije, derealizacije ali občutja vplivanja. Razlaga si jih kot mistična izkustva ali lastne izjemne sposobnosti. Doživlja težave v komunikaciji in socialnih odnosih. Zaradi nenavadnih prepričanj imajo lahko te ljudi drugi za čudake.

Interpretacija nekaterih tipičnih testnih profilov

Po pregledu odstopanj rezultatov na posameznih lestvicah VMO2 sledi analiza konfiguracije celotnega testnega profila. Interpretacija povišanja specifične lestvice VMO2 ima lahko različen pomen v primerjavi s celotnim kontekstom, ki ga predstavljajo rezultati vseh lestvic. Pri takšni interpretaciji imajo največji pomen tiste lestvice, ki najbolj odstopajo od povprečja, tako v pozitivnem kot negativnem smislu. Testni profili so rezultat teoretičnih predpostavk o povezovanju različnih motenj osebnosti in empiričnih rezultatov, dobljenih na podlagi uporabe multivariatnih statističnih tehnik. Predstavljajo pogosto opažene osebnostne vzorce v klinični praksi in homogene podskupine znotraj celotnega vzorca.

Profil 1 (povišana ISK, znižanje na vseh ostalih lestvicah): opisuje osebe, ki se želijo prikazati v izrazito lepšani luči brez pomanjkljivosti. Sebe opišejo kot visoko moralne osebe, delovne, premišljene in obvladane. Zanikajo kakršnekoli težave v odnosih z drugimi ljudmi. So obrambno naravnani in nezaupljivi do drugih. Želijo si socialnega priznanja in ugodnosti s strani drugih. Zanje je zelo pomembno, kakšen vtis bodo naredili na druge. Zaradi nerealnega samoocenjevanja je vprašljiva veljavnost rezultatov posameznih podlestvic.

Profil 2 (znižana ali povprečna ISK, povišanje na večini ostalih lestvic, razen HIS in NAR): opisuje osebe, ki rade izpostavljajo svoje pomanjkljivosti in napake. Imajo negativno samopodobo in pretirano poudarjajo svoje težave, lahko z namenom izogniti se odgovornosti ali pridobitve pozornosti ter pomoči drugih. Zaradi nerealnega samoocenjevanja je vprašljiva veljavnost rezultatov posameznih podlestvic.

Profil 3 (povišani lestvici HIS in/ali NAR, povišana ali povprečna lestvica ISK): izrazita potreba po socialnem priznanju, pozornosti in uveljavitvi v medosebnih odnosih, ki kaže na odvisnost od potrditve in sprejemanja drugih, je značilnost ljudi z narcisističnimi ali histrioničnimi značilnostmi. Diferenciacija med njima na fenomenološki ravni (na podlagi samoocene) pogosto ni mogoča in zahteva dodatno preverjanje posameznih postavk. Pri narcisističnih

strukturah je bolj v ospredju potreba po veljavi, izjemnem položaju in nezanimanju za druge, pri histrioničnih pa potreba po naklonjenosti, pozornosti in ljubezni drugih ljudi.

Profil 4 (povišane lestvice DEP in/ali ODV in/ali MEJ, lahko tudi SHI): kaže na osebe z depresivno strukturo z občutki prikrajšanosti, izgube, lastne neadekvatnosti in željo po tesnem socialnem stiku, opori. Izražena je potreba po prilagajanju in podrejanju ter strah pred separacijo. Agresivnost pogosto usmerjajo proti sebi, lahko pa tudi proti drugim, v primeru, če gre za manj zrele strukture, kar se kaže v povišani lestvici MEJ.

Profil 5 (povišane lestvice IZO in SHI, lahko znižanje na lestvicah HIS in NAR): opisuje ljudi, ki se izogibajo socialnim stikom. Raje so neopaženi, če so v središču pozornosti se počutijo nelagodno. Doživljajo se nesprejeti in nerazumljeni. Raje delajo sami, ne zanašajo se na pomoč drugih. Izogibajo se soočenjem in prepirom. Okupirani so sami s seboj. To so značilnosti posameznikov z izogibajočimi in shizoidnimi osebnostnimi značilnostmi. Diferenciacija med njima zahteva dodatno analizo posameznih postavk. Za shizoidne strukture je bolj značilno pomanjkanje zanimanja za druge, čustvena otopelost, medtem ko je pri izogibajočih se posameznikih v ospredju socialna anksioznost, sram, strah pred izpostavljenostjo in kritiko drugih ter strah pred prevzemanjem odgovornosti.

Profil 6 (povišanje na lestvicah ANT, MEJ, HIS in NAR): je značilen za ljudi s pogostimi konfliktnimi odnosi, agresivnim vedenjem, ki lahko vključuje tudi kazniva dejanja. Težave imajo z obvladovanjem agresivnih impulzov. Hitro vzkipijo. Nagnjeni so k nepremišljenim in tveganim dejanjem. Iščejo vznemirjenja, avanture in potrditve drugih. Možne so težave z drogami in/ali alkoholom. Krivdo za svoje težave in neuspehe pogosto pripisujejo drugim, so nekritični do svojih napak. Sebe doživljajo spremenljivo, zmedeno, se precenjujejo ali zaničujejo.

Profil 7 (povišanje na lestvicah OBS in PAR) izraža prikrito agresijo do drugih, ki se kaže skozi nezadovoljstvo, nezaupanje in sumničavost. Ti ljudje imajo stalno potrebo po nadzoru nad drugimi, saj nenehno pričakujejo težave in nevarnosti. So organizirani, načrtovani, ničesar ne želijo prepustiti naključju.

So tekmovalni, radi dokazujejo svoj prav, vendar se avtoritetam upirajo bolj na pasiven način. To so značilnosti ljudi z obsesivno-kompulzivno in/ali paranooidno osebnostno strukturo.

Profil 8 (povišanje na lestvicah SHT in NAR, lahko tudi ISK): opisuje ljudi, ki nekritično predstavljajo sebe kot izjemne, s posebnimi, že nadnaravnimi sposobnostmi. Lahko imajo veličinske ideje o lastni pomembnosti, govorijo o mističnih doživetjih. Spoznavajo, da so odtujeni od drugih, vendar si to razlagajo kot zavistnost zaradi lastne pomembnosti ali nezmožnost, da bi razumeli njihovo genialnost. Gre za shizotipske posameznike, ki imajo težave s stikom z realnostjo ali narcisistične, ki so okupirani s samodokazovanjem zaradi izrazitih občutij lastne neadekvatnosti.

Profil 9 (povišani lestvici SHI in SHT) izpostavlja težave z realitetno kontrolo. Ti posamezniki se doživljajo socialno odtujene, nerazumljene in nasploh drugačne od ostalih. Imajo komunikacijske težave. Govorijo o izkušnjah, ki jih drugi nimajo. Ne zanimajo jih socialne delavnosti, okupirani so sami s seboj, so samotarji.

Profil 10 (povišanje na lestvicah DEP, ODV, IZO in OBS) opisuje ljudi z blažjo osebnostno patologijo in pogostimi anksiozno-depresivnimi doživljanji. Imajo negativno samopodobo, v socialnih odnosih so pasivnejši, previdni, prilagodljivi. Agresivnost izražajo v prikriti, posredni obliki oz. jo obračajo proti sebi.

OPISNA STATISTIKA VMO₂

Opis vzorcev

Razvoj VMO₂ temelji na podatkih vzorca 477 zdravih odraslih oseb (brez psihiatrične diagnoze), razlike med zdravimi osebami in psihiatričnimi pacienti pa smo ugotavljali na vzorcu 1119 oseb, med katerimi je bilo 477 zdravih po-

sameznikov in 642 oseb s psihiatrično diagnozo. Vsi udeleženci so imeli dokončano vsaj osnovno šolo, večina jih je slovenske narodnosti.

Vzorec zdravih odraslih oseb za primerjalne raziskave je zajemal 477 posameznikov (33 odstotkov moških in 67 odstotkov žensk). Povprečna starost udeležencev je bila 35,4 leta ($SD = 11,4$), v razponu od 16 do 77 let, prevladujoča izobrazba pa srednja šola. Vzorec vključuje ljudi različnih poklicev in študijskih smeri. Vzorec je neslučajan, uporabljali smo metodo kvotnega vzorčenja, vendar ta v popolnosti ne odraža slovenskih demografskih značilnosti. Ker v vzorcu prevladujejo ženske ($\chi^2(1, n = 1119) = 11.01, p < .01$), je bil to tudi eden izmed razlogov, da so ločeno predstavljeni standardizacijski vzorci za moške in ženske. Tudi starostna struktura odstopa od populacijskih značilnosti. V vzorcu so bolj zastopani mlajši ljudje, npr. 60 odstotkov jih je bilo starih med 18 in 30 let, v populaciji pa je delež teh 21,3-odstoten (l. 2002). Udeleženci starejši od 60 let predstavljajo v našem vzorcu zgolj 3 odstotke, medtem ko njihov delež v populaciji znaša 25 odstotkov. Tako je glede na povprečno starost prebivalstva Slovenije (43 let) v našem vzorcu ta 30 let. Kar se tiče izobrazbe, vzorec zajema 2,7 odstotka ljudi z osnovno, 7,1 odstotka s poklicno, 58,7 odstotka s srednjo, 6,1 odstotka z višjo in 25,3 odstotka ljudi z visoko izobrazbo. V našem vzorcu je manj ljudi samo z osnovnošolsko izobrazbo, sicer pa je sestava skladna z izobrazbeno strukturo v Sloveniji (po podatkih Statističnega urada RS). Nadalje v vzorcu prevladujejo udeleženci dveh regij, Gorenjske in Osrednjeslovenske, za ostale regije nimamo podatkov. Upoštevajoč te podatke, je naš vzorec najbolj reprezentativen za mlajše, bolj izobražene ljudi.

Primerjava starosti med skupinama zdravih moških in žensk pokaže, da ni pomembnih razlik ($t = 1.83, p > .05$; Cohenov $d = .05$). Nekaj razlik je bilo ugotovljenih glede izobrazbe ($t = 4.48, p < .01$; Cohenov $d = .26$), vendar glede na splošno nizko povezanost lestvic osebnostnih motenj z izobrazbo (tabela 4), te razlike ne vplivajo pomembno na rezultate VMO2.

Tabela 4. Povezanost lestvic VMO2 z izobrazbo in starostjo (vzorec zdravih oseb, N=477)

Lestvica VMO2	Izobrazba (Pearsonov r)	p vrednost	Starost (Pearsonov r)	p vrednost
Lestvica iskrenosti	-.18	.01	-.23	.01
Histrionična MO	.01	.81	-.28	.01
Obsesivno-kompulzivna MO	-.18	.01	.07	.10
Izogibajoča MO	-.08	.07	.08	.08
Odvisna MO	-.08	.07	.03	.50
Depresivna MO	-.07	.10	.09	.07
Narcisistična MO	-.03	.47	-.13	.01
Mejna MO	.02	.62	-.15	.01
Antisocialna MO	-.04	.39	-.16	.01
Paranoidna MO	-.23	.01	-.02	.62
Shizoidna MO	.05	.31	.09	.04
Shizotipska MO	.01	.67	-.02	.66

Primerjava rezultatov VMO2, ki jih dosegajo moški in ženske, kaže nekatere pomembne razlike (t-test, tabela 5). Izvedli smo tudi Cohenov d test velikosti učinka (1988) s prilagoditvijo za neenake velikosti vzorcev. Rezultati kažejo majhne do srednje velikosti učinka za lestvice VMO2. Razlike med spoloma se kažejo predvsem v izraženosti antisocialnih potez; moški jih izkazujejo več kot ženske. Blažje razlike pa je opaziti tudi na lestvicah narcisistične in shizoidne motnje osebnosti, kjer prav tako moški dosegajo višje rezultate. Ti rezultati so lahko odraz osebnostnih razlik med spoloma in ne nujno razlik zaradi patologije. Na te razlike opozarjajo tudi nekatere raziskave osebnosti pacientov. Tako so npr. moški na osebnostnih vprašalnikih ali intervjujih pogosteje ocenjeni z narcisistično, antisocialno in obsesivno-kompulzivno motnjo osebnosti kot ženske (Corbitt in Widiger, 1995; Golom, Fava idr., 1995). Nekatere postavke v osebnostnih vprašalnikih so lahko pristranske glede na spol (Widiger, 1998). Zato smo prikazali ločene normirane rezultate glede na spol.

Tabela 5: Primerjava moških in žensk (vzorec zdravih oseb, $N= 477$)

Lestvica VMO ₂	M ž	M m	t-test (SS = 475)	p vrednost	Cohenov d
Obsesivno-kompulzivna MO	47.32	47.53	-0.24	.81	-0.02
Izogibajoča MO	39.12	39.69	-0.69	.49	-0.07
Odvisna MO	34.98	33.23	2.19	.03	.22
Depresivna MO	55.50	53.83	1.58	.11	.16
Histrionična MO	44.41	43.85	.63	.53	.07
Narcisistična MO	31.11	33.35	-3.14	<.01	-0.30
Mejna MO	48.04	47.55	.43	.67	.03
Antisocialna MO	29.48	34.14	-5.84	<.01	-0.59
Paranoidna MO	45.75	47.52	-1.78	.08	-0.18
Shizoidna MO	41.94	44.92	-2.92	<.01	-0.29
Shizotipska MO	28.18	27.05	1.45	.15	.14
Lestvica iskrenosti	34.57	34.70	-0.18	.15	-0.02

Opombe: M ž = srednja vrednost ženske; M m = srednja vrednost moški.

Vzorec odraslih psihiatričnih pacientov. Med 642 osebami s psihiatrično diagnozo je bilo 54,2 odstotka moških in 45,8 odstotka žensk, v starostnem razponu od 18 do 75 let in s povprečno starostjo 35,9 let ($SD = 11,70$). Povprečen čas šolanja je bil 12,2 let ($SD = 1,10$; $Mo = 12$), kar ustreza srednješolski izobrazbi. Skupino oseb s psihiatrično diagnozo so predstavljali hospitalizirani in ambulantni pacienti nekaterih slovenskih psihiatričnih bolnišnic in uporabniki metadonskega programa za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. To skupino sestavljajo pacienti: s shizofrenijo ($N = 64$), trajnimi blodnjavimi motnjami ($N = 58$), akutnimi in prehodnimi psihotičnimi motnjami ($N = 61$), motnjami razpoloženja s simptomi psihoze ($N = 47$), depresivnimi motnjami brez simptomov psihoze ($N = 71$), anksioznimi motnjami ($N = 103$), odvisnimi od alkohola ($N = 81$, odvisnimi od opiatov ($N = 96$) in z osebnostnimi motnjami (večinoma z mejno motnjo osebnosti) brez pridružene druge motnje ($N = 61$). Vsi vključeni pacienti so imeli vsaj povprečne mentalne sposobnosti (opravljen psihološki pregled), diagnoza je bila 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 prejeli 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 paciente v akutnem psihotičnem stanju ali v fazi intenzivnih emocionalnih nihanj, ki so preprečevali sodelovanje v raziskavi.

Opisne statistike vzorcev

Aritimetične sredine in standardni odkloni surovih vrednosti, asimetričnost ter sploščenost lestvic VMO₂ iz standardizacijskega vzorca so, ločeni po spolu, predstavljeni v tabelah 6 in 7. Nekatere porazdelitve so rahlo pozitivno asimetrične (lestvica Shizotipska motnja pri moških in Antisocialna motnja pri ženskah), kar je glede na patološko vsebino pri zdravi populaciji tudi pričakovati. Omenili pa smo že specifičnost standardizacijskega vzorca, da prevladujejo predvsem mlajše odrasle osebe. Vzorec psihiatričnih pacientk in pacientov zagotavlja boljši približek normalni porazdelitvi, kar je tudi pričakovano, saj gre za vprašalnik patoloških osebnostnih potez (tabeli 8 in 9).

