

Osebnostne značilnosti bolnikov s psihozo – doživljanje sebe in drugih oseb

EMIL BENEDIK*

Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje na Gorenjskem

Povzetek: S pomočjo vprašalnika Doživljanje sebe in drugih ljudi smo skušali ugotoviti, ali se bolniki s psihozo razlikujejo od drugih psihiatričnih bolnikov in zdravih oseb v skladu s teorijo motenj self in objektivnih reprezentacij pri duševnih bolnikih. Rezultati kažejo, da Kernbergovi kriteriji za zmedeno identiteto (po katerih je sestavljen vprašalnik) zajemajo dve ločeni poddimenziji. Prva se nanaša na doživljanje sebe in ločuje predvsem bolnike z (mejnimi) motnjami osebnosti, druga pa opisuje kakovost medosebnih odnosov in izpostavlja paciente s psihozo, predvsem tiste s shizofrenijo, pri katerih ugotavljamo večjo shizoidnost kot pri zdravih osebah ali nepsihotičnih bolnikih. Zaradi posebnosti psihiatrične populacije je uporabnost vprašalnika (kot tudi vseh drugih samoocenjevalnih tehnik) omejena in to predstavlja pomanjkljivost raziskave.

Ključne besede: motnje osebnosti, doživljanje sebe, doživljanje drugih, zmedena identiteta, psihopatologija, psihoze, shizofrenija, shizoidnost

Personality characteristics of patients with psychosis – perception of self and others

EMIL BENEDIK

Psychiatric Clinic Begunje, Begunje, Slovenia

Abstract: The Perception of Self and Other People Questionnaire has been used for assessment of differences between psychotic and other psychiatric patients (including healthy persons) according to the theory of disturbances of self and object representations. Results show that the questionnaire, which has been constructed on the basis of Kernberg's criteria for identity diffusion, has two dimensions: the first describes perception of self and primarily separates patients with (borderline) personality disorders from the healthy controls. The second one describes quality of relationships and characterises patients with psychosis, mostly schizophrenics, which have more schizoid characteristics than other patients and healthy persons. The major weakness of the study lies in the fact that usage of self-assessment

*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

inventories in psychiatry is limited because of the very nature of psychiatric illnesses.

Key words: personality disorders, self perception, perception of others, identity diffusion, psychopathology, psychosis, schizophrenia, schizoidity

CC=3213

Freud (1987a) pri bolnikih s shizofrenijo izpostavlja dve temeljni značilnosti: samopoveličevanje in odvrnitev svojega zanimanja od zunanjega sveta. Pri tem naj bi šlo za dejanski umik libida z oseb in reči iz zunanjega sveta, ne da bi jih v svoji fantaziji nadomestili z drugimi, kot je značilno za bolnike z nevrozo. Povečevalne blodnje so po Freudu nastale na račun odtegnjenega objektnega libida. Na drugem mestu (Freud, 1987b) loči nevroze, ki naj bi bile rezultat konflikta med egom in idom, ter psihoze, pri katerih gre za motnjo med egom in realnostjo. Realnost se v psihozi skuša zamenjati, na novo zgraditi (Freud, 1987a).

Kasnejši psihoanalitični avtorji (npr. Kernberg, 1986; Klein, 1986; Jacobson, 1988) so poudarjali predvsem motnje v razvoju in ponotranjanju objektnih odnosov, primarno šibkost oz. oškodovanost sistema ega in prisotnost nezrelih obramb, kar naj bi bilo značilno za osebe s psihozo. Motnje v mentalnih reprezentacijah pri bolnikih s shizofrenijo onemogočajo tudi ustrezno obdelavo oz. presojo notranjih in zunanjih dražljajev. Tako so motnje realitetne kontrole po t. i. specifični psihoanalitični teoriji shizofrenije sekundarne (London, 1988), odvisne od ločenosti predstav o selfu in objektu (Modell, 1986).

Modell (1986) nadalje meni, da se bolniki z mejnim sindromom razlikujejo od tistih s shizofrenijo po tem, da so njihovi bolezenski znaki in obrambe relativno stabilni, psihoza ne zajame cele osebnosti, zmožni so sicer vzpostaviti objektne odnose in transfer, čeprav v nezreli, "moteni" obliki (kot prehodni objekt). Vendar kljub temu ni mogoče pojasniti razvoja psihoze samo na psihološki ravni, saj se ta pojavlja tudi pri diferenciranih, vsaj na videz zrelih in družbeno uspešnih osebah, kot npr. pri primeru Schreber, ki ga je opisal Freud (1995). Modell meni, da mora biti za izbruh shizofrenije "dodan" še nek biološki dejavnik. Prehodni objektni odnosi so za to nujen, ne pa zadosten dejavnik za razvoj shizofrenije.

