

## Vprašalnik doživljanja sebe in drugih ljudi

EMIL BENEDIK\*

*Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje na Gorenjskem*

**Povzetek:** V prispevku predstavljamo vprašalnik doživljanja sebe in drugih oseb, ki smo ga sestavili na podlagi Kernbergove teorije osebnostnih organizacij duševnih bolnikov. Rezultati vprašalnika, ki so jih dosegli odrasli psihiatrični bolniki, se pomembno razlikujejo od rezultatov zdravih oseb, med samimi bolniki različnih diagnostičnih skupin pa ne odkrivamo izrazitih razlik. Poleg tega se rezultati našega vprašalnika pomembno povezujejo s Tennesseejsko lestvico pojma sebe. To potrjuje teorijo o zmedenem doživljanju sebe in drugih ljudi (oz. zmedeni identiteti) pri bolnikih z duševnimi motnjami.

**Ključne besede:** doživljanje sebe, doživljanje drugih, zmedena identiteta, Kernbergova teorija osebnostnih organizacij, Tennesseejska lestvica pojma sebe, psihopatologija, vprašalniki

## Sensing of self and other people questionnaire

EMIL BENEDIK

*Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje na Gorenjskem*

**Abstract:** The article presents Sensing of Self and Other People Questionnaire, which was constructed on the basis of Kernberg's theory of personality organisations. The results of questionnaire show significant difference between adult psychiatric patients and normal subjects, but not between patients of different diagnoses of mental disorders. The results also exhibit a strong correlation with the Tennessee Self Concept Scale. This supports the theory of diffusion of self and identity in patients with mental disorders.

**Key words:** sensing of self, sensing of others, identity diffusion, Kernberg's theory of personality organisation, Tennessee Self-Concept Scale, psychopathology, questionnaires

CC=2224 3210

---

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

Pričujoči prispevek je del obsežnejše študije o značilnostih doživljanja sebe in pomembnih drugih oseb psihiatričnih bolnikov kot relativno trajne in stabilne osebnostne značilnosti. V okviru tega nas zanimajo razlike med zdravimi in duševno motenimi osebami kot se te lahko odražajo v samoopisih, samoocenjevalnih lestvicah in vprašalnikih. Pri tem smo izhajali iz Kernbergove teorije osebnostnih organizacij, na podlagi katere smo skušali sestaviti vprašalnik, ki ga predstavljamo v prispevku.

## **Kernbergova teorija osebnostnih organizacij**

Kernberg (1986) definira motnje osebnosti kot sklop patoloških osebnostnih potez, ki so tako močne, da privedejo do pomembnih motenj intrapsihičnega in/ali interpsihičnega delovanja. Za razliko od uveljavljenih klasifikacij DSM-IV (1994) in ICD-10 (1992) predlaga razvrstitev motenj osebnosti, ki temelji na psihoanalitičnih oz. psihostrukturalnih kriterijih in vključuje spoznanja psihologije ega, teorije objektnih odnosov ter sodobne razvojne psihologije. Kernberg pri tem poudarja predvsem raven razvoja agresivnih in libidnih gonov, strukture jaza in nadjaza ter internaliziranih objektnih odnosov.

Motnje osebnosti predstavljajo specifično osebnostno organizacijo, pri čemer so "blažje" patologije oz. višji nivo organizacije povezane z nevrozami (pri čemer nevrotske motnje predstavljajo sestavni del osebnosti, npr. karakterne nevroze). Srednji in nižji nivo osebnostne organizacije Kernberg imenuje mejna osebnostna organiziranost, pri čemer sta zmedena identiteta in sklop nezrelih obrambnih mehanizmov ključna kriterija, ki ju ločujeta od prve. Najnižji nivo osebnostne organiziranosti predstavlja psihotična osebnostna organizacija, katere glavna značilnost je motena realitetna kontrola. Stopnja organizacije identitete predstavlja raven integracije selfa, ki vključuje celotno osebnost s telesno in psihično organizacijo (Hartman, cit. po Kondić, 1986). Pri tem predstave selfa razumemo kot sklop zavednih in predzavednih (mogoče tudi nezavednih) psihičnih reprezentacij (zastopstev) cit. posameznika, tako s telesnega, psihičnega kot s socialnega vidika.

Identiteta jaza pomeni najvišjo raven organizacije objektnih odnosov in selfa (Kernberg, 1984). Pomeni utrditev struktur jaza, občutja kontinuitete selfa, čvrstost lastnih medosebnih interakcij in prepoznanje te konsistentnosti v interakcijah kot lastno značilnost, prav tako pa tudi potrditev tega s strani drugih, kot je to poudarjal že Erikson (1963). Objektni odnosi so depersonificirani in integrirani na višji ravni strukture jaza in nadjaza, kot je to npr. ideal selfa ali karakter. Pri normalnem izidu oblikovanja identitete so primitivne identifikacije zamenjane s selektivnimi, delnimi, sublimiranimi, pri čemer so internalizirani le tisti vidiki objektnih odnosov, ki so skladni z individualno identitetno zgradbo.

Zrela identiteta predvideva integracijo ne le predstav o sebi, ampak tudi predstav o objektu. Integrirane predstave o objektu pomenijo realistične predstave o pomembnih drugih osebah. Kernbergov koncept identitete torej presega koncept

selfa (s katerim se sicer v mnogočem pokrivata), saj vključuje tudi doživljanja oz. identiteto drugih ljudi. Značilnosti, ki kažejo na zmedeno (razpršeno) identiteto pri bolnikih z mejno ali psihotično osebnostno organizacijo, so naslednje (Kernberg, 1986):

- slabo integriran koncept selfa in pomembnih drugih oseb;
- subjektivni občutek praznine;
- nasprotujoča si doživljanja sebe;
- nasprotujoče si vedenje, ki ne more biti integrirano na emocionalno smiselni način;
- površne, plitve, enolične in revne percepcije drugih;
- nesposobnost pomembnih interakcij z drugimi. Medosebni odnosi so nestabilni, plitvi, neempatični, nerazumevajoči, konfliktni, hladni, netaktni itd;
- pomanjkljiva integracija nadjaza. Prisotne so težave pri identifikaciji z etičnimi vrednotami in ni možnosti doživljanja normalnih občutij krivde. Neintegrirani predhodniki nadjaza, posebno primitivne sadistične in idealizirane objektivne reprezentacije pri psihozah in mejnih primerih ter močna občutja krivde pri nevrozah, govorijo o šibki integraciji.

Zanima nas, ali zmedena identiteta, ki jo razumemo kot pomemben del doživljanja sebe, pomeni trajno osebnostno značilnost bolnikov z različnimi psihičnimi motnjami, ki naj bi bile izraz mejne oz. psihotične osebnostne organizacije. Oglejmo si nekatere zaključke raziskav o značilnostih doživljanja sebe in drugih oseb pri posameznih skupinah psihiatričnih bolnikov.

## Motnje osebnosti

Na težave pri samoopisovanju bolnikov z mejnimi motnjami osebnosti lahko posredno sklepamo po številnih neuporabnih rezultatih osebnostnih vprašalnikov, ki so posledica nekritičnega ocenjevanja sebe. Tako npr. rezultati na testu MMPI pri takšnih bolnikih lahko "kažejo" večjo "psihotičnost", kot pa je to značilno za bolnike s shizofrenijo (Westen in Cohen, 1993). Hkrati avtorja navajata pilotno študijo, ki potrjuje psihoanalitične predpostavke o slabo diferenciranih reprezentacijah selfa in objekta, kontradiktornih, neintegriranih, negativnih, nestabilnih, po drugi strani pa lahko tudi o kompleksnih predstavah o sebi pri bolnikih z mejno osebnostno motnjo.

Marziali in Oleniuk (1990) sta uporabili Blattov kodni sistem za ocenjevanje ravnih mentalnih reprezentacij drugih (Blatt, Wein, Chevron in Quinlian, 1979) ter na podlagi tega ugotavljata razlike v opisovanju pomembnih drugih oseb med mejno osebnostno motenimi bolniki in zdravimi osebami. Mejni bolniki imajo večji odstotek opisov na manj diferencirani stopnji objektnih reprezentacij, normalne osebe pa imajo večji odstotek kompleksnejših in bolj diferenciranih opisov.