Tabela 6: Opisna statistika: Vzorec zdravih moških ($N = 156$)

Spremenljivka	Min	Maks	M	SD	Asimetričnost	Sploščenost
Starost	18,00	72,00	29,96	10,50	1,75	3,35
Izobrazba	1,00	5,00	3,40	1,10	,23	-,68
Lestvica iskrenosti	16,00	51,00	33,48	6,75	-,05	-,50
Histrionična MO	23,00	76,00	43,91	8,89	,36	,14
Obsesivno-kompulzivna MO	23,00	69,00	46,66	9,06	-,10	-,29
Izogibajoča MO	21,00	74,00	39,78	8,32	,38	,60
Odvisna MO	17,00	51,00	32,66	7,69	,13	-,60
Depresivna MO	32,00	102,00	53,95	10,96	,61	1,13
Narcisistična MO	17,00	59,00	33,21	7,81	,31	-,26
Mejna MO	24,00	91,00	48,26	11,77	,40	,55
Antisocialna MO	19,00	62,00	34,21	8,90	,58	-,36
Paranoidna MO	24,00	75,00	47,12	9,77	-,03	-,32
Shizoidna MO	24,00	77,00	45,23	11,09	,43	-,392
Shizotipska MO	15,00	61,00	27,91	8,57	1,26	1,98

Legenda: M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Tabela 7: Opisna statistika: Vzorec zdravih žensk ($N = 321$)

Spremenljivka	Min	Maks	M	SD	Nagnjenost	Sploščenost
Starost	18,00	77,00	29,39	10,74	1,61	2,83
Izobrazba	1,00	5,00	3,46	1,00	,33	-,40
Lestvica iskrenosti	13,00	49,00	33,71	7,21	-,31	-,39
Histrionična MO	18,00	78,00	44,35	9,17	,40	,52
Obsesivno-kompulzivna MO	23,00	78,00	46,90	8,90	,32	,56
Izogibajoča MO	20,00	70,00	39,31	8,99	,53	,06
Odvisna MO	14,00	63,00	34,90	8,43	,19	-,21
Depresivna MO	32,00	101,00	55,83	11,35	,62	,38
Narcisistična MO	16,00	52,00	31,11	6,90	,42	,03

Mejna MO	23,00	90,00	48,35	12,52	,66	,52
Antisocialna MO	19,00	59,00	29,33	6,74	1,03	1,64
Paranoidna MO	25,00	81,00	45,55	10,18	,55	,39
Shizoidna MO	24,00	73,00	41,77	10,43	,76	,28
Shizotipska MO	15,00	56,00	28,13	8,26	,87	,49

Legenda: M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Tabela 8: Opisna statistika: Vzorec psihiatričnih pacientov ($N = 348$)

Spremenljivka	Min	Maks	M	SD	Nagnjenost	Sploščenost
Starost	18,00	65,00	34,49	11,31	,54	-,52
Izobrazba	1,00	5,00	2,47	1,07	,65	,20
Lestvica iskrenosti	12,00	50,00	31,79	7,19	-,19	-,21
Histrionična MO	18,00	77,00	43,63	10,51	,23	,02
Obsesivno-kompulzivna MO	28,00	81,00	55,38	9,72	,20	-,26
Izogibajoča MO	23,00	84,00	49,51	12,06	,39	-,43
Odvisna MO	16,00	68,00	41,85	9,17	,01	-,05
Depresivna MO	35,00	109,00	70,68	15,05	,14	-,51
Depresivna MO	16,00	65,00	35,87	9,04	,32	,01
Mejna MO	24,00	118,00	61,00	15,39	,26	,12
Antisocialna MO	19,00	75,00	36,93	9,60	,50	,23
Paranoidna MO	26,00	87,00	56,91	11,38	-,049	-,271
Shizoidna MO	25,00	97,00	57,00	15,91	,295	-,524
Shizotipska MO	15,00	73,00	32,94	10,35	,563	,113

Legenda: M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

Tabela 9: Opisna statistika: Vzorec psihiatričnih pacientk (N = 294)

Spremenljivka	Min	Maks	M	SD	Nagnjenost	Sploščenost
Starost	17,00	75,00	36,83	11,32	,33	-,58
Izobrazba	1,00	5,00	2,77	1,16	,22	-,47
Lestvica iskrenosti	15,00	52,00	33,93	6,94	-,12	-,20
Histrionična MO	22,00	74,00	40,33	10,77	,73	,25
Obsesivno-kompulzivna MO	32,00	87,00	56,92	9,97	,10	-,01
Izogibajoča MO	21,00	96,00	52,45	12,88	,40	-,07
Odvisna MO	22,00	67,00	45,11	9,48	,02	-,51
Depresivna MO	44,00	121,00	77,84	16,93	,21	-,55
Narcisistična MO	16,00	65,00	33,69	9,21	,58	,2
Mejna MO	25,00	103,00	62,30	16,08	,12	-,46
Antisocialna MO	19,00	61,00	32,24	8,90	,88	,40
Paranoidna MO	27,00	90,00	56,47	11,75	,28	-,24
Shizoidna MO	23,00	101,00	59,39	15,79	,34	-,34
Shizotipska MO	16,00	75,00	34,63	10,74	,64	,23

Legenda: M – aritmetična sredina, SD – standardni odklon.

RAZVOJ VMO – KONSTRUKCIJA VPRAŠALNIKA

Izbor postavk

Pri razvoju VMO smo uporabljali racionalne in kvantitativne metode razvoja lestvic. Pri izboru posameznih motenj in postavk za specifično motnjo smo tako upoštevali konceptualno naravo ocenjevanih pojavov (relevantne teorije in klasifikacije motenj osebnosti, ki izhajajo iz kliničnih izkušenj) in empirično ustreznost merskega instrumenta (preverjanje statističnih kriterijev, kot so notranja konsistentnost, veljavnost in medsebojno skladnost ocenjevalcev).

Sam vprašalnik VMO2 vsebuje zadostno število postavk za zanesljivo oceno kompleksnih spremenljivk, kot so lestvice motenj osebnosti. Večji obseg lestvic, in s tem nekoliko boljšo zanesljivost, smo dosegli tudi z nekaterimi prekrivajočimi postavkami (točkovanje postavk pri več kot eni lestvici), čeprav smo s tem tvegali določeno popačenost diskriminantne veljavnosti, saj prekrivanje vsiljuje umetno povezanost domnevno ločenih konstruktov. Upoštevajoč to dejstvo, je v našem primeru število prekrivajočih postavk minimalno. Da bi se udeleženci samoocenjevanja lahko čim bolje opisali, smo izbrali petstopenjsko lestvico Likertovega tipa, ki ne omogoča samo dihonomnih ocen, ampak tudi odgovore "delno oz. v glavnem drži/ne drži".

Izbor posameznih lestvic za motnje osebnosti VMO temelji na uveljavljenih psihiatričnih klasifikacijah motenj osebnosti (DSM-IV-TR; APA, 2000 in MKB-10; WHO, 1992), z dodatkom lestvice za depresivno motnjo osebnosti, ki je v standardnih psihiatričnih klasifikacijah (pa tudi v klinični praksi) pogosto spregledana, je pa klinično utemeljena in empirično potrjena (Westen in Shelder, 1999). Izbor postavk za posamezne osebnostne lestvice je sestavljen na podlagi naslednjih teoretičnih izhodišč:

- kognitivni teoriji o temeljnih prepričanjih (Beck in Freeman, 1990; Young, 1999), ki naj bi bile značilne za specifične motnje osebnosti po psihiatrični klasifikaciji DSM-IV-TR (APA, 2000);
- psihoanalitičnem konceptu o javnem selfu (Josephs, 1995). Izbrane so tiste postavke, ki se nanašajo na javni self (tj. doživljanja sebe in

drugih ljudi, ki jih posameznik prepoznava, sprejema in jih je pripravljen deliti z drugimi) in deloma zasebni self (tj. doživljanja sebe, ki jih posameznik ohranja le zase) in ki naj bi bila značilna za ljudi z različnimi motnjami. Predpostavljamo, da je te mogoče identificirati s pomočjo samoocenjevalnega vprašalnika, kot je VMO2;

- postavke vprašalnika so selekcionirane tudi glede na Kernbergovo teorijo osebnostnih organizacij (Kernberg, 1996). Ta za vsako osebnostno strukturo predvideva specifično doživljanje sebe in drugih ter značilne obrambne mehanizme, ki so povezani s tem, kar naj bi se odražalo v odgovorih vprašalnika;
- izhodiščne lestvice vprašalnika VMO so izbrane glede na psihiatrično klasifikacijo motenj osebnosti DSM-IV (oz. DSM-5), ki opisuje deset motenj (histrionično, obsesivno-kompulzivno, izogibajočo, odvisno, narcisistično, mejno, antisocialno, paranoidno, shizoidno in shizotipsko), temu sta dodani še depresivna in pasivno-agresivna motnja (slednja je bila v verziji VMO2 zaradi šibke veljavnosti opuščena oz. združena s sorodnimi lestvicami, predvsem z lestvico obsesivno-kompulzivna motnja osebnosti), ki sta uveljavljeni pri kliničnem ocenjevanju osebnosti. Kljub kritiki simptomatskih oz. vedenjskih kriterijev za posamezne motnje osebnosti smo ohranili poimenovanje lestvic, saj so ta večinoma sprejeta in uporabljena v kliničnopsihološki stroki in v različnih ocenjevalnih paradigmah.

Izbor postavk vprašalnika je tako osredotočen na relativno trajno doživljanje sebe in drugih ljudi posameznika s specifičnimi osebnostnimi značilnostmi oz. motnjami. Za vsebinska izhodišča posameznih lestvic VMO so služili naslednji viri: *Personality disorders: DSM-IV and beyond* (Millon in Davis, 1996), *Character and self-experience* (Josephs, 1995), *Cognitive therapy of personality disorders* (Beck in Freeman, 1990), *Severe personality disorders* (Kernberg, 1996) in *Cognitive therapy for personality disorders* (Young, 1999). Ustreznost izbranih postavk za posamezno lestvico motenj osebnosti so preverjali trije strokovnjaki.

Na podlagi vsebinske analize postavk ob upoštevanju statističnih kriterijev – skladnosti ocen treh neodvisnih strokovnjakov (kliničnih psihologov) in

analize notranje konsistentnosti – je bilo v končni verziji izbrano 182 postavk za posamezne motnje osebnosti. Posamezna postavka je bila uvrščena v določeno lestvico VMO le v primeru, če je bila povezanost s to lestvico večja kot s katerooli drugo. Postavke z nizko povezanostjo s predvideno lestvico so bile izločene. Dodana je še lestvica iskrenosti, ki jo sestavlja osem nekoliko neugodnih trditev, s katerimi se večina ljudi, ki so pripravljeni iskreno odgovarjati, strinja in jih potrdi (podobno kot pri drugih osebnostnih vprašalnikih), dva para postavk za preverjanje konsistentnosti odgovorov in dve postavki, ki se nanašata na veljavnost ocenjevanja.

Notranja zanesljivost

Tabela 10. Notranja konsistentnost lestvic VMO2 (mešani vzorec, zdrave osebe, psihiatrični pacienti)

Lestvica VMO2	Število postavk	Alfa (skupni vzorec, $N = 1096$)	Alfa (zdravi udeleženci $N = 432$)	Alfa (psihiatrični pacienti, $N = 664$)
Lestvica iskrenosti	11	.73	.73	.72
Histrionična MO	17	.84	.84	.82
Obsesivno-kompulzivna MO	18	.81	.80	.81
Izogibajoča MO	20	.87	.87	.87
Odvisna MO	14	.84	.84	.80
Depresivna MO	25	.91	.85	.89
Narcisistična MO	16	.81	.80	.81
Mejna MO	23	.89	.87	.87
Antisocialna MO	19	.82	.83	.81
Paranoidna MO	20	.86	.85	.83
Shizoidna MO	23	.91	.88	.90
Shizotipska MO	15	.84	.82	.84
Skupni rezultat	193	.96	.95	.96

V tabeli 10 so prikazani rezultati notranje konsistentnosti posamezne lestvice VMO2. Analizo smo izvedli na skupnem vzorcu zdravih odraslih in psihiatričnih bolnikov, ki smo jo že predstavili. Rezultati kažejo na dobro notranjo konsistentnost vseh lestvic VMO2, nekoliko odstopa le lestvica iskrenosti. Razlog za slabšo zanesljivost te lestvice je lahko tudi v manjšem številu postavk (11).

Veljavnost

Povezanost lestvic VMO2

Tabela 11 prikazuje povezanost med posameznimi lestvicami VMO2 in skupnim rezultatom. Lestvica Iskrenost se negativno povezuje z vsemi ostalimi osebnostnimi podlestvicami, kakor tudi s skupnim rezultatom osebnostnih lestvic. Med osebnostnimi lestvicami so razvidne nekatere močne medsebojne povezanosti. Lestvica Histrionična motnja osebnosti se po pričakovanjih najbolj povezuje z lestvicama Narcisistična in Antisocialna motnja osebnosti, najmanj pa z rezultati lestvic Shizoidna in Depresivna motnja osebnosti. Lestvica Obsesivna motnja osebnosti se povezuje z večino ostalih osebnostnih lestvic, najmanj z lestvicama Histrionična in Antisocialna motnja osebnosti. Lestvica Izogibajoča motnja osebnosti je po pričakovanjih najbolj povezana z lestvicama Shizoidna in Depresivna motnja, lestvica Odvisna motnja osebnosti pa z Depresivno motnjo osebnosti. Lestvica Mejna motnja osebnosti se po pričakovanjih pozitivno povezuje z večino ostalih, Shizotipska pa s Paranoidno in Shizoidno.

Tabela 11: Povezanost posameznih lestvic vprašalnika VMO2 (mešani vzorec, N = 1145)

VMO2	Isk	His	Obs	Izo	Odv	Dep	Nar	Mej	Anti	Par	Shz	Sht	Sku
Isk	-												
His	-,24**	-											
Obs	-,11**	,14**	-										
Izo	-,29**	,01	,61**	-									
Odv	-,31**	,19**	,66**	,70**	-								
Dep	-,35**	,03	,68**	,81**	,78**	-							
Nar	-,20**	,55**	,46**	,31**	,34**	,28**	-						
Mej	-,61**	,30**	,50**	,67**	,67**	,76**	,44**	-					
Anti	-,50**	,47**	,24**	,29**	,31**	,29**	,61**	,57**	-				
Par	-,28**	,17**	,68**	,60**	,60**	,64**	,60**	,62**	,52**	-			
Shz	-,36**	-,04	,54**	,81**	,56**	,74**	,43**	,70**	,39**	,62**	-		
Sht	-,21**	,27**	,52**	,47**	,47**	,53**	,56**	,56**	,42**	,59**	,58**	-	
Sku	-,44**	,32**	,75**	,81**	,79**	,85**	,64**	,87**	,60**	,82**	,82**	,73**	-

Legenda: * pomembnost korelacije na ravni 5-% tveganja; ** pomembnost korelacije na nivoju 1-% tveganja; **krepko** –

povezanost istoimenskih lestvic; Par – paranoidna motnja; His – histrionična motnja; Anti – antisocialna motnja; Obs – obsesivna motnja; Shz – shizoidna motnja; Nar – narcisistična motnja; Izo – izogibajoča motnja; Dep – depresivna motnja; Sht – shizotipska motnja; Mej – mejna motnja; Odv – odvisnostna motnja; Sku – skupni rezultat; Isk – iskrenost.

Kot merilo veljavnosti smo uporabili tudi primerjavo zdravih odraslih posameznikov in psihiatričnih pacientov, pri čemer pri slednjih predvidevamo poudarjeno osebnostno patologijo. Tabeli 12 in 13 predstavljata te razlike pri ženskah in moških. Rezultati kažejo, da večina lestvic VMO2 pomembno razlikuje zdrave posameznike od psihiatričnih pacientov, ki dosegajo pomembno višje rezultate. Psihiatrični pacienti imajo torej po pričakovanih izrazitejšje motnje na področju osebnosti kot zdravi posamezniki. To velja za vse lestvice razen za lestvico Histrionična in deloma Narcisistična motnja osebnosti, pri katerih ne ugotavljamo pomembnih razlik.

Tabela 12: Razlike med zdravimi ženskami in psihiatričnimi pacientkami (t-test in mera velikosti učinka)

Lestvica	M (pacientke)	M (zdrave)	t-test (df = 639)	p vrednost	Cohenov d
VMO2					
Obsesivno-					
kompulzivna MO	56.70	47.35	12.38	<.01*	.98
Izogibajoča MO	51.76	39.16	14.55	<.01*	1.15
Odvisna MO	44.47	35.03	13.18	<.01*	1.05
Depresivna MO	76.65	55.57	18.57	<.01*	1.46
Histrionična MO	40.34	44.47	-5.25	<.01*	-0.42
Narcisistična MO	33.51	31.16	3.68	<.01*	.30
Mejna MO	61.22	48.14	11.72	<.01*	.92
Antisocialna MO	32.08	29.53	4.13	<.01*	.33
Paranoidna MO	56.00	45.79	11.78	<.01*	.93
Shizoidna MO	58.03	42.01	15.27	<.01*	1.20
Shizotipska MO	34.05	28.24	7.71	<.01*	.61
Iskrenost	34.21	34.52	-0.56	.58	-0.04
Skupni rezultat	544.82	446.40	15.18	<.01*	1.20

Opombe. Prilagojena p vrednost je .0038 (Bonferroni). Cohenov d (1988) je izračunan s pomočjo skupne variance in prilagojen za neenako velikost vzorcev. Pacientke (N = 294); Zdrave udeleženske (N = 319), * – pomembna povezanost

Pri proučevanju zunanjih korelatov lestvic VMO2 smo uporabili več sorodnih samoocenjevalnih vprašalnikov motenj osebnosti, kot so Diagnostični osebnostni vprašalnik PDQ-4 (Hyler idr., 1988; prevod v slovenščino Žvelc in Žvelc, 2001), Vprašalnik za oceno osebnosti PAI (Morey, 1991; slovenska priredba D. Boben in D. Gosar, 2009), Osebnostni vprašalnik za DSM-5 (PID-5; Krueger idr., 2012; interna priredba v slovenščino) in Vprašalnik za oceno organizacije osebnosti (IPO; Lenzenweger idr., 2001; interna priredba v slovenščino). Žal v Sloveniji še nimamo uveljavljenega vprašalnika za motnje osebnosti, ki bi lahko služil za ustrezno validacijo VMO2, zato smo se morali zateči k tem delnim rešitvam (vprašalnika PDQ-4 in PID-5 še nimata ustrezne priredbe v Sloveniji, PAI pa le deloma pokriva področje osebnostnih motenj).

Tabela 13: Razlike med zdravimi moškimi in psihiatričnimi pacienti (t-test in mera velikosti učinka)

Lestvica VMO2	M (pacienti)	M (zdravi)	t-test (df = 639)	p vrednost	Cohenov d
Obsesivno- kompulzivna MO	55.43	47.53	8.62	<.01*	.84
Izogibajoča MO	49.53	39.69	10.90	<.01*	.96
Odvisna MO	41.85	33.23	10.20	<.01*	1.02
Depresivna MO	70.66	53.83	14.99	<.01*	1.33
Histrionična MO	43.60	43.85	-.25	.80	-.02
Narcisistična MO	35.90	33.35	3.07	<.01*	.30
Mejna MO	61.03	47.55	11.32	<.01*	1.01
Antisocialna MO	36.93	34.13	3.11	<.01*	.30
Paranoidna MO	56.95	47.52	8.08	<.01*	.87
Shizoidna MO	57.07	44.92	10.16	<.01*	.91
Shizotipska MO	32.95	27.05	7.37	<.01*	.65
Iskrenost	31.83	34.70	-4.26	<.01*	-.42
Skupni rezultat	541.92	452.67	11.46	<.01*	1.04

Opombe. Prilagojena p vrednost je .0038 (Bonferroni). Cohenov d (1988) je izračunan s pomočjo skupne variance in prilagojen za neenako velikost vzorcev. Pacienti ($N = 348$); Zdravi udeleženci ($N = 158$), * – pomembna povezanost

Primerjava lestvic VMO2 z vprašalnikom osebnostnih motenj PDQ-4 je predstavljena v tabeli 14. Izračun veljavnosti je bil narejen na mešanem vzorcu zdravih odraslih oseb in psihiatričnih bolnikov obeh spolov ($N = 51$). V poudarjenih poljih so navedeni korelacijski koeficienti komplementarnih lestvic. Vidimo, da so vse komplementarne lestvice med seboj pomembno povezane. Povezanost celotnih rezultatov vprašalnikov VMO in PDQ-IV je $r = 0,75$. Korelacije drugih lestvic so prav tako pomembne, kar kaže na prekrivanje in medsebojno povezanost različnih motenj.