Oglejmo si nekaj raziskav, ki so skušale potrditi omenjene teoretične predpostavke. Weiner (1966) navaja študije, ki potrjujejo manjšo zmožnost empatije, manjše socialne spretnosti oz. oškodovane objektne odnose bolnikov s shizofrenijo v primerjavi z zdravimi osebami ali drugimi bolniki. Bell (1993) s svojim vprašalnikom BORRTI odkriva motnje v objektnih odnosih pri bolnikih s shizofrenijo (predvsem na podlagi skale ALN – odtujenost v odnosih). Obenem ugotavlja značilen profil pri bolnikih z negativno simptomatiko, ki imajo znižane rezultate na skali negotovi odnosi (IA) ter poudarjeno skalo egocentrizem (EGC). Pri ostalih podskupinah teh bolnikov ne odkriva značilnih testnih rezultatov. Prav tako Blatt s sodelavci (Blatt in Ritzler,

1974; Blatt, Wild in Ritzler, 1975) odkriva velike motnje v reprezentaciji meja (ugotovljenih na podlagi Rorschachovega projekcijskega preizkusa) pri bolnikih s shizofrenijo. Ti imajo pomembno slabšo kognitivno in emocionalno kontrolo, bolj uporabljajo hiperinkluzivno ali hipoinkluzivno mišljenje, pri njih so razvidne večje motnje v objektivnih reprezentacijah in nasploh v socialnih odnosih.

Frith (1992) meni, da gre pri bolnikih s shizofrenijo za okvaro možganskih centrov, ki skrbijo za hotene akcije in tako niso sposobni spontano generirati vedenja – v odsotnosti zunanjih dogodkov. Prav tako niso sposobni nadzorovati svojih akcij in namer drugih. Ne zavzemajo perspektive drugega, skratka, gre za nezmožnost reprezentacije mentalnega stanja. Rezultat tega naj bi bile preganjalne blodnje, lahko pa tudi negativna shizofrenska simptomatika, kot odsotnost mentalizacije. Frith izhaja iz nevrofizioloških kognitivnih modelov in izpostavlja predvsem vlogo prefrontalne možganske skorje in izvršilnih funkcij tudi pri fenomenu zavesti oz. zavedanju samega sebe.

Kakšna je osebnostna struktura bolnikov s psihozo, neodvisna od vpliva bolezni, bi lahko ugotovili samo na podlagi preučevanja osebnostnih značilnosti pred izbruhom bolezni, kar so nekateri raziskovalci tudi poskušali. Kljub temu pa še vedno obstaja možnost, da morebitne osebnostne motnje predstavljajo subklinične, predhodne znake psihoze. Kecmanović (1989) meni, da lahko pri treh petinah oseb s shizofrenijo potrdimo predmorbidno shizoidno osebnostno strukturo. Že Federn (1947, cit. po Modell, 1986) pa je trdil, da shizoidna osebnost varuje pred razvojem shizofrenije. Na podlagi longitudinalne študije bolnikov z motnjami osebnosti Fenton in McGlashan (1989, cit. po Stone 1993) odkrivata določene “shizotipske” značilnosti, kot so paranoidne ideacije, socialna izolacija in magično mišljenje, ki so dobri napovedovalci morebitne kasnejše psihotične dekompenzacije. Po drugi študiji otrok mater s shizofrenijo (Mednick, Schulsinger in Copenhagen, 1968; Parnas in Jorgensen, 1989, cit. po Stone, 1993) so bile za tiste, ki so kasneje zboleli (za shizofrenijo ali pa izražali značilnosti shizotipsko motene osebnosti), značilne “čudaštvo”, introverzija (shizoidnost) in paranoidnost. Introverzija sama po sebi ni napovedovala razvoja duševne bolezni. Tisti, pri katerih se je razvila shizofrenija, pa so kazali tudi pomanjkljivo kontrolo čustvovanja in vedenja. Na podlagi raziskave predmorbidne osebnosti bolnikov s prvo epizodo psihoze Dalkin in drugi (Dalkin, Murphy, Glazebrook, Medley in Harrison, 1994) ugotavljajo, da so paranoidne, “eksplozivne” in shizoidne poteze bolj pogoste za osebe, ki kasneje zbolijo za shizofrenijo, kot pa pri osebah z drugimi psihozami. Vendar so v raziskavi tudi pomanjkljivosti, saj so osebnostne poteze ocenjevali na podlagi opisov svojcev (partnerjev ali staršev).