## Depresija

Higgins (Strauman in Higgins, 1993) navaja povezanost velike neskladnosti med predstavami o aktualnem in idealnem selfu z žalostjo, razočaranjem in frustracijami. Prav tako so ugotovljene negativne zveze med razlikami med idealnim in aktualnim selfom ter ravno psihične prilagojenosti oz. sprejemanjem samega sebe in samoomejevanjem (Assor in Tzelgov, 1987). To je v skladu z Rogersovo teorijo o nezadovoljstvu in težavah v doživljanju sebe pri osebah, kjer je velik razkorak med percepiranimi in želenimi predstavami o sebi (Lamovec, 1994). Butler (1994, cit. po Brownu, 1998) odkriva zvezo med labilno ravno samospoštovanja in disforijo, ki se pojavi ob negativnih dogodkih. Reaktivno samospoštovanje je tako boljši napovedovalec depresije kot pa nizko, a stabilno samospoštovanje. Sicer je za psihiatrične bolnike z depresivno motnjo nasploh značilno zelo nizko samospoštovanje, npr. rezultati na Rosenbergovi skali samovrednotenja se pomembno razlikujejo tudi od rezultatov bolnikov drugih diagnostičnih skupin (npr. od tistih z anksioznimi motnjami in motnjami odvisnosti) in tudi od normalnih (Silverstone, 1991). Izjema so bolniki z diagnozo motnje osebnosti. Prav tako so ugotovljene pozitivne zveze med depresijo in stopnjo samozavedanja (Ingram, 1987, cit. po Brownu, 1998). Depresivna stanja naj bi bila po Linnvillu (Segal in Muran, 1993) povezana tudi z manj kompleksno organizacijo selfa, ki je nestabilna in manj odporna na negativne informacije iz okolja.

Po Becku (1976) imajo depresivni bolniki negativno shemo o sebi, pri čemer so zanje značilne kognitivne distorzije, kot so selektivne abstrakcije, arbitrarni zaključki, pretirane generalizacije in dihotomno mišljenje. Pri tem ni mogoče ugotoviti, ali so ta disfunkcionalna prepričanja vzrok ali le spremljevalci, simptomi ali posledice depresije. Nekatere raziskave potrjujejo avtomatsko procesiranje negativnih osebnih predpostavk (Bargh in Tota, 1988, cit. po Brownu, 1998) in povezanost depresije in disfunkcionalnih predpostavk o sebi (Segal in Muran, 1993).

Blatt in Bers (1993) navajata pozitivno zvezo med depresivnostjo (Beckova in Zungova lestvica) ter doživljanjem sebe kot hladnega, negativnega (samoopis). Obenem so opisi zdravih oseb bogatejši, daljši, večdimenzionalni, diferencirani, integrirani in tolerantnejši do kontradiktornosti od samoopisov bolnikov. Iz vsebine spisov bolnikov je mogoče razbrati tudi manj kakovostne odnose z drugimi. To kaže na bolj razvit in diferenciran self pri normalnih subjektih kot tudi sposobnost in pripravljenost deliti svoje poglede o sebi z relativno neznano osebo. Blatt (Blatt in dr., 1979) odkriva tudi povezanost med depresijo in reprezentacijami staršev. Depresivni bolniki opisujejo svoje starše veliko bolj negativno kot ostali, pri čemer uporabljajo takšne oznake, kot so hladnost, agresivnost, ambicioznost, krivdo vzbujajoči, nezmožnost zadovoljiti zahteve itd., pri čemer Blatt v svoji raziskavi posebej opaža doživljanje pomanjkanja podpore in ljubezni. Avtor meni, da je temeljna značilnost depresije oz. dovzetnosti za depresijo oškodovanost objektnih reprezentacij oz. motnje v kognitivnem in afektivnem razvoju objektnih reprezentacij.

Bornstein, Galley in Leone (1986) ugotavljajo zvezo med kakovostjo starševskih reprezentacij in oralnostjo. Avtorji na podlagi primerjav rezultatov Rorschachovega projekcijskega preizkusa in opisov staršev odkrivajo pozitivno povezavo med oralnimi značilnostmi subjektov ter negativnimi opisi staršev (predvsem z opisi matere kot hladne, kaznujoče, zlobne, neuspešne itd.), kar se ujema z Blattovimi ugotovitvami. Niso pa uspeli potrditi povezave med oralnostjo in konceptualno ravnjo opisa pomembne druge osebe, ki naj bi bila indikator razvitosti in diferencije selfa. Raziskava implicira hipotezo o povezanosti psihoanalitičnega koncepta oralnosti in depresije. Pri razlikah v samovrednotenju zdravih in depresivnih oseb je zanimivo, da zdrave osebe ocenjujejo sebe bolj pristransko (se precenjujejo) kot pa depresivne, katerih ocene so bolj točne (Campbell in Fehr, 1990, cit. po Brownu, 1998). Torej pri (blago) depresivnih ne gre toliko za negativen pogled, ampak za nekakšen depresivni realizem, za pomanjkanje samozaščitne pozitivne pristranskosti.

Značilnost depresivnih oseb je tudi pozornost, usmerjena nase (self-focused attention). Termin pomeni pozornost, usmerjeno na informacije o sebi, ki so internalno generirane in v nasprotju z informacijami, ki prihajajo "od zunaj", skozi senzorne receptorje (Ingram, 1990). Na tej podlagi je bil izdelan vprašalnik o samozavedanju (self-consciousness scale), ki naj bi meril to dimenzijo (Fenigstein, Scheier in Buss, 1975).

Vendar Ingram hkrati ugotavlja, da ima pozornost, usmerjena nase, šibko diskriminacijsko moč med različnimi psihičnimi motnjami, saj je med drugim povezana tudi z anksioznimi motnjami, odvisnostjo od alkohola (alkohol npr. znižuje raven samozavedanja pri osebah, ki imajo to lastnost močno izraženo), shizofrenijo in "psihopatijo". Zanimivo bi bilo ugotoviti, ali je to dimenzija, ki loči osebe s psihičnimi motnjami od normalnih. Nekateri avtorji (npr. Pyszczynski, Greenberg, Hamilton in Nix, 1991) menijo, da ni tako, saj kljub temu, da znižanje ravni samozavedanja zmanjšuje izraženost depresivnih simptomov pri depresivnih osebah, zvišanje ravni pozornosti, usmerjene nase, ne povečuje izraženosti depresivnih simptomov pri normalnih osebah. Vsekakor to področje zahteva nadaljnje preučevanje.

## **Motnje odvisnosti**

Psihoanalitične teorije opisujejo osebe, odvisne od alkohola, kot oralno fiksirane osebnosti, z odvisnostnimi, narcisističnimi in pasivnimi osebnostnimi značilnostmi (Ziherl, 1988). Številne raziskave potrjujejo, da je problem doživljanja sebe eden njihovih osrednjih značilnosti. Ziherl (1988) navaja študije, v katerih so se osebe, odvisne od alkohola, pomembno razlikovale od ostalih glede samospoštovanja, moči jaza (merjeno z MMPI in Cattellovim osebnostnim vprašalnikom) in občutij manjvrednosti. Te osebe imajo šibak jaz, močna občutja manjvrednosti, pri čemer se občutja impotence občasno spremenijo v onipotentnost, kar tudi kaže na problem

samospoštovanja. Prav tako je izražen problem spolne identitete (npr. pri ženskah, odvisnih od alkohola).

S pretiranim uživanjem alkohola je povezano tudi samozanemarjanje in veliko neskladje med doživljanjem realnega in idealnega selfa (Ichiyama, Zucker, Fitzgerald in Bingham, 1996). Alkohol je tako lahko blažitelj tega neskladja oz. znižuje visoko raven samozavedanja in s tem negativno samovrednotenje (Hull, 1981, cit. po Ingramu, 1990). V drugi raziskavi Hulla in Jounga (1983, cit. po Musku, 1985) so osebe, ki se močno zavedajo samega sebe, po doživljanju neuspeha popile bistveno večjo količino pijače kot osebe, ki se sebe šibko zavedajo. Alkohol predstavlja poskus ohranjanja ravni samovrednotenja.