Tabela 14: Povezanost lestvic vprašalnika VMO2 z lestvicami vprašalnika PDQ-4 ($N = 51$)

VMO2/PDQ-4	PDQ-4 PAR	PDQ-4 HIS	PDQ-4 ANTI	PDQ-4 OBS	PDQ-4 NEG	PDQ-4 SHI	PDQ-4 NAR
VMO2 ISKR	-0,16	-0,08	-0,26	-0,26	-0,29*	-0,20	-0,06
VMO2 HIS	0,36**	0,37**	0,43**	0,16	0,27	-0,02	0,48**
VMO2 OBS	0,45**	0,40**	0,39**	0,40**	0,30*	0,27	0,40**
VMO2 IZO	0,54**	0,51**	0,26	0,31*	0,49**	0,26	0,13
VMO2 ODV	0,44**	0,30*	0,19	0,21	0,24	0,24	0,20
VMO2 DEP	0,42**	0,38**	0,29*	0,21	0,34*	0,43**	0,18
VMO2 NAR	0,42**	0,45**	0,44**	0,34*	0,52**	0,26	0,56**
VMO2 MEJ	0,60**	0,55**	0,64**	0,35*	0,56**	0,32*	0,37**
VMO2 ANT	0,53**	0,40**	0,62**	0,28*	0,51**	0,36*	0,39**
VMO2 PAR	0,59**	0,25	0,19	0,09	0,33*	0,38**	0,25
VMO2 SHI	0,35**	0,36**	0,34*	0,31*	0,42**	0,54**	0,15
VMO2 SHT	0,31*	0,27	0,42**	0,04	0,35*	0,30*	0,40**
VMO2 SKU	0,65**	0,55**	0,55**	0,35*	0,65**	0,43**	0,45**

Tabela 14: Povezanost lestvic vprašalnika VMO2 z lestvicami vprašalnika PDQ-4 (nadaljevanje)

VMO2/PDQ-4	PDQ-4 IZO	PDQ-4 DEP	PDQ-4 SHT	PDQ-4 MEJ	PDQ-4 ODV	PDQ-4 SKU	PDQ-4 ISK
VMO2 ISKR	-0,12	-0,13	0,06	-0,26	-0,10	-0,21	0,35**
VMO2 HIS	0,02	-0,03	0,33*	0,29*	0,39***	0,34*	-0,10
VMO2 OBS	0,25	0,49**	0,43**	0,51**	0,40**	0,55**	-0,34*
VMO2 IZO	0,72**	0,71**	0,40**	0,52**	0,57**	0,64**	-0,48**
VMO2 ODV	0,32*	0,54**	0,32*	0,43**	0,40**	0,45**	-0,44**
VMO2 DEP	0,41**	0,72**	0,34*	0,58**	0,46**	0,56**	-0,37*
VMO2 NAR	0,15	0,18	0,45**	0,46**	0,52**	0,54**	-0,12
VMO2 MEJ	0,46**	0,43**	0,39**	0,66**	0,68**	0,69**	-0,38**
VMO2 ANT	0,25	0,32*	0,33*	0,61**	0,54**	0,58**	-0,33*
VMO2 PAR	0,32*	0,44**	0,31*	0,51**	0,33*	0,47**	-0,39*
VMO2 SHI	0,46**	0,58**	0,41**	0,56**	0,46**	0,57**	-0,30
VMO2 SHT	0,06	0,16	0,63**	0,44**	0,37**	0,42**	0,25
VMO2 SKU	0,45**	0,59**	0,56**	0,73**	0,67**	0,75**	-0,42**

Legenda: PAR – paranoidna motnja; HIS – histrionična motnja; ANTI – antisocialna motnja; OBS – obsesivna motnja; NEG – negativistična (pasivno agresivna motnja); SHI – shizoidna motnja; NAR – narcisistična motnja; IZO – izogibajoča motnja; DEP – depresivna motnja; SHT – shizotipska motnja; MEJ – mejna motnja; ODV – odvisnostna motnja; SKU – skupni rezultat; ISK – lestvica iskrenosti; **krepko** – komplementarne lestvice: * p< .05; **p< .01

Primerjava lestvic VMO2 z izbranimi, osebnostnimi lestvicami Vprašalnika za oceno osebnosti PAI (Morey, 1991; slovenska priredba: Gosar in Boben, 2009) je bila narejena na vzorcu 129 odraslih ambulantnih psihiatričnih pacientov obeh spolov, 72 žensk (56 odstotkov) in 57 moških. Povezave so prikazane v tabeli 15. Po pričakovanjih so najvišje povezanosti ugotovljene pri istoimenskih lestvicah za mejno in antisocialno motnjo osebnosti.

Tabela 15: Povezanost lestvic vprašalnika VMO2 z osebnostnimi lestvicami vprašalnika PAI (N = 129)

Lestvica VMO2/PAI	PAI POZ	PAI BOR	PAI ANT	PAI DOM	PAI TOP
VMO2 ISKR	.52**	-.40**	-.42**	-.01	.15
VMO2 HIS	-.36**	.29**	.50**	.26**	.24**
VMO2 OBS	-.34**	.59**	.30**	-.10	-.30**
VMO2 IZO	-.48**	.56**	.19*	-.51**	-.55**
VMO2 ODV	-.49**	.63**	.24**	-.30**	-.17
VMO2 DEP	-.57**	.77**	.27**	-.38**	-.40**
VMO2 NAR	-.26**	.51**	.57**	.25**	-.08
VMO2 MEJ	-.65**	.83**	.60**	-.12	-.34**
VMO2 ANT	-.31**	.49**	.76**	.29**	-.14
VMO2 PAR	-.27**	.67**	.45**	.07	-.33**
VMO2 SHI	-.57**	.69**	.41**	-.31**	-.68**
VMO2 SHT	-.34**	.53**	.58**	.02	-.18*

Legenda: PAR – paranoidna motnja; HIS – histrionična motnja; ANTI – antisocialna motnja; OBS – obsesivna motnja; SHI – shizoidna motnja; NAR – narcisistična motnja; IZO – izogibajoča motnja; DEP – depresivna motnja; SHT – shizotipska motnja; MEJ – mejna motnja; ODV – odvisnostna motnja; ISK – lestvica iskrenosti; BOR – mejna motnja; DOM – dominantnost; TOP – Toplina; POZ – Pozitivni vtis; **krepko** – komplementarne lestvice: * p< .05; **p< .01

Primerjavo VMO2 z Osebnostnim vprašalnikom za DSM-5 (PID-5; Krueger idr., 2012) smo izvedli na vzorcu 136 študentov različnih smeri. Med študenti so bili 101 (74 odstotkov) ženska in 35 moških. Povprečna starost študentov

je znašala 26 let ($M = 25,89$; $SD = 8,67$), v razponu od 19 do 58 let. V tabeli 16 so prikazane povezave med obema lestvicama. S krepkim tiskom izpostavljamo nekatere najpomembnejše povezave med obema vprašalnikoma: PID-5 dimenzija Negativno čustvovanje se pomembno povezuje z lestvico VMO2 Odvisna motnja osebnosti, PID-5 lestvica Odtujenost z lestvico VMO2 Shizoidna motnja osebnosti, PID-5 Antagonizem z VMO2 Antisocialna motnja osebnosti, PID-5 Dezinhibicija z VMO2 Mejna motnja osebnosti in PID-5 Psihoticizem z VMO2 Shizotipska motnja osebnosti. Vse te povezave so smiselne, v skladu s pričakovanji (Tabela 16).

Tabela 16: Povezanost lestvic vprašalnika VMO2 z lestvicami vprašalnika PID-5 ($N = 136$)

VMO2/PID-5	Negativno čustvovanje	Odtujenost	Antagonizem	Dezinhibicija	Psihoticizem
VMO2 HIS	.526**	.139*	.559**	.538**	.375**
VMO2 OBS	.637**	.330**	.289**	.368**	.381**
VMO2 IZO	.550**	.563**	.192**	.476**	.432**
VMO2 ODV	.722**	.294**	.152*	.524**	.437**
VMO2 DEP	.693**	.471**	.215**	.555**	.567**
VMO2 NAR	.372**	.373**	.662**	.509**	.509**
VMO2 MEJ	.679**	.516**	.463**	.778**	.630**
VMO2 ANT	.432**	.424**	.730**	.627**	.532**
VMO2 PAR	.528**	.407**	.444**	.481**	.401**
VMO2 SHI	.354**	.740**	.374**	.445**	.556**
VMO2 SHT	.420**	.369**	.380**	.519**	.817**
VMO2 SKU	.723**	.576**	.525**	.712**	.688**

Legenda: PAR – paranoidna motnja; HIS – histrionična motnja; ANTI – antisocialna motnja; OBS – obsesivna motnja; SHI – shizoidna motnja; NAR – narcisistična motnja; IZO – izogibajoča motnja; DEP – depresivna motnja; SHT – shizotipska motnja; MEJ – mejna motnja; ODV – odvisnostna motnja; **krepko** – najvišje vrednosti: * $p < .05$; ** $p < .01$

S pomočjo faktorске analize rezultatov VMO2 in PID-5 ugotavljamo skupno faktorško strukturo obeh vprašalnikov. Izvedli smo dve primerjavi:

- samo z glavnimi dimenzijami PID-5 in
- z glavnimi dimenzijami in poddimenzijami PID-5.

Faktorška analiza glavnih dimenzij vprašalnika PID-5 in VMO2 izpostavlja štiri faktorje, katerih lastna vrednost je večja od 1. Ta pojasnjuje 78,98-odstotni delež variance. Pri tem prvi faktor pojasnjuje kar 52,30-odstotni delež celotne variance, drugi faktor 11,11, tretji 9,26 in četrti 6,32 odstotka. Skupna faktorška struktura obeh vprašalnikov je prikazana v tabeli 17. Prvi faktor, ki pojasnjuje največ variance, povezuje PID-5 dimenzijo Negativno čustvovanje in VMO2 lestvice Odvisna, Depresivna, Paranoidna in Obsesivna motnja osebnosti. Skupna značilnosti lestvic VMO2, ki so udeležene v tem faktorju, so opisi za blažjo, nevrotsko oz. bolje organizirano mejno osebnostno patologijo, z izjemo opisa paranoidne motnje osebnosti. Drugi faktor vključuje PID-5 dimenzijo Antagonizem, ki opisuje manipulativne, brezčutne, sovražne, grandiozne in pozornosti želeče osebe. Po pričakovanju se s to dimenzijo najbolj povezujejo VMO2 lestvice Narcisistična, Antisocialna in Histrionična motnja osebnosti. S tem faktorjem je srednje povezana tudi PID-5 lestvica Dezinibicija, ki skupaj z VMO2 lestvicami Mejna in Shizotipska motnja tvori tretji faktor. V ta faktor se umešča tudi PID-5 lestvica Psihoticizem. VMO2 lestvica Mejna motnja je glede na to bližje "psihotičnemu" kot pa "nevrotičnemu" polu, saj ta faktor opisuje bolj psihotične ali vsaj shizotipske osebnostne značilnosti (nenavadna prepričanja in doživetja, čudaštvo, kognitivne in zaznavne distorzije). Zadnji, peti faktor, pa združuje PID-5 lestvico Odtujenost in VMO2 lestvici Shizoidna in Izogibajoča motnja osebnosti. Lahko bi rekli, da je to faktor "introvertiranosti" z osrednjo značilnostjo socialnim umikom oz. socialno inhibiranostjo. Z vsebinskega vidika se lestvice obeh vprašalnikov smiselno povezujejo, kar potrjuje veljavnost VMO2.

Tabela 17: Skupna factorska struktura glavnih dimenzij PID-5 in VMO2 (zdrave osebe, N = 136)

Glavne dimenzije VMO2 in PID-5	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4
VMO2 Odvisna MO	.788		.410	
VMO2 Obsesivno-kom. MO	.768			
PID-5 Negativno čustvovanje	.748		.400	
VMO2 Paranoidna MO	.591	.495		.371
VMO2 Depresivna MO	.583		.563	.395
PID-5 Antagonizem		.842		
VMO2 Narcisistična MO		.772		
VMO2 Antisocialna MO		.761	.362	
VMO2 Histrionična MO	.367	.701	.318	
VMO2 Shizotipska MO			.781	.322
PID-5 Psihoticizem			.769	.323
VMO2 Mejna MO	.440	.448	.596	
PID-5 Dezinhibicija	.399	.403	.581	
PID-5 Odtujenost				.865
VMO2 Shizoidna MO			.317	.858
VMO2 Izogibajoča MO	.582		.374	.608

Opomba: Factorska analiza po metodi glavnih faktorjev in Equamax rotacije s Kaiserjevo normalizacijo. Prikazane so samo factorske obtežitve večje od 0,30.

V tabeli 18 je prikazana skupna factorska struktura poddimenzij PID-5 in lestvic VMO2. Šestfactorska rešitev se je izkazala kot najustreznejša glede na test drobirja (lastne vrednosti si sledijo v padajočem vrstnem redu: 16.95, 3.84, 3.65, 2.57, 1.85, 1.55, .99, .86 itd.) in pojasnjujejo skupno 74,15-odstotni delež variance. Prvi, shizoidno-izogibajoči faktor smiselno vključuje poddimenzije PID-5 (npr. anhedonija, umik, izogibanje intimnosti). Drugi faktor povezuje VMO2 lestvici Odvisna in Obsesivna motnja, kar je ena komponenta robustnega faktorja Nevroticizem (PID-5 Negativno čustvovanje), predvsem njegov "anksiozni del". Tretji faktor psihoticizma vključuje VMO2 lestvico Shizotipska motnja, ki tokrat presenetljivo vključuje tudi lestvico za depresivno motnjo, res da le z zmerno obtežitvijo. Povezanost VMO2 Depresivna motnja je skoraj tako velika tudi z drugim faktorjem "nevroticizma". Četrti, "antago-

nistični” faktor vključuje VMO2 lestvici Antisocialna in Histrionična motnja, močno pa je povezan tudi z lestvico Narcisistična motnja. Zanimiv je peti faktor, kamor se uvršča VMO2 lestvica Mejna motnja osebnosti. Povezana je predvsem s podlestvicami PID-5 Dezinhibicija (impulzivnost, neodgovornost, motnje pozornosti), torej bolj z vedenjskim kot pa s čustvenim vidikom mejne motnje. Zadnji pomembni faktor povezuje VMO2 lestvico Paranoidna motnja s PID-5 podlestvico Sumničavost. Tudi ta analiza večinoma potrjuje konstruktno veljavnost VMO2, saj se poddimenzije PID-5 večinoma po pričakovanjih ujemajo z lestvicami VMO2.

Tabela 18: Skupna factorska struktura glavnih dimenzij PID-5, poddimenzij PID-5 in VMO2 (zdrave osebe, N = 136)

Dimenzije PID-5 in VMO2	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Faktor 6
PID Odtujenost	.888					
PID Umik	.817					
VMO2 Shizoidna MO	.711					.353
PID Anhedonija	.701					
PID Izogibanje intimnosti	.690					
PID Zavrtlo čustvovanje	.661					
PID Depresivnost	.565	.347			.465	
VMO2 Izogibajoča MO	.510	.422			.316	.364
PID Negativno čustvovanje		.794			.326	.314
PID Separacijska negotovost		.735				.307
PID Anksioznost		.640			.370	
PID Čustvena labilnost		.631				
VMO2 Obsesivno-kom. MO		.625				.555
PID Podredljivost	.355	.622				
VMO2 Odvisna MO		.593			.360	.367
PID Perseverativnost	.386	.390	.325		.379	
PID Psihoticizem			.865			
PID Nenavadna prepričanja			.846			
VMO2 Shizotipska MO			.833			
PID Kognitivne in zaznavne motnje		.318	.771			
PID Čudaštvo			.730			

nadaljevanje tabele

VMO2 Depresivna MO		.432	.436		.390	.377
PID Tveganje			.387			
PID Antagonizem			.387	.874		
PID Manipulativnost				.830		
PID Grandioznost				.713		
PID Iskanje pozornosti		.408		.694		
PID Prevare	.384			.627	.345	.308
VMO2 Histrionična MO		.436		.578	.310	
PID Brežutnost	.305			.552	.300	.379
VMO2 antisocialna MO				.543	.425	.457
PID Sovražnost		.404		.418	.322	.390
PID Dezinhibicija		.317			.751	
PID Neodgovornost				.324	.692	
PID Motnje pozornosti		.375			.664	
PID Impulzivnost		.313			.622	.333
VMO2 Mejna MO		.348	.371		.595	.336
PID Rigidni perfekcionizem		.493			-.516	
VMO2 Paranoidna MO						.854
PID Sumničavost						.808
VMO2 Narcisistična MO			.332	.523		.563

Opomba: Faktorska analiza po metodi glavnih faktorjev in Equamax rotacije s Kaiserjevo normalizacijo. Prikazane so samo faktorske obtežitve večje od 0.30.

V tabeli 19 je predstavljena primerjava rezultatov VMO2 z Vprašalnikom osebnostne organizacije IPO (Inventory of Personality Organization; Lenzenweger idr., 2001), ki sledi Kernbergovim kriterijem osebnostne organizacije (Kernberg, 1986). V primerjavi je sodelovalo 187 študentov, in sicer 140 (75 odstotkov) žensk ter 47 moških. Povprečna starost študentov je bila 26 let ($M = 25,89$; $SD = 8,67$), v razponu od 19 do 58 let. Iz tabele 19 je razvidna povezanost lestvic IPO in VMO2. Povezanost med lestvicami osebnostnih motenj VMO2 in osebnostne organizacije IPO je visoka, kar kaže na to, da ima večina posameznikov z motnjo osebnosti težave z identiteto, nezreli obrambni mehanizmi in šibko realitetno kontrolo. Kljub slabši

preglednosti številnih visokih korelacij je zaslediti nekatere zanimivosti. Med rezultati IPO lestvice Realitetna kontrola izstopa visoka povezanost z VMO2 lestvico Shizotipska motnja osebnosti. Posamezniki z visoko izraženo shizotipijo imajo največ težav z realitetno kontrolo, kar je v skladu s predvidevanji, saj je ta motnja najbolj povezana s psihozo. Druga zanimivost so rezultati posameznikov, ki dosegajo najvišje rezultate na VMO2 lestvici Mejna motnja osebnosti. Ti imajo najbolj poudarjene težave z identiteto in najpogosteje uporabljajo nezrele obrambne mehanizme, kar odražata povišani IPO lestvici Identiteta in Obrambni mehanizmi. Tudi to je v skladu s pričakovanji.