Maier in drugi (Maier, Minges, Lichtermann in Heun, 1995) odkrivajo prisotnost pomembno večjega deleža obsesivno-kompulzivnih motenj osebnosti pri sorodnikih bolnikov z bipolarnimi motnjami kot pa pri kontrolni skupini. Na podlagi te in nekaterih predhodnih študij (Angst, 1980, Klein in Depue, 1985, cit. po Maier in dr., 1995) sklepajo na povezanost obsesivno-kompulzivnih osebnostnih potez (posebno rigidnosti) z bipolarnimi motnjami. Malmberg in sodelavci (Malmberg, Lewis, David in Allebeck,

1998) so preučevali povezanost predmorbidnih motenj osebnosti s kasnejšim razvojem shizofrenije ali drugih psihoz. Uporabili so rezultate velikega števila vojaških nabornikov (50 087), ki so opravili psihološki in psihiatrični pregled. Med drugim so izpolnili vprašalnik osebnosti in socialne prilagojenosti, za katerega pa ni naveden izvor oz. merske značilnosti. Na podlagi večsmerne analize variance je bilo izločenih 5 postavk, ki so povezane z večjo verjetnostjo kasnejšega razvoja shizofrenije. Večina teh se nanaša na težave v medosebnih odnosih (odsotnost bližnjih prijateljev, odsotnost partnerke, želja po druženju v manjših skupinah, večja občutljivost kot drugi). Prve tri spremenljivke so povezane tudi z neshizofrenskimi psihozami. Vendar pa avtorji zaključujejo, da je napovedna vrednost teh faktorjev kljub temu zelo šibka, saj so omenjene značilnosti zelo pogosto prisotne tudi med zdravo populacijo.

V raziskavi doživljanja sebe in drugih oseb psihiatričnih bolnikov so bile ugotovljene razlike med psihiatričnimi bolniki in zdravimi osebami (Benedik, 2000, 2001). Bolniki sebe doživljajo bolj negativno, zmedeno in manj kompleksno kot zdrave osebe, prav tako druge (bližnje) osebe. To potrjuje Kernbergovo teorijo o mejni in psihotični organizaciji pri teh bolnikih, katere bistvena značilnost so motnje identitete (Kernberg, 1986). Niso pa bile ugotovljene razlike med posameznimi diagnostičnimi skupinami glede doživljanja sebe. Ob tem je potrebno pripomniti, da so bile nekatere diagnostične skupine zastopane z majhnim številom udeležencev, kar predstavlja pomanjkljivost raziskave, ki smo jo skušali deloma odpraviti (glej nadaljevanje). Seveda pa je še vedno prisotna omejitev osebnostnih vprašalnikov, če le-te uporabimo na psihiatrični populaciji. Gre za problem samokritičnosti, pripravljenosti na samorazkrivanje ter sposobnost samoopisovanja in samoocenjevanja psihiatričnih bolnikov. Za mnoge takšne bolnike je lahko značilna izkrivljena, "nerealna" podoba o samem sebi in odnosih z drugimi (takšna, ki ni v skladu z doživljanjem drugih ljudi), ali pa so posebej motivirani za prikrivanje svojega doživljanja sebe. S tem se uporabnost in učinkovitost vprašalnikov zmanjšuje, kar tudi predstavlja pomanjkljivost raziskave, ob čemer tudi kontrolne lestvice (npr. t.i. lestvica laži) ne dajejo vedno zadovoljivih rezultatov.

Problem

Zanimajo nas razlike med bolniki različnih diagnostičnih skupin (s t.i. psihotičnimi in nepsihotičnimi motnjami) in zdravimi osebami glede doživljanja sebe in drugih oseb kot relativno trajne osebnostne lastnosti in kot se te odražajo v postavkah vprašalnika (ob tem nas zanima tudi faktorska struktura vprašalnika) doživljanja sebe in drugih oseb. Kakšne so te razlike in ali lahko te predstavljajo potrditev teorije o različnih osebnostnih organizacijah pri bolnikih z različnimi vrstami mentalnih motenj? Ali se psihotični bolniki glede tega razlikujejo od ostalih bolnikov in zdravih oseb?

Metoda

Udeleženci

V raziskavi, ki predstavlja del širše študije (glej Benedik, 2000, 2001), so sodelovale 403 odrasle osebe (stare nad 18 let), od tega 111 zdravih oseb predstavlja kontrolno skupino, eksperimentalno skupino pa 292 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. Skupno je sodelovalo 192 (47,6 %) žensk in 212 (52,4 %) moških. 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. Izločili smo tudi bolnike v akutnem psihotičnem stanju ali v fazi intenzivnih afektov, ki so preprečevali normalno sodelovanje v raziskavi.

V skupini psihiatričnih bolnikov jih je 158 (39,2 %) dobilo diagnozo iz skupine nepsihotičnih motenj, pri 134 (33,3 %) pa gre za psihotične motnje. Natančnejša razdelitev glede na psihiatrično diagnozo je prikazana v naslednji tabeli:

Tabela 1: Razdelitev udeležencev raziskave glede na skupine psihiatričnih diagnoz

Diagnoze	Število	Odstotek	Kum. odstotek
brez diagnoze	111	27,5	27,5
<i>nepsihotične motnje</i>			
odvisnost od opiatov	38	9,4	37,0
odvisnost od alkohola	50	12,4	49,4
motnje osebnosti	34	8,4	57,8
drugenepsihot.motnje	36	8,9	66,7
<i>psihotične motnje</i>			
akutne in prehodne psihot. motnje	46	11,4	78,2
shizofrenija	37	9,2	87,3
blodnjave motnje	22	5,5	92,8
druge psihotične motnje	29	7,2	100,0
Skupaj	403	100,0	100,0

V skupini bolnikov z motnjami osebnosti so prevladovali tisti s t. i. mejnim sindromom.