Če nadaljujemo razmišljanje o funkciji drog, lahko navedemo tudi teorijo Wiederja in Kaplana (1969, cit. po Khantzianu in Treeceu, 1993), po kateri je namen uživanja določene droge ustvarjanje specifičnega stanja selfa v skladu z Mahlerjevo razvojno teorijo. Tako naj bi bila za uživalce opiatnih drog značilna težnja po "narcisistični blaženosti", občutju enotnosti z idealnim objektom (simbioza), za amfetaminske uživalce pa potreba po onnipotenci skozi aktivnost in gibanje (practiciranje). Droga je tako nadomestilo za primanjkljaje v psihični strukturi. Frosch in Milkman (1993) ugotavljata bistvene razlike glede funkcij jaza med osebami, odvisnimi od drog, in zdravimi. Pri tem sta uporabila Bellakov in Hurvichov intervju ter Ocenjevalno lestvico za delovanje jaza. Odvisne osebe imajo med drugim pomembno slabše avtonomne in sintetično integrativne funkcije jaza, smisel za realnost (razvoj individualnosti in pozitivnega samovrednotenja) in motnje v objektivnih odnosih. Na podlagi primerjav rezultatov in pomembnih razlik, ki jih dosegajo odvisne osebe v fazi intoksikacije in abstinence, avtorja zaključujeta, da gre za kvazistabilno identiteto, ki je pri heroinskih uživalcih odvisna od zunanjih virov. Omeniti velja še to, da amfetaminski uživalci dosegajo boljše rezultate kot opiatni, kar nekako potrjuje omenjeno teorijo o samomedikaciji in razvojnih stopnjah.

V zvezi z raziskovanjem kvalitete objektivnih odnosov lahko omenimo tudi Žvelčevo raziskavo (1998), ki na podlagi lastnega vprašalnika objektivnih odnosov odkriva razlike med uživalci opiatnih drog in zdravimi osebami. Za osebe, odvisne od drog, je značilno večje simbiotično zlivanje, večja separacijska anksioznost, grandioznost in onnipotentnost, egocentrizem, strah pred požiranjem ter socialna izolacija. Na podlagi Slikovnega testa separacije – individualizacije prav tako ugotavlja motene odnose odvisnih oseb z bližnjimi osebami (konflikten, odtujen ali simbiotičen odnos), na podlagi česar lahko sklepamo tudi na težave v doživljanju sebe in pomembnih drugih oseb.

### **Anksiozne, stresne in somatiformne motnje**

Higgins (Strauman in Higgins, 1993) navaja povezanost velikega neskladja med predstavami o aktualnem selfu in prepričanjem, kakšen bi moral biti (ought self), z

anksioznostjo, zaskrbljenostjo ter občutji krivde. Tudi Horneyjeva (1950, cit. po Eells, 1993) poudarja razkorak med "oboževanim" pričakovanim in "zaničevanim" realnim selfom pri anksioznih osebah, pri čemer navaja poskus obvladovanja anksioznosti z umikom v imaginacijo in idealizacijo selfa. Obenem pa se anksioznost ponovno aktivira s poskusom uveljavljanja tega idealiziranega selfa.

Številne druge raziskave poročajo o negativni korelaciji med ravno samospoštovanja in anksioznostjo (Lamovec, 1994). Po Greenbergu (1992, Lemme, 1995) je funkcija pozitivnega samospoštovanja prav v zaščiti posameznika pred anksioznostjo. Pri tem navaja izsledke eksperimenta, pri katerem so posamezniki, ki so jim predhodno "okrepili" samovrednotenje, lažje prenašali stres oz. bili manj anksiozni kot kontrolna skupina.

Pennebaker in Keough (1999) na podlagi raziskav in eksperimentov, ki so ugotavljali načine spopadanja s stresom, zaključujeta, da se osebe, ki so sposobne reorganizacije sistema selfa (to pa naredijo z razkrivanjem, verbalizacijo, izražanjem emocij, kar omogoča vpogled v zastrašujoče izkušnje in obnovo koherentnosti, integracijo selfa), lažje spopadajo s travmatskimi dogodki in stresnimi situacijami kot tisti, ki se manj razkrivajo.

Pri somatoformnih motnjah se zdi, da fizična bolezen predstavlja osrednji pojav v konceptu selfa posameznika. Po Kihlstromu (Kihlstrom in Kihlstrom, 1999) lahko somatizacijo opredelimo kot problem identitete: posameznik se identificira kot bolna oseba in ta koncept sebe obarva interpretacije občutij in čustev kot bolezenske simptome ter vodi k močnim in vztrajnim zahtevam po zdravstveni obravnavi. Zdravnik na nasprotni strani identificira pacienta kot zdravega, mogoče psihično motenega - to pa posameznik zavrača in tu je jasen konflikt v konceptu sebe.

Številni avtorji so preučevali vpliv osebnostnih značilnosti na razvoj (psiho)somatske bolezni. Friedman in Booth - Kewley (cit. po Ouellette, 1999) zaključujeta, da so za t. i. k bolezni nagnjeno osebnost (disease - prone personality) značilne anksioznost, depresivnost, jeza in sovražnost. Contrada (cit. po Outellette, 1999) meni, da je za osebe, pri katerih obstaja nevarnost razvoja kardiovaskularnih motenj, značilna pretirana okupiranost s kontrolo (sebe in drugih). Znan je t. i. vedenjski vzorec tipa A in pri osebah, za katere je ta značilen, lahko agresiven način reševanja težav razumemo kot poskus doseganja občutij lastne vrednosti in poskus zadovoljevanja lastnih visokih standardov (Contrada in Ashmore, 1999).

Po drugi strani sposobnost kontrole nad svojimi dejanji, razmišljanji in čustvi oz. osebnostna vzdržljivost, čvrstost, kot so jo poimenovali Kobasa in drugi (Outellette, 1999), omogoča izkušnjo avtentičnosti, zavesti, možnosti delovanja in je pogoj za uspešno spopadanje s stresom. Armsworth s sodelavci (Armsworth, Stronck in Carlson, 1999) odkriva, da je pri osebah z anamnezo incesta v veliko večji meri prisotno nezadovoljstvo z lastnim telesom in nasploh s samim sabo, pomembno večji je tudi delež disociativnih fenomenov. Negativno doživljanje telesne podobe in sebe je povezano z občutji izgube kontrole in s splošnim občutkom lastne

nevrednosti. To potrjuje teorije, ki govorijo o pomembnem vplivu travm iz zgodnjega otroštva na razvoj kohezivne identitete, telesne integritete oz. samopodobe in s tem na človekovo osebnost nasploh. Tudi drugi avtorji (npr. Attias in Goodwin, 1999) poročajo o povezavi med spolno zlorabo in kasnejšim razvojem mentalnih motenj, pojavljajo se tudi somatizacijske in seksualne motnje, depersonalizacijski sindromi, motnje multiple osebnosti ter druge, ki so očitno povezane s problemom identitete oz. selfa.

Težave v doživljanju sebe se pojavljajo tudi pri dekletih z motnjami hranjenja. Te na vprašalniku o motnjah hranjenja (Eating Disorder Inventory) in Bellovem vprašalniku objektivnih odnosov (BORRTI) dosegajo pomembno drugačne rezultate kot normalne posameznice (Prosnik, 1998). Pri osebah z motnjami hranjenja so občutki neuspešnosti, splošne neustreznosti, negotovosti, praznine, podcenjevanje samega sebe močnejše izraženi kot pri normalnih osebah. Dekleta z anoreksijo in bulimijo imajo bistveno več motenj delovanja jaza na področju objektivnih odnosov kot dekleta brez motenj hranjenja. Prisotno je pomanjkanje zaupanja v medosebnih odnosih, omejena zmožnost empatije, pretirana občutljivost na zavrnitev, kritiko, ločevanje in izgubo pomembnih ljudi. Nadalje je zanje značilna egocentričnost, manipuliranje z drugimi, težave pri navezovanju stikov z osebami nasprotnega spola, ohranjanje odnosov, socialno izogibanje ... To pomeni, da so pri teh osebah prisotne tudi težave v doživljanju drugih (pomembnih) ljudi.

### **Psihoza (shizofrenija in blodnjava motnja)**

Bolniki s shizofrenijo imajo motnje v predstavi lastnega telesa (L. Chapman, J. Chapman in Raulin, 1978), kar avtorji ugotavljajo na podlagi vprašalnika, ki vključuje postavke o nejasnih mejah telesa, občutjih nerealnosti ali nenavadnih telesnih senzacij, občutjih telesnega propada, zaznavah sprememb velikosti, velikostnih razmerij ali prostorskega odnosa telesa ali občutjih sprememb v pojavnosti telesa. Vendar so te lahko odraz motenj percepcije nasploh, ki se pojavljajo pri teh bolnikih, obenem pa to tudi ni značilno za vse shizofrene motnje. Blatt s sodelavci (Blatt in Ritzler, 1974; Blatt, Wild in Ritzler, 1975) odkriva velike motnje v reprezentaciji mej jaza (ugotavljenih na podlagi Rorschachovega projekcijskega testa), ki so najbolj očitne pri bolnikih s shizofrenijo. Ti imajo pomembno slabšo kognitivno in emocionalno kontrolo, bolj uporabljajo hiperinkluzivno ali hipoinkluzivno mišljenje, pri njih so prisotne večje motnje v objektivnih reprezentacijah in nasploh v socialnih odnosih.