Tabela 19: Povezanost lestvic vprašalnika VMO2 z lestvicami vprašalnika IPO (zdrave osebe; $N = 187$)

VMO2/IPO	Identiteta	Obrambe (manj zrele)	Realitetna kontrola
VMO2 HIS	.530**	.514**	.451**
VMO2 OBS	.522**	.543**	.488**
VMO2 IZO	.615**	.460**	.507**
VMO2 ODV	.623**	.580**	.566**
VMO2 DEP	.674**	.611**	.621**
VMO2 NAR	.485**	.575**	.564**
VMO2 MEJ	.760**	.675**	.665**
VMO2 ANT	.617**	.639**	.545**
VMO2 PAR	.527**	.659**	.483**
VMO2 SHI	.551**	.428**	.497**
VMO2 SHT	.543**	.473**	.783**
VMO2 SKU	.787**	.743**	.746**

Legenda: PAR – paranoidna motnja; HIS – histrionična motnja; ANT – antisocialna motnja; OBS – obsesivna motnja; SHI – shizoidna motnja; NAR – narcisistična motnja; IZO – izogibajoča motnja; DEP – depresivna motnja; SHT – shizotipska motnja; MEJ – mejna motnja; ODV – odvisnostna motnja; SKU – skupni rezultat; **krepko** – najvišje vrednosti: * $p < .05$; ** $p < .01$

Zaključek

Vprašalnik VMO2 in drugi osebnostni vprašalniki odražajo fenomenološki in zavestni vidik osebnosti ter temeljijo na verodostojni samooceni posameznika. Ljudje s psihičnimi motnjami sebe in okolico tako doživljajo pomembno drugače kot zdravi ljudje, njihova samoocena samih sebe pa je nekritična in napačna. Zato so vprašalniki samo ena izmed tehnik za ocenjevanje motenj osebnosti in predstavljajo samo delno oceno oz. enega od vidikov osebnosti in njenih motenj. To oceno je nujno dopolniti še z drugimi ocenjevalnimi tehnikami, kot so intervju, sistematično opazovanje, eksperiment in manj strukturirane storilnostne tehnike, ki so opisane v naslednjem poglavju. Rezultati validacije VMO2 in podobnih vprašalnikov kažejo na povezanost med posameznimi motnjami osebnosti in drugimi psihopatološkimi motnjami, kar vsaj deloma postavlja pod vprašaj veljavne psihiatrične klasifikacije in zahteva spremembo v pojmovanju in klasificiranju motenj osebnosti. Alternativno predstavlja dimenzionalno pojmovanje motenj osebnosti, njihovo povezanost z normalnimi osebnostnimi lastnostmi na eni in psihičnimi motnjami na drugi strani. Vprašalnik VMO2 temelji na hipotezah o kvantitativni in normalni porazdelitvi (patoloških) osebnostnih lastnosti, povezanosti osebnostnih motenj z zdravimi osebnostnimi lastnostmi in tudi s psihičnimi oz. duševnimi motnjami nasploh. Med zdravimi in motenimi osebnostnimi lastnostmi ni jasne ločnice, "patologizacija" osebnosti je rezultat interakcije osebnosti in okolja, ko je neko vedenje ali doživljanje prepoznano kot patološko (s strani okolice ali prizadetega posameznika). Motnje osebnosti razumemo kot intenziviranje neke normalne osebnostne lastnosti, ki na določeni stopnji in v interakciji z drugimi osebnostnimi značilnostmi ter se zunanji okolščini preoblikuje v novo kvaliteto, tj. motnjo osebnosti, ki dobi svoj izraz tudi v specifični psihični motnji. Raziskave z VMO2 to deloma potrjujejo, še posebej pri najbolj "patološki" diagnostični skupini, shizofreniji (Benedik, 2007; Benedik in Čoderl, 2014).

TRETJI DEL: Integrativna raven ocenjevanja motenj osebnosti: interpretacija in integracija rezultatov VMO2 s kvalitativnimi podatki iz polstrukturiranih intervjujev za ocenjevanje osebnostne organizacije in drugimi podatki

OCENJEVANJE RAVNI OSEBNOSTNE ORGANIZACIJE IN IZRAŽENOSTI OSEBNOSTNE PATOLOGIJE

V nadaljevanju je predstavljenih nekaj najbolj uveljavljenih sistemov za vrednotenje narativnih informacij, pridobljenih s pomočjo različnih merskih instrumentov, ki jih običajno uporabljamo pri ocenjevanju osebnostne patologije, ter možnosti integracije teh informacij z rezultati VMO2. Kot glavna osebnostna področja, ki definirajo motnje osebnosti izpostavljam Kernbergove kriterije ocene osebnostne organizacije (identiteta, obrambno-varovalni mehanizmi in realitetna kontrola), štiri področja ocenjevanja izraženosti osebnostnih motenj iz alternativnega modela ocenjevanja motenj osebnosti iz DSM-5 (APA, 2013) in nove klasifikacije motenj osebnosti MKB-11 (WHO, 2019). Ta področja so identiteta, samousmerjanje, empatija in intimnost. Nasploh sta doživljanje sebe in kapacitete za medosebne odnose osrednji temi sodobnih ocenjevalnih sistemov motenj v delovanju osebnosti.

Kakovost identitete (vključno z oceno kapacitet za samousmerjanje, intimnost in empatijo)

Na podlagi spontanega samoopisa, samoocenjevalnih vprašalnikov in usmerjenih intervjujev osebnostnih značilnosti lahko ocenimo raven kakovosti in integracije osebne identitete klienta. Ta predstavlja pomemben kriterij pri

določitvi osebnostne organizacije oz. pri ločevanju med mejno, nevrotično in zdravo strukturo osebnosti oz. globine osebnostne patologije. Pri tem si lahko pomagamo s Strukturiranim intervjujem ocene osebnostne organizacije (STIPO-R; Clarkin idr., 2016). Vprašanja, ki se nanašajo na kapaciteto za investiranje v delo in prostočasne dejavnosti, doživljanje sebe in pomembnih drugih oseb ter kakovostjo medosebnih odnosov, so neposredno povezana z vprašanjem identitete. Zmedena, difuzna identiteta, ki je glavna značilnost mejne osebnostne organizacije oz. težje osebnostne patologije (Kernberg, 1986; Clarkin idr., 2016), se odraža v:

- slabo integriranem, nekoherentnem, nejasnem konceptu selfa in pomembnih drugih oseb. Predstave o sebi in drugih so pri mejno osebnostno organiziranih posameznikih manj pristne, nepovezane in neavtentične. Lahko so prisotna občutja derealizacije in depersonalizacije. Ti posamezniki imajo pomanjkljivo razumevanje sebe in pomembnih drugih ljudi;
- subjektivnem občutju praznine, nekoristnosti, neučinkoviti izrabi časa, odvisnosti od odobravanja in potrditve drugih;
- nasprotujočih si doživljanjih sebe, izrazitem nihanju lastne vrednosti, kar je situacijsko pogojeno, odvisno od aktualnega objektnega odnosa (npr. zaradi sugestibilnosti, kontra-odvisnih teženj ali trenutnega čustvenega stanja. Gre za poudarjen vpliv čustev na presojo, doživljanje sebe). Pogosto so prisotna ekstremna, neintegrirana in neneutralizirana čustvena stanja, ki se hitro spreminjajo in nad katerimi imajo posamezniki pomanjkljiv nadzor;
- nasprotujočem si, nepredvidljivem vedênju, ki ne more biti integrirano na emocionalno smiseln način. Lahko je prisotno izrazitejše avto- ali heteroagresivno vedenje;
- površnih, plitvih, enoličnih, nejasnih, nasprotujočih si in revnih doživljanjih drugih ljudi. Lahko gre za pretirano idealiziranje ali razvrednotenje drugih;
- nesposobnosti kakovostnih interakcij z drugimi. Medosebni odnosi so nestabilni, plitvi, neempatični, nezadovoljujoči, konfliktni, hladni, netaktni, nezreli itd. Intimni odnosi so kratkotrajni, površinski in površni, pogosto temeljijo na materialnih interesih, seksualni privlačnosti, izkoriščanju ali podredljivosti, pri čemer se hitro pojavijo dolgočasje,

neiskrenosti, prevare, nezaupanje, posesivnost, agresivni konflikti itd. Lahko je prisotna nezmožnost strpnega sprejetja začasne odsotnosti pomembne osebe, nezmožnost sprejemanja drugačnosti, avtonomije drugih, izrazita občutja zavisti in ljubosumja ali pa strah pred preveliko bližino. Pogoste so težave s sodelovanjem z drugimi;

- pomanjkljivi integraciji nadjaza. Prisotne so težave pri identifikaciji z etičnimi vrednotami in spoprijemanju z občutki krivde. Neintegrirani predhodniki nadjaza, posebno nezrele sadistične in idealizirane objektne reprezentacije pri psihozah in mejnih primerih ter močna občutja sramu in krivde pri narcisističnih in nevrotičnih posameznikih, govorijo o šibki integraciji identitete. Ta se lahko odraža tudi v nezmožnostih doživljanja krivde in neodgovornem vedenju pri antisocialnih osebnostih;
- separacijskih težavah v smislu pretirane navezanosti na drugo osebo, strahom pred tesnimi odnosi, izogibanju ali celo zavračanju socialnih stikov. Gre za nesamostojne, negotove osebe, ki se izogibajo odgovornosti. Tipičen primer so izogibajoče se in odvisne osebnosti. Nezmožnost ustrezne separacije se lahko odraža tudi skozi kontraodvisno vedenje, opozicionalnost, nenehno kritiziranje in zavračanje drugih (a priori nasprotovanje drugim);
- težavah na delovnem področju in neustrezni izrabi prostega časa. Identitetne težave se lahko odražajo v pomanjkanju življenjskih ciljev, načrtov, interesov in aspiracij. Ti so lahko tudi nerealistični. Prisotna je pasivnost ali pretirana sugestibilnost. Ti posamezniki pogosto spreminjajo svoje interese, so neučinkoviti pri delu, nezmožni uveljavljanja svojih želja, nemotivirani in z dolgočaseni ali pa imajo nerealne načrte in precenjujejo svoje sposobnosti.

Glavne značilnosti doživljanja sebe in odnosov z drugimi lahko ocenjujemo tudi z Lestvico za ocenjevanje osebnostnega delovanja” (Levels of Personality Functioning Scale; LPFS; Bender idr., 2011), ki se lahko aplicira tudi kot samoocenjevalni vprašalnik. Osnovne dimenzije te lestvice so, skladno s kriteriji za ocenjevanje globine osebnostne patologije v MKB-11 (WHO, 2019) in alternativne klasifikacije DSM-5 (APA, 2013), sledeče: identiteta, samousmerjanje, empatija in intimnost. Bender in drugi (2011) definirajo:

- zrelo identiteto kot vzdrževanje ustreznih meja med sabo in drugimi, koherentno doživljanje sebe, ustrezno in stabilno samovrednotenje ter zmožnost za čustveno uravnavanje. Gre za doživljanje sebe kot edinstvenega, s pozitivnim, stabilnim samovrednotenjem, čustveno obvladanega in z jasnim razumevanjem samega sebe;
- samousmerjanje kot sposobnost koherentnega sledenja svojim smiselnim ciljem, zmožnost samorefleksije in prisotnost internalnih prosocialnih standardov vedënja. Takšna oseba ima jasno začrtano življenjsko pot, ima realistične cilje in dovolj dobro pozna sebe in svoje sposobnosti;
- intimnost kot goboko in trajno povezanost z drugimi, željo po tesnih medosebnih odnosih in vzajemnost z drugimi. Gre za sposobnost vzdrževanja globokih in trajnih odnosov z drugimi, brez občutij pretirane ranljivosti, ter zmožnost sodelovanja z drugimi;
- empatijo kot zmožnost razumevanja in spoštovanja izkušenj in želja drugih, sprejemanje različnih vidikov drugih in razumevanje socialne vzročnosti. To je sposobnost vživljanja v druge, razumevanje njihovih stališč in čustev ter vplivov svojega vedënja na druge.

V MKB-11 so ti kriteriji za določanje ravni izraženosti osebnostnih motenj nekoliko razširjeni:

- A. Stopnja in razširjenost motenj na področju doživljanja sebe:
 - Stabilnost in koherentnost identitete;
 - Zmožnost ohranjanja splošno pozitivnega in stabilnega doživljanja lastne vrednosti;
 - Ustreznost samoocene osebnih značilnosti, moči in omejitev;
 - Kapacitete za samousmerjanje (zmožnost načrtovanja, izbiranja, odločanja in uresničitve ustreznih ciljev).
- B. Stopnja in razširjenost motenj v socialnih odnosih (npr. v intimnih odnosih, v šoli/pri delu, v družinskih odnosih, v odnosih s prijatelji):
 - Zanimanje za druge in pripravljenost vključevanja v odnose;
 - Zmožnost razumevanja in spoštovanja vidikov drugih;
 - Zmožnost razvoja in ohranjanja tesnih in vzajemnih, obojestransko zadovoljujočih odnosov;
 - Zmožnost konstruktivnega obvladovanja medosebnih konfliktov.

- C. Razširjenost, resnost in kroničnost čustvenih, kognitivnih in vedenjskih izrazov motenj osebnosti:
- Emocionalni vidik: (obseg in ustreznost čustvenega doživljanja in izraza, prevelika ali premajhna čustvena odzivnost, zmožnost prepoznavanja in sprejemanja nezaželenih, neprijetnih čustev);
 - Kognitivni vidik: ustreznost ocene situacije, medosebnih odnosov, zlasti pod stresom; zmožnost ustreznega odločanja v nejasnih situacijah, stabilnost in prožnost sistema prepričanj;
 - Vedenjski vidik: prožnost pri obvladovanju impulzov in moduliranju vedênja, upoštevajoč situacijo in posledice; ustreznost vedênjskih odzivov ob intenzivnih čustvih in v stresnih okoliščinah (npr. možnost samopoškodovanja ali nasilja).
- D. Obseg, v katerem so disfunkcije na zgornjih področjih povezane s stisko ali okvaro na osebni, družinski, socialni, izobraževalni, poklicni ali drugih pomembnih področjih delovanja.

S pomočjo Lestvice socialne kognicije in objektnih odnosov (Cognition and Object Relations Scale-Global Rating Method; SCORS-G; Stein idr., 2011), ki temelji na obsežnem ocenjevalnem sistemu SCORS-Q Drewa Westna (1995), lahko vrednotimo pridobljene narativne podatke v kontekstu izraženosti motenj doživljanja sebe in medosebnih odnosov in s tem globine osebne patologije. SCORS zajema osem dimenzij: kakovost objektnih odnosov: kompleksnost reprezentacij drugih, afektivna kakovost reprezentacij, čustvena investiranost v odnosih; čustvena investiranost v vrednote in etične standarde, razumevanje socialne kavzalnosti, doživljanje in obvladovanje agresivnih impulzov, samovrednotenje ter identiteta in koherentnost selfa. Te se ocenjujejo na sedemstopenjski skali od nezrelih, patoloških oblik do zrelih:

1. kompleksnost reprezentacij drugih: je v razponu od egocentrizma, nejasnih mej med seboj in drugimi, preko poenostavljenih, stereotipnih, črno-belih opisov drugih, do zmožnosti integracije dobrih in slabih vidikov ter kompleksnih, introspektivnih in diferenciranih reprezentacij;
2. afektivna kakovost reprezentacij se nanaša na to, kaj oseba pričakuje od odnosov in kako doživlja pomembne druge in njihove odnose. Doživljanja in pričakovanja v odnosih so lahko izrazito negativna, zlorabljaljoča, neprijetna, mešana ali v splošnem pozitivna;

3. čustvena investiranost v odnosih: posameznik je lahko v medosebnih odnosih motiviran zgolj za zadovoljevanje svojih potreb, ima lahko malo odnosov, ti so površinski, konvencionalni, na višji stopnji pa so ti povezani, globoki, vzajemni, ljubeči, empatični, soodvisni in spoštujoči;
4. čustvena investiranost v vrednote in etične standarde zajema samovšečno, sebično, brezobzirno in agresivno vedenje, brez obžalovanja ali občutij krivde, na najnižji ravni. Na višji ravni oseba kaže nekaj internaliziranih standardov, izogibanje slabim dejanjem zaradi strahu pred kaznijo oz. rigidno moralno delovanje. Sledečo stopnjo zaznamuje investicija v etične vrednote in trud, da bi živel po teh načelih. Na najvišji stopnji moralnega delovanja združuje abstraktno raven, avtonomno delovanje, pristno sočutje in premišljenost v dejanjih, ne samo intelektualiziranje;
5. razumevanje socialne kavzalnosti: na najnižji stopnji so izkušnje socialnih odnosov zmedene, popačene, ekstremno nenavadne, nekoherentne, težko jim je slediti. Na višji stopnji je reprezentacija ljudi preprosta, poenostavljena, z nekaj vrzeli in neskladnosti. Sledi raven preprostejše pripovedi o medosebnih dogodkih, v katerih so interpretacije dejanj ljudi subjektivne, izhajajo samo z vidika opazujočega. Na najvišji ravni je izkušnja medosebnih odnosov in socialnih dogodkov koherentna, razumevanje ljudi ustrezno, prav tako je prisotno razumevanje vplivov vedénja drug na drugega;
6. doživljanje in obvladovanje agresivnih impulzov: nizko raven zaznamujejo doživljanja nasilja, destrukcije, sadizma in pomanjkljiv nadzor nad agresijo, impulzivnost. Značilnost sledeče ravni je jeza, pasivna agresija, zloraba, nezmožnost samozaščite. Višjo raven zaznamuje obramba, zanikanje, izogibanje agresiji in konfliktom. Na najvišji ravni posameznik zna ustrezno izraziti jezo in agresivnost;
7. samovrednotenje. Doživljanje sebe kot zlobnega, gnusnega, gnilega, v splošnem slabega je na najnižji ravni samovrednotenja. Srednja raven označuje nizko samospoštovanje, neadekvatnost, inferiornost, pretirano samokritičnost ali pa nerealistično grandioznost. Višja raven opisuje razpon od pozitivnih do negativnih občutij o sebi, najvišja raven pa realistično pozitivno vrednotenje sebe;

8. identiteta in koherentno doživljanje sebe: najnižja raven označuje fragmentiranost selfa ali multiplo osebnost. Na srednji ravni se doživljanje sebe močno in nepredvidljivo spreminja, gre za nestabilni občutek selfa. Na višji ravni identiteta ni glavna preokupacija oz. skrb. Na najvišji ravni je identiteta integrirana z dolgoročnimi ambicijami in cilji.