Posamezne skupine se nekoliko razlikujejo glede na spol. V skupini nepsihotičnih

pacientov je več moških (62 %), v skupini zdravih in psihotičnih udeležencev pa več žensk (55 % oz. 54 %). Povprečna starost vseh udeležencev je 34 let ($SD=11,92$) oz. zdravih 31 ($SD=13,00$), nepsihotičnih 35 ($SD=11,09$) in psihotičnih bolnikov 34 let ($SD=11,62$). Povprečna izobrazba udeležencev je srednja šola ($M=2,93$; $SD=1,12$), pri čemer je izobrazba nepsihotičnih bolnikov nekoliko nižja od ostalih dveh skupin ($M=2,59$; $SD=1,04$).

Instrumenti in postopek

V raziskavi smo uporabili vprašalnik Doživljanje sebe in drugih ljudi (DSDL), ki smo ga sestavili na podlagi Kernbergovih kriterijev za določitev zmedenosti identitete in se nanašajo na značilnosti doživljanja samega sebe in drugih oseb. Udeleženci raziskave so na postavke odgovarjali s 5-stopenjsko lestvico Likertovega tipa (od 1 - sploh ne drži, do 5 - povsem drži). Celoten rezultat predstavlja vsoto vseh točk posameznih postavk.

Analiza zanesljivosti je bila izvedena na 111 odraslih zdravih oseb. Aritmetična sredina celotnega rezultata znaša $M = 97,71$ ($SD = 18,41$). Cronbachov koeficient alfa zanesljivosti kaže, da je vprašalnik notranje skladen ($\alpha = 0,85$). Spearmanov razpolovitveni koeficient zanesljivosti znaša 0,87. Konstrukcijsko veljavnost vprašalnika smo deloma potrdili s primerjavo rezultatov Tennesseejeve lestvice pojma sebe, na podlagi česar ugotavljamo močno povezanost obeh vprašalnikov (Benedik, 2001). Vsebinsko veljavnost smo potrdili z dvema ločenima sodbama strokovnjakov s tega področja. 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, ki jih tudi pogosto napačno ocenjujejo. Nimajo zaupanja v druge in jih tudi ne zanimajo, saj jih pogosto razočarajo ali pa so z njimi pogosto v konfliktih. Nimajo veliko 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 ter hotenja. Imajo pogosta občutja sramu, žalosti ter sovraštva do sebe. Hkrati doživljajo svoje težave kot nekaj izjemnega, menijo, da imajo posebne sposobnosti, sanjarijo, da so uspešni, pomembni ali priljubljeni. Obenem sebe na splošno nizko vrednotijo, občutljivi so na kritiko. Vprašalnik je podrobneje opisan na drugem mestu (Benedik, 2001).

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 ($r = -.01$; $p = .89$), starostjo ($r = .03$; $p = .55$), časom, preživetim v bolnišnici ($r = -.02$; $p = .74$), in časom prve pritožbe oz. iskanja pomoči zaradi psihičnih težav ($r = .05$; $p = .51$). 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.

V raziskavi smo uporabili korelacijske statistične postopke iz računalniškega programskega paketa SPSS in deloma klasični (kvazi) eksperiment. Neodvisno spremenljivko predstavlja psihiatrična diagnoza po ICD-10 (prisotnost oz. odsotnost različnih simptomov), odvisno pa rezultati omenjenega vprašalnika.

Rezultati in razprava

Najprej si oglejmo, kakšna je faktorska struktura vprašalnika. Faktorska analiza po metodi glavnih komponent in rotacija Varimax izloči trinajst faktorjev, katerih lastna vrednost presega 1 (Kaiserjev kriterij normalizacije). Tabela 2 prikazuje faktorska nasičenja vprašalnika DSDL.

Daleč največ variance pojasnjuje prvi faktor, izstopa pa tudi drugi (tudi po Cattellovem »scree« kriteriju). Nasičenosti so zato v tabeli 3 prikazane le za prva dva faktorja.