Številne študije (Penn, Bentall, Corrigan, Newman in Racenstein, 1997) odkrivajo tendenco pripisovanja negativnih lastnosti ali dogodkov zunanjim faktorjem (drugim ljudem), pozitivne dogodke pa notranjim (sebi). Takšne značilnosti so prisotne pri bolnikih s preganjalnimi blodnjami in tistimi s shizofrenijo. Bentall in Kindermann (1996, cit. po Pennu in dr., 1997) to razumeta kot poskus odpravljanja



neskladja med reprezentacijami sebe in self ideala oz. kot odgovor na latentno negativno shemo selfa, ki jo imajo ti bolniki. S to prepostavko se ujemajo rezultati raziskave, v kateri je bilo ugotovljeno, da se blodnjavi bolniki počasneje odzivajo na besede, ki so povezane s samovrednotenjem, pri čemer je bil uporabljen Stroopov besedni in barvni test (Kindermann, 1994). Proces naj bi bil nasproten pri bolnikih z depresijo.

Koncept sebe se pomembno razlikuje pri psihiatričnih bolnikih v primerjavi z zdravimi osebami (Fitts in Warren, 1996). Bolniki imajo bolj negativno podobo o različnih vidikih sebe, kot so t. i. telesni, socialni, akademski, osebnostni in moralno etični self. Do takšnih zaključkov so prišli različni avtorji na podlagi uporabe Tennesseejske lestvice pojma sebe (TSCS), ki jo je razvil Fitts (Fitts in Warren, 1996).

Povzamemo lahko, da je problem doživljanja sebe in drugih (pomembnih) oseb povezan z različnimi mentalnimi motnjami. Zanima nas, ali bi lahko na podlagi Kernbergovih kriterijev za zmedeno identiteto sestavili merski instrument, ki bi lahko ločeval med zdravimi in duševno motenimi posamezniki. Ali se bolniki z različnimi motnjami (npr. psihotičnimi in nepsihotičnimi) bistveno razlikujejo med seboj glede rezultatov vprašalnika doživljanja sebe in drugih ljudi? Na kakšen način so te razlike povezane s konkretnimi motnjami? Seveda se zastavlja tudi vprašanje veljavnosti takšnega instrumenta, kako pravzaprav razlagati morebitne razlike?

## **Metoda**

### **Udeleženci**

V raziskavi je sodelovalo 310 odraslih oseb (starih nad 18 let), od tega 111 zdravih oseb predstavlja kontrolno skupino, eksperimentalno skupino pa 199 oseb, ki so imeli status psihiatričnega bolnika in so se zdravili v Psihiatrični bolnišnici Begunje oz. v Ambulanti za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od nedovoljenih drog v Kranju. Vsi, ki so bili vključeni v raziskavo, izhajajo iz pretežno podeželskega okolja. Imajo povprečne splošne mentalne sposobnosti (pri bolnikih je bil predhodno opravljen psihološki pregled, ki je vključeval test inteligentnosti in drugih mentalnih funkcij) in izobrazbo, bili so diagnostično opredeljeni (skladnost ocen najmanj dveh psihiatrov). Pri nobenem niso bile prisotne težje (kronične) somatske bolezni ali telesna invalidnost. Prav tako so bili izključeni 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. Tudi bolnike v akutnem psihotičnem stanju ali v fazi intenzivnih afektov, ki so preprečevali normalno sodelovanje v raziskavi, smo izločili.

### *Eksperimentalna skupina*

Eksperimentalno skupino sta sestavljali kategoriji bolnikov na podlagi aktualnih psihiatričnih diagnoz po mednarodni klasifikaciji mentalnih in vedenjskih motenj ICD-10:

- *Bolniki s psihotičnimi motnjami.* Skupino je sestavljalo 99 oseb, od tega 49,5 % žensk in 50,5 % moških. Pri tem je bilo 37 % bolnikov z akutnimi in prehodnimi psihotičnimi motnjami, 26 % bolnikov s shizofrenijo (F20.x)<sup>1</sup>, 16% bolnikov z blodnjavimi motnjami (F22.x) in bolniki z drugimi psihotičnimi motnjami in sicer: 8 % bolnikov s shizoafektivnimi motnjami (F25.x), 8 % z bipolarnimi afektivnimi motnjami (F31.x) ter 4 % bolniki z resno depresivno epizodo s psihotičnimi simptomi (F32.3). Starost bolnikov se je gibala od 18 do 69 let, s srednjo vrednostjo  $M = 34,84$  let ( $SD = 11,79$ ). Največ jih je imelo dokončano srednjo šolo. Brezposelnih je bilo 29,3% bolnikov, 46,5 % je zaposlenih, 15,2 % je študentov, 9,1% je upokojujencev. Med njimi je bilo 30,3 % poročenih, samskih 56,6 %, razvezanih 10,1 %, 3 % so bili vdovci. V času raziskave je bilo 70,7 % bolnišničnih in 29,3 % ambulantnih bolnikov.
- *Bolniki brez psihotičnih motenj.* Skupino je sestavljalo 100 oseb, med temi 41 % žensk in 59 % moških, ki so bili stari od 18 do 68 let, s povprečno vrednostjo  $M = 33,49$  let in razponom  $SD = 11,39$  let. To so bili bolniki s sindromom odvisnosti (F1x.20 - F1x.26), pri čemer gre pri 35 % za mentalne motnje zaradi odvisnosti od opiatov (F11.x), 14 % pa jih je odvisnih od alkohola (F10.x). Nadalje je skupino sestavljalo 23 % bolnikov z motnjami osebnosti (F60.x) in bolniki z drugimi nepsihotičnimi motnjami, in sicer: 12% z depresivno epizodo (F32.x), 2 % z distimijo (F43.1), eden z bipolarno afektivno motnjo brez psihotičnih simptomov, 5 % z mešanimi anksioznimi in depresivnimi motnjami (F41.2), 5 % z generalizirano anksiozno motnjo (F41.1); 2 % z prilagoditvenimi motnjami (F43.2), s po dvema članoma so bile zastopane somatizacijske (F45.0), hipohondrične (F45.2), nevrastenične (F48.0) in panične motnje (F41). Agorafobija (F40.0) in socialna fobija (F40.1) sta bili prisotni pri enem pacientu. Največ bolnikov iz te skupine je imelo srednješolsko izobrazbo. Pri tem jih je bilo 36 % zaposlenih, 52 % nezaposlenih, 7 % študentov in 5 % upokojenih. Poročenih je bilo 31 %, samskih 58 %, razvezanih 8 % bolnikov. Trije bolniki so bili vdovci. V času raziskave je bilo 35 % bolnikov v bolnišnični, 65 % pa v ambulantni obravnavi.

### *Kontrolna skupina*

Kontrolno skupino so sestavljali zdravi udeleženci oz. tisti brez statusa psihiatričnih

<sup>1</sup>Oznaka motnje po ICD-10. Zadnji »x« pomeni, da je v to skupino vključenih več kategorij, npr. F20.x zajema paranooidno shizofrenijo (F20.0), hebefrensko shizofrenijo (F20.1), katatonsko shizofrenijo (F20.2) itd.

bolnikov. Vanjo smo vključili 111 oseb, ki so bili po spolu, starosti in izobrazbi čim bolj podobni eksperimentalni skupini. Skupino so sestavljali uslužbenci oglaševalske agencije, bolnišnično osebje, člani športnega društva, tovarniški delavci in vojaški naborniki. V skupini je bilo 61 (55 %) žensk ter 50 (45 %) moških. Starost udeležencev se je gibala od 18 do 71 leta, s sredino  $M = 31,4$  leta in  $SD = 10,99$ . Največ posameznikov ima srednješolsko izobrazbo. Glede na spol in izobrazbo skupina torej ni povsem uravnotežena z eksperimentalnima.

### Instrumenti in postopek

Kot merski pripomoček smo uporabili vprašalnik o doživljanju sebe in drugih ljudi (DSDL) in Tennesseejsko lestvico pojma sebe (TSCS). DSDL je prvotno vseboval 48 postavk, ki smo jih sestavili na podlagi Kernbergovih kriterijev za določitev zmedenosti identitete, in se nanašajo na značilnosti doživljanja samega sebe in drugih oseb. Izbrane postavke sta ocenila tudi dva strokovnjaka s področja klinične psihologije in dodala svoje pripombe. Udeleženci raziskave so na postavke odgovarjali s pet - stopenjsko lestvico Likertovega tipa (od 1 - sploh ne drži, do 5 - povsem drži). Celoten rezultat predstavlja vsoto vseh točk posameznih postavk. Pri nasprotno usmerjenih postavkah (glede na predpostavljene merjeni konstrukt) je točkovanje obrnjeno.