Sedem-stopenjska lestvica SCORS na prvi do tretji ravni opisuje ekstremno patološko, psihotično ali psihopatsko raven osebnostnega delovanja, na tretji do peti ravni zaznamuje mejno raven osebnostnega delovanja, z oceno 5 ali več pa označujemo nevrotično oz. zrelo osebnostno delovanje.

Zrelost predstav o sebi in pomembnih osebah lahko ocenjujemo tudi z Blattovimi kriteriji za vsebinsko analizo self in objektnih reprezentacij (The Assessment of Self Descriptions; Blatt idr., 1993; The Assessment of Qualitative and Structural Dimensions of Object Representations (Blatt idr., 1992), ki temeljijo na teorijah o razvoju kognitivnih funkcij in objektnih odnosov. Opisi sebe in drugih oseb so predstavljeni na naslednjih ravneh:

- A. Senzornomotorična – preoperativna raven. Opis osebe večinoma temelji na odnosu s subjektom, ki je gratifirajoč ali frustrativen. Opis ima osebno, subjektivno noto, ki ne daje vtisa, da gre za ločeno in neodvisno osebnost. Oseba je tako definirana v terminih ugodja ali bolečine, ki se nanašajo na subjekt. Opisi so relacijski (Primer: dober – do subjekta, strog, kaznujoč itd.);
- B. Konkretna – perceptualna raven. Oseba je opisana kot ločen objekt, vendar je opis večinoma konkreten, literaren, pogosto so prisotne fizične, zunanje lastnosti ali formalni osebni podatki (primer: velik, močan, silovit, navedena starost, narodnost idr.). Kategorija zajema tudi opise posameznih dejanj ali stanj, ki ne izražajo navad oz. stalnosti (npr. sem bolan, dobil sem službo itd.);
- C. Zunanja ikonična raven. Pri zunanji ikonični ravni opis vsebuje funkcionalne atribute in enotne aktivnosti, ki se eksplicitno ne nanašajo na subjekt v smislu gratifirajočega ali frustrativnega odnosa (primer: rad pospravljam, igram tenis ...);
- C1. Notranja ikonična raven predstavlja opis notranjih lastnosti, kot so vrednote, čustva, razmišljanja. V obeh primerih ikoničnega opisa je

predstavitev enodimenzionalna. Opis ne vsebuje kompleksnosti akcij, občutij, razmišljanj (primer: iskren, vesten, žalosten, vase zaprt itd.);

- D. Konceptualna raven. Oseba je opisana tako, da integrira predhodne ravni. Prisoten je opis notranjih kot tudi zunanjih lastnosti v kompleksni sintezi, ki lahko vključuje tudi posamezne kontradiktornosti, razrešene na višji ravni. Prav tako je lahko razviden razvoj, dinamika, spremembe atributov. Oseba je predstavljena v obliki integrirane, kohezivne sinteze različnih opisov (primer: na zunaj deluje grobo, vendar ga je v resnici le strah, ki ga skuša na tak način skriti pred drugimi).

Značilnosti oseb z manj zrelo, mejno osebno organizacijo so opisi sebe in pomembnih drugih oseb na senzomotorični in konkretni ravni, medtem ko so reprezentacije zrelih oseb na notranji ikonični in konceptualni ravni.

Na podlagi psihoanalitične teorije objektnih odnosov je Urist (1977) analiziral vsebino zaznav živalskih, neživih in človeških odnosov z Rorschachovim preizkusom ter sestavil ocenjevalno lestvico Avtonomije objektnih reprezentacij (MOA), ki je povezana z osebno razvojem in motnjami na tem področju. Zrelost reprezentacije odnosov ocenjujemo na 7-stopenjski lestvici od najbolj zdravih (1), do najbolj patoloških (7):

1. Zmožnost konstruiranja self in objektnih reprezentacij kot strukturalno diferenciranih in udeleženih v vzajemni interakciji (npr. na tretji predlogi: dva človeka pereta obleko in se pogovarjata o cenah);
2. Vzoredna aktivnost brez jasne vzajemnosti. Objekti so doživeti kot diferencirani, vendar lahko malo obdelani (npr. dva človeka pereta obleko);
3. Odvisen odnos, v katerem se en objekt zanaša na drugega. Objekt ni v funkciji neodvisnega brez zunanje podpore (npr. mati hrani mladiča);
4. Zrcaljenje v objektnih odnosih, ki pogosto razkriva izgubo avtonomije. En objekt je dojet kot odsev, odtis ali posnemovalec drugega. Odnos med objektoma obstaja le kot podaljšek ali odsev (npr. siamska dvojčka, človek strmi v ogledalo);
5. Prvi objekt nadzoruje, prisiljuje drugega. Avtonomija enega objekta je porušena (npr. čarovnica je uročila otroka);
6. Močno porušena vzajemnost v destruktivnih terminih, ko je avtonomija enega objekta v resni nevarnosti (npr. vampirja človeku sesata kri);

7. Popolna izguba avtonomije ene ali več figur s prevlado. Izguba identitete se konča z destrukcijo in smrtjo (npr. pošast je požrla človeka).

Za ljudi z zrelo organizacijo osebnosti so značilni predvsem odgovori iz prve in druge kategorije, za višje mejno organizirane odgovori iz tretje in četrte skupine, pri ljudeh z nižjo mejno osebnostno organizacijo pa vse bolj prevladuje neneutralizirana agresija in patološki objektni odnosi, ki jih opisujejo odgovori na peti do sedmi ravni.

Pri ocenjevanju integriranosti identitete in kakovosti objektnih odnosov si lahko pomagamo tudi z analizo izpostavljenih postavk VMO2:

Histrionična motnja osebnosti: identitetna težava histrioničnih osebnosti, ki so močno motivirane za pridobivanje pozornosti in naklonjenosti drugih, hkrati pa jih je strah, da so v osnovi neprivlačne, je ta, da morajo zelo paziti, kakšen vtis naredijo na druge. Zato razvijajo t. i. lažni self, so lahko nepristni v prezentaciji sebe, prikazujejo lažno pozitivno sliko o sebi ter so narejeno naklonjeni do drugih. Na to kažejo predvsem sledeče postavke VMO2:

- Sem zanimiva oseba. (1)
- Če bom zabaval druge ljudi, me bodo imeli radi. (2)
- Zame je zlo pomembno, da dobim priznanje, pohvalo in občudovanje drugih. (9)
- Pomembno mi je, kaj si drugi mislijo o meni. (15)
- Želim narediti vtis na druge ljudi ali jih zabavati. (19)
- Pogosto sanjam, da sem uspešen, pomemben ali zelo priljubljen. (84)
- Z zunanjim videzom skušam pritegniti pozornost, ki jo potrebujem. (113)
- Nagnjen sem k dramatiziranju oz. pretiravanju, da pritegnem pozornost. (130)
- Rad sem v družbi pomembnih in vplivnih ljudi. (172)
- Sem dober igralec. (188)

Obsesivno-kompulzivna motnja osebnosti: sebe vrednotijo predvsem skozi delo in produktivnost, delu so podrejeni tudi medosebni odnosi. Težje se uživljajo v druge. V intimnih odnosih so rigidni, rivalitetni, pretirano previdni,

manj čustveni, izogibajoči se, lahko tudi brezбриžni in hladni. Postavke VMO₂, ki govorijo o tem so:

- Če drugi ljudje ne znajo opraviti stvari pravilno, jih raje opravim sam. (75)
- O sebi menim, da sem varčen, drugi pa me imajo za skopuha. (96)
- Zelo se pazim, da se zavarujem pred bolečino ali boleznijo. (131)
- Moram nadzorovati svoja čustva, ali pa se bo zgodilo nekaj slabega. (165)
- Toliko stvari moram narediti, da skoraj ni časa za oddih. (178)

Izogibajoča motnja osebnosti: negativno samovrednotenje je povezano z doživljanjem sebe kot nesposobnega, nepriljubljivega in manjvrednega v socialnem okolju. Izraziti so občutki sramu. Ima nerealna pričakovanja, hkrati pa se izogiba zasledovanju svojih ciljev, tveganjem in socialnim dejavnostim. Take osebe so preokupirane z možno kritiko in nesprejemanjem s strani drugih, kar izkrivlja njihovo zmožnost empatije. Izogibajo se intimnim odnosom zaradi strahu, da bodo osramočeni, osmešeni. Nekatere postavke VMO₂, ki opisujejo takšno osebo so:

- Izogibam se delu z ljudmi, ki bi me lahko kritizirali. (60)
- Z drugimi se spoprijateljim le, če sem prepričan, da sem jim všeč. (78)
- V intimnih odnosih sem zadržan, ker se bojim, da bi se osmešil ali osramotil. (79)
- Izogibam se srečevanja novih ljudi, ker imam občutek, da sem manjvreden. (98)
- V novih situacijah se bojim, da mi bo nerodno. (115)
- Strah me je, da bodo moje napake ali pomanjkljivosti razkrite. (150)
- Sram me je svojega telesnega videza. (168)
- Sem nesposoben. (180)

Odvisna motnja osebnosti: te osebe imajo pomanjkanje samozaupanja, strah jih je separacije in samostojnosti. Če so prepuščeni sami sebi, se počutijo nemočne, slabotne in nesposobne. Težave imajo pri odločanju in prevzemanju odgovornosti v vsakodnevnem življenju, pri čemer iščejo oporo drugih. So pasivni. Zaradi strahu pred izgubo podpore drugih se pretirano prilagajajo, podrejujejo in navezujejo na drugo osebo. Nekatere postavke VMO₂ o odvisni osebnosti:

- Potrebujem pomoč. (5)
- Moj bližnji mora biti materinski in me podpirati. (6)
- Če sem prepuščen sam sebi, se čutim nemočnega. (24)
- V bistvu sem sam – razen če se ne navežem na močno osebo. (25)
- Najhujša stvar bi bila, če bi bil zapuščen. (45)
- Raje vidim, da drugi prevzamejo odgovornost namesto mene. (62)
- Menim, da sem odvisna oseba. (117)
- Naredil bi vse, da me ne bi zapustili tisti, ki jih imam rad. (135)

Depresivna motnja osebnosti: identiteta je koherentna in jasna, kapacitete za intimnost in empatijo so ohranjene. V doživljanju sebe prevladujejo občutja krivde, prikrajšanosti in izgube. Takšen posameznik je občutljiv, hitro ranljiv, resen, zaskrbljen in empatičen. Ima negativno samopodobo. Je samokritičen, pogosto se čuti nemočnega, ničvrednega, ima se za neuspešnega. Je asketski, odpoveduje se svojim potrebam, da pomaga drugim. Je pasiven, osamljen, vede se uslužno. Izogiba se konfliktom oz. prevzema krivdo nase. Želi, da ga drugi vidijo kot miroljubno osebo, ki je pripravljena odpuščati, se razdajati in žrtvovati. Je pesimist, vedno v pričakovanju, da se bo zgodilo najhujše. Je nedolžna, izgubljena žrtev, vendar v stiku z vso globino človeškega trpljenja. Verjame, da smo vsi nepopolni in priznanje tega ni sramota, ampak dokaz skromnosti. Išče bližino in razumevanje v empatiji, vzajemni podpori, v svetu žalosti, nepopolnosti in trpljenja. Postavke VMO2:

- Ponavadi sem potr. (7)
- Sem pesimist (črnogled). (47)
- Pogosto se čutim krivega. (48)
- Vse bi potrpel za ljubljeno osebo. (46)
- Sem skromen, moje potrebe so majhne. (82)
- Srečen sem le, če so srečni tudi ljudje okrog mene. (83)
- Govorijo mi, da se preveč posvečam drugim in premalo sebi. (101)
- Ne glede na to, koliko dajem, vedno je premalo. (118)
- Težko mi je prositi druge za pomoč. (119)
- Ljudje se mi pogosto smilijo. (151)

Narcisistično motnjo osebnosti zaznamuje pretirana odvisnost od okolice pri uravnavanju doživljanja sebe in lastne vrednosti, ki je zelo nestabilno in spremenljivo (od občutij grandioznosti, onnipotentnosti, do razvrednotenja

in sramu), s čimer so povezana tudi čustvena nihanja. Ti posamezniki iščejo potrditev drugih in priznanje, da so izjemni. Pri tem poudarjajo zunanje, materialne in statusne vrednote. V odnosih z drugimi so površinski, nepristni, egocentrični in izkoriščevalski. Prikazujejo pretirano pozitivno sliko o sebi. Zelo so občutljivi na kritiko, ki lahko pomembno vpliva na njihovo samopodobo. So neempatični, okupirani sami s seboj. Oškodovani so na področju intimnosti, nezmožni so pristnega izražanja ljubezni in predajanja. Postavke VMO₂, ki opisujejo te značilnosti so:

- Sem nekaj posebnega, zato nekatere omejitve zame ne veljajo. (8)
- Nekateri mislijo, da izkoriščam druge ljudi. (85)
- Sem bolj "seksi" kot večina ljudi. (95)
- Le malo ljudi je, ki so vredni mojega časa in pozornosti. (102)
- Drugi me imajo za nadutega in domišljavega. (120)
- Tisti, ki se ne strinjajo z menoj, so ničvredni. (138)
- Pogosto sem tako zaposlen s seboj, da nimam časa za prijatelje ali družino. (153)
- Rekli so mi že, da imam predobro mnenje o sebi. (154)
- Težave drugih me ne zanimajo. (182)

Mejna motnja osebnosti: samopodoba takih oseb je izrazito osiromašena, nasprotujoča si, zmedena ali nestabilna, pogosto povezana s pretirano samokritičnostjo, občutljivostjo in kroničnimi občutki praznine. Pod stresom lahko pride do disociacij in do avto- ali heteroagresivnega odzivanja. Načrtovanje in cilji so zelo nestabilni, nejasni in spremenljivi. Taka oseba ne pozna vztrajnosti, pri delu se hitro naveliča in začne dolgočasiti. Doživljanje drugih je zelo pod vplivom nestabilnega čustvovanja, črno-belo, pristransko in spremenljivo. Niha med pretiranimi idealizacijami drugih in razvrednotenjem. Intimni odnosi so intenzivni, nestabilni, odvisni in pogosto konfliktni, obremenjeni z nezaupanjem in strahom pred zapustitvijo. Izbrane trditve iz VMO₂, ki opisujejo te motnje:

- Pogosto se sprašujem, kdo sem v resnici oz. kaj hočem. (10)
- Poskušal sem se že poškodovati ali ubiti. (30)
- Drugi pravijo, da sem prepirljiv. (76)
- Pogosto sem jezno zavrnil zahteve drugih, potem pa mi je bilo žal in sem se opravičeval. (97)

- Težko se pripravim, da končam vsakdanje ali dolgočasne naloge. (122)
- Če ne dosežem cilja, sem hitro razočaran in obupan. (139)
- Hitro se začnem dolgočasiti. (156)
- Zdi se mi, da je v meni veliko nasprotij. (191)

Antisocialna motnja osebnosti: zaznamuje jo velika egocentričnost v pridobivanju osebnih koristi, moči in užitka na račun drugih. Pri tem se poslužujejo prevar, laži in nasilja. So neodgovorni, ne upoštevajo družbenih norm, pravil in obveznosti. So brezbržni do potreb in občutij drugih, ne poznajo obžalovanja, občutij krivde ob povzročanju bolečine ali škode drugim. V intimnih odnosih so prisotne prevare, izkoriščanje, ustrahovanje, prisiljevanje in zloraba, močna je potreba po prevladi in nadzoru nad drugimi. Niso zmožni vzdrževanja trajnih socialnih odnosov. Izbrane postavke VMO₂, ki opisujejo te poteze:

- Sila ali zvitost sta najboljša načina za doseganje ciljev. (11)
- Laži in prevare so v redu, dokler te ne ujamejo. (31)
- Ko sem bil otrok, sem bil neke vrste mladoletni prestopnik (se pretepal, kradel, razbijal, uhajal od doma ali iz šole, mučil živali, podtikal požare itd.). (87)
- Pogosto se pretebam. (106)
- Če se me je kdo namenil prizadeti, bom prej jaz njega. (107)
- Ni mi mar, če so drugi prizadeti, samo da jaz dobim tisto, kar hočem. (157)
- V zabavo mi je mučenje drugih. (158)
- Pogosto menjavam (ali sem menjaval) spolne partnerje. (174)
- Včasih uživam v tem, da prizadenem osebo, ki jo imam rad. (185)

Paranoidna motnja osebnosti: ti posamezniki so izrazito občutljivi, ranljivi in stalno na preži pred možno zlorabo ali manipulacijami. Lahko gre za zmedeno spolno identiteto, težnjo po bližini z istospolno osebo in preokupiranost s homoseksualnostjo. Medosebne odnose moti močna nezaupljivost, sumničavost. Obrambna drža, distanciranost ter potreba po nadzoru in zaščiti jim onemogočajo prisotne odnose z drugimi. Delujejo brezčutno, rigidno, sovražno, sarkastično in hladno. Druge pogosto doživljajo kot sovražne, so ljubosumni, pogosto napačno interpretirajo tudi bronamerna dejanja

drugih. Po drugi strani so lahko pretirano naivni. To kaže na manjše kapacitete za razumevanje drugih, empatijo. Postavke VMO2:

- Drugi imajo skrite namene in pogosto niso tisto, za kar se kažejo. (13)
- Če se nekdo prijazno vede do mene, predvidevam, da ima nekaj za bregom. (32)
- Drugi me bodo izkoristili ali me skušali prevarati, če jim bom to dopustil. (54)
- Ljudje se pogosto pogovarjajo o meni ali me na skrivaj opazujejo. (72)
- Preizkušam druge, da ugotovim, ali govorijo resnico in imajo dobre namene. (124)
- V preteklosti so me tisti, ki so mi bili blizu, uporabili za svoje namene. (125)
- Imajo me za ljubosumnega. (160)
- Če ne bi bili ljudje stalno naperjeni proti meni, bi bil lahko bolj uspešen. (176)
- Zamerim tistim, ki se šalijo na moj račun. (186)
- Ljudi bi v glavnem lahko razvrstil na dobre in slabe. (193)

Shizoidna motnja osebnosti: čustvena povezanost z drugimi ljudmi je šibka, ti posamezniki nimajo velike potrebe po intimnih odnosih oz. jih doživljajo kot grožnjo, vsiljivost. Pomembnejše so jim avtonomija, svoboda, individualizem, zaščita svoje zasebnosti. Težave imajo z izražanjem čustev, primanjkuje jim socialnih spretnosti. Pogosto živijo v izolaciji, premišlujejo ali ruminirajo teme iz svojega fantazijskega življenja. Okupirani so sami s seboj, nimajo časa in energije za druge. So odtujeni, nimajo empatije in občutka pripadnosti.