S prvim faktorjem, ki pojasnjuje 19,4 % skupne variance, so še posebej nasičene postavke, ki se nanašajo na občutja nekoristnosti in ničvrednosti (VPR45), občutja praznine in dolgočasja (VPR8, 9), sovraštvo do samega sebe (VPR46), izjemnost lastnih težav (VPR40), notranja nasprotja (VPR10, 11, 12), samoodtujenost (VPR34) ipd. Očitno se ta faktor nanaša na doživljanja lastne nezadostnosti in neprijetnih občutij, ki se nanašajo na self. Ta faktor bi lahko imenovali faktor neprijetnih občutij sebe. Drugi faktor (6,7 % skupne variance) pa vključuje trditve, ki opisujejo težave pri

Tabela 2: Faktorska nasičenja vprašalnika doživljanja sebe in drugih ljudi

Faktor	Lastna vrednost	% Variance	Kumulativni %
1	8,935	19,4	19,4
2	3,100	6,7	26,2
3	1,850	4,0	30,2
4	1,731	3,8	34,0
5	1,613	3,5	37,5
6	1,472	3,2	40,7
7	1,338	2,9	43,6
8	1,305	2,8	46,4
9	1,242	2,7	49,1
10	1,149	2,5	51,6
11	1,135	2,5	54,1
12	1,067	2,3	56,4
13	1,011	2,2	58,6

Tabela 3: Rotirana faktorska matrica (Rotacija Varimax)

Postavka	F1	F2
VPR1	-,023	,046
VPR10	,599	-,078
VPR11	,651	-,059
VPR12	,536	-,086
VPR13	,086	,120
VPR14	,073	-,009
VPR15	,079	,266
VPR16	-,029	,728
VPR17	,067	,539
VPR18	-,027	,674
VPR19	,391	,113
VPR2	-,003	-,067
VPR20	,337	,008
VPR21	,005	,060
VPR22	,247	,079
VPR23	,111	,412
VPR24	-,039	,235
VPR25	,474	-,130
VPR26	,203	,294
VPR27	,122	,224
VPR28	,272	,120
VPR29	,179	-,020
VPR3	,198	,193
VPR30	,098	-,046
VPR31	,081	,020
VPR32	,293	,020
VPR33	,285	,124
VPR34	,515	-,049
VPR35	,070	-,040
VPR36	,317	,111
VPR37	,185	,480
VPR38	,051	-,127
VPR39	,138	,408
VPR4	,397	-,059
VPR40	,653	,159
VPR41	,339	-,022
VPR42	,177	-,085
VPR43	,085	-,014
VPR44	,313	,053
VPR45	,645	,133
VPR46	,513	,129
VPR5	,358	,015
VPR6	,065	-,006
VPR7	,420	,105
VPR8	,733	,126
VPR9	,549	,167

Tabela 4: Kanonične diskriminantne funkcije

Fun	Lastna vrednost	Delež variance	Kum. delež	Kanonična korelacija	Fun	Wilks' Lambda	χ^2	ss	Pomem.
					0	,204	593,66	368	,0000
1	,531	29,38	29,38	,588	1	,313	434,14	315	,0000
2	,334	18,51	47,88	,500	2	,418	326,07	264	,0055
3	,214	11,89	59,77	,420	3	,508	253,16	215	,0381
4	,198	10,97	70,74	,406	4	,609	185,41	168	,1698
5	,162	9,00	79,75	,374	5	,708	128,93	123	,3391
6	,153	8,50	88,25	,365	6	,817	75,37	80	,6254
7	,132	7,31	95,56	,341	7	,925	28,92	39	,8809
8	,080	4,44	100,00	,272					

prepoznavanju namenov drugih (VPR6), nenavezanost na druge (VPR16), odsotnost dolgoletnih prijateljstev (VPR18) in zaljubljenosti (VPR17), nepoznavanje svojih bližnjih (VPR23) in podobno. Ta faktor se torej v pretežni meri nanaša na težave v medosebnih odnosih oz. osiromašene objektne odnose, zato bi ga lahko imenovali faktor nenavezanosti ali shizoidnosti. Ostali faktorji se bolj ali manj nanašajo samo na posamezne postavke, zato je nadaljnja interpretacija manj smiselna.

Kakšne pa so razlike med bolniki posameznih diagnostičnih skupin in zdravimi osebami? Kanonična diskriminantna analiza odkriva osem diskriminantnih funkcij, pri čemer so prve štiri pomembne na ravni tveganja $p < .05$ oz. tri funkcije na ravni $p < .01$ (tabela 4).

Na kratko si oglejmo bistvene značilnosti posameznih diskriminantnih funkcij. Prva se pretežno nanaša na težave v medosebnih odnosih, npr. nerazumevanje z drugimi (VPR15), nesposobnost reševanja medosebnih konfliktov (VPR22), slabo poznavanje drugih (VPR23), odsotnost prijateljev (VPR18) in zaljubljenosti (VPR17). Poleg tega prva funkcija opisuje težave pri izražanju mišljenja, hotenja in čustev (VPR29, 30, 31) ter notranjo konfliktnost (VPR10, 4). Lahko sklepamo, da funkcija pretežno opisuje kakovost medosebnih odnosov oz. možno shizoidnost. Druga funkcija opisuje predvsem odnos do samega sebe, npr. dolgočasje (VPR9), notranjo praznino (VPR10), sovraštvo do sebe (VPR46), občutja nekoristnosti ali ničvrednosti (VPR45), nizko samozavest (VPR25), notranja nasprotja (VPR11), nesprejemanje sebe (VPR27) itd. Te lastnosti se podobno, kot smo videli pri faktorski analizi nanašajo bolj na self oz. doživljanje sebe. Tretja funkcija zajema samo dve postavki, in sicer odtujenost samemu sebi (VPR34) v povezavi z osebno zanesljivostjo (VPR26). Tudi četrta funkcija opisuje samo dve postavki, in sicer nezanimanje za druge (VPR13), v skladu z odsotnostjo dolgotrajnejše ljubezenske zveze (VPR39).