Na podlagi analize zanesljivosti (test alfa) in korelacij posameznih postavk s celotnim rezultatom smo izločili dve postavki, ki sta šibko oz. negativno korelirali z ostalimi (medtem ko smo eno ohranili, saj se je v nadaljnjih analizah izkazala kot pomembna), tako da je bilo v končno verzijo vključenih 46 trditev (tabela 1). Analiza je bila izvedena na 111 odraslih normalnih oseb (glej opis kontrolne skupine). Aritmetična sredina celotnega rezultata znaša  $M = 97,71$  ( $SD = 18,41$ ). Cronbachov koeficient  $\alpha$  zanesljivosti kaže, da je vprašalnik notranje skladen ( $\alpha = 0,85$ ). Spearmanov razpolovitveni koeficient zanesljivosti znaša 0,87. Veljavnost vprašalnika smo vsaj deloma skušali potrditi s Tennesseejsko lestvico koncepta sebe, kar je opisano v nadaljevanju. Vprašanje možnih poddimenzij vprašalnika pa še ostaja odprto.

Kot odvisna spremenljivka tako nastopa celoten rezultat vprašalnika. Visok rezultat naj bi bil povezan s težavami lastne identitete oz. doživljanjem drugih ljudi. Osebe, ki dosegajo visoke rezultate na tem vprašalniku, naj bi imele težave pri prepoznavanju namenov drugih ljudi in jih tudi pogosto napačno ocenjujejo. Nimajo zaupanja v druge in jih tudi ne zanimajo, saj jih pogosto razočarajo ali so z njimi pogosto v konfliktih. Nimajo dosti ljubezenskih izkušenj, dolgotrajnih prijateljstev, nimajo osebe, ki bi ji lahko zaupali in bili nanjo navezani. Ljudi delijo dihotomno, na dobre in slabe. Po drugi strani sebe doživljajo kot nezanesljive, spremenljive, z notranjimi nasprotji in pogostimi občutki praznine, odtujenosti ter dolgočasje. Slabo poznajo sebe, pogosto spreminjajo mnenje o sebi, se nenavadno vedejo in težko izražajo misli, čustva in hotenja. Imajo pogosta občutja sramu, žalosti ter sovraštva

Tabela 1: Analiza zanesljivosti vprašalnika doživljanja sebe in drugih ljudi (test alfa)

Postavke	M brez postavke	varianca brez postavke	popravljeni r postavke z lestvico	skupni $\alpha$ brez postavke
VPR1	100,85	321,06	,32	,83
VPR10	100,59	309,73	,50	,82
VPR11	100,80	304,51	,63	,82
VPR12	100,92	307,88	,59	,82
VPR13	100,35	326,36	,08	,84
VPR14	100,42	325,16	,11	,84
VPR15	101,20	327,63	,13	,83
VPR16	101,10	327,00	,09	,84
VPR17	101,88	329,70	,10	,83
VPR18	101,39	327,62	,13	,83
VPR19	100,95	322,85	,19	,83
VPR2	100,19	319,08	,12	,84
VPR20	101,07	321,01	,28	,83
VPR21	101,11	323,84	,26	,83
VPR22	101,00	318,05	,43	,83
VPR23	101,39	323,18	,33	,83
VPR24	100,83	334,51	-,08	,84
VPR25	100,24	308,69	,45	,83
VPR26	101,34	324,46	,27	,83
VPR27	100,86	322,15	,23	,83
VPR28	101,22	320,44	,34	,83
VPR29	101,17	323,36	,30	,83
VPR3	100,61	317,37	,40	,83
VPR30	100,86	318,54	,36	,83
VPR31	100,82	324,28	,19	,83
VPR32*	100,66	337,54	-,15	,84
VPR33	100,62	319,55	,29	,83
VPR34	101,21	318,42	,36	,83
VPR35	101,35	311,68	,65	,82
VPR36	100,08	323,66	,20	,83
VPR37	100,26	314,87	,36	,83
VPR38	101,34	325,25	,14	,83
VPR39	100,05	323,12	,18	,83
VPR4	101,24	314,93	,45	,83
VPR40*	100,10	332,45	-,04	,84
VPR41	101,21	324,66	,13	,84
VPR42	101,01	307,70	,55	,82
VPR43	100,91	318,10	,30	,83
VPR44	100,63	317,58	,27	,83
VPR45	100,94	321,51	,19	,83
VPR46	100,71	312,61	,41	,83
VPR47	101,08	311,95	,49	,83
VPR48	101,69	318,76	,47	,83
VPR5	101,22	313,98	,46	,83
VPR6	100,48	320,56	,33	,83
VPR7	100,81	314,46	,48	,83
VPR8	100,88	309,34	,53	,83
VPR9	101,46	314,67	,53	,83

\* izločeni postavki

do sebe. Hkrati doživljajo svoje težave kot nekaj izjemnega, menijo, da imajo posebne sposobnosti, sanjarijo, da so uspešni, pomembni ali priljubljeni. Sebe na splošno nizko vrednotijo, občutljivi so na kritiko.

Primeri postavk:

- Pogosto spreminjam mnenje o drugih ljudeh.
- Velikokrat se mi je že zgodilo, da sem napačno ocenil(a) ljudi.
- Hitro izgubim zaupanje v druge.
- Pogosto spreminjam mnenje o sebi.
- Zdi se mi, da se slabo poznam.
- Težko prepoznam namene drugih ljudi.
- Ljudje me v glavnem hitro razočarajo.
- Pogosto se počutim prazen(na).

Tennesseejska lestvica pojma sebe (Tennessee Self-Concept Scale) predstavlja široko uporaben in multidimenzionalen opis selfa (Fits in Warren, 1996). Uporabili smo prvo verzijo vprašalnika, ki vsebuje 90 postavk in se nanašajo na opisovanje sebe, s fizičnega, moralnega, socialnega, družinskega in osebnostnega vidika ter sprejemljivost sebe in vedenja. Dodatnih deset postavk predstavlja skala lažnivosti (Lie Scale) iz vprašalnika MMPI, ki je poimenovana lestvica kritičnosti. Nekatere spremenljivke smo izpustili predvsem zaradi šibkih merskih značilnosti ter šibke vsebinske veljavnosti. Taiste so opuščene tudi v novi verziji lestvice (Fits in Warren, 1996). Glavne dimenzije lestvice, ki obenem predstavljajo odvisne spremenljivke, so tako sledeče:

- Splošna podoba o sebi (vsota pozitivnih odgovorov) se nanaša na stopnjo samospoštovanja, pozitivno vrednotenje sebe. Osebe, ki dosežejo visok rezultat na tej skali, pozitivno ocenjujejo sami sebe, zaupajo sami vase, imajo jasne in dobro izoblikovane predstave o sebi. Nasprotno osebe z nizkim rezultatom dvomijo vase in v svojo vrednost. Lahko se doživljajo kot nezaželene, poudarjajo negativne vidike sebe. Ne zaupajo sami vase. Se izogibajo odgovornosti.
- Identiteta se nanaša na postavke "kaj sem jaz". Posameznik opisuje kakšen je v lastnih očeh. V primeru visokih rezultatov se oseba opisuje kot pozitivna oseba, zadovoljna s tem, kakršna je.
- Zadovoljstvo s samim seboj. Pri tem posameznik opisuje raven zadovoljstva s samim seboj ali sprejetje samega sebe. Visoki rezultati so povezani s sprejemanjem samega sebe.
- Vedenje. Ta rezultat dajejo postavke, ki govorijo "to je tisto, kar želim storiti ali na takšen način ravnati". Spremenljivka meri posameznikovo percepcijo lastnega vedenja in način delovanja. Visoki rezultati pomenijo usklajenost med željami in ravnanji posameznika.