Postavke VMO2:

- Imam težave pri vzpostavljanju odnosa z drugo osebo. (36)
- Biti sam s sabo mi je bolj pomembno kot bližina z drugimi. (55)
- Le malo družabnih aktivnosti me zanima. (70)
- Odmaknjen sem od drugih. (71)
- Drugačen sem od drugih, nisem prilagojen okolici. (89)
- Sem samotar. (90)
- Drugi ljudje me ne zanimajo. (161)
- Ljudem ne kažem naklonjenosti ali topline, zato pogosto mislijo, da sem nečustven. (166).

Shizotipska motnja osebnosti: zmedene in šibke ego meje, popačenja, lahko tudi bizarnosti v doživljanju sebe. Pogosta so občutja odtujenosti, depersonalizacije, notranje praznine in razosebljenosti. Imajo nerealistične in nekoherentne cilje, nejasne notranje standarde. Ob šibki realitetni kontroli in motnjah v presoji imajo težave z razumevanjem drugih, pri čemer napačno razlagajo njihovo vedênje in motivacijo, imajo nenavadna in nerealna prepričanja, so ekscentrični in čudaški. Teško se navezujejo na druge, pri tem so tesnobni, nezaupljivi, lahko tudi blodnjavi. Umikajo se iz socialnega okolja. Postavke VMO₂:

- Stvari, ki se dogajajo okrog mene, imajo poseben, samo meni razumljiv pomen (npr. kakšen skrivnosten znak). (16)
- Pogosto zaznam in čutim stvari, ki jih drugi ne morejo. (17)
- Ljudje imajo pogosto težave z razumevanjem tistega, kar rečem. (35)
- Ko me ljudje vidijo, si lahko mislijo, da sem čudak. (56)
- Imel sem že nadnaravna doživetja. (92)
- Imel sem že občutek, da je nekdo ali neka sila zraven ali v meni, čeprav ni bilo nikogar. (110)
- Včasih se počutim, kot da ne bi bil s tega planeta. (126)
- Prepričan sem, da nekateri ljudje s telepatijo vplivajo na moje življenje. (128)
- Že od otroštva sem izgubljal stik z resničnim svetom. (145)
- Pogosto imam občutek, kakor da stvari niso resnične. (162).

Zrelost obrambnih in prilagoditvenih mehanizmov, vključno z ohranjenostjo realitetne kontrole

Na podlagi kvalitativne analize izpostavljenih postavk vprašalnika VMO₂, pa tudi podatkov iz polstrukturiranih ali nestrukturiranih intervjujev ter drugih ocenjevalnih tehnik lahko ocenimo zmožnosti prilagoditvenih funkcij posameznika, njegove najobičajnejše načine spoprijemanja s konfliktnimi, problemskimi situacijami, stresne tolerance in procesiranje čustev v obremenjujočih pogojih. Na podlagi značilnosti prevladujočih obrambnih in prilagoditvenih

mehanizmov lahko ocenimo raven osebnostne organiziranosti in specifične strukture osebnosti. Vrste obrambno-varovalnih mehanizmov, njihova povezanost z osebnostnimi strukturami in postavkami VMO₂, ki se nanašajo na specifičen način spoprijemanja s problemskimi situacijami, so razvidni iz tabele 20.

Tabela 20: Povezanost obrambno-varovalnih mehanizmov, strukture osebnosti in postavk vprašalnika VMO₂

Obrambno-varovalni mehanizem	Osebnostna struktura	Postavke VMO₂
Nezrele obrambe (temelječe na razcepu)		
<i>Razcep: cepitev zavesti, ki omogoča sočasno ločeno vzdrževanje nasprotujočih si izkušenj o sebi in pomembnih drugih osebah (npr. predstave o skrajno dobrih in skrajno slabih self/objektih).</i>	<i>Mejna, psihopatska, narcisistična</i>	<i>Ljudi bi v glavnem lahko razvrstil na dobre in slabe. Zdi se mi, da je v meni veliko nasprotij. Tisti, ki me ne odobravajo, so ničvredni.</i>
<i>Utajitev, umik, negacija realnosti: zanemarjanje in izključitev dela realnosti iz psihičnega polja.</i>	<i>Psihopatska, shizoidna, shizotipska</i>	<i>Drugi ljudje me ne zanimajo. Že od otroštva sem izgubljal stik z resničnim svetom.</i>
<i>Acting-out: avtomatsko, nenadzorovano in kompulzivno praznjenje nagonske energije.</i>	<i>Mejna, antisocialna, psihopatska</i>	<i>Pogosto se preteparam. Počel sem že nepremišljene stvari, ki bi me lahko spravile v težave (npr. pretirano zapravljaj denar, preveč pil, užival droge, se prenajedal, nevarno vozil, imel nezaščitene spolne odnose z neznano osebo itd.).</i>
<i>Projekcijska identifikacija: premeščanje neprijetnih notranjih vsebin na objekt ob hkratni potrebi po nadzoru nad temi vsebinami v drugem objektu zaradi neizpeljane separacije – diferenciacije.</i>	<i>Mejna, paranoidna, psihopatska, antisocialna, shizoidna</i>	<i>Imajo me za ljubosumnega. Drugi me bodo izkoristili ali me skušali prevarati, če jim bom to dopustil. Če se me je kdo namenil prizadeti, bom prej jaz njega.</i>

Tabela 20, nadaljevanje

<p><i>Somatizacija: praznjenje nagonske energije brez posredovanja psihičnega aparata v telo.</i></p>	<p><i>Aleksitimična</i></p>	<p><i>Moje zdravje trpi, ker sem pod takšnim delovnim pritiskom. Pogosto me skrbi, da sem resno bolan, čeprav zdravniki še niso odkrili bolezni.</i></p>
<p><i>Idealizacija in razvrednotenje: ločeno vzdrževanje dobrih in slabih predstav o sebi in objektu. Pri idealizaciji je prisotna negacija slabih lastnosti, pri razvrednotenju pa dobrih.</i></p>	<p><i>Narcisistična, odvisna</i></p>	<p><i>Pogosto sanjam o idealni ljubezni. Tisti, ki me ne odobravajo, so ničvredni. Pogosto se zaljubim.</i></p>
<p><i>Identifikacija (nezrela): poenačenjz drugo osebo zaradi lastne zaščite in prilagoditve.</i></p>	<p><i>Narcisistična, histrionična, odvisna</i></p>	<p><i>Rad sem v družbi pomembnih in vplivnih ljudi.</i></p>
<p><i>Omnipotentnost: ustvarjanje predstave o sebi kot o neverjetno močni, inteligentni ali superiorni osebi, za zaščito pred tesnobo in drugimi neprijetnimi čustvi.</i></p>	<p><i>Narcisistična, psihopatska</i></p>	<p><i>Ljudje bi morali delati po moje, saj je moj način dela najboljši. Glede na to, da sem tako nadarjen, bi morali drugi v prvi vrsti podpirati moj napredek.</i></p>
<p><i>Grandioznost: ustvarjanje predstave o sebi kot zelo pomembni osebi zaradi zaščite pred sramom in razvrednotenjem</i></p>	<p><i>Narcisistična, psihopatska, shizotipska</i></p>	<p><i>Sem bolj "seksi" kot večina ljudi. Sem nekaj posebnega, zato nekatere omejitve zame ne veljajo.</i></p>

Tabela 20, nadaljevanje

Obrambno-varovalni mehanizem	Osebnostna struktura	Postavke VMO2
Nevrotične obrambe (temelječe na potlačitvi)		
<p>Regresija: zmanjšanje nadzora, reagiranje na manj zreli ravni v ogrožajoči situaciji. Regres omogoči zmanjšanje nadzora pri osebi, ki potrebuje neposredno, motorično odreagirane,</p>	<p>Infantilna, histrionična, mejna</p>	<p>Pogosto reagiram nepremišljeno, kasneje pa to obžalujem. Težko se odpovem trenutnemu ugodju, da bi dosegel dolgoročnejše cilje.</p>
<p>Potlačitev – represija: izrinjanje ogrožajočih psihičnih vsebin iz zavesti. To je proces aktivnega in selektivnega pozabljanja, s katerim navadno obvladujemo strah.</p>	<p>Histerična, obsesivno-kompulzivna</p>	<p>Moram nadzorovati svoja čustva, ali pa se bo zgodilo nekaj slabega.</p>
<p>Nevrotično zanikanje: zavračanje dela za posameznika boleče oz. neprijetne realnosti na način, da neželena vsebina dobi nasprotni predznak. Pri pretiranem sprejemanju, idealizaciji npr. skušamo zanikati neprijetne vidike, da bi nekritično sprejeli objekt v celoti.</p>	<p>Histerična</p>	<p>Rad imam vse ljudi, ki jih poznam.</p>
<p>Projekcija: premeščanje neprijetnih notranjih vsebin, občutij, na zunanje objekte, situacije ali ljudi. To je običajno uravnavanje gnusa.</p>	<p>Obsesivno-kompulzivna, paranoidna</p>	<p>Drugi imajo skrite namene - pogosto niso tisto, za kar se kažejo. Zelo sem zaskrbljen zaradi veliko slabih stvari, ki se dogajajo po svetu (npr. kriminal, onesnaženje okolja, bolezni, vojne itd.).</p>

Tabela 20, nadaljevanje

<p><i>Kompenzacija: poskus drugačne nadomestitve izgub, pomanjkljivosti ali napak. To je pogosto pri obvladovanju žalosti.</i></p>	<p><i>Depresivna, odvisna, mejna, obsesivno-kompulzivna</i></p>	<p><i>Imam težave s pretiranim pitjem, kajenjem, hranjenjem ali jemanjem drog. Nabralo se mi je veliko stvari, ki jih ne potrebujem, vendar jih ne morem vreči proč, saj jih bom mogoče nekoč potreboval</i></p>
<p><i>Intelektualizacija: posredna reakcija na ogrožajoče impulze na intelektualni, besedni ravni, s čustvenim distanciranjem, razmišljanjem in razpravljanjem.</i></p>	<p><i>Obsesivno-kompulzivna, shizoidna, izogibajoča</i></p>	<p><i>Vsakršen znak napetosti v medosebnih odnosih pomeni, da odnos propada; zato ga moram končati.</i></p>
<p><i>Fantazija: izogibanje konfliktu tako, da posameznik ustvari nadomesten, imaginaren svet, v katerem skuša zadovoljiti svoje želje in potrebe.</i></p>	<p><i>Shizoidna, histerična, narcisistična</i></p>	<p><i>Pogosto sanjam, da sem uspešen, pomemben ali zelo priljubljen.</i></p>
<p><i>Premeščanje: premostitev psihičnih vsebin z bolj na manj ogrožajoč objekt. Najpogostejše obvladovanje jeze je npr. premeščanje na drug objekt.</i></p>	<p><i>Obsesivno-kompulzivna, pasivno agresivna</i></p>	<p><i>Tisti, ki me ne odobravajo, so ničvredni.</i></p>
<p><i>Racionalizacija: opravičevanje, iskanje razlogov za svojo nedejavnost, ki je rezultat notranjih konfliktov.</i></p>	<p><i>Izogibajoča, odvisna</i></p>	<p><i>Če ne bi bili ljudje stalno naperjeni proti meni, bi bil lahko bolj uspešen.</i></p>
<p><i>Izolacija: vzdrževanje ločenih psihičnih vsebin, npr. idej in čustev</i></p>	<p><i>Obsesivno-kompulzivna</i></p>	<p><i>Ljudem ne kažem naklonjenosti ali topline, zato pogosto mislijo, da sem nečustven.</i></p>
<p><i>Reakcijska formacija, obračanje v nasprotje: nevtralizacija neke psihične težnje, emocije z nasprotujočo si emocijo.</i></p>	<p><i>Paranoidna, obsesivno-kompulzivna</i></p>	<p><i>Ne prenesem umazanije ali nereda</i></p>

Tabela 20, nadaljevanje

<i>Introjekcija, obračanje nase (acting-in): proces premeščanja emocij (navadno agresije) iz zunanjih objektov nase.</i>	<i>Depresivna, odvisna, shizoidna, izogibajoča</i>	<i>Pogosto se čutim krivega. Sem nesposoben. Zaslužim kazen.</i>
<i>Izničenje: nevtralizacija psihične vsebine s simetrično priključitvijo nasprotnega pola.</i>	<i>Obsesivno-kompulzivna</i>	<i>Moram nadzorovati svoja čustva, ali pa se bo zgodilo nekaj slabega.</i>
Zrele obrambe (temelječe na sublimaciji)		
<i>Humor: čustveni odmik od ogrožajočih psihičnih vsebin in zmanjšanje nelagodja tako, da v njih prepoznamo tudi komične elemente.</i>	<i>Zrela, histerična</i>	<i>Rekli so mi že, da nimam smisla za humor (negativna vrednost).</i>
<i>Supresija: namerno in začasno zadrževanje oz. neizražanje čustev ali idej, upoštevanje socialno situacijo.</i>	<i>Zrela, histerična</i>	<i>Sem dober igralec.</i>
<i>Sublimacija, simbolizacija: ustvarjalna pretvorba notranjih konfliktov na novi, neogrožajoči ravni in poskus razreševanja oz. zadovoljive nagonskih teženj na simbolni ravni.</i>	<i>Zrela, histerična</i>	<i>Če bom zabaval druge ljudi, me bodo imeli radi.</i>
<i>Anticipacija in prilagojeno spoprijemanje s problemi: načrtovano in učinkovito reševanje (potencialnih) težav, ki zbujajo psihično nelagodje.</i>	<i>Zrela, obsesivno-kompulzivna</i>	<i>Da bi pravilno opravil delo, potrebujem red, organizacijo in pravila. Obvladujem težave vsakodnevnega življenja.</i>
<i>Altruizem: zadovoljstvo ob upoštevanju in zadovoljevanju potreb drugih.</i>	<i>Zrela, depresivna</i>	<i>Vse bi potrpel za ljubljeno osebo. Srečen sem le, če so srečni tudi ljudje okrog mene.</i>

Zreli obrambno-varovalni mehanizmi so prilagodljivi in prožni mehanizmi spoprijemanja, ki omogočajo posamezniku obvladovanje anksioznost vzbujajočih situacij z minimalno čustveno vznemirjenostjo (Vaillant, 1992). Povezani so s sublimacijo (npr. humor, ustvarjalnost, anticipacija, supresija, altruizem) in kažejo na zrelo osebnostno organizacijo. Za posameznike z nevrotično osebnostno strukturo so značilni obrambni mehanizmi, povezani z represijo, izrinjanjem psihičnih vsebin, ti so npr. racionalizacija, intelektualizacija, reakcijska formacija, zanikanje, kompenzacija, projekcija ipd. Za posameznike z mejno osebnostno organizacijo so značilni obrambni mehanizmi povezani z razcepom. Sem uvrščamo projekcijsko identifikacijo, *acting-out*, *acting-in* (somatizacijo), negacijo realnosti, nezrelo idealizacijo in razvrednotenje. Na nizki mejni oz. psihotični ravni osebnostnega delovanja so vse bolj v ospredju obsežne distorzije realnosti, tj. ukinitve realitetne kontrole kot nezrel poskus obvladovanja stresa. Realitetna kontrola pomeni zmožnost ločevanja med zunanjimi in notranjimi izvori zaznav, sanj od realnosti, presojo brez izrazite prevlade čustev. V klinični situaciji se motnje realitetne kontrole kažejo kot halucinacije, blodnje ter velika neustreznost čustvovanja (in nekritičnost ob tem).

Pri posameznikih s t. i. internaliziranim kognitivnim slogom, ki iščejo težave in rešitve pri sebi (npr. pri depresivnih in anankastičnih osebnostnih strukturah), predvidevamo nevrotično osebnostno organizacijo, medtem ko pri t. i. eksternalizatorjih, ljudeh, ki iščejo vzroke svojih težav v okolici, pri drugih ljudeh (to je npr. očitno pri paranoidnih, antisocialnih posameznikih), predvidevamo manj zrelo, mejno osebnostno organizacijo. Na internalizirani kognitivni slog npr. kaže postavka "Ne glede na to, koliko dajem, vedno je premalo." (iz VMO2 lestvice Depresivna motnja osebnosti), na eksternalizirani pa "Tisti, ki me ne odobravajo, so ničvredni." (iz VMO2 lestvice Narcisistična motnja osebnosti).

Poleg vsebinske analize narativnih podatkov in odgovorov vprašalnikov lahko o učinkovitosti prilagajanja in reševanja problemskih situacij sklepamo tudi preko nebesedne komunikacije tekom intervjuja. Ljudje z manj zrelo osebnostno organizacijo pogosto niso večji besedne komunikacijo in se bolj razkrivajo s telesnimi kretnjami, čustvenim odzivom in načinom podajanja vsebin. Im-

pulzivne čustvene reakcije (ali popolna odsotnost teh v čustveno provokativnih situacijah), nelogično, zmedeno, nejasno ali preveč suhoparno, konkretno podajanje vsebin lahko kažejo na osebo z večjimi prilagoditvenimi težavami in manj zrelo osebnostno organizacijo.