Tabela skupinskih centroidov (tabela 6) kaže, da prva funkcija ločuje predvsem bolnike s shizofrenijo in blodnjavimi motnjami od normalnih oseb, bolnikov z odvisnostjo od heroina in bolnikov s t. i. motnjami osebnosti. Funkcija pravzaprav izloča psihotične

Tabela 5: Združene korelacije med diskriminantnimi spremenljivkami in kanoničnimi diskriminantnimi funkcijami (spremenljivke so razvrščene po velikosti korelacije znotraj funkcije)

	Fun1	Fun2	Fun3	Fun4	Fun5	Fun6	Fun7	Fun8
VPR40	,426*	,326	,021	,005	-,008	,233	-,072	-,062
VPR22	,366*	,174	-,024	-,024	-,225	-,026	-,004	,194
VPR29	,325*	,152	,018	,233	-,000	-,056	,079	,058
VPR10	,322*	,157	-,184	,174	-,146	-,145	-,089	,016
VPR4	,322*	,070	,088	-,078	-,046	,005	,052	-,150
VPR23	,310*	,057	,109	,256	,154	-,140	-,034	-,306
VPR30	,301*	-,096	-,016	,131	-,051	,037	,168	-,029
VPR18	,278*	,085	,071	,135	,004	,125	,069	-,140
VPR17	,262*	,003	-,189	,005	-,092	-,071	-,034	,033
VPR37	,244*	,160	,000	,164	,026	,136	,053	-,182
VPR31	,231*	,002	-,163	,102	,024	-,122	,108	-,002
VPR15	,224*	,048	-,084	,106	,057	,083	-,133	-,151
VPR33	,181*	,109	-,102	-,014	,174	-,123	,064	,117
VPR8	,206	,457*	-,027	,186	,074	,064	,303	,036
VPR24	,308	-,446*	,054	-,164	-,022	,239	,026	-,005
VPR9	,218	,435*	-,065	-,055	,027	,092	,310	-,054
VPR46	,170	,421*	-,025	,119	,047	,266	,003	,152
VPR45	,286	,367*	,180	,047	,090	-,067	,142	,084
VPR25	,169	,362*	-,189	,159	-,025	-,179	,273	,113
VPR35	,004	,329*	,012	-,264	,149	,135	-,212	-,081
VPR7	,227	,325*	-,173	,068	-,040	,203	,052	-,035
VPR28	,107	,319*	,067	,105	-,105	-,007	,120	,114
VPR11	,245	,268*	,007	,201	-,104	,082	,134	-,044
VPR3	,106	,260*	-,155	,073	-,051	,252	,216	-,086
VPR27	,057	,234*	-,052	-,031	-,016	-,128	,155	-,003
VPR5	,160	,230*	-,072	,115	,111	-,160	-,025	-,000
VPR44	,206	,219*	,040	,017	-,072	,070	-,142	,117
VPR26	,238	,184	,327*	-,049	-,179	,040	-,148	,000
VPR34	,218	,162	-,257*	-,054	-,006	,098	-,180	,120
VPR39	,244	-,084	-,085	,318*	-,163	,244	,263	,123
VPR13	,042	,142	,098	,292*	,154	-,076	,060	-,182
VPR6	,266	,049	-,003	,035	,326*	-,099	,134	,140
VPR42	-,043	-,092	,169	-,040	-,269*	,028	,067	-,020
VPR16	,165	,015	-,082	,031	,180*	,018	,037	-,157
VPR2	-,000	-,072	,112	-,030	-,134*	-,100	-,031	,023
VPR43	,139	,070	,118	-,091	-,075	,178*	-,049	-,130
VPR20	,167	,263	-,003	,046	-,131	,166	-,311*	-,072
VPR21	,239	,069	-,130	-,204	,141	-,019	,266*	-,074
VPR41	,189	,135	-,124	,011	,055	,198	-,242*	,003
VPR1	,138	-,009	-,006	-,068	,122	,050	-,143*	,058
VPR12	,052	,270	,181	,232	-,075	,060	,002	,323*
VPR19	,229	,165	,241	-,078	,025	,157	-,067	,318*
VPR14	,134	,276	,162	-,125	,170	-,057	,009	,294*
VPR32	,185	,214	,009	,062	-,163	-,222	-,054	,261*
VPR36	,204	,110	-,168	,228	,178	,059	-,009	,241*
VPR38	-,144	-,078	-,079	,111	,158	,177	-,065	,194*