- Rezultat kritičnosti do sebe sestavlja 10 postavk, vzetih iz L-lestvice MMPI. Postavke predstavljajo nekoliko neugodne trditve, na katere večina ljudi pristane. Posamezniki, ki zanikajo večino trditvev, so večinoma defenzivni in se trudijo, da bi o sebi podali dobro mnenje. Visoki rezultati običajno označujejo normalno, zdravo odprtost in sposobnost samokritike. Skrajno visoki rezultati pa so lahko povezani s preveliko samokritičnostjo.
- Telesni self: ta se nanaša na posameznikovo telo, zdravstveno stanje, telesni izgled, sposobnosti in spolnost. Osebe z visokim rezultatom na tej lestvici so zadovoljne z svojim izgledom, telesom in zdravstvenim stanjem.
- Moralno etični self: spremenljivka opisuje self s stališča moralno etičnega referenčnega okvira, odnos do boga, občutje biti "dobra" ali "slaba" oseba in zadovoljstvo s posameznikovo vero ali njeno odsotnostjo. Visoki rezultati na tej lestvici so povezani z zadovoljstvom o moralnem vedenju, ni velike razlike med doživljeno idealno in aktualno osebno etiko.
- Osebnostni self odraža posameznikov občutek osebne vrednosti, primernosti in njegovo oceno lastne vrednosti izven njegove telesnosti ali odnosov z drugimi. To je splošna mera osebnostne integracije in prilagojenosti. Takšne osebe dosegajo visoke rezultate na tej lestvici.
- Družinski self odraža posameznikove občutke primernosti, vrednosti in veljave v vlogi člana družine. Nanaša se na njegovo dožemanje sebe v odnosu do njegovih najbolj bližnjih oseb. Osebe, ki dosegajo visoke rezultate, so zadovoljne s svojimi družinskimi odnosi.
- Socialni self se nanaša na "jaz v odnosu do drugih", vendar so ti "drugi" bolj splošni. Odraža posameznikov občutek primernosti in vrednosti v njegovih socialnih interakcijah nasploh. Osebe z visokimi rezultati na tej lestvici doživljajo sebe kot družabne, prijazne, prijateljske ... Verjamejo, da jih tako vidi tudi okolica.
- Rezultat variabilnosti pomeni obseg variabilnosti ali nekonsistentnosti od enega področja percepcije selfa do drugega. Visoki rezultati pomenijo, da je subjekt precej spremenljiv oz. da deli selfa med seboj niso integrirani.
- Rezultat distribucije se nanaša na gotovost glede načina, kako nekdo vidi sebe. Visoki rezultati pomenijo, da je subjekt zelo odločen in gotov glede stališč o sebi, nizki rezultati pomenijo nasprotno.
- Razmerje resnično - napačno predstavlja merilo usmerjenosti odgovorov, označitev tega, ali se subjektov pristop k nalogi nagiba v smeri močnega strinjanja ali nestrinjanja, ne glede na vsebino postavke. Visoki rezultati lahko pomenijo, da posameznik dosega definicijo ali opis sebe s tem, da se osredotoči na to, kaj on je in je relativno nesposoben, da bi to dosegel s tem, da bi zavrnil ali odstranil tisto, kar on ni. Nizki rezultati pomenijo nasprotno.
- Rezultati razvidnega konflikta so v visoki korelaciji z prejšnjo spremenljivko, vendar merijo bolj neposredno obseg, v katerem se posameznikovi odgovori

na pozitivne postavke razlikujejo ali so v konfliktu z njegovimi odgovori na negativne postavke na istem področju percepcije selfa. Če so pozitivni rezultati višji od negativnih, pomeni, da subjekt pretirano poudarja svoje pozitivne lastnosti (privolitveni konflikt), v nasprotnem pa subjekt pretirano zanika svoje negativne lastnosti v primerjavi z načinom, kako poudarja svoje pozitivne značilnosti. Osredotoča se na "odstranitev negativnega" (konflikt zanikanja).

- Rezultati celotnega konflikta. Visoki rezultati označujejo zmedenost, nasprotja in splošen konflikt v doživljanju sebe.
- Lestvica osebnostne integriranosti sestavlja 25 postavk in naj bi ločevala prilagojene, osebnostno integrirane osebe (visoki rezultati) od neprilagojenih, slabo integriranih posameznikov (nizki rezultati).

Odgovore na zastavljena vprašanja smo skušali najti ob pomoči korelacijskih statističnih metod ter deloma s klasičnim (kvazi) eksperimentalnim pristopom. Pri tem nastopata dva sklopa spremenljivk: glavne neodvisne spremenljivke predstavljajo status psihiatričnih bolnikov, prisotnost oz. odsotnost psihotičnih simptomov, psihiatrično diagnozo, čas hospitaliziranosti, odvisne spremenljivke pa rezultati vprašalnikov DSDL in TSCS.

## Rezultati in diskusija

Najprej nas zanima, ali neodvisne spremenljivke (spol, starost, izobrazba itd.) vplivajo na rezultate vprašalnika oz. ali so pomembno povezane z njim. Analiza variance ne kaže pomembnih razlik glede na spol ( $t = -1,33$ ;  $p = .18$ ). Tudi razlike glede na zaposlenost ( $F = .90$ ;  $p = .44$ ), zakonski stan ( $F = .27$ ;  $p = .85$ ) in trenutne hospitalizacije ( $t = .78$ ;  $p = .48$ ) niso pomembne. Prav tako ne opažamo pomembnih povezav z izobrazbo ( $r = -.01$ ;  $p = .89$ ) in starostjo ( $r = .03$ ;  $p = .55$ ). Ti rezultati govorijo o verjetnosti, da status psihiatričnih bolnikov ni pomembno vplival na rezultate vprašalnika DSDL, prav tako ne raven izobrazbe, starost ali spol. Tudi trenutni zakonski ali zaposlitveni status ni bistveno prispeval k podobi o samem sebi in doživljanju drugih ljudi, kot se ta odraža v vprašalniku.

Iz tabele 2 lahko razberemo, da se rezultati vprašalnika DSDL pomembno povezujejo s skoraj vsemi podlestvicami Tennesseejske lestvice pojma sebe - TSCS (večina pri stopnji tveganja  $p < .001$ ), najbolj pa s skupnim rezultatom lestvice TSCS (vsota pozitivnih odgovorov), zadovoljstvom s samim sabo, identiteto, osebnostnim selfom, vedenjem... Glede na predznak lahko zaključimo, da so osebe, ki dosegajo visoke rezultate na vprašalniku DSDL, nezadovoljne same s seboj, nizko vrednotijo sebe, dvomijo o sebi in svoji vrednosti, se ne sprejemajo, so osebnostno manj integrirane. Poleg tega takšne osebe pretirano poudarjajo pozitivne vidike sebe - glede na to, kako zanikajo negativne. Obenem so negotove, neodločne, zmedene pri dajanju sodb o sebi, manj konsistentne pri doživljanju različnih vidikov sebe, bolj

Tabela 2: Povezanost rezultatov vprašalnika doživljanje sebe in drugih ljudi z rezultati Tennesseejske lestvice koncepta sebe

Lestvice TSCS	Pearsonov <i>r</i>	Pomembnost
osebna integr.	-,18	,001
osebnostni self	-,76	,000
vedenje	-,76	,000
razvidni konflikt	,25	,000
resnično-neresnično	,21	,000
socialni self	-,70	,000
telesni self	-,58	,000
variabilnost vrst	,19	,001
<b>vsota pozit. odg.*</b>	<b>-,80</b>	<b>,000</b>
zadovoljstvo	-,73	,000
moralni self	-,58	,000
kritičnost do sebe	,29	,000
identiteta	-,69	,000
družinski self	-,59	,000
distribucija	-,43	,000
celotni konflikt	,11	,059

spremenljive. Nasprotno osebe, ki so dosegle nizke rezultate na vprašalniku DSDL, zaupajo vase, sprejemajo same sebe, so zadovoljne s sabo, odločne, se cenijo, so bolj osebnostno integrirane, po drugi strani pa manj kritične do sebe. S tega vidika lahko rečemo, da rezultati potrjujejo teoretične predpostavke, da se omenjeni vprašalnik (DSDL) nanaša na težave v doživljanju sebe.

Ali obstajajo razlike med zdravimi osebami in psihiatričnimi bolniki glede na rezultate vprašalnika DSDL? Analiza variance kaže statistično pomembno razliko med zdravimi osebami in skupino nepsihotičnih ter psihotičnih bolnikov ( $t = 8,10$ ;  $p < .001$ ). Pri tem srednja razlika med obema skupinama znaša 19,51 točke.

Tudi če primerjamo posamezni skupini psihiatričnih bolnikov z zdravimi osebami, najdemo pomembne razlike. Tako znaša razlika med zdravimi udeleženci in nepsihotičnimi bolniki  $t = -6,39$  ( $p < .001$ ), med zdravimi in psihotičnimi udeleženci raziskave pa  $t = -6,95$  ( $p < .001$ ). Če primerjamo med seboj bolnike z nepsihotičnimi in psihotičnimi motnjami, pa razlik glede rezultatov vprašalnika DSDL ni opaziti

Tabela 3: Opis razlik v rezultatih vprašalnika doživljanja sebe in drugih ljudi med zdravimi osebami in psihiatričnimi bolniki.