Način kako se posamezniki spoprijemajo s kompleksnejšimi problemskimi, socialnimi in čustveno obremenjujočimi situacijami, ko ni na voljo vseh informacij oz. so te dvoumne, lahko razberemo tudi na podlagi odgovorov Rorschachovega preizkusa, Tematskega apercpcijskega testa in drugih manj strukturiranih storilnostnih tehnik. Osebe z manj zrelo osebnostno organizacijo imajo praviloma težave pri interpretaciji takšnega testnega materiala. V njihovih odgovorih se zrcalijo manj zreli obrambni mehanizmi v smislu negiranja ali zanemarjanja pomembnih informacij, neustreznosti oz. nezmožnosti povezovanja teh, nelogičnosti, prevelike konkretizacije ali abstrakcije, izkrivljanja realnosti zaradi prevlade čustev ali neustreznega odziva zaradi odsotnosti čustvovanja.

Eden izmed indikatorjev osebnostne patologije, ki se nanaša na zmožnost prilagajanja in obvladovanja stresnih situacij na Rorschachovem preizkusu je t. i. Indeks oškodovanosti ega, ki sta ga razvila Perry in Viglione (Ego Impairment Index EII; Perry in Viglione 1991). Gre za metodo ocenjevanja stopnje psihološke oškodovanosti, ki je definirana kot motnja v delovanju ego funkcij, ki jih je opisal Beres (1956): a) odnos do realnosti (npr. zmožnost ločevanja notranjih informacij (občutja) in zunanjih dražljajev); (b) uravnavanje in nadzor nad notranjimi impulzi (npr. zmožnost odlaganja zadovoljitve); (c) objektni odnosi (tj. psihološki procesi, ki omogočajo medosebne interakcije); (d) miselni procesi (npr. zmožnost logičnega sklepanja); (e) obrambne funkcije ega (npr. sposobnost uporaba zrelih, namesto nezrelih obramb); (f) avtonomne funkcije ega, ki so neodvisne od psihičnih konfliktov (kot so npr. sposobnost branja, govora, matematične sposobnosti); in (g) sintetične funkcije ega (zmožnost integracije različnih vidikov mentalnega življenja, npr. obvladovanje notranjih impulzov, upoštevanje zahteve realnosti). Namesto prvotnih sedmih funkcij, ki jih predvideva Beres, so v indeksu EII zajete štiri funkcije: odnos do realnosti, procesi mišljenja, obrambne funkcije ega in objektni odnosi. Oškodovanost teh področij opisujejo različne spremenljivke

Rorschachovega preizkusa: (a) distorzije v kakovosti oblike (FQ-) kot mere motenj zaznave oz. realitetne kontrole; (b) vsote indikatorjev kognitivnih motenj (WSUM6) kot mere motenj mišljenja; (c) t. i. kritične vsebine (odgovori, kot so anatomija, kri, eksplozija, ogenj, hrana, seks, rentgenska slika, agresivno gibanje in morbidnost – oškodovanost), ki se nanašajo na potrebe, ki so običajno inhibirane oz. posredno izražene; (d) neustrezno tolmačenje človeškega gibanja (M-) kot mera motenj objektnih reprezentacij in (e) indeks reprezentacije oz. doživljanje ljudi (vsota t. i. ustreznih – GHR in neustreznih vsebin – PHR) kot mera zaznav in reprezentacij ljudi. Končni rezultat EII dobimo z izračunom posebne formule s faktorskimi obtežitvami.

ČETRTI DEL: Primeri

Primer 1: 25-letna uslužbenka, samska, z diagnosticirano shizoidno motnjo osebnosti, depresivno razpoložensko motnjo ter zlorabo alkohola in drog. Psihoterapevtsko pomoč je poiskala po smrti svojca, od takrat ima tudi sama samomorilne ideacije. Živi s starši, a samotarsko življenje brez prijateljev, nima želja ne izkušenj partnerskega odnosa. Fantazira o idealni ljubezni z nedosegljivo osebo iz njene preteklosti, s čimer si zagotavlja potrebno bližino in obenem varno distanco.

Iz tabele 21 so razvidni njeni individualni rezultati. Visoke, nadpovprečne vrednosti dosegajo na lestvicah depresivne in shizoidne motnje osebnosti. Je v fazi žalovanja, zato se lahko depresivno razpoloženje odrazi tudi na osebnostnih lestvicah, predvsem depresivni. Poleg tega je močno poudarjena lestvica shizoidne motnje, ki opredeljuje njeno osebnostno strukturo. Analiza izpostavljenih postavk odkriva samotarsko (*Biti sam s samo mi je bolj pomembno kot bližina z drugimi.; Ne maram pozornosti drugih.; Raje delam sama kot z drugimi ljudmi.*), izogibajočo se in pasivno osebo (*Bolje je ne narediti ničesar kot poskušati nekaj, kar mogoče ne bi uspelo.*). Je socialno odtujena (*Ljudje imajo pogosto težave z razumevanjem tistega kar rečem; Imam težave z vzpostavljanjem odnosa z drugo osebo.; Ko me ljudje vidijo, si lahko mislijo, da sem čudak.; Nihče me resnično ne razume.; Včasih se počutim, kot da ne bi bil s tega planeta.*) in nezaupljiva do drugih (*Drugi me bodo izkoristili ali me skušali prevarati, če jim bom to dopustil.; Večina ljudi misli le nase.; Svet je pokvarjen.*). Daje vtis brezbriznosti do drugih, ne izraža čustev ali naklonjenosti (*Ljudi se hitro naveličam.; Ljudem ne kažem naklonjenosti ali topline.*). Po drugi strani goji idealizirana pričakovanja (*Pogosto sanjam o idealni ljubezni.; Moj bližnji mora biti materinski in me podpirati.*). Je pesimistična in depresivna (*Razmišljal sem že, da bi si vzel življenje.; Sem pesimist.; Pogosto imam občutek, da je moje življenje brez smisla.*). Odvisnostne potrebe nakazuje postavka: *Imam težave s pretiranim pitjem, kajenjem, hranjenjem ali jemanjem drog.*

Tabela 21: Shizoidna osebnostna struktura, rezultati VMO2, t-vrednosti

Surova vrednost	ISKR	HIST	OBS	IZO	ODV	DEP	NAR	MEJ	ANT	PAR	SHIZ	SHT
12	20			20	22		22		25			30
14	23			22	25		25		27			32
16	25	20		24	28		28		30	20		35
18	28	21		26	30		31		33	22		38
20	31	23	20	29	32		34		36	24	30	40
22	34	25	22	31	35	20	37		39	26	32	43
24	37	28	24	33	37	22	40	31	42	29	33	45
26	39	30	26	35	39	24	43	32	45	31	35	47
28	42	32	29	37	42	26	45	34	48	33	37	50
30	45	34	31	40	44	28	48	35	51	35	39	52
32	48	37	33	42	47	29	51	37	54	37	41	55
34	50	39	36	44	49	31	54	39	57	39	43	57
36	53	41	38	46	51	33	57	40	60	41	44	60
38	56	43	40	49	54	34	60	42	63	43	46	62
40	59	45	42	51	56	36	63	43	66	45	48	64
42	61	47	44	53	58	38	66	45	69	47	50	67
44	64	50	47	55	61	40	70	47	72	48	52	69
46	67	52	49	57	63	41	72	48	75	50	54	72
48	70	54	51	60	66	43	74	50	78	52	56	74
50	72	56	53	62	68	45	77	51	81	54	58	76
52	75	58	56	64	70	47	80	53	84	56	60	79
54	78	61	58	66	73	48	83	55	87	58	62	81
56	80	63	60	69	75	50	87	56	90	60	64	84
58	83	65	62	71	77	52	90	58	92	62	66	86
60	86	67	65	73	80	54	93	59	94	64	68	88
62	90	69	67	75	82	55	96	61	96	66	69	90
64	92	71	69	79	84	57	98	62	98	68	71	92
66	94	73	71	80	87	59	100	64	99	70	73	94
68	96	76	74	82	90	61		66	100	72	75	97
70	100	78	76	84	92	62		67		74	77	100
72		80	78	86	94	64		69		76	78	
74		82	80	88	96	66		70		78	80	
76		85	83	90	98	68		72		80	82	
78		87	85	93	100	70		74		82	84	
80		89	87	96		71		75		84	86	
82		91	90	98		73		77		86	88	
84		93	92	100		75		79		88	90	
86		96	94			77		80		90	92	
88		98	97			78		83		93	95	
90		100	100			80		86		96	97	
95						85		88		100	100	
100						90		90				
105						95		95				
110						100		100				

Primer 2: 27-letna ženska z nedokončano poklicno šolo, nezaposlena, samska, diagnosticirano ima mejno osebnostno motnjo. Poroča o pestri simptomatiki, od pogostih poskusov samopoškodovanja, samomora, motenj hranjenja (bulimija) do zlorabe psihoaktivnih snovi. Zaradi teh težav je bila večkrat tudi v psihiatrični obravnavi. Občasno ima panične napade in nočne more. Ima travmatske izkušnje agresije iz otroštva, tudi njena mati je imela psihične težave. Njeni medosebni odnosi so nestabilni in konfliktni, ima pogoste agresivne izbruhe. Ni dokončala šolanja, nikoli ni bila zaposlena. Išče samo sebe, ne ve, kaj bi počela v življenju.

Podatki iz psiholoških testov: vsebinska analiza Rorschachove tehnike odkriva čustveno travmatiziranost (navajanje agresivnih vsebin, krvi, poškodovanosti, trpljenja). Čustvovanje je nezrelo (slabo strukturirano tolmačenje barv). Je odtujena od drugih, nespretna v socialnih odnosih, sposobnost vživljanja in razumevanja drugih je manjša (navajanje poštasti, nenavadnih in neustreznih vsebin, ki se nanašajo na ljudi in medosebne odnose). Separacijske težave npr. odkriva odgovor: *Dve ženski sta zlepljeni skupaj, deformirani, nekaj ju veže.* Na osebnostnem vprašalniku PAI so povišane lestvice negativnega vtisa (opisuje se v pretirano negativni luči), depresivnosti in anksioznosti. Na osebnostnih lestvicah PAI izstopajo značilnosti mejne, čustveno nestabilne osebnosti s težavami obvladovanja agresivnih impulzov (agresivna naravnost, fizična agresija, samopoškodbeno vedenje) in iskanjem intenzivnih dražljajev, vznemirjenj.

Na vprašalniku VMO2 najvišje rezultate dosega na lestvici mejne, antisocialne, paranoidne in depresivne osebnostne motnje (Tabela 22). Te opisujejo težave v doživljanju same sebe, negativno samovrednotenje nestabilne in konfliktno medosebne odnose s poudarjeno nezaupljivostjo ter težavami z obvladovanjem agresivnosti. Analiza postavk VMO2 odkriva zmedenost identitete (*Pogosto se sprašujem, kdo sem in kaj hočem.; Pogosto imam občutek, da je moje življenje prazno in brez smisla.*), težave pri obvladovanju čustev (*Težko obvladujem svojo jezo ali bes.; Ob najmanjši zameri zgubim živce.; Pogosto reagiram nepremišljeno, kasneje pa to obžalujem.*) in agresivnega vedenja (*Poskušal sem se že poškodovati ali ubiti.; Drugi pravijo, da sem prepirljiv.*). V vedenju je impulzivna in nepremišljena (*Počel sem že nepremišljene stvari, ki bi me lahko spravile v težave – npr. pretirano zapravljajal denar, preveč pil, užival droge, se prenajedal, nevarno vozi, imel nezaščitene spolne odnose z*

Tabela 22: Mejna osebnotna struktura, rezultati VMO₂, t-vrednosti

Surova vrednost	ISKR	HIST	OBS	IZO	ODV	DEP	NAR	MEJ	ANT	PAR	SHIZ	SHT
12	20			20	22		22		25			30
14	23			22	25		25		27			32
16	25	20		24	28		28		30	20		35
18	28	21		26	30		31		33	22		38
20	31	23	20	29	32		34		36	24	30	40
22	34	25	22	31	35	20	37		39	26	32	43
24	37	28	24	33	37	22	40	31	42	29	33	45
26	39	30	26	35	39	24	43	32	45	31	35	47
28	42	32	29	37	42	26	45	34	48	33	37	50
30	45	34	31	40	44	28	48	35	51	35	39	52
32	48	37	33	42	47	29	51	37	54	37	41	55
34	50	39	36	44	49	31	54	39	57	39	43	57
36	53	41	38	46	51	33	57	40	60	41	44	60
38	56	43	40	49	54	34	60	42	63	43	46	62
40	59	45	42	51	56	36	63	43	66	45	48	64
42	61	47	44	53	58	38	66	45	69	47	50	67
44	64	50	47	55	61	40	70	47	72	48	52	69
46	67	52	49	57	63	41	72	48	75	50	54	72
48	70	54	51	60	66	43	74	50	78	52	56	74
50	72	56	53	62	68	45	77	51	81	54	58	76
52	75	58	56	64	70	47	80	53	84	56	60	79
54	78	61	58	66	73	48	83	55	87	58	62	81
56	80	63	60	69	75	50	87	56	90	60	64	84
58	83	65	62	71	77	52	90	58	92	62	66	86
60	86	67	65	73	80	54	93	59	94	64	68	88
62	90	69	67	75	82	55	96	61	96	66	69	90
64	92	71	69	79	84	57	98	62	98	68	71	92
66	94	73	71	80	87	59	100	64	99	70	73	94
68	96	76	74	82	90	61		66	100	72	75	97
70	100	78	76	84	92	62		67		74	77	100
72		80	78	86	94	64		69		76	78	
74		82	80	88	96	66		70		78	80	
76		85	83	90	98	68		72		80	82	
78		87	85	93	100	70		74		82	84	
80		89	87	96		71		75		84	86	
82		91	90	98		73		77		86	88	
84		93	92	100		75		79		88	90	
86		96	94			77		80		90	92	
88		98	97			78		83		93	95	
90		100	100			80		86		96	97	
95						85		88		100	100	
100						90		90				
105						95		95				
110						100		100				

neznano osebo.). Izražena je nemoč, odvisnost v medosebnih odnosih, šibke meje ega in separacijske bojazni (*Pogosto se mi zdi, kot da drugi živijo skozi mene – nimam lastnega življenja.; Menim, da sem odvisna oseba.; Potrebujem pomoč.; Najhujša stvar bi bila, če bi bil zapuščen.*). Realitetna kontrola je šibka (*Že od otroštva sem izgubljal stik z resničnim svetom.; Pogosto imam občutek, kakor da stvari niso resnične.; Imel sem že občutek, da je nekdo ali neka sila zraven mene, čeprav ni bilo nikogar.*). Izstopa tudi konfliktnost in nezaupljivost v medosebnih odnosih (*Preizkušam druge, da ugotovim, ali govorijo resnico in imajo dobre namene.; Nihče me resnično ne razume.; Če se me je kdo namenil prizadeti, bom prej jaz njega.*).

Primer 3: 50-letni moški, poročen, z družino, z visoko izobrazbo, se že več let zdravi zaradi depresivne motnje. Okupiran je sam s seboj in svojimi zdravstvenimi težavami, učinkovitostjo. Strah ga je izgube službe, v kateri opravlja zahtevno intelektualno delo, saj opaža težave s spominom, ki jih ima sicer že vse življenje. V stiski je začel zlorabljati tudi alkohol, porajajo se mu samomorilne misli. Strah ga je, da bo postal dementen, tako kot njegov oče. Težave so se začele pred dvema letoma po operaciji noge in daljši bolniški odsotnosti.

Rezultati psiholoških testov: kognitivne funkcije so v mejah povprečja (Reyevi spominski testi, Test sledenja). Rezultati osebnostnega vprašalnika PAI odkrivajo težnje po opisovanju sebe v negativni luči in nekatere agravacijske nagibe. Od kliničnih lestvic sta najbolj poudarjeni tisti, ki opisujeta težave povezane z uživanjem alkohola in anksioznostjo. Tematski apercpcijski test: je storilnostno orientiran, izražena je potreba po nadzoru. Okupiran je z redom in čistočo. Je tesnoben, negotov, strah ga je odgovornosti, ki jo prevzema. Doživlja se nekompetentnega, sprašuje se, ali bo zmozel delo, ki si ga je naložil. Čuti se zapostavljenega, ne dovolj upoštevanega s strani drugih. Medosebni odnosi so rivalitetni, agresivnost je prikrita. Težave ima z uveljavitvijo. Je pesimističen, resigniran.

Na vprašalniku VMO2 izstopajo lestvice anankastične in depresivne osebnostne motnje (Tabela 23). Težave ima z uveljavljanjem svojih psiholoških potreb. Je rigiden, okupiran z delom (*Moje zdravje trpi, ker sem pod takšnim delovnim pritiskom.; Toliko stvari moram narediti, skoraj ni časa za oddih.*), redom,

natančnostjo in nadzorom (*Da bi pravilno opravil delo, potrebujem red, organizacijo in pravila.; Pri delu je potrebno nenehno težiti k popolnosti ali pa bodo stvari propadle.; Z denarjem moram biti zelo previden, drugače lahko obubožam.*), zaradi česar je manj učinkovit (*Pogosto se izgubljam v podrobnostih, saj skušam narediti stvari čim bolj popolno.*). Je asketski (*O sebi menim, da sem varčen, drugi pa me imajo za skopuha.*). Doživlja se neustreznega, manj sposobnega, strah ga je odgovornosti. Medosebni odnosi so potencialno rivalitetni, posebno do avtoritet (*Nadrejeni so preveč zahtevni in moteči.*), agresivnost izraža v pasivni obliki (*Drugi ljudje ne znajo opraviti stvari pravilno, zato jih raje opravi sam.; Težko oprostim tistim, ki mi naredijo krivico.*). Doživlja se prikrajšan, utesenjen (*Pravila me dušijo.*), pretirano nadzorovan in zapostavljen s strani drugih. Strah ga je izgube odnosov (*Najhujša stvar bi bila, če bi bil zapuščen.; Če ne bom ljubljen, bom nesrečen.*), zaradi česar krivi sebe (*Pogosto se čutim krivega.*). Prisega na pravila, visoke etične standarde (*Imam večji občutek za pravičnost kot drugi ljudje.*). Ima rigidni samonadzor (*Moram nadzorovati svoja čustva, ali pa se bo zgodilo nekaj slabega.*).