* označuje največjo absolutno korelacijo med vsako spremenljivko in diskriminantno funkcijo

Tabela 6: Skupinski centroidi za posamezne diagnostične skupine

Skupina	Funk.1	Funk.2	Funk.3	Funk.4	Funk.5	Funk.6	Funk.7	Funk
0	-,850	-,452	-,090	,002	,078	-,138	-,040	-,175
1	-,614	,591	,633	-,495	-,518	,657	-,077	,030
2	,041	,204	,251	,007	-,176	-,670	-,168	,503
3	,473	1,071	-,184	,720	-,192	-,149	-,377	-,450
4	-,182	,901	-,416	-,173	,503	,011	,799	,095
5	,636	-,618	-,404	,399	-,617	,289	,362	,137
6	1,378	-,391	,675	-,468	,184	-,234	,216	-,345
7	,817	-,025	-1,121	-,966	,220	,263	-,742	,121
8	,271	-,268	,449	,696	,859	,625	-,289	,303

bolnike, v ospredju katerih so bolniki s shizofrenijo, pri katerih je zaslediti največ težav v medosebnih odnosih. Sledijo bolniki z blodnjavimi motnjami ter bolniki z akutnimi in prehodnimi psihotičnimi motnjami. To je zanimivo s stališča psihodinamskih teorij, saj se predvideva največja shizoidnost oz. najnižja razvojna raven objektivnih odnosov prav pri bolnikih s shizofrenijo.

Druga diskriminantna funkcija izpostavlja bolnike z motnjami osebnosti in bolnike z drugimi nepsihotičnimi motnjami, ki se jasno ločijo od ostalih bolnikov in posebej od normalnih oseb (tabela 6). Ti bolniki so nestabilni, nesamozavestni, soočeni z notranjo praznino, konflikti in dolgočasjem, skratka, izražene so težave na področju doživljanja sebe. Tretja funkcija se osredotoča predvsem na bolnike z blodnjavimi motnjami, ki poudarjajo predvsem odtujenost od samega sebe in osebno zanesljivost. Mogoče je tudi to določen vidik shizoidnosti. Četrta funkcija pa najbolj ločuje bolnike z blodnjavimi motnjami in tiste z motnjami osebnosti. Slednji poročajo o večji nezainteresiranosti do drugih in odsotnosti dolgotrajnejših ljubezenskih zvez.

Če združimo spoznanja obeh analiz, lahko zaključimo, da prva diskriminantna funkcija ločuje normalne in psihotične bolnike predvsem po tem, da je odnos slednjih do drugih oseb bolj shizoiden - neempatičen, s površinskimi, kratkotrajnimi objektivnimi odnosi, s spremenljivo naklonjenostjo, nezmožnostjo zaljubljanja, nezaupljivostjo ter pomanjkljivim poznavanjem drugih, obenem pa so prisotne tudi težave glede izražanja mišljenja, čustvovanja in hotenja. Druga diskriminantna funkcija pa ločuje predvsem normalne osebe od bolnikov z nepsihotičnimi motnjami. Največje razlike med tema skupinama je najti v doživljanju sebe: nepsihotični bolniki sebe doživljajo kot izjemne v svojih težavah, z občutji dolgočasje, notranjo praznino in nasprotji. Poleg tega so bolj kot normalni udeleženci nesamozavestni, doživljajo se kot nezanesljivi, brezvredni, pogosta so občutja sovraštva in nezaupanja do samega sebe. Lahko rečemo, da se psihotični bolniki najbolj ločujejo od normalnih zaradi motenih socialnih odnosov, pri nepsihotičnih bolnikih pa so v ospredju težave v doživljanju samega sebe.

Zaključek

Rezultati vprašalnika Doživljanje sebe in drugih ljudi kažejo, da ta poleg glavne dimenzije, ki se nanaša na stopnjo osebnostne integriranosti, zadovoljstvo s samim sabo, občutje samozavesti, skratka, na zrelost selfa, zajema tudi manjšo dimenzijo, ki opisuje kakovost odnosov z drugimi ljudmi, torej zrelost objektivnih odnosov. Kernbergovi kriteriji za zmedeno identiteto, na podlagi česar je sestavljen vprašalnik, ne vključujejo samo odnos sebe, ampak tudi identiteto oz. doživljanje drugih ljudi, pojmovanje identitete je tu torej širše, kot to srečujemo pri drugih avtorjih.

Diskriminantna analiza izpostavlja dve veliki razliki glede na rezultate vprašalnika DSDL. Pri prvi gre za nasprotje med zdravimi osebami in bolniki s psihotičnimi, predvsem shizofrenskimi motnjami, v ospredju katerih je problem doživljanja medosebnih odnosov. Drugo nasprotje pa predstavlja razlike med normalnimi osebami in bolniki z nepsihotičnimi motnjami, posebno tiste z (mejnimi) motnjami osebnosti, pri katerih so v ospredju predvsem težave v doživljanju samega sebe.