Spremenljivka	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>
bolniki	199	117,22	23,38	1,65
normalni	111	97,71	18,41	1,74



( $t = -.17; p = .86$ ).

Oglejmo se še, ali obstajajo razlike tudi glede na posamezne diagnostične podskupine: Analiza variance kaže pomembne razlike med posameznimi skupinami ( $F = 9,78; p < .0001$ ). Katere skupine se med seboj pomembno razlikujejo, prikazuje naslednja tabela.

Tabela 4 kaže, da skupina zdravih oseb dosega nižje rezultate na vprašalniku DSDL od bolnikov z akutnimi in prehodnimi psihotičnimi motnjami, od bolnikov z blodnjavimi motnjami in shizofrenijo ter (iz skupine nepsihotičnih motenj) od bolnikov z motnjami osebnosti in drugimi nepsihotičnimi motnjami. Opaziti je tudi razliko med bolniki, odvisnimi od alkohola, in tistimi z motnjami osebnosti. Slednji dosegajo pomembno višje rezultate na vprašalniku DSDL, kar naj bi bilo povezano z večjimi težavami na področju doživljanja sebe in drugih. Vendar je potrebno dodati, da so te skupine posameznih motenj zastopane z bistveno manjšim številom udeležencev (glej opis eksperimentalnih skupin), kot pa je to primer pri skupini zdravih posameznikov.

Skupina zdravih oseb in psihiatričnih bolnikov se med seboj pomembno razlikujejo tudi glede na vse spremenljivke Tennesseejske lestvice pojma sebe, razen glede kritičnosti do sebe in celotnega konflikta, ki naj bi se nanašal na zmedenost, nasprotja in splošen konflikt v doživljanju sebe. Najvažnejši rezultat je vsota pozitivnih odgovorov, ki odraža splošno samopodobo, v kolikšni meri posameznik pozitivno vrednoti sebe, zaupa sam vase in ima jasne predstave o sebi. Zdrave osebe se glede te lastnosti pomembno razlikujejo od psihiatričnih bolnikov, tako od psihotičnih kot nepsihotičnih, medtem ko med bolniki ne ugotavljamo pomembnih razlik. Bolniki se torej ocenjujejo manj pozitivno, bolj dvomijo vase in v svojo vrednost kot pa normalni posamezniki.

Nasploh lahko ugotovimo, da se pri vseh lestvicah TSCS, kjer so ugotovljene razlike, zdravi posamezniki razlikujejo od obeh skupin psihiatričnih bolnikov, medtem ko se sami bolniki med seboj razlikujejo le v določenih primerih. Tako so zdravi udeleženci v primerjavi s bolniki bolj zadovoljni s seboj glede socialnih odnosov, se

Tabela 4: Razlike med različnimi skupinami bolnikov in zdravimi osebami glede rezultatov vprašalnika doživljanja sebe in drugih ljudi

Skupina	M	Skupina	0	2	1	8	5	7	4	6	3
normalni	97,71	0									
odvisni od alkohola	108,07	2									
odvisni od heroina	109,17	1									
z drugimi psihot. motnjami	113,09	8									
z akut./prehod. psihot. mot.	116,86	5	*								
z blodnjavimi motnjami	118,07	7	*								
z drugimi nepsihot. motnjami	119,87	4	*								
s shizofrenijo	121,66	6	*								
z motnjami osebnosti	131,04	3	*	*							

\* označuje pomembno razliko med skupinama (pri stopnji tveganja  $p < .05$ )

Tabela 5: Razlike med zdravimi osebami in psihiatričnimi bolniki glede na podlestvice Tennesseejske lestvice koncepta sebe (analiza variance)

Spremenljivka	stopnje svobode	Vsota kvadratov	Srednji kvadrat	F-test	p
kritičnost do sebe	2	95,73	47,87	1,05	
moralni self	2	3812,44	1906,22	23,98	**
celotni konflikt	2	449,33	224,66	1,40	
telesni self	2	4465,88	2232,94	27,18	**
variabilnost vrst	2	808,50	404,25	7,86	**
zadovoljstvo	2	14983,95	7491,98	33,73	**
vsota pozitivnih odg.	2	91081,31	45540,66	32,79	**
socialni self	2	1852,03	926,01	10,63	**
razvidni konflikt	2	3475,66	1737,83	4,85	*
vedenje	2	9988,42	4994,21	27,60	**
osebnostni self	2	6180,30	3090,15	28,88	**
osebna integracija	2	196,04	98,02	6,30	*
identiteta	2	7532,38	3766,19	23,68	**
družinski self	2	3830,35	1915,18	20,67	**
distribucija	2	17336,90	8668,45	9,33	+**

\* pomembne razlike na ravni tveganja  $p < .01$

\*\* pomembne razlike na ravni tveganja  $p < .001$

doživljajo kot družabni, prijazni in verjamejo, da jih tako doživlja tudi okolica. Bolniki so po drugi strani manj zadovoljni s svojo socialno vlogo in tudi z družinskimi odnosi. Nadalje so zdravi posamezniki bolj kot bolniki zadovoljni s svojo telesno podobo, izgledom, sposobnostmi, zdravstvenim stanjem in spolno vlogo. Tudi z moralno etičnega vidika je opaziti pomembne razlike. Zdravi posamezniki so veliko bolj zadovoljni s svojim moralnim vedenjem, odnosom do višjih vrednot in boga kot bolniki. Bolniki so nadalje manj osebno integrirani, manj prilagojeni, bolj spremenljivi, posamezna področja doživljanja sebe imajo manj usklajena kot pa zdravi posamezniki. So tudi manj gotovi glede doživljanja sebe in manj odločni v sodbah.

## Zaključek

Glede na rezultate vprašalnika o doživljanju sebe in drugih ljudi, ki smo ga sestavili na podlagi Kernbergovih kriterijev za določevanje zmedenosti identitete, ugotavljamo pomembne razlike med psihiatričnimi bolniki in zdravimi osebami. Bolniki se opisujejo kot osebe, ki imajo večje težave pri prepoznavanju sebe in drugih, imajo bolj izražena neprijetna občutja o sebi (notranja nasprotja, razočaranja, občutja praznine in dolgočasja itd.), so bolj nestabilni, imajo tudi večje težave v odnosih z drugimi ljudmi v primerjavi z zdravimi osebami. Po drugi strani ne ugotavljamo

povezanosti med neodvisnimi oz. kontrolnimi spremenljivkami, kot so doba bolnišničnega zdravljenja, narava zdravljenja, starost ob prvi obravnavi, spol, izobrazba, starost, zaposlenost, zakonski stan in rezultati vprašalnika. Samo veljavnost vprašalnika smo skušali vsaj deloma potrditi s primerjavo z rezultati Tennesseejske lestvice pojma sebe. Ugotavljamo pomembno povezanost obeh vprašalnikov, obenem pa se tudi v rezultatih TSCS odražajo podobne razlike glede doživljanja sebe med zdravimi posamezniki in psihiatričnimi bolniki.

Pri razlikah med samimi psihiatričnimi bolniki se naša pričakovanja niso povsem izpolnila. Po teoriji kontinuuma oz. dimenzionalnega pristopa k merjenju osebnostnih lastnosti bi pričakovali, da se npr. psihotični bolniki, ki se glede na psihoanalitične teorije umeščajo na najnižjo stopnjo razvoja identitete, pomembno razlikujejo od drugih bolnikov, tistih z mejno organizacijo osebnosti. Vendar se to, razen v posameznih primerih, ni potrdilo. Spet si lahko zastavimo vprašanje, ali lahko ločimo mejno organizacijo osebnosti od psihotične samo na psihološki ravni oz. celo na podlagi samoocenjevalnih tehnik, ki odražajo le enega izmed vidikov samoidentitete oz. selfa, obenem pa se lahko pojavi problem kritičnosti do sebe. Tudi Kernberg (1986) loči obe strukturi samo na podlagi prisotnosti ali odsotnosti realitetne kontrole (ob hkratni prisotnosti motenj identitete in nezrelih obramb), v fazi remisije bolnika pa si večkrat tudi s tem ne moremo pomagati.