Tabela 23: Mešana, anankastično-depresivna osebnostna struktura, rezultati VMO₂, t-vrednosti

Surova vrednost	ISKR	HIST	OBS	IZO	ODV	DEP	NAR	MEJ	ANT	PAR	SHIZ	SHT
12								20			20	32
14	20			20	25			21			22	34
16	24			22	28		28	23	30		24	36
18	27	20		24	31		30	25	32	20	26	38
20	30	23	20	26	34		33	27	34	22	28	41
22	33	25	23	29	36	20	36	28	36	24	29	43
24	36	28	25	31	39	22	38	29	39	26	31	45
26	39	30	27	33	41	24	41	31	41	28	33	48
28	42	32	29	36	44	26	43	33	43	30	34	50
30	45	34	32	38	47	28	46	34	45	32	36	52
32	48	37	34	41	49	30	48	36	48	35	38	55
34	51	39	36	43	52	32	51	38	50	37	40	57
36	54	41	38	45	54	34	54	40	52	39	42	59
38	57	43	40	48	57	35	56	41	54	41	43	62
40	60	46	43	50	60	37	59	43	56	43	45	64
42	63	48	45	53	62	39	61	45	59	45	47	66
44	66	50	47	55	65	41	64	46	61	47	49	69
46	69	52	49	57	67	43	66	48	63	49	51	71
48	72	55	51	60	70	45	69	50	65	51	52	73
50	74	57	54	62	73	46	71	51	68	53	54	75
52	77	59	56	65	76	48	74	53	70	55	56	77
54	80	61	58	67	78	50	76	55	72	57	58	80
56	83	64	60	70	80	52	79	57	74	59	60	82
58	86	66	63	72	82	54	82	58	77	61	62	84
60	90	68	65	74	84	56	85	60	80	63	63	87
62	93	70	67	77	87	57	87	62	81	65	65	90
64	96	73	69	80	90	59	90	63	83	67	67	92
66	98	75	71	82	93	61	93	65	86	69	69	94
68	100	77	73	84	95	63	95	67	88	71	71	97
70		80	76	86	98	65	97	68	90	73	73	100
72		82	78	88	100	66	100	70	93	76	75	
74		84	80	91		68		71	95	78	77	
76		86	83	93		70		73	97	80	78	
78		88	85	96		72		75	100	82	80	
80		90	87	98		74		77		84	82	
82		92	89	100		76		79		86	84	
84		95	91			78		80		86	86	
86		97	93			80		82		90	88	
88		100	95			81		94		93	89	
90			97			83		96		95	90	
95			100			86		90		100	95	
100						90		93			100	
105						95		96				
110						100		100				

LITERATURA

- Abraham, K. (1957). *Papers on psychoanalysis*. Basic Books.
- Allport, G. W. (1991). *Slop i razvoj ličnosti*. Katarina (prevod).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision (4th rev. ed.)*. APA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition* Arlington. APA.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of personality. V D. Cervone in Y. Shoda (ur.), *The coherence of personality: Social-cognitive bases of consistency, variability, and organization* (str. 185-241). Guilford Press.
- Beck, A. T. in Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Press.
- Bender, D. S., Morey, L. C., in Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93, 332–346.
- Benedik, E. (2000). Odnos med osebnostjo in duševnimi motnjami. *Psihološka obzorja*, 9 (2), 53-64.
- Benedik, E. (2001). Osebnostne značilnosti bolnikov s psihozo – doživljanje sebe in drugih oseb. *Psihološka obzorja*, 10 (4), 89-102.
- Benedik, E. (2002). Problemi in možnosti uporabe osebnostnih vprašalnikov pri duševnih bolnikih. *Psihološka obzorja*, 11 (4), 141-148.
- Benedik, E. (2003). Antisocialne značilnosti osebnosti uživalcev opiatnih drog. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 54 (2), 172-178.
- Benedik, E. (2004). Vprašalnik motenj osebnosti: razvoj in preliminarna raziskava. *Psihološka obzorja*, 13 (3), 119-138.
- Beres, D. (1956). Ego deviation and the concept of schizophrenia. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 11, 164–235.
- Berger, J. (2003). *Sinopsis pitanja psihološke procene ličnosti i integracije*. Centar za primenjenu psihologiju.
- Beutler, L. E., Groth-Marnat, G. (2005). *Integrative assessment of adult personality*. Guilford Press.
- Beutler, L. E., Bongar, B., in Shurkin, J. N. (1998). *Am I crazy or is that my shrink?* Oxford University Press.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 24, 107–157.
- Blatt, S. J. (1995). Representational structures in psychopathology. V: D. Cicchetti in S. L. Toth (ur.), *Emotion, cognition and representation. Rochester Symposium on developmental psychology*, 6 (str. 1–33). University of Rochester Press.
- Blatt, S. J. in Lerner, H. (1983). The psychological assessment of object representation. *Journal of Personality Assessment*, 47, 7-28.
- Blatt, S. J., Bers, S. A., in Schaffer, C. E. (1993). *The assessment of self-descriptions. Unpublished research manual*. Yale University.
- Blatt, S. J., Chevron, E. S., Quinlan, D. M., Schaffer, C. E., in Wein, S. (1992). *The assessment of qualitative and structural dimensions of object representations (Rev. ed.)*. Unpublished research manual. Yale University.
- Bornstein, R. F. (2009). Heisenberg, Kandinsky, and the heteromethod convergence problem: Lessons from within and beyond psychology. *Journal of Personality Assessment*, 91, 1–8.
- Bornstein, R. F. (2011). Toward a process-focused model of test score validity: Improving psychological assessment in science and practice. *Psychological Assessment*, 23, 532–544.

- Bras, S. (1978). *Projekcijski preizkus nedokončanih stavkov – priročnik*. Zavod SR Slovenije za produktivnost dela.
- Bregant, L. (1986). *Psihoterapija 14*. Katedra za psihiatrijo medicinske fakultete.
- Brooner, R. K., Schmidt, C. W. in Herbst, J. H. (1994). Personality trait characteristics of opioid abusers with and without comorbid personality disorders. V: Costa, P. in Widiger, T. A., *Personality disorders and the five-factor model of personality* (str. 131–148). APA.
- 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*. University of Minnesota Press.
- Bucik, V. (2007). Vprašalnik petih velikih faktorjev BFQ. V: A. Avsec (ur.) *Psihodiagnostika osebnosti* (153-170). Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.
- Caligor, E., Kernberg, O. F. in Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology — 1st ed.* American Psychiatric Publishing, Inc.
- Caprara, G. V. in Cervone, D. (2000). *Personality. Determinants, dynamics and potentials*. Syndicate of the Press of the University of Cambridge.
- Cattell, R. B. (1988). The data box: Its ordering of total resources in terms of possible relational systems. V J. R. Nesselrode in R. B. Cattell (Eds.), *Handbook of multivariate experimental psychology (2nd ed.)* (pp. 69–130). Plenum.
- Cattell, R. B. (1994). Constancy of global, second-order personality factors over a twenty-year-plus period. *Psychological Reports, 75*, 3-9.
- Cattell, R. B., Eber, H. W. in Tatsuoka, M. M. (1970). *The handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire*. Institute for Personality and Ability Testing.
- Clark, L. A. in Harrison, J. A. (2001). Assessment instruments. V Livesley W. J. (ur.) *Handbook of Personality Disorders*, str. 277-306. Guilford Press.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B.L. in Kernberg, O.F. (2016). *Structured interview for personality organization – revised (STIPO-R)*. Weill Medical College of Cornell University Personality Disorders Institute.
- Cohen J: *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Lawrence Erlbaum Associates, 1988.
- Corbitt, E. M. in Widiger, T.A. (1995). Sex differences among the personality disorders: An exploration of the data. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*, 225-238.
- Costa, P. T. in McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NOE-PI-PR) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Costa, P.T. in Widiger T.A. (ur). (1994). *Personality disorders and the five factor model of personality*. American Psychological Association.
- Chomsky, N. (1959). A review of C. F. Skinner's "Verbal behavior." *Language, 35*, 26-58.
- Cronbach, J. L. (1970). *Essentials of psychological testing – 3rd edition*. Harper and Row Publishers.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason and the human brain*. Grosset/Putnam.
- Erderlyi, M. H. (1985). *Psychoanalysis: Freud's cognitive psychology*. Freeman.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry, 137(5)*, 535-544.
- Eysenck, H. J. (1987). The definition of personality disorders and the criteria appropriate to their definition. *Journal of Personality Disorders, 1*, 211–219.

- Eysenck, H. J. in Eysenck, S. B. G. (1993). *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. University Press.
- Eysenck, H. J. in Eysenck, S. B. G. (1964). *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. University Press.
- Exner, J. E. (2003). *The Rorschach: A Comprehensive System*. John Wiley and Sons, Inc.
- Frank, L. K. (1965). Projective methods for the study of personality. V: B. Murstein (ur.), *Handbook of projective techniques*. Basic Books.
- Freud, S. (1971). *Sexualleben. Studienausgabe - Band V*. S. Fischer Verlag.
- Freud, S. (1987). *Metapsihološki spisi*. ŠKUC, Filozofska fakulteta.
- Ganellen, R. J. (1994). *Integrating the Rorschach and the MMPI-2 in personality assessment*. Erlbaum.
- Golomb, M., Fava, M., Abraham, M. in Rosenbaum, J.F. (1995). Gender differences in personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 152(4), 579-582.
- Graham, J. R. (1990). *MMPI-2. Assessing personality and psychopathology*. Oxford University Press.
- Guastello, S. J. (2000). Nonlinear dynamics in psychology. *Discrete Dynamics in Nature and Society*, 00, 1-20.
- Haken, H. in Knyazeva, H. (2000). Arbitrariness in nature: Synergetics and evolutionary laws of prohibition. *Journal for General Philosophy of Science - Zeitschrift für Allgemeine Wissenschaftstheorie* 31(1):57-73.
- Hathaway, S. R. in McKinley, J. C. (1951). *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Psychological Corporation.
- Hopwood, C. J., Mula, A. L. in Waugh, M. H. (2019). *The DSM-5 alternative model for personality disorders: integrating multiple paradigms of personality assessment*. Routledge.
- Hyer, S. E. (1994). *Personality Diagnostic Questionnaire*. New York State Psychiatric Institute.
- Hyer, S. E., Rieder, R. A., Williams, J. B. W., Spitzer, R. L., Hender, J., & Lyons, M. (1988). The Personality Diagnostic Questionnaire: Development and Preliminary Results. *Journal of Personality Disorders*, 2, 229-237.
- Josephs, L. (1995). *Character and self-experience. Working with obsessive-compulsive, depressive-masochistic, narcissistic, and other character styles*. Jason Aronson.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. Norton.
- Kernberg, O. F. (1984). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. J. Aronson.
- Kernberg, O. F. (1986). *Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (2018). *Treatment of severe personality disorders. Resolution of aggression and recovery of eroticism*. APA Publishing.
- Kihlstrom, J. F. (1984). Conscious, subconscious and unconscious: A cognitive view. V: K. S. Bowers in D. Meichenbaum (ur.), *The unconscious reconsidered* (str. 149-211). Wiley.
- Koch, K. (1986). *Der Baumtest. Der Baumzeichenversuch als psychodiagnostisches Hilfsmittel*. Hans Huber.
- Kondi, K. (1986). *Psihologija Ja*. Nolit.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., in Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42, 1879-1890.
- Kuhn, T. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions (2nd edition)*. University of Chicago Press.
- Laplanche, J. in Pontalis, J. B. (1992). *Rječnik psihoanalize*. Naprijed (prevod).
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., in Foelsch, P. A. (2001). The inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13(4), 577-591.
- Lindzey, G. (1976). *Projective techniques and cross-cultural research*. Ardent Media Inc.
- Lingiardi, V. in McWilliams, N. (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual. Second edition. PDM-2*. Guilford Press.

- 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*. The Guilford Press.
- Magnusson, D. (1988). *Individual development from an interactional perspective: A longitudinal study*. Erlbaum.
- Magnusson, D. (1992). Individual development: A longitudinal perspective. *European Journal of Personality*, 6, 119–138.
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. Morrow.
- McCrae, R. R. in Costa, P. T. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the five-factor model. V: J. S. Wiggins (ur.), *The five-factor model of personality. Theoretical perspectives* (str. 51–87). Guilford Press.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding personality structure in the clinical process*. Guilford Press.
- Meyer, G. J. (1996). The Rorschach and MMPI. Toward a more scientifically differentiated understanding of cross-method assessment. *Journal of Personality Assessment*, 67, 558–578.
- Meyer, G. J., Viglione, D. J., Mihura, J. L., Erard, R. E. in Erdberg, P. (2011). *Rorschach Performance Assessment System: Administration, coding, interpretation, and technical manual*. Rorschach Performance Assessment Systems.
- Mihura, J. L., & Meyer, G. J. (2017). *Using the Rorschach Performance Assessment System® (R-PAS®)*. Guilford Press.
- Morey, L. C. (1991). *Personality Assessment Inventory*. Psychological Assessment Resources, Inc.
- Morey, L. C. (2009). *Vprašalnik za oceno osebnosti: PAI - priročnik*. Center za psihodiagnostična sredstva. (Slovenska priredba: Gosar, D. in Boben, D., prevod Brajovi, T.).
- Millon, T. (1996) *Disorders of personality. DSM-IV and beyond*. Wiley.
- Millon, T. (2004). *Personality disorders in modern life, 2nd edition*. Wiley.
- Millon, T., Grossman, S., in Millon, C. (2015). *MCM-IV: Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual* (1st ed.). NCS Pearson, Inc.
- Millon, T. in Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality. DSM-IV and beyond*. Wiley.
- Murray, H. (1992). *Thematic Apperception Test – Manual*. Harvard University Press.
- Musek, J. (1993). *Znanstvena podoba osebnosti*. Educy.
- Musek, J. (2005). *Psihološke in kognitivne študije osebnosti*. Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
- Nesselroade, J.R., in Molenaar, P. M. C. (1999). Pooling lagged covariance structures based on short, multivariate time-series for dynamic factor analysis. V: R. Hoyle (ur.), *Research strategies for small samples* (223–250). Sage Publications, Inc.
- OPD Task Force (2007). *Operationalized psychodynamic diagnostics OPD-2. Foundations and manual*. Hogrefe & Huber Publishers.
- Paris, J. (1994). *Social factors in the personality disorders. A biopsychosocial approach to etiology and treatment*. University Press.
- Paris, J. (2001). Psychosocial adversity. V: W. J. Livesley (ur.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (231–241). Guilford Press.
- Pervin, L. A. (1994). A critical analysis of current trait theory. *Psychological Inquiry*, 5, 103–113.
- Perry, W. in Viglione, D.J. (1991). The Ego Impairment Index as a predictor of outcome in melancholic depressed patients treated with tricyclic antidepressants. *Journal of Personality Assessment*, 56, 487–501.

- Samuel, D. B. in Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSMIV-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1326-1342.
- Saulsman, L. M. in Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 23, 1055-1085.
- Schultz-Hencke, H. (1952). *Handbook of psychoanalytic psychotherapy*. G.Thieme.
- Stein, M., Hilsenroth, M., Slavin-Mulford, J. in Pinsky, J. (2011). *Social Cognition and Object Relations Scale: Global Rating Method (SCORS-G; 4th ed.)*. Unpublished manuscript. Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School.
- Sticker, G. in Gold, J. R. (1999). The Rorschach: Toward a Nomothetically based, idiographically applicable configuration model. *Psychological Assessment*, 11 (3), 240-250.
- Šali, B. (1998). *Rorschachova psihodiagnostika*. Center za psihodiagnostična sredstva.
- Teglasi, H. (2001). *Essentials of TAT and other storytelling techniques assessment*. John Wiley & Sons, Inc.
- Tušak, M. (1992). *Risanje v psihodiagnostiki I*. Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
- Trull, T. J. in McCrae, R. R. (1994). A five-factor perspective on personality disorder research. V: Costa, P. in Widiger, T. A., *Personality Disorders and the Five-Factor model of Personality* (str. 59–71). APA.
- Tschacher, W. in Haken, H. (2007). Intentionality in non-equilibrium systems? The functional aspects of self-organized pattern formation. *New Ideas in Psychology*, 25 (1), 1-15.
- Urist, J. (1977). The Rorschach test and the assessment of object relations. *Journal of Personality Assessment*, 41, 3–9.
- Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. American Psychiatric Association.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders*. Professional Resource Press.
- Weiner, I. B. (2001). Advancing the science of psychological assessment: The Rorschach inkblot method as exemplar. *Psychological Assessment*, 14, (4), 423-432.
- Westen, D. (1991). Social cognition and object relations. *Psychological Bulletin*, 109, 429-455.
- Westen, D. (1995); *Social Cognition and Object Relations Scale: Q-sort for Projective Stories (SCORS-Q)*. Unpublished manuscript. Department of Psychiatry, The Cambridge Hospital and Harvard Medical School.
- Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124, 333–371.
- Westen, D. in Shedler, J. (1999). Revising and assessing axis II, part II: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 273–285.
- Widiger T.A. (1998). Sex biases in the diagnosis of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 12, 95-118.
- World Health Organization. (1992). *ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and guidelines*. WHO.
- World Health Organization. (2017). *ICD-11. Beta Draft*. Pridobljeno z: <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>.
- World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.)*. Pridobljeno z: <https://icd.who.int/>.
- Wiggins, J. S., Behrens, R. S., Ben-Porath, Y. S., Blatt, S. J., Costa, P. T., Jr., Gurtman, M. B., McAdams, D. P., Piedmont, R. L., Pincus, A. L., & Trobst, K. K. (2003). *Paradigms of personality assessment*. Guilford Press.
- Zanarini, M., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A. in Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733–1739.