Psihotični pacienti se opisujejo kot bolj shizoidni od zdravih oseb, pa tudi od ostalih psihiatričnih bolnikov, kar potrjuje teoretične predpostavke in nekatere raziskave, ki smo jih navedli v uvodu. Seveda na tem mestu ne moremo potrditi tudi predpostavke, da je ta shizoidnost, kot se odraža v vprašalniku, rezultat predmorbidne osebnosti. Prav tako ostaja odprt problem samoocenjevanja psihiatričnih bolnikov. Za odkrivanje specifičnih (zavestnih ali nezavestnih) izkrivljanj rezultatov, ki jih pogosto srečujemo pri takšnih bolnikih, velikokrat ne zadostujejo klasične kontrolne lestvice, sestavljene v ta namen, ampak samo celostni psihološki pregled, ki vključuje tudi klinični intervju. Razlike, ki jih odkrivamo v naši raziskavi (in tiste, ki lahko ostajajo zakrite), so lahko deloma tudi rezultat specifične naravnosti pri samoocenjevanju posameznih skupin bolnikov. Tako lahko npr. bolniki s psihozo bolj zanikajo težave v doživljanju sebe, tiste, ki jih izpostavljajo nepsihotični bolniki. Mogoče bo raziskava prispevala k razreševanju diferencialno diagnostičnih problemov, saj se pogosto srečujemo s težavami pri ločevanju, npr. t. i. mejnega sindroma in psihoze.

Literatura

- Bell, M. (1993). *Bell object relations and reality testing inventory (BORRTI) - manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Benedik, E. (2000). Kako psihiatrični bolniki doživljajo sebe in bližnje osebe. [How psychiatric patients experience the self and significant others]. *Anthropos* 32, (3-4), 51-62.
- Benedik, E. (2001). Vprašalnik doživljanja sebe in drugih ljudi. [Sensing of self and other people questionnaire]. *Psihološka obzorja*, 10 (1), 27-48.
- Blatt, S.J. in Ritzler, B.A. (1974). Thought disorder and boundary disturbances in psychosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 370-381.
- 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.
- Dalkin, T., Murphy, P., Glazebrook, C., Medley, I. in Harrison, G. (1994). Premorbid personality in first-onset psychosis. *British journal of psychiatry*, 164, 202-207.
- Freud, S. (1987a). Izguba realnosti pri nevrozi in psihozi. [Lost of reality in neurosis and psychosis]. V *Metapsihološki spisi [Metapsychologic acts]* (str. 389-376). Ljubljana: ŠKUC.
- Freud, S. (1987b). Nevroza in psihoza. [Neurosis and psychosis]. V *Metapsihološki spisi [Metapsychologic acts]* (str. 365-372). Ljubljana: ŠKUC.
- Freud, S. (1987c). Vpeljava narcizma. [Introduction into narcissism]. V *Metapsihološki spisi [Metapsychologic acts]* (str. 31-64). Ljubljana: ŠKUC.
- Freud, S. (1995). Psihoanalitične pripombe k avtobiografskemu opisu primera paranoje (dementia paranoides). [Psychoanalytical remarks on autobiographical case of paranoia – dementia paranoides]. V M. Dolar (ur.), *Primer Schreber [The Schreber case]* (str. 7-70). Ljubljana: Analecta.
- Jacobson, E. (1988). On psychotic identifications. V P. Buckley (ur.), *Essential papers on psychosis* (str. 131-142). New York: University Press.
- Kecmanović, D. (1989). Shizofrenija. V D. Kecmanović (ur.). *Psihijatrija [Psychiatrics]* (str. 813-916). Beograd: Medicinska knjiga.
- Kernberg, O.F. (1986). *Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Klein, M. (1986). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. V P. Buckley (ur.), *Essential papers on object relations* (str. 40-70). New York: University Press.
- London, N.J. (1988). An essay on psychoanalytic theory: Two theories of schizophrenia. V P. Buckley (ur.), *Essential papers on psychosis* (str. 23-48). New York: University Press.
- Maier, W., Mingos, J., Lichtermann, D. in Heun, R. (1995). Personality disorders and personality variations in relatives of patients with bipolar affective disorders. *Journal of affective disorders* 53, 173-181.
- Malmberg, A., Lewis, G., David, A., in Allebeck, P. (1998). Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia. *British journal of psychiatry* 172, 308-313.
- Modell, A.H. (1986). Primitive object relationships and the predisposition to schizophrenia. V P. Buckley (ur.), *Essential papers on object relations* (str. 329-349). New York: University Press.
- Stone, M.H. (1993). *Abnormalities of personality. Within and beyond the realm of treatment*. New York: Norton.
- Weiner, I. B. (1966). *Psychodiagnosis in schizophrenia*. New York: Wiley.

Prispelo/Received: 06.04.2001

Sprejeto/Accepted: 23.10.2001