Za natančnejšo analizo bi bilo potrebno preučiti vzorce posameznih diagnostičnih skupin, kar smo v določeni meri poskusili tudi mi, vendar zaradi relativno nizkega števila bolnikov, ki so bili vključeni v posamezne skupine, ne moremo podati splošnejših zaključkov. Omenimo le, da izstopa skupina bolnikov z motnjami osebnosti, ki so na našem vprašalniku dosegli najvišje rezultate, kar kaže, da so pri njih najbolj izražene težave na področju doživljanja sebe in drugih (oz. se tega najbolj zavedajo). Do podobnih zaključkov je prišel tudi Bell (Bell, 1993; Bell, Billington in Cicchetti, 1988) z uporabo svojega vprašalnika o objektivnih odnosih.

Vprašalnik potrebuje tudi analizo dimenzionalnosti in podrobnejše preverjanje veljavnosti, zato v tej fazi še ni primeren za praktično uporabo.

## Literatura

- Armsworth, M.T., Stronck, K. in Carlson, C.D. (1999). Body image and self-perception in women with histories of incest. V J.M. Goodwin in R. Attias (ur.), *Splintered reflections - images of the body in trauma* (str. 137-154). New York: Basic Books.
- Assor, A. in Tzelgov, J. (1987). Self-ideal discrepancies as indicators of self-derogation and enhancement: Formalization of theoretical claims and a method for assessment. *Journal of Personality Assessment*, 51(4), 532-544.
- Attias, R. in Goodwin, J. (1999). Body-image distortion and childhood sexual abuse. V J.M. Goodwin in R. Attias (ur.), *Splintered reflections - images of the body in trauma* (str. 155-166). New York: Basic Books.

- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York and Scarborough, Ontario, New American Library.
- Bell, M., Billington, R. in Cicchetti, D. (1988). Do object relations deficits distinguish BPD from other diagnostic groups? *Journal on Clinical Psychology*, 44(4), 511-515.
- Bell, M. (1993). *Bell object relations and reality testing inventory (BORRTI)* - manual. Los Angeles, Western Psychological Services.
- Bornstein, R.F., Galley, D.J. in Leone, D.R. (1986). Parental representations and orality. *Journal of Personality Assessment*, 50(1), 80-89.
- Blatt, S.J. in Bers, S.A. (1993). A cognitive perspective on self-representation in depression – comentary. V V.Z. Segal in S.J. Blatt (ur.), *The self in emotional distress* (str. 164-170). New York: Guilford Press.
- Blatt, S.J. in Ritzler, B.A. (1974). Thought disorder and boundary disturbances in psychosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 421, 370-381.
- Blatt, S.J., Wein, S.J., Chevron, E. in Quinlian, D.M. (1979). Parental representations and depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(4), 388-397
- Blatt, S.J., Wild, C.M. in Ritzler, B.A. (1975). Disturbances of object representations in schizophrenia. *Psychoanalysis and Contemporary science*, 4. New York: International Universities Press.
- Brown, J.D. (1998). *The self*. New York: McGraw-Hil Co.
- Chapman, L.J., Chapman, J.P. in Raulin, M.L. (1978). Body - image aberration in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 87(4), 399-407.
- Conrada, R.J. in Ashmore, R.D. (1999). Self nad social identity: Key to understanding social and behavioural aspects of physical health and disease? V R.J. Conrada in R.D. Ashmore (ur.), *Self, social identity and physical health - Interdisciplinary explorations* (str. 3-20). New York: Oxford University Press.
- DSM-IV (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: APA.
- Eells, T.D., Horowitz, M.J., Stinson, C.H. in Fridhandler, B. (1993). Anxious states of mind: A comparison of psychodynamic models. V V.Z. Segal in S.J. Blatt (ur.), *The self in emotional distress* (str. 100-122). New York: Guilford Press.
- Erikson, E.H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton and Company.
- Fenigstein, A., Scheier, M.F. in Buss, A.H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522-527.
- Fitts, W.H. in Warren, W.L. (1996). *Tennessee self-concept scale (TSCS: 2) - Second edition - manual*. USA: Western Psychological Services.
- Frosch, W.A in Milkman, H. (1993). Ego functions in drug users. V J.D. Blaine in D.A. Julius (ur.), *Psychodynamics of drug dependence* (str. 142-156). London: Jason Aronson Inc.
- ICD-10. (1992). *Classification of mental and behavioural disorders*. Clinical descriptions and guidelines. Geneva: World Health Organization.
- Ichiyama, M.A., Zucker, R.A., Fitzgerald, H.E. in Bingham, C.R. (1996). Articulating subtype differences in self and relational experience among alcoholic men using structural analysis of social behavior. *Journal of Consulting and Clinical*

- Psychology*, 64(6), 1245-1254.
- Ingram, R.E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 107(2), 156-176.
- Kernberg, O.F. (1984). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: J. Aronson.
- Kernberg, O.F. (1986). *Severe personality disorders*. Psychotherapeutic strategies. New Haven and London: Yale University Press.
- Khantzian, E.J. in Treece, C.J. (1993). Psychodynamics of drug dependence: an overview. V J.D. Blaine in D.A. Julius (ur.), *Psychodynamics of drug dependence* (str. 11-25). London: Jason Aronson Inc.
- Kihlstrom, J.F. in Kihlstrom, L.C. (1999). Self, sickness, somatization and systems of care. V R.J. Contrada in R.D. Ashmore (ur.), *Self, social identity and physical health - Interdisciplinary explorations* (str. 23-42). New York: Oxford University Press.
- Kinderman, P. (1994). Attentional bias, persecutory delusions, and the self concept. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 53-66.
- Kondić, K. (1986). *Psihologija Ja*. [Ego psychology]. Beograd, Nolit.
- Lamovec, T. (1994). *Psihodiagnostika osebnosti 1, 2*. [Psychodiagnostics of Personality 1, 2]. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
- Lemme, B.H. (1995). *Development of adulthood*. New Jersey: Allyn and Bacon.
- Marziali, E. in Oleniuk, J. (1990). Object representations in descriptions of significant others: A methodological study. *Journal of Personality Assessment*, 54(1-2), 105-115.
- Musek, J. (1985). *Model referenčnega delovanja jaza*. [Self-referential working model]. Ljubljana, Društvo psihologov Slovenije.
- Ouellette, S.C. (1999). The relationship between personality and health - What self and identity have to do with it. V R.J. Contrada in R.D. Ashmore (ur.), *Self, social identity and physical health - Interdisciplinary explorations* (str. 125-154). New York - Oxford: Oxford University Press.
- Penn, D.L., Bentall, R.P., Corrigan, P.W., Newman, L. in Racenstein, J.M. (1997). Social cognition in schizophrenia. *Psychological Bulletin*, 121(4), 114-132.
- Pennebaker, J.W. in Keough, K.A. (1999). Revealing, organizing and reorganizing the self in response to stress and emotion. V R.J. Contrada in R.D. Ashmore (ur.), *Self, social identity and physical health - interdisciplinary explorations* (str. 101-121). New York: Oxford University Press.
- Prosnik, A. (1998). Značilnosti objektnega odnosa pri bolnicah z motnjami hranjenja. [Characteristics of object relations among female patients with eating disorders]. *Psihološka obzorja*, 7 (1), 71-88.
- Pyszczynski, T., Greenberg, J. Hamilton, J. in Nix, G. (1991). On the relationship between self-focused attention and psychological disorder: A critical reappraisal. *Psychological Bulletin*, 110(3), 538-543.
- Segal, Z.V. in Muran, J.C.A. (1993). Cognitive perspective on self-representation in depression. V Z.V. Segal in S.J. Blatt (ur.), *The self in emotional distress* (str. 131-163). New York: Guilford Press.
- Silverstone, P.H. (1991). Low self-esteem in different psychiatric conditions. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 185-188.

- Strauman, T.J. in Higgins, E.T. (1993). The self construct in social cognition: Past, present and future. V V.Z. Segal in S.J. Blatt (ur.), *The self in emotional distress* (str. 3-40). New York: Guilford Press.
- Ziherl, S. (1988). Samospoštovanje alkoholikov in njihova vloga v razvoju sindroma odvisnosti od alkohola. [Self-esteem of alcoholics and its role in development of alcohol dependence syndrome]. *Psihoterapija 16*. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
- Žvelc, G. (1998). *Proces separacije – individualizacije ter objektni odnosi pri osebah, ki so odvisne od drog* (Diplomsko delo). [The separation-individuation process and object relations among drug addicts (Unpublished BA diploma)]. Univerza v Ljubljani.
- Westen, D. in Cohen, R.P. (1993). The self in borderline personality disorder: A psychodynamic perspective. V V.Z. Segal in S.J. Blatt (ur.), *The self in emotional distress* (str. 334-360). New York: Guilford Press.

*Prispelo/Received: 31.08.2000*  
*Sprejeto/Accepted: 20.09.2000